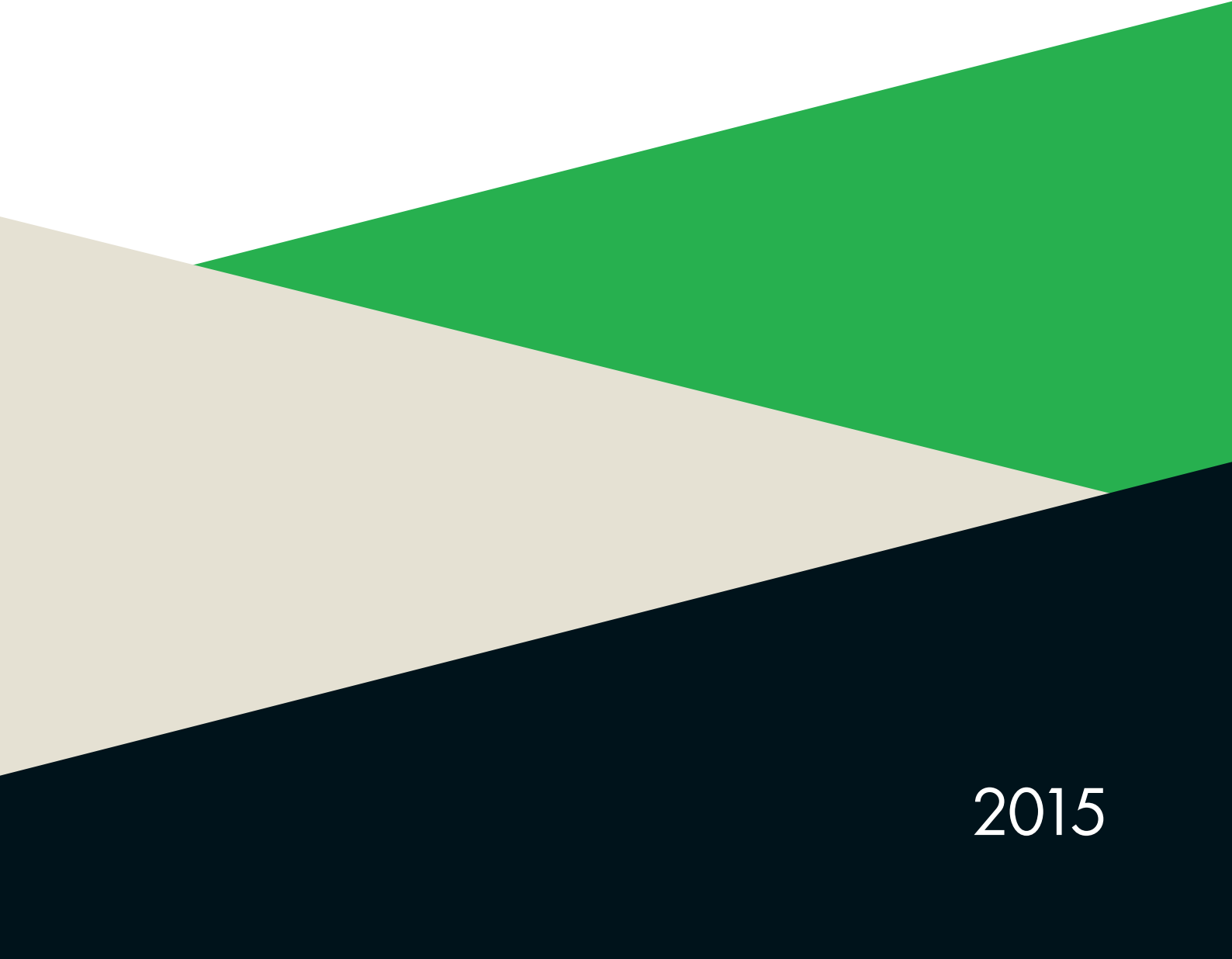


Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar



2015

Öppna jämförelser 2015
Hälso- och sjukvård
vid kroniska sjukdomar

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

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

Artikelnummer 2015-12-1

Sättning Edita Bobergs AB
Tryck Edita Bobergs AB, december 2015



MILJÖMÄRKT Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

Socialstyrelsen har enligt uppdrag från regeringen presenterat öppna jämförelser av vården vid kroniska sjukdomar. I denna rapport ingår ett urval av de vanligast förekommande sjukdomsgrupperna i befolkningen.

Utgångspunkten för jämförelserna har varit regeringens kronikerstrategi med fokus på patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig upptäckt. I den mån det har varit möjligt speglar indikatorerna dessa perspektiv, till exempel tillgänglighet till och förtroende för hälso- och sjukvården, medicinsk behandling och resultat.

Arbetet med rapporten har genomförts av en arbetsgrupp bestående av Inger Lundkvist, projektledare, Martin Lindblom, Max Köster och Behzad Kouchehi. Birgitta Lindelius har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Inledning	11
Öppna jämförelser bakgrund och syfte.....	11
Öppna jämförelser kroniska sjukdomar 2015.....	11
Vad är en kronisk sjukdom?	12
Vård vid kronisk sjukdom - primärvård	12
Syfte och avgränsningar	13
Syfte.....	13
Avgränsningar	13
Genomförande	13
Rapportens disposition och bilagor.....	13
Metod	15
Indikatorer och datakällor	15
Övergripande indikatorer.....	16
Områdesvisa indikatorer	16
Process för urval av indikatorer	16
Resultatredovisning och tolkning.....	16
Jämförelser av könsskillnader vid kronisk sjukdom.....	17
Konfidensintervall	18
Målnivåer	18
Kvalitetsregisters representativitet.....	19
Kroniska sjukdomar	20
Bakgrund	20
Förbättringsområden	21
Patientcentrerad vård	21
Kunskapsbaserad vård	21
Prevention och tidig uppmärksamhet.....	21
Övergripande indikatorer	23
Tillgänglighet och förtroende	23
1 Tillgång till hälso- och sjukvård, personer med långvarig sjukdom	23
2 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	26
3 Primärvårdens tillgänglighet per telefon.....	27
4 Förtroende för hälso- och sjukvården, personer med långvarig sjukdom	29
5 Förtroende för sjukhus, personer med långvarig sjukdom.....	31
6 Förtroende för vårdcentraler, personer med långvarig sjukdom	33
Undvikbar slutenvård vid kroniska sjukdomar.....	35
7 Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL.....	35

Palliativ vård.....	38
8 Brytpunktssamtal i livets slutskede	39
9 Smärtskattning under sista levnadsveckan.....	42
10 Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede	45
11 Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel	48
12 Trycksår - utan trycksår av grad 2-4	50
13 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan.....	52
14 Återkommande slutenvård i livets slutskede	54
Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt	56
15 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	57
16 Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	59
17 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom.....	62
18 Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	65
19 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol	68
20 Rökstopp efter hjärtinfarkt.....	71
21 Basbehandling vid hjärtsvikt	73
22 Undvikbar slutenvård – hjärtsvikt	76
23 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	79
Cerebrovaskulär sjukdom - stroke	82
24 Åtgärdbar dödlighet stroke.....	82
25 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke	85
26 Rökstopp efter stroke.....	88
27 Funktionsförmåga efter stroke.....	90
28 Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke	92
29 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	94
Diabetes	96
30 Undvikbar slutenvård diabetes	96
31 Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes.....	100
32 Rökning vid diabetes.....	102
33 Fysisk inaktivitet vid diabetes	104
34 Blodsockervärde vid diabetes i primärvård.....	106
35 Blodsockervärde hos barn och unga vid diabetes.....	109
36 Blodsockervärde vid typ 1- diabetes	112
37 Ögonbottenundersökningar vid diabetes i primärvård (3 år).....	115
38 Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1- diabetes	117
39 Ögonbottenundersökningar vid typ 1- diabetes (2 år)	119
40 Fotundersökning vid diabetes i primärvård	121
41 Fotundersökning vid typ 1-diabetes.....	123
Astma och KOL	125
Astma	125
42 Åtgärdbar dödlighet astma.....	126
43 Undvikbar slutenvård – astma	127
KOL.....	130
44 Åtgärdbar dödlighet i KOL	131
45 Undvikbar slutenvård vid KOL.....	133
46 Återinskrivning i slutenvård vid KOL.....	137

Rörelseorganens sjukdomar.....	138
Artros	139
47 Artrosskola före höftprotesoperation	140
48 Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation	141
49 Önskade händelser efter knä- och höftledsoperation.....	143
Osteoporos	146
50 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	147
51 Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur	149
52 Fallskador bland äldre	152
Reumatoid artrit	155
53 Patienter med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor	156
54 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	158
55 Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiska läkemedel	160
Demens.....	162
56 Förskrivning av demensläkemedel.....	162
57 Behandling med antipsykosmedel till äldre	165
Bipolär sjukdom, depression och schizofreni	167
Vanligt med samsjuklighet	167
Övergripande indikatorer psykiatrisk vård	168
58 Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom BUP	168
59 Väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri	170
60 Självmod i befolkningen.....	172
61 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos	174
Bipolär sjukdom	176
62 Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom.....	176
63 Återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom	179
Depression	182
64 Följsamhet till antidepressiv behandling	182
65 Elektrokonvulsiv terapi vid slutenvårdad svår depression	185
66 Depressionsskattning efter elektrokonvulsiv terapi	187
Schizofreni	189
67 Överdödlighet vid schizofreni	189
68 Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni	192
69 Återinskrivning inom 28 dagar efter vård av schizofreni.....	195
70 Återinskrivning inom sex månader efter vård av schizofreni	197
Referenser	199
Personer som har lämnat underlag till rapporten.....	200

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en öppen jämförelse av hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar. Syftet i den här rapporten är att redovisa vården utifrån perspektiven i regeringens strategi för kroniska sjukdomar – patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet.

På nationell nivå visar resultatet bland annat följande:

- Personer med långvarig sjukdom anser i lägre utsträckning än befolkningen i övrigt att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Samma förhållande gäller förtroendet för hälso- och sjukvård.
- Riskpatienter för stroke bör behandlas med antikoagulantia i högre utsträckning. En ökning av andelen behandlade patienter kan noteras över tid men den behöver fortsätta att öka för att nå den fastställda målnivån.
- Rökstopp vid hjärtinfarkt och stroke är en viktig åtgärd för att förebygga återinsjuknande. Andelen som slutat röka efter hjärtinfarkt var 55 procent och efter stroke 47 procent.
- Diabetesvården i Sverige visar relativt goda resultat. För att ytterligare minska diabetikers dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar skulle dock fler behöva få hjälp till rökstopp och fysisk aktivitet. 15 procent av diabetikerna uppger att de röker och ungefär 28 procent är fysiskt inaktiva.
- Följsamheten till läkemedelsbehandling vid depression är låg. Efter det första receptuttaget är det bara varannan patient som tar ut ytterligare ett recept när det gått 60-150 dagar. Andelen självmord i befolkningen har inte minskat utan är i stort sett densamma som för 15 år sedan.
- Antalet slutenvårdstillfällen inom somatisk slutenvård är markant högre för personer med psykiatrisk diagnos jämfört med befolkningen i övrigt.
- Förskrivningen av demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom ökar i alla landsting men är fortfarande låg i förhållande till sjukdomsförekomsten.
- Av de kvinnor som drabbas av en fraktur som tyder på benskörhet är det endast 17 procent som får läkemedelsbehandling. Risken att drabbas av fler frakturer är därmed onödigt stor för många kvinnor i åldersgruppen över 50 år.
- Positivt är att betydligt färre personer med astma och diabetes vårdas inom slutenvård i Sverige, jämfört med genomsnittet i OECD. När det gäller hjärtsvikt är den svenska siffran tvärtom något högre. Sluten vård kan i många fall undvikas genom tidig uppmärksamhet, förbyggande insatser och rehabilitering inom den öppna vården.

Även om flera resultat är tillfredsställande behövs en närmare granskning och analys i de landsting som har låga resultat.

Inledning

Öppna jämförelser bakgrund och syfte

Socialstyrelsen har sedan 2006 presenterat årliga indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Ett av syftena 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 annat syfte är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Jämförelserna ska sporra landstingen till fördjupande analyser och uppföljningar samt bidra till kunskapsutbyte. Lokala förbättringsarbeten kan initieras utifrån resultat i öppna jämförelser.

Ytterligare ett syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst när det gäller 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. Det tydliggör också behovet av både nya och förbättrade datainsamlingar. Brister avseende datatillgång och datakvalitet utgör påtagliga begränsningar när kvalitetsjämförelser ska göras och resultaten tolkas.

Öppna jämförelser kroniska sjukdomar 2015

Inom ramen för regeringens handlingsplan *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården – handlingsplan 2014–2015* har Socialstyrelsen fått i uppdrag att publicera en öppen jämförelse av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas [1]. En förbättrad sjukvård är viktig för välbefinnandet hos patienter med dessa sjukdomar. Bättre vård är också viktigt för samhällsekonomin. När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Vården av personer med kroniska sjukdomar står för en stor del av sjukvårdskostnaderna. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden. Med en bättre vård ökar förutsättningarna för att fortsätta arbeta och i övrigt delta i samhället.

Mot den bakgrunden har regeringen beslutat om en satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I regeringens strategi beskrivs satsningens visioner och förbättringsområden [1]. Flera aktörer har medverkat i att ta fram strategin, till exempel representanter för patienter och

professioner inom hälso-och sjukvården, landsting och myndigheter.

Strategins syfte är att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

I strategin lyfter regeringen fram följande tre områden som är särskilt angelägna att förbättra:

- patientcentrerad vård
- kunskapsbaserad vård
- prevention och tidig uppmärksamhet.

Vad är en kronisk sjukdom?

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av kronisk sjukdom [1]. I strategin avses sådana sjukdomar som en person har under hela sin livstid eller under mycket lång tid. De vanligast förekommande kroniska sjukdomarna tillhör grupperna hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, cancersjukdomar, lungsjukdomar som astma, allergi och KOL, psykiska sjukdomar inklusive beroendesjukdomar, neurologiska sjukdomar, muskel- och ledsjukdomar samt långvariga smärttillstånd.

Denna rapport omfattar ett urval av de vanligast förekommande kroniska sjukdomarna i befolkningen. De sjukdomar som ingår är följande:

- ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt
- cerebrovaskulär sjukdom – stroke
- diabetes
- astma och KOL
- artros, osteoporos och reumatoid artrit
- demens
- bipolär sjukdom, depression och schizofreni.

Urvalet av dessa kroniska sjukdomar har gjorts utifrån förekomst, vårdkonsumtion och i viss mån kostnader.

Andra kroniska sjukdomar till exempel neurologiska sjukdomar, långvariga smärttillstånd, cancer, beroendesjukdomar med flera har inte tagits med i den här rapporten av olika skäl. Cancer är nyligen belyst i en särskild rapport om öppna jämförelser och när det gäller övriga kroniska sjukdomar behöver indikatorer och datakällor utvecklas ytterligare för att öppna jämförelser ska kunna göras.

Vård vid kronisk sjukdom - primärvård

En stor del av den vård som ges vid kroniska sjukdomar eller tillstånd utförs i primärvården. Dessa insatser kan endast redovisas i begränsad omfattning, till exempel uppgifter från nationella kvalitetsregister, eftersom det i nuläget saknas tillgång till registerdata på nationell nivå för primärvården. Socialstyrelsen har tidigare lämnat ett förslag till regeringen om att primärvården bör

rapportera samma uppgifter som övrig hälso- och sjukvård till patientregistret för att få en heltäckande bild av vården vid olika sjukdomar.

Syfte och avgränsningar

Syfte

Öppna jämförelser av kroniska sjukdomar ska

- fungera som ett av flera underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om vårdens kvalitet och effektivitet
- bidra som en del i underlaget till de årliga lägesrapporter om kroniska sjukdomar, som Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram under åren 2014–2017.

Avgränsningar

Rapporten omfattar ett urval av kroniska sjukdomar och den hälso- och sjukvård som ges i landstingen. Jämförelserna presenteras för riket (trend) samt på länsnivå. Sjukhusnivå presenteras inte i rapporten men finns tillgängliga för ett flertal av indikatorerna på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se

Genomförande

Arbetet genomförs av en projektgrupp och stäms regelbundet av i en samordningsgrupp som tillsatts specifikt för att samordna arbetet mellan Socialstyrelsens olika regeringsuppdrag om kroniska sjukdomar. Socialstyrelsen ska rapportera uppdraget om öppna jämförelser till regeringen den 15 december 2015.

Socialstyrelsen genomför uppdraget i dialog med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt med övriga regeringsuppdrag inom området på myndigheten.

Rapportens disposition och bilagor

Rapporten inleds med ett avsnitt med övergripande indikatorer för kroniska sjukdomar och därefter redovisas indikatorerna för respektive sjukdom var för sig.

Trender för riket och eventuell tilläggsinformation redovisas i samband med respektive indikator. I de flesta fall visas även data för en jämförelseperiod på landstingsnivå. Utfallet kommenteras, till exempel när det gäller variation mellan landsting och kön. Rapporten innehåller även några internationella jämförelser.

Rapporten har 2 formella bilagor, som enbart finns tillgängliga i elektronisk form:

- Bilaga 1, Beskrivning av indikatorer
- Bilaga 2, Tabellbilaga.

Bilagor, övriga underlag och den elektroniska versionen av rapporten finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Metod

Indikatorer och datakällor

Indikatorer ska vara väl definierade, valida, mätbara, möjliga att påverka och, inte minst, ha en riktning. Det ska vara möjligt att säga vad som är ett positivt respektive negativt värde och genom att följa en indikatorns utveckling ska man få en uppfattning om i vilken riktning en verksamhet utvecklas, på nationell, regional eller lokal nivå. Vad som är en bra indikator beror på hur den ska användas och vem den riktar sig till.

De flesta av indikatorerna och sjukdomsgrupperna som finns i denna rapport har tidigare funnits med i den årliga rapporten om Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet och i utvärderingar av följsamheten till rekommendationerna i nationella riktlinjer. I rapporten finns 70 indikatorer som delats upp i övergripande indikatorer och områdesvisa indikatorer.

Även om indikatorerna är många ger de inte en heltäckande bild av vården av personer med kroniska sjukdomar. Såväl sjukdomsgrupperna som indikatorerna är endast ett urval och förutsättningen är att det finns mätbara indikatorer och tillförlitliga datakällor för respektive sjukdom för att kunna göra öppna jämförelser och visa olika dimensioner och kvalitet i vården. Indikatorerna i rapporten visar medicinska resultat, prevention, tillgänglighet, förtroende med mera. Följande datakällor har använts:

Socialstyrelsens register

- Patientregistret
- Dödsorsaksregistret
- Läkemedelsregistret.

Nationella kvalitetsregister

- Swedeheart, RikshIA, Sephia
- Riksstroke
- Nationella Diabetsregistret (inkl SWEDIABKIDS)
- Svenska Palliativregistret
- Svensk Reumatologis Kvalitetsregister
- Svenska Höftprotesregistret
- Kvalitetsregister ECT.

Övriga datakällor

- Vårdbarometern
- Väntetider i vården
- Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Övergripande indikatorer

- Tillgänglighet och förtroende
- Undvikbar slutenvård
- Palliativ vård

Områdesvisa indikatorer

- Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt
- Cerebrovaskulär sjukdom – stroke
- Diabetes
- Astma
- KOL
- Artros
- Osteoporos
- Reumatoid artrit
- Demens
- Bipolär sjukdom
- Depression
- Schizofreni

Process för urval av indikatorer

Socialstyrelsen har företrädesvis valt ut indikatorer med utgångspunkt från befintliga indikatorer i tidigare utvärderingar och öppna jämförelser. Viss utveckling och anpassning av en del indikatorer har gjorts. Vår ambition har varit att indikatorerna ska spegla vården utifrån de förbättringsområden som regeringen har angett i strategin för kroniska sjukdomar. Indikatorerna har stämts av i Socialstyrelsens samordningsgrupp för kronikeruppdragen.

Exempel på indikatorer:

- patientcentrerad vård – rehabilitering efter stroke, artrosskola före höftprotesoperation, tillgänglighet till hälso- och sjukvård
- kunskapsbaserad vård – basbehandling vid hjärtsvikt, antikoagulantia vid förmaksflimmer
- prevention och tidig uppmärksamhet – fysisk aktivitet, rökstopp, läkemedel vid benskörhet, tidig diagnos, undvikbar slutenvård.

Resultatredovisning och tolkning

Öppna jämförelser baseras på indikatorbaserade jämförelser. Det innebär huvudsakligen att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator samt genom ett antal olika identifierade redovisningsnivåer. Öppna jämförelser har en beskrivande karaktär och jämförelserna kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet. Texterna innehåller dock ingen analys som fastställer orsakerna till de skillnader som uppvisas, och de ger ingen värderande bedömning av utfallet. Det är ofta verksamhetens

företrädare som har bäst förutsättningar att tolka och värdera sina egna utfall som sen utgör underlag för förbättringsarbete på regional- och lokal nivå.

De indikatorer och data som presenterar utfallet sorteras efter indikatorvärdet, det vill säga utifrån en önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering högt i upp i diagrammen är ett bättre utfall än en lägre placering. Sorteringen görs även i de fall där datakvaliteten är sämre, där skillnaderna är små och den slumpmässiga variationen är större. För de flesta indikatorer gäller att verksamheterna har möjlighet att påverka utfallet, men det kan även finnas andra faktorer som spelar in. Det finns många faktorer att ta hänsyn till och variationerna beror inte sällan på skillnader i lokala och regionala förutsättningar. När resultatmått redovisas är skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd eller i patientsammansättningen en sådan faktor. I många fall görs en åldersstandardisering av landstingens befolkningsunderlag 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 beror på ålder och som det inte korrigeras för. Gjorda justeringar anges i diagramrubriker eller text.

I vissa trenddiagram visas utöver en linje för kvinnor och mäns utveckling även de enskilda länen som cirklar för respektive mätperiod. Cirklarnas storlek motsvarar befolkningens storlek i respektive län. Observera att patienternas könsfördelning för vissa sjukdomar kan skilja sig mycket från könsfördelningen i befolkningen. Beakta också att skalan på värdeaxeln skiljer sig stort mellan olika diagram och ofta inte börjar på noll eller går till exempelvis 100 procent. Värden som bygger på färre än 30 observationer visas inte i diagrammen. För att följa enskilda landstings/regioners resultat över tid hänvisas till Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.

För öppna jämförelser är det önskvärt att visa så aktuella data som möjligt och det är en fördel om indikatorn är utformad så att effekten av förbättringsarbeten syns på kort sikt. För indikatorer där datamängden är liten, bör dock längre tidsperioder användas. Orsaken till detta är att den statistiska osäkerheten annars skulle bli alltför stor och de årliga resultaten riskera att hoppa upp och ner beroende på slumpen. En avvägning behöver därför göras mellan aktualitet och statistisk säkerhet.

För resultatindikatorer kan tiden till förändring vara längre än för processindikatorer då det oftast är många samverkande faktorer som kan påverka utfallet.

Jämförelser av könsskillnader vid kronisk sjukdom

Socialstyrelsen har ett särskilt uppdrag att belysa skillnader mellan könen i all presenterad statistik. I den här rapporten uppmärksammas könsskillnader i vården av kroniska sjukdomar.

I samtliga fall där könsuppsdelade data varit tillgängliga redovisas värden för kvinnor respektive män i rapporten. Könsuppsdelning är även standard för de länsuppsdelade jämförelserna, i några fall redovisas dock kvinnor och män tillsammans på länsnivå eftersom underlaget annars blivit för litet för

flera län. I dessa fall finns könsuppdelade diagram med värden för de län där underlaget varit tillräckligt stort framtagna som kompletterande material tillgängliga vid sidan av rapporten. Extra resurser har satsats på att ta fram könsuppdelad data i de fall det saknats. När statistiken har åldersstandardiserats har samma standardpopulation använts för män och kvinnor för att underlätta jämförelser.

I de fall könsuppdelade data inte har kunnat tas fram har det vägts in i bedömningen av om indikatorn ska redovisas överhuvudtaget.

Konfidensintervall

I de flesta diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall med streck vid de prickar eller staplar som visar värdet. Konfidensintervallen anger den statistiska osäkerheten för ett enskilt värde, och med få observationer ökar utrymmet för slumpen så att konfidensintervallen blir bredare. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Det gäller till exempel de indikatorer som bygger på urvalsundersökningar i Vårdbarometern. Flera av jämförelserna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod. Det gäller exempelvis för uppgifter ur för Socialstyrelsens hälsodataregister. I kvalitetsmätningar och i samband med jämförelser är det ändå vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som innehåller en slumpfaktor. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen. Observera att konfidensintervallen inte avspeglar annan eventuell osäkerhet, exempelvis sådan som beror på bristande registrering eller att många unga inte har svarat i en enkätundersökning. Det beskrivs närmare i indikatorbeskrivningen.

Målnivåer

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram målnivåer för indikatorerna i de nationella riktlinjerna. Det främsta syftet med att fastställa målnivåerna är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Vi bedömer att målnivåerna kan påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer och som ofta leder till kroniska eller långvariga ohälsotillstånd. Målnivåerna baseras på indikatorer som har en vetenskaplig förankring i en kunskapsstyrd verksamhet.

Målnivåernas främsta användningsområde är uppföljning och utvärdering på regional och lokal nivå för att möjliggöra förbättringsarbete där det ger störst effekt men ska även användas på nationell nivå. De är också värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåerna presenteras i förekommande fall i texten till respektive indikator och med hänvisning till respektive målnivårapport för ytterligare underlag om målnivån.

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 landsting är med, så är registrets data ändå inte självklart representativa för hela den aktuella patientgruppen.

Eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan de olika landstingen, 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 specialiserad öppen vård och slutenvård. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till patientregistret kan också ha brister. Frågor som dessa kommenteras i indikortexterna samt i Bilaga 1, Beskrivning av indikatorer.

Kroniska sjukdomar

Bakgrund

Kroniska sjukdomar utgör numera den tyngsta sjukdomsbördan i världen [1]. Världshälsoorganisationen (WHO) förutspår dessutom att antalet personer med kroniska sjukdomar kommer att öka markant i framtiden. Omkring 40 procent av befolkningen i Europa äldre än 15 år, har minst en sådan sjukdom och vid 65 års ålder har två av tre personer minst två kroniska sjukdomar. Sverige är inget undantag. Även här lever allt fler med sådana sjukdomar under allt längre tid.

Samtidigt talar allt mer för att utvecklingen när det gäller kroniska sjukdomar går att bryta. Många sjukdomar kan förebyggas, bland annat genom förändrade levnadsvanor. Av dem som dör av kronisk sjukdom hade 90 procent en sjukdom som går att förebygga och behandla. Till det positiva hör också att de som redan har en kronisk sjukdom i många fall kan minska besvären av sin sjukdom genom att själva aktivt medverka i behandlingen och genom att de erbjuds vård i enlighet med aktuell kunskap.

Kroniska sjukdomar kräver oftast livslång behandling. Samtidigt kan de patienter som får tillgång till rätt behandling oftast leva med god hälsa och delta i arbets- och samhällsliv fullt ut. Det förutsätter att vården i större utsträckning gör patienterna delaktiga och att behandlingen baseras på bästa möjliga kunskap. Det är också viktigt med ett starkare fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Både förekomsten av och risken för komplikationer i samband med kroniska sjukdomar kan minskas genom förebyggande insatser. Levnadsvanor som tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för både insjuknandet i och utvecklingen av ett flertal sjukdomar. Enligt WHO orsakar ohälsosamma levnadsvanor 80 procent av alla kranskärslsjukdomar och stroke, liksom 30 procent av all cancer. Förändrade levnadsvanor innebär också stora hälsovinster för dem som har en kronisk sjukdom, med exempelvis färre och mindre allvarliga komplikationer. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser innebär ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Det är också genom satsningar inom detta område som sjukvården kan bidra till att minska de ökande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper.

Inom hälso- och sjukvården finns nationella riktlinjer för flera av de vanligaste kroniska sjukdomarna som diabetes, rörelseorganens sjukdomar, stroke, hjärtsjukvård, demens, depression och ångest samt schizofreni, för sjukdomsförebyggande metoder samt för palliativ vård. Nya riktlinjer för astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) publicerades i slutet av november 2015 och arbetet med riktlinjerna för multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom pågår och publiceras i december 2016.

Riktlinjerna rekommenderar lämpliga behandlingsåtgärder utifrån bästa tillgängliga kunskap, och redovisar vid behov målnivåer att eftersträva.

Förbättringsområden

I regeringens strategi för kroniska sjukdomar lyfts följande förbättringsområden fram som särskilt viktiga [1]:

Patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård är ett begrepp där patientens delaktighet står i centrum [1]. I en patientcentrerad vård är patientens individuella behov vägledande i utformningen av vården. Vården utgår från en helhetssyn på patienten som bland annat tar hänsyn till sociala, emotionella och medicinska aspekter. Det innebär att patienterna får tillgång till den information de behöver för att aktivt kunna medverka i både förebyggande insatser och behandling. Vården bör också samordnas mellan olika vårdenheter och vårdnivåer för att säkerställa god kontinuitet i patienternas vård.

Patientcentrerad vård innebär också att vården är samordnad utifrån patientens behov. Personer med kroniska sjukdomar har behov av kontakter med vården under lång tid och ofta för flera sjukdomar. Det är därför viktigt att vården tillhandahåller kontinuerlig och koordinerad vård mellan olika vårdenheter och vårdnivåer.

Kunskapsbaserad vård

För att personer med kroniska sjukdomar ska kunna nå så god hälsa som möjligt behöver vården baseras på bästa tillgängliga kunskap [1]. Det behövs fungerande metoder för att utveckla, sprida och tillämpa sådan kunskap som säkerställer att patienterna får bästa möjliga vård. Det handlar både om att identifiera nya behandlingsstrategier för att förbättra befintlig vård, men också om att redovisa när det saknas tillräcklig kunskap kring ett sjukdomstillstånd eller effekter av en behandling. Nationella riktlinjer, regelbundna utvärderingar och öppna jämförelser syftar till att vården i allt högre grad ska baseras på kunskap för att ständigt förbättra resultaten i vården. De nationella riktlinjerna kompletteras med målnivåer där så är möjligt för att tydliggöra vad vården bör uppnå. Också patienterna behöver ha tillgång till riktlinjerna och behandlingsrekommendationerna i patientanpassade versioner för att bättre kunna medverka i behandling och prevention.

I nuläget saknas det dock nationella riktlinjer för flera kroniska sjukdomar.

Prevention och tidig uppmärksamhet

Prevention och tidig uppmärksamhet är grundläggande för att förebygga förekomsten av kroniska sjukdomar och minska komplikationer för dem som redan har en sådan sjukdom [1]. Sjukdomar kan förebyggas på olika nivåer och med olika metoder. Sjukdomsförebyggande metoder omfattar förändrade levnadsvanor, men även läkemedelsbehandling av blodfetter och blodtryck.

Sjukdomsförebyggande arbete handlar om att ha strategier för att arbeta med levnadsvanor direkt i hälso- och sjukvården, men också om preventiva insatser riktade till olika grupper i samhället. Särskilt angeläget är att nå socialt utsatta grupper där risken för ohälsosamma levnadsvanor är större.

För att åstadkomma tidig uppmärksamhet är det också viktigt att tillgängligheten till vården är god och att samspelet mellan primärvård och specialistvård fungerar utan dröjsmål. En tidig diagnos ökar förutsättningarna för rätt behandling.

Övergripande indikatorer

Inledningsvis presenteras här några övergripande indikatorer som är särskilt viktiga vid kronisk sjukdom. När det gäller tillgången till hälso- och sjukvård samt förtroendet för hälso- och sjukvård, sjukhus och vårdcentraler redovisas uppfattningen hos personer med långvarig sjukdom jämfört med uppfattningen hos personer utan långvarig sjukdom. I långvarig sjukdom ingår även personer med nedsatt funktionsförmåga eller annat långvarigt hälsoproblem.

Övriga indikatorer som redovisas i detta avsnitt är:

- läkarbesök inom sju dagar i primärvård
- primärvårdens tillgänglighet per telefon
- undvikbar slutenvård vid kroniska sjukdomar
- palliativ vård.

Tillgänglighet och förtroende

Befolkningens uppfattning om tillgänglighet och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Deras åsikter och upplevelser av hälso- och sjukvården har stor betydelse för det fortsatta utvecklings- och förbättringsarbetet inom vården. Därför är det viktigt att kontinuerligt följa upp såväl befolkningens uppfattning som patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården. I följande avsnitt presenterar vi ett urval av resultaten från den årliga undersökningen Vårdbarometern [2] som är ett instrument som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Från Väntetider i vården [3] redovisas två mått som indikatorer på tillgänglighet i primärvården. Resultatet för 2014 är fördelat på långvarigt sjuka och ej långvarigt sjuka.

1 Tillgång till hälso- och sjukvård, personer med långvarig sjukdom

Indikatorn redovisar uppfattningen om den egna tillgången till vård hos personer med långvarig sjukdom, oavsett om man under de senaste sex 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 76 procent. Landstingens resultat varierar från 64 till 85 procent. De som inte har en långvarig sjukdom anger i betydligt högre utsträckning (83 procent) att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Kvinnorna anser i något lägre utsträckning än männen att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

1.1. Tillgång till hälso- och sjukvård vid långvarig sjukdom

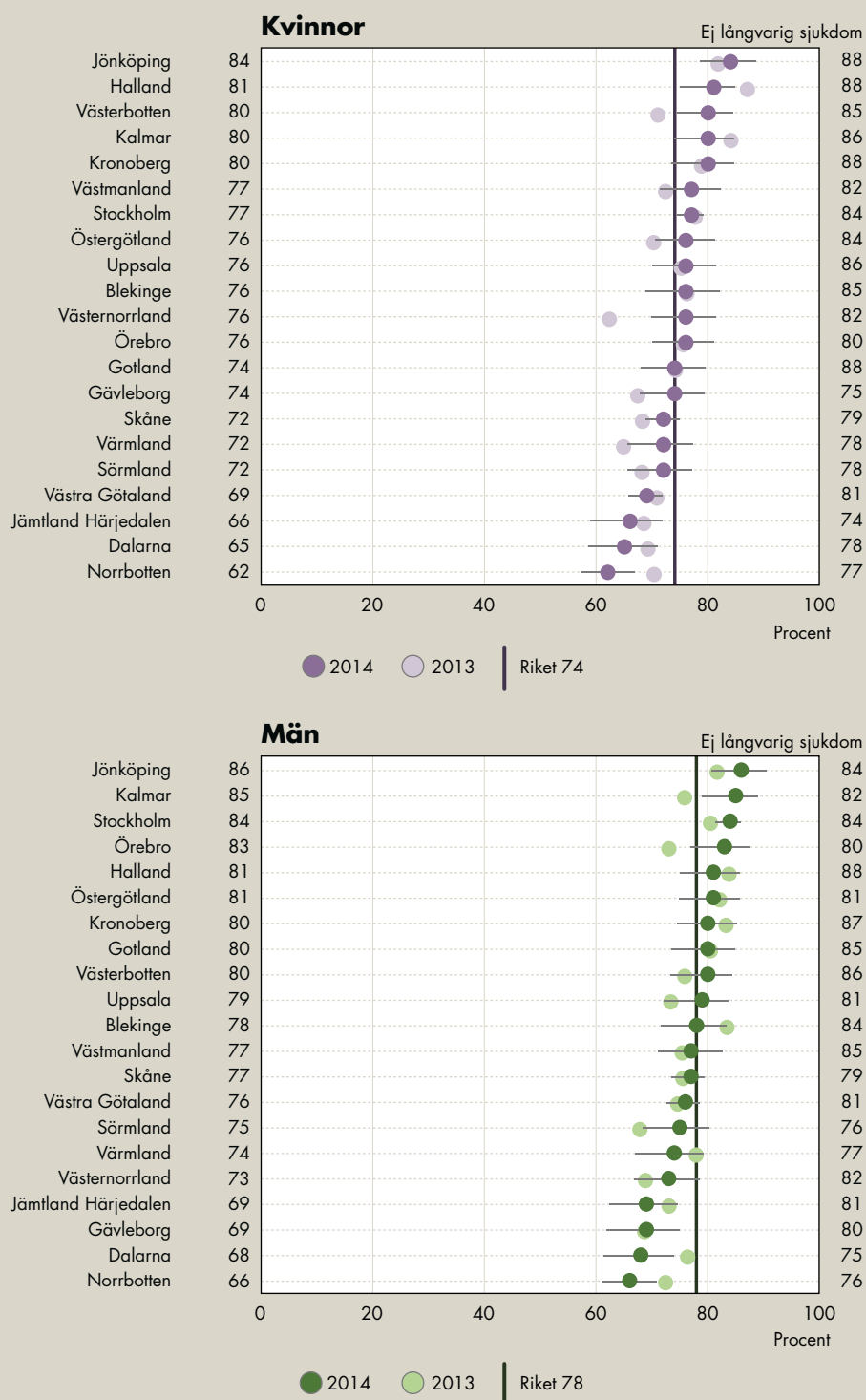
Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges kommuner och landsting

1.2. Tillgång till hälso- och sjukvård vid långvarig sjukdom

Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2014.



Källa: Värdbarometern, Sveriges kommuner och landsting

2 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

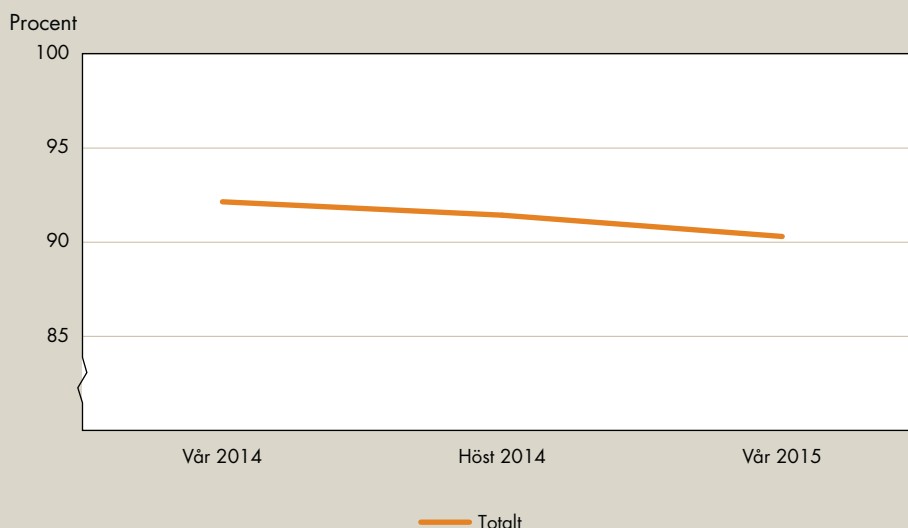
Väntetider till allmänläkarbesök mäts två gånger per år, i vår och höst under två helgfria veckor. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som SKL tillhandahåller. Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes våren 2015. Alla vårdcentraler eller motsvarande förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 1 118 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen och 41 vårdcentraler deltog inte. Sammanlagt rapporterades knappt 273 000 besök som omfattades av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än 7 dagar i de fall patienten initialt erbjudits detta. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom 7 dagar, enligt vårdgarantins intention. Andelen i hela riket var 90 procent vid mättillfället. Variationen mellan de olika landstingen sträcker sig från 81 till 93 procent.

Det kan finnas metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. De medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, kan också variera inom landet.

2.1. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

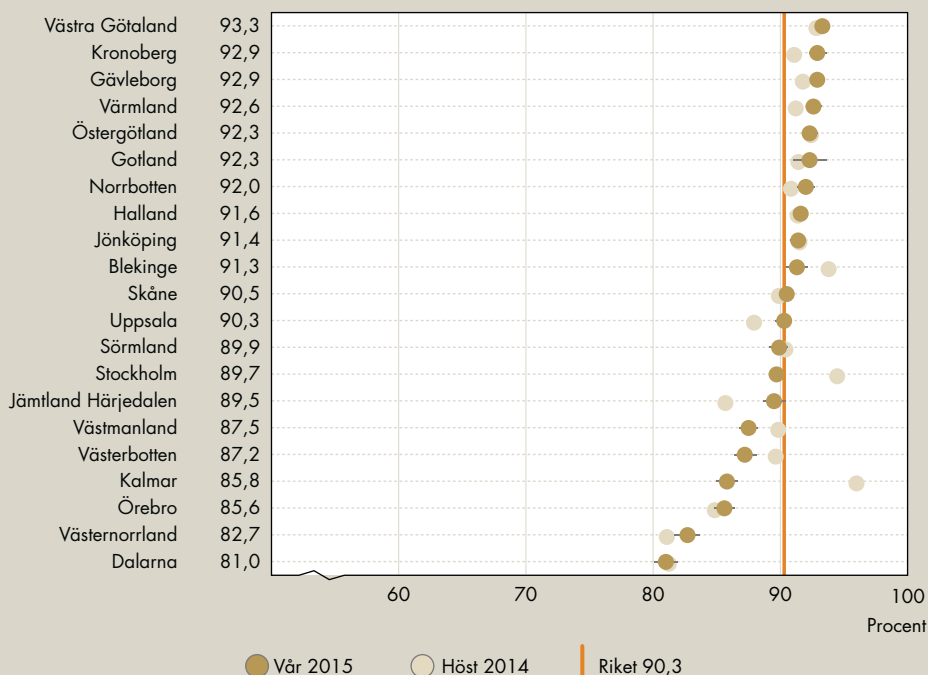
Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

2.2. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård, vår 2015.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

3 Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Telefontillgängligheten mäts två gånger per år, vår och höst. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som SKL tillhandahåller och resultatet här bygger på den senast genomförda mätningen våren 2015.

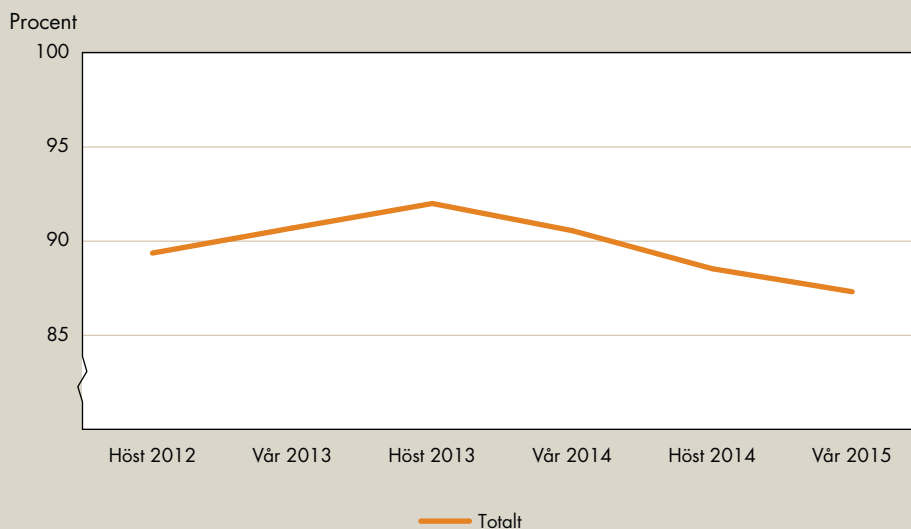
Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 876 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen.

Indikatorn visar andelen besvarade samtal, under mätperioden, enligt vårdgarantins intention. Sammanlagt rapporterades drygt 2,1 miljoner samtal varav 1,9 miljoner bevarades. Stockholm ingår inte i mätningen på grund av att de har en annan mätmetod.

I riket som helhet besvarades drygt 87 procent av samtalen. Variationen mellan de olika landstingen låg mellan 70 och 100 procent. Majoriteten av landstingen har försämrat tillgängligheten per telefon något jämfört med föregående period.

3.1. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

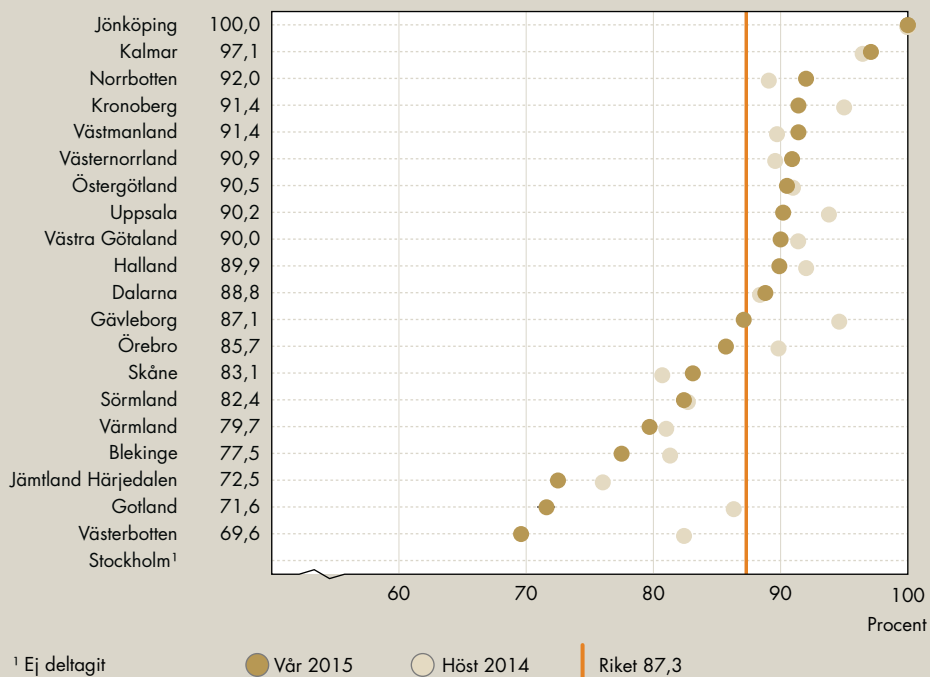
Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, vår 2015 (enbart landsting med datoriserade telefonsystem).



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

3.2. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, vår 2015 (enbart landsting med datoriserade telefonsystem).



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

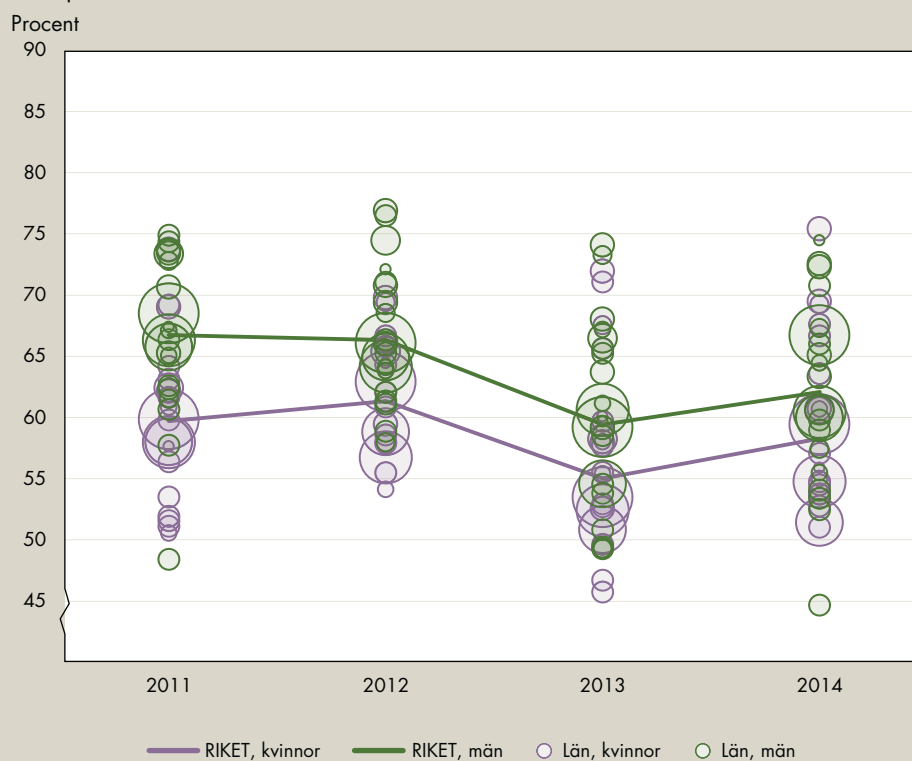
4 Förtroende för hälso- och sjukvården, personer med långvarig sjukdom

Indikatorn är hämtad från befolkningsundersökningen Vårdbarometern [2] och visar andelen personer med långvarig sjukdom som har mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller regionen. De som har svarat "vet ej" eller inte har svarat är exkluderade.

År 2014 svarade 60 procent i riket att de har stort förtroende, vilket är något högre andel än 2013. Andelen varierar mellan 49 och 74 procent mellan de olika landstingen. Kvinnor har något lägre förtroende för hälso- och sjukvården än män. Personer som inte har långvarig sjukdom har högre förtroende för hälso- och sjukvården (65 procent).

4.1. Förtroende för hälso- och sjukvården vid långvarig sjukdom

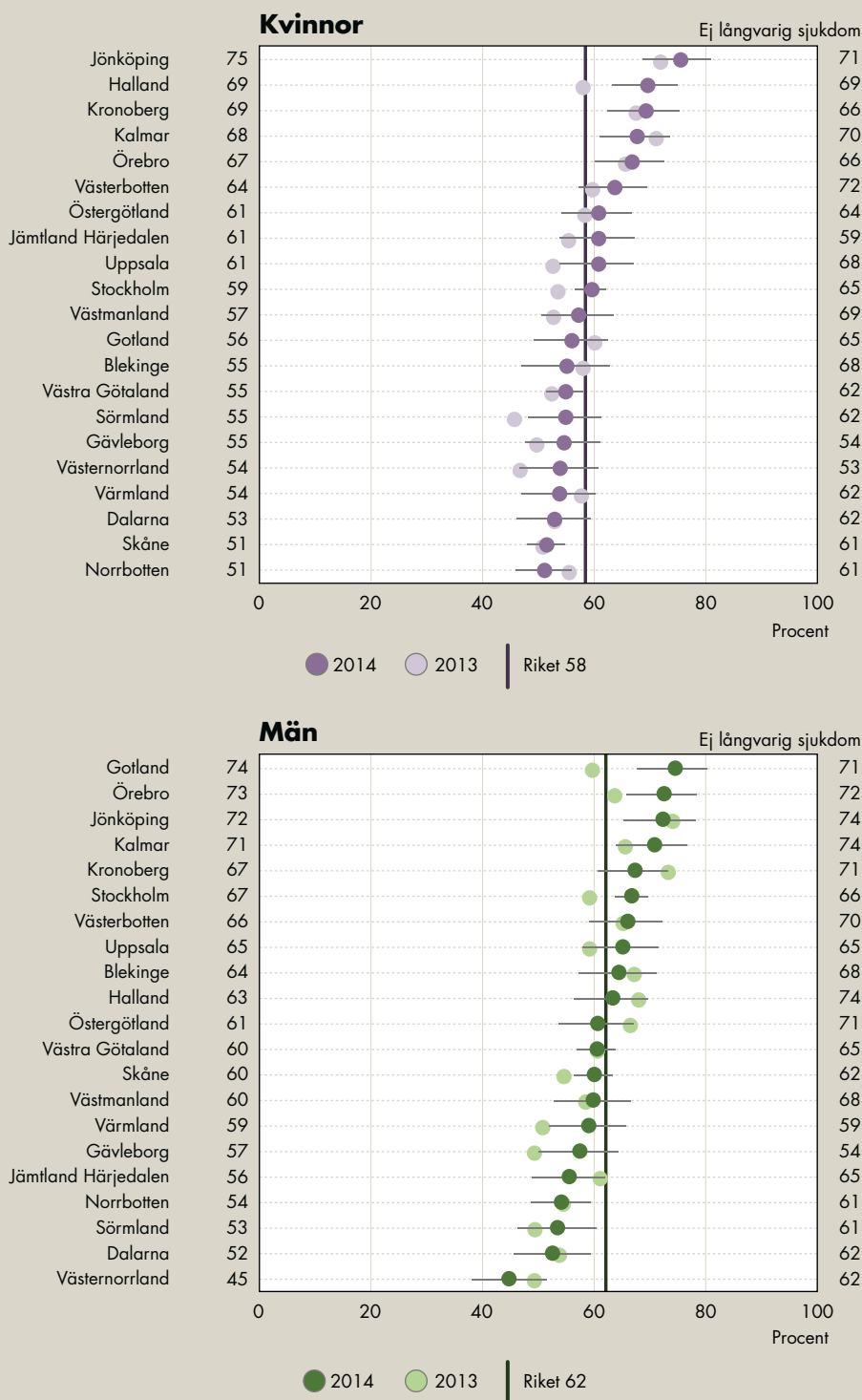
Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges kommuner och landsting

4.2. Förtroende för hälso- och sjukvården, långvarig sjukdom

Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården, 2014.



5 Förtroende för sjukhus, personer med långvarig sjukdom

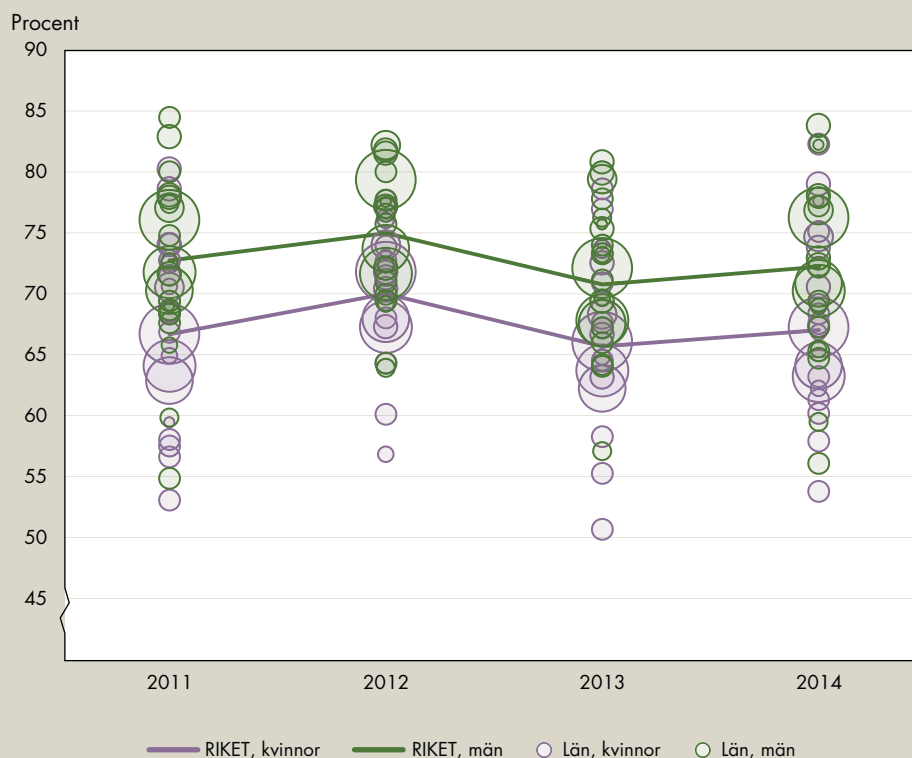
Här redovisas förtroende för vården på sjukhus, oavsett om man under de senaste sex månaderna har haft kontakt med ett sjukhus eller inte.

Indikatorn visar andelen personer med långvarig sjukdom som har uppgett sig ha mycket stort eller ganska stort förtroende för sjukhus i det egna lands-tinget av det totala antalet som har svarat. De som har svarat "vet ej" eller inte har svarat på frågan är exkluderade.

I riket som helhet är det 69 procent som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusen. Andelen personer med stort förtroende för sjukhusen är i stort sett oförändrad jämfört med 2013. Kvinnor har lägre förtroende än män. Personer som inte har långvarig sjukdom har något högre förtroende för sjukhus (73 procent).

5.1. Förtroende för sjukhus vid långvarig sjukdom

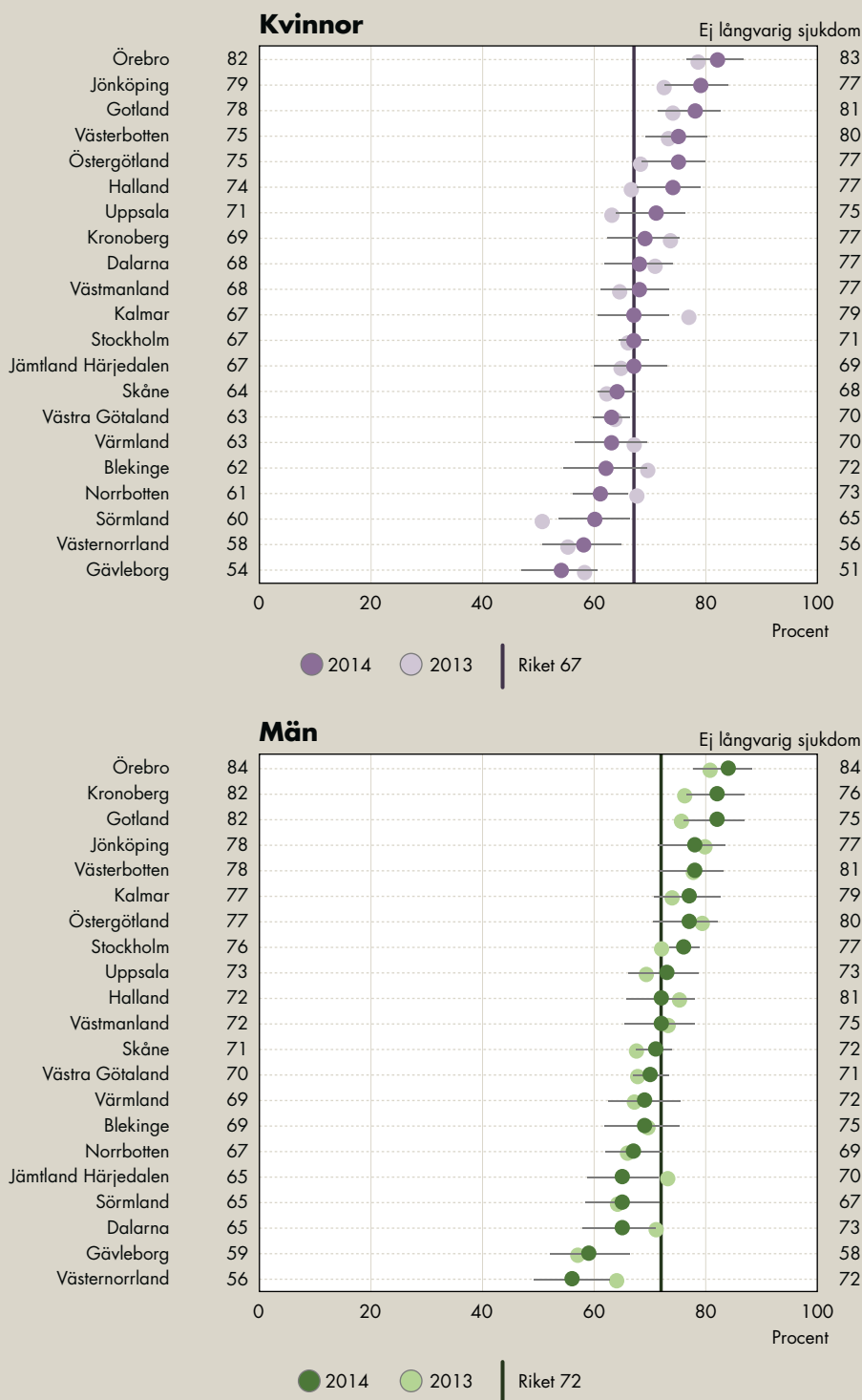
Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges kommuner och landsting

5.2. Förtroende för sjukhus vid långvarig sjukdom

Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus, 2014.



6 Förtroende för vårdcentraler, personer med långvarig sjukdom

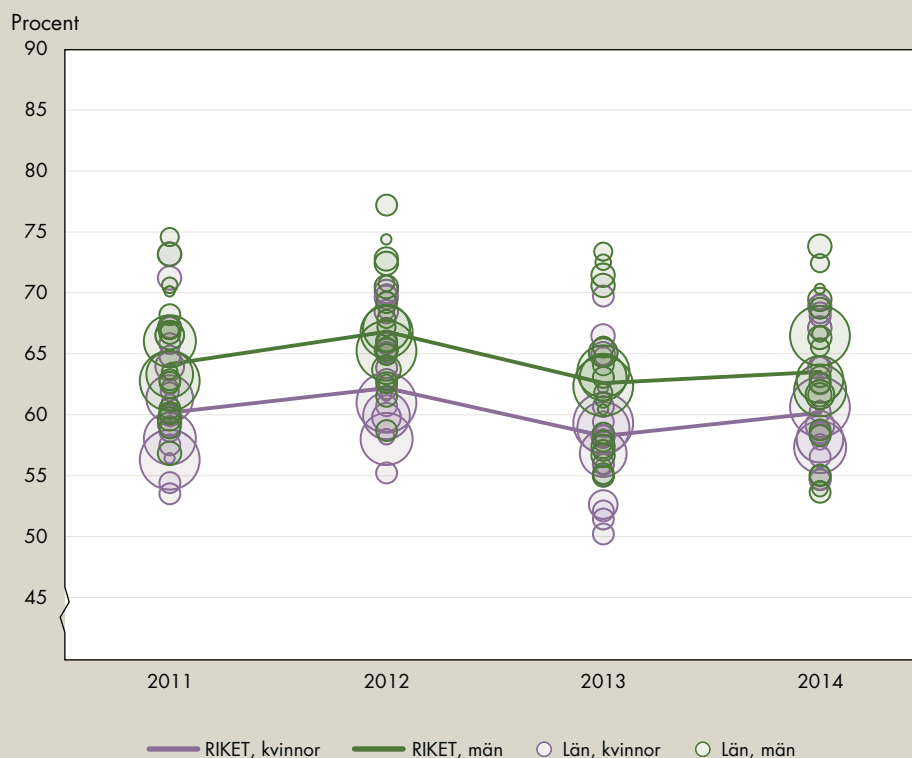
Här redovisas förtroende för vårdcentraler eller motsvarande, oavsett om man under de senaste sex månaderna haft kontakt med en vårdcentral eller inte.

Indikatorn visar andelen personer med långvarig sjukdom som uppgett sig ha mycket stort eller ganska stort förtroende för vårdcentral i det egna landstinget av totalt antal som svarat. De som svarat vet ej eller inte svarat är exkluderade.

I riket som helhet har närmare 62 procent mycket eller ganska stort förtroende, med en variation mellan landstingen från 54 till 71 procent. Andelen har ökat marginellt jämfört med 2013. Kvinnor har något lägre förtroende än män. Personer som inte har långvarig sjukdom har högre förtroende för vårdcentraler (66 procent).

6.1. Förtroende för vårdcentraler vid långvarig sjukdom

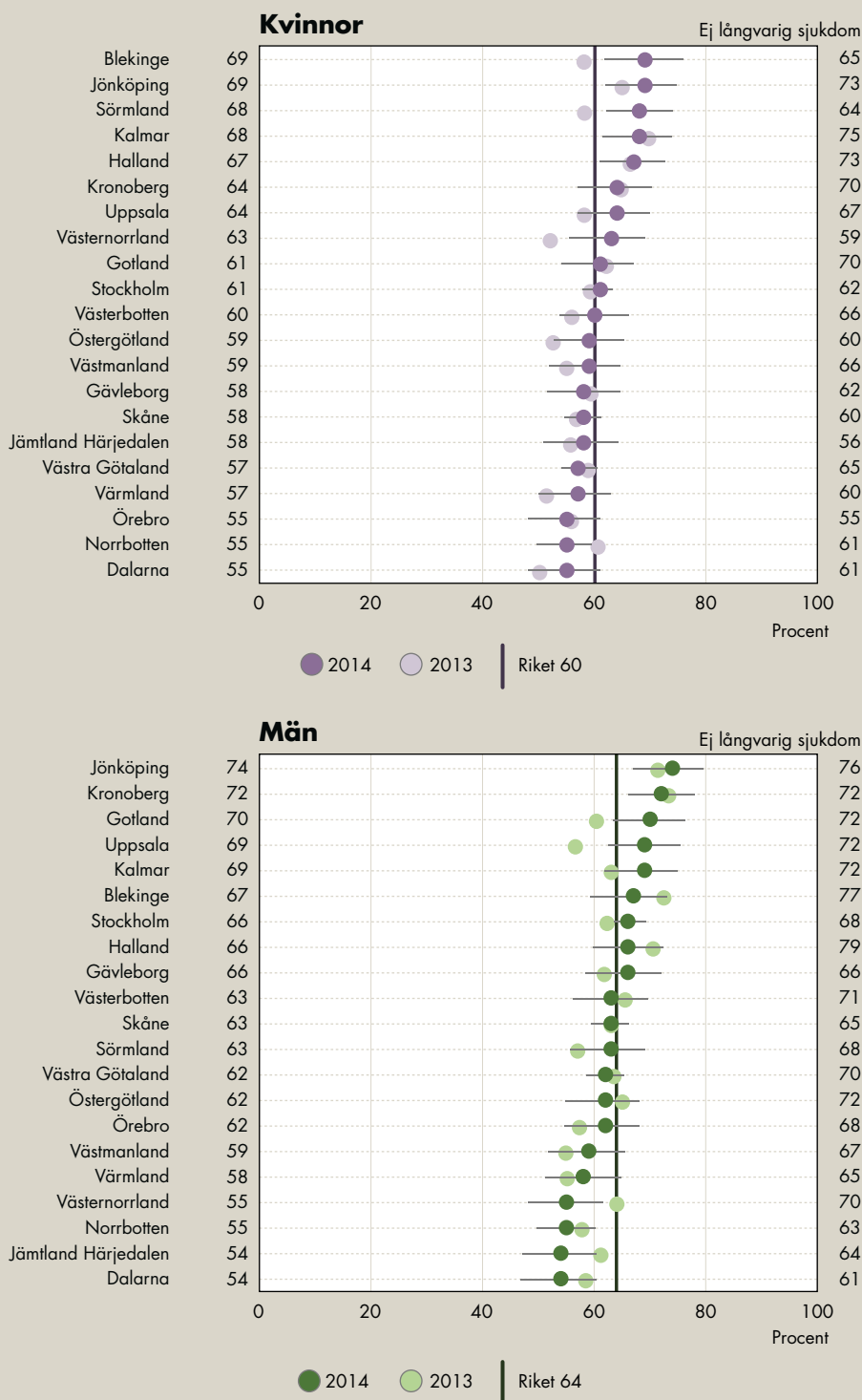
Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler, motsvarande.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges kommuner och landsting

6.2. Förtroende för vårdcentraler vid långvarig sjukdom

Andel personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler, motsvarande, 2014.



Undvikbar slutenvård vid kroniska sjukdomar

Andelen slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår här är hjärtsvikt, diabetes samt astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Dessa sjukdomar kan behandlas effektivt i primärvården eller vid behov i öppen specialiserad vård. Genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Även tillgången till slutenvårdsplatser kan påverka andelen inskrivningar i slutenvård.

7 Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare, 20 år eller äldre. Resultatet visas här sammantaget för dessa sjukdomar och redovisas även separat under respektive sjukdom. Antal perioder per 100 000 invånare var i hela riket totalt 755 och det faktiska antalet slutenvårdstillfällen var knappt 60 000 år 2014. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Generellt sett vårdas män i högre utsträckning än kvinnor, med de diagnoser som ingår i måttet. Sluten vård har minskat vid samtliga sjukdomar över tid, dock inte i lika stor utsträckning när det gäller hjärtsvikt.

Internationellt sett ligger Sverige bland de bättre inom OECD vad gäller låg andel sluten vård framför allt vid astma och diabetes men även vid KOL medan vi ligger bland de sämre med en högre andel sluten vård än OECD-ländernas genomsnitt när det gäller hjärtsvikt [4].

7.1. Slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

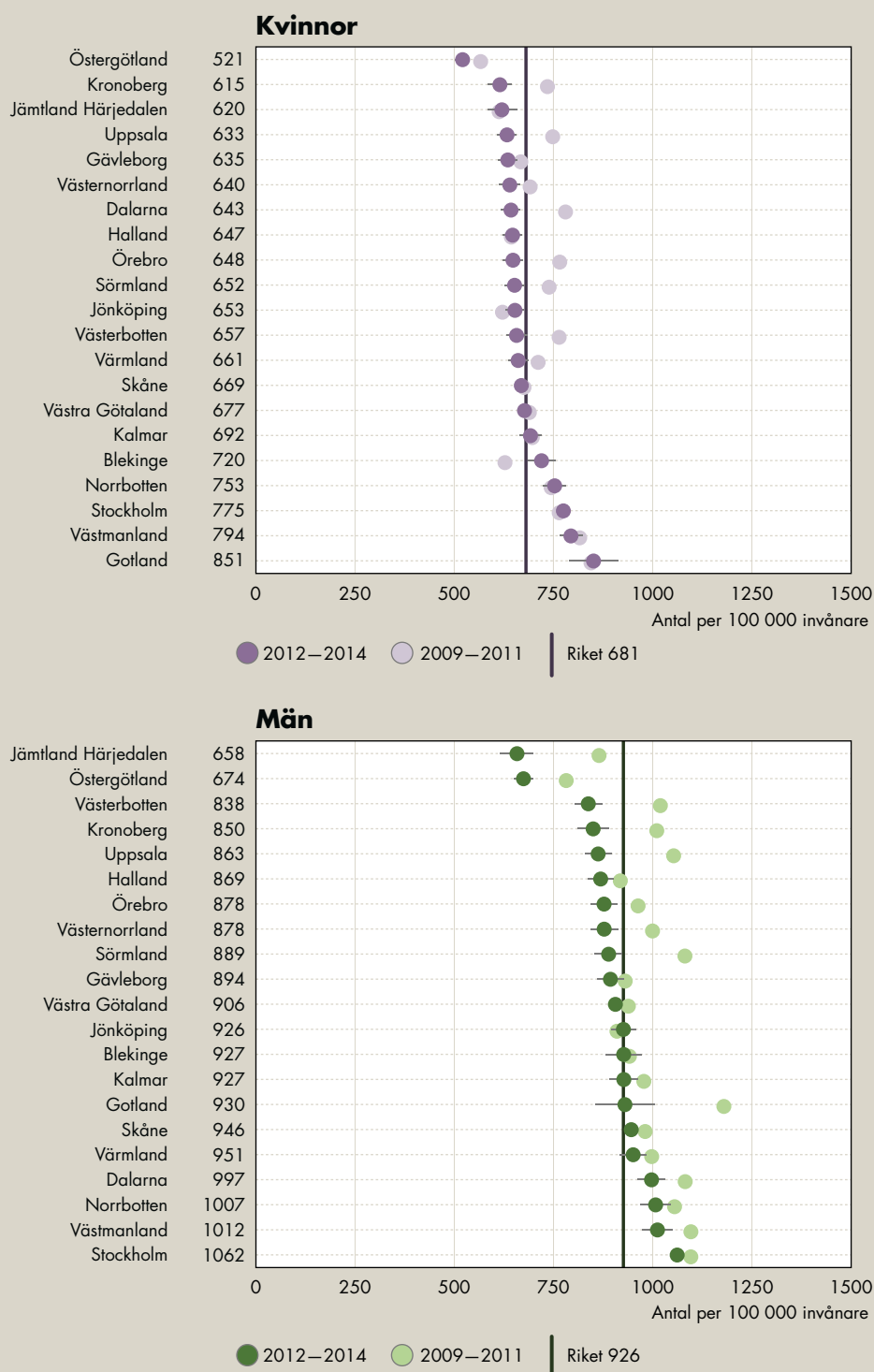
Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

7.2. Slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



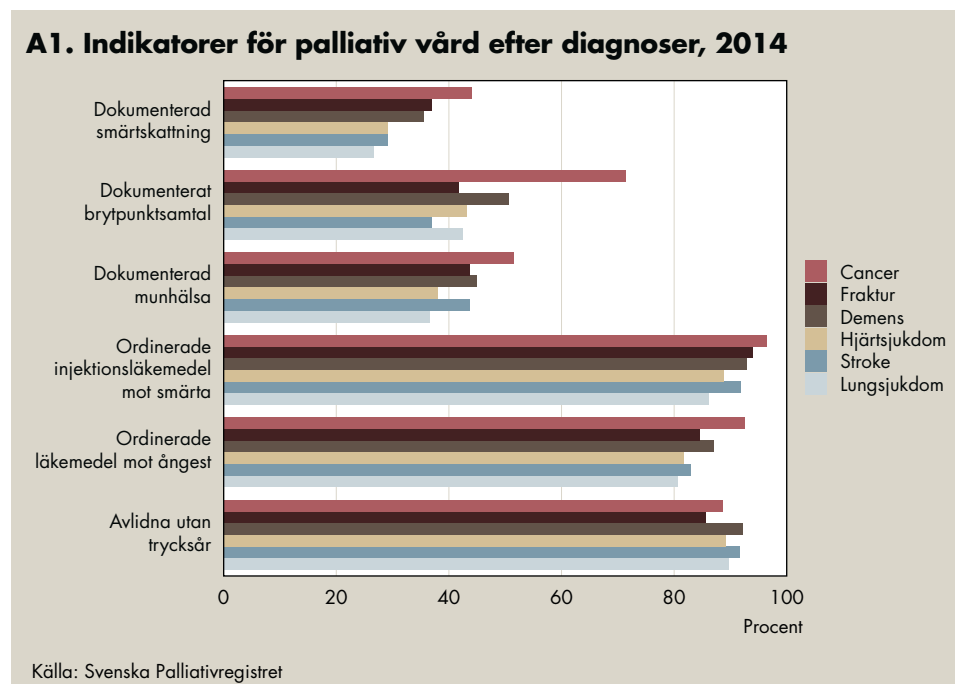
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Palliativ vård

Varje år avlider cirka 1 procent av Sveriges befolkning (cirka 90 000 personer) och uppskattningen är att 80 procent av dessa skulle ha nytta av den palliativa vårdens innehåll [5]. Människor som vårdas i livets slutskede finns inom nästan alla specialiteter i såväl öppen som sluten vård samt inom den kommunala vården.

Tillgången till palliativ vård i livets slutskede varierar mellan olika vårdformer och diagnoser. Enligt Svenska palliativregistrets uppföljning av indikatorerna för palliativ vård får de som har avlidit på sjukhus (51 procent) minst palliativ vård och de som har avlidit på hospice eller specialiserade palliativa slutenvårdsenheter (75 procent) får mest. Diagnosmässigt fick de som avled i lungsjukdom minst palliativ vård (54 procent) och de som avled till följd av cancer fick mest palliativ vård (68 procent). Den önskvärda nivån är i samtliga fall 100 procent [5].

Diagram A1 visar en jämförelse mellan kroniska sjukdomar som ingår i denna rapport i förhållande till cancer. Den palliativa vården har förbättrats över tid och fler sjukdomsgrupper än cancer får nu del av den palliativa vården.



8 Brytpunktssamtal i livets slutskede

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patienten och de närstående informeras om att patientens sjukdom och tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas och vården övergår till palliativ vård i livets slutskede [5]. I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks detta i termer av att ge individuellt anpassad information om hälso-tillstånd, undersökningsmetoder samt vilka möjligheter till vård och behandling som finns.

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 dialogen förs med den sjukes närstående eller någon annan företrädare. För detta krävs aktiv läkarmedverkan.

I det nationella kunskapsstödet har kontinuerliga samtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, så kallade brytpunktssamtal, högsta prioritet. God kvalitet i kommunikationen om prognos och vård i livets slutskede kan förebygga oro och missförstånd, samt förbättra livskvaliteten.

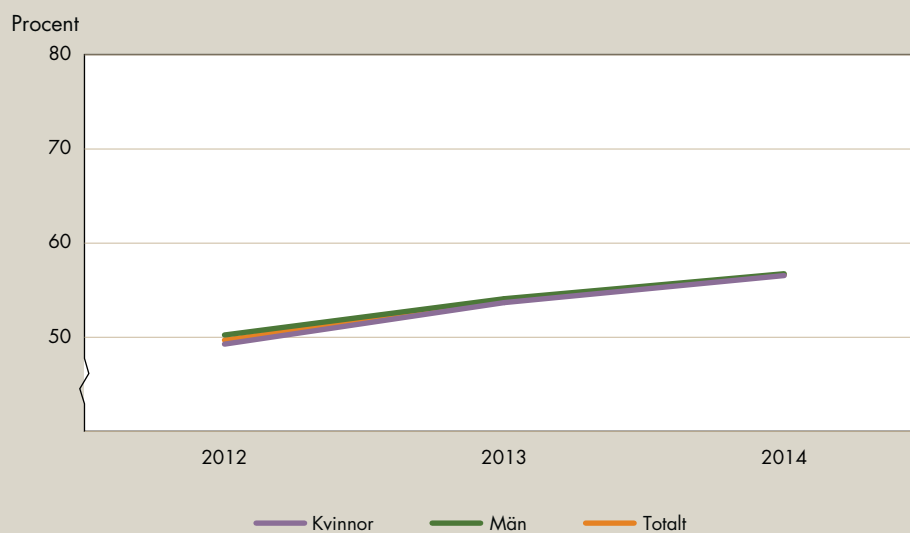
Indikatorn för denna rekommendation har lagts som en utvecklingsindikator i kunskapsstödet, eftersom Svenska palliativregistrets registrering av denna aspekt inte ansågs motsvara den rekommenderade indikatorn. Frågans formulering i Svenska palliativregistret syftar till att spegla en aktiv läkarmedverkan samt dokumentationen av denna typ av samtal i den medicinska journalen.

Indikatorn visar andelen patienter med vilka vårdpersonalen har fört dokumenterade samtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede. I redovisningen ingår bara de dödsfall med där personalen har svarat ja på frågan om huruvida dödsfallet var väntat. Hänsyn tas även till patientens förmåga att delta i beslut om vården och till förekomst av anhöriga.

I riket som helhet hade 56,6 procent av patienterna fått ett sådant samtal och det syns inga skillnader mellan könen. Variationen mellan de olika landstingen sträcker sig från 45 till 65 procent.

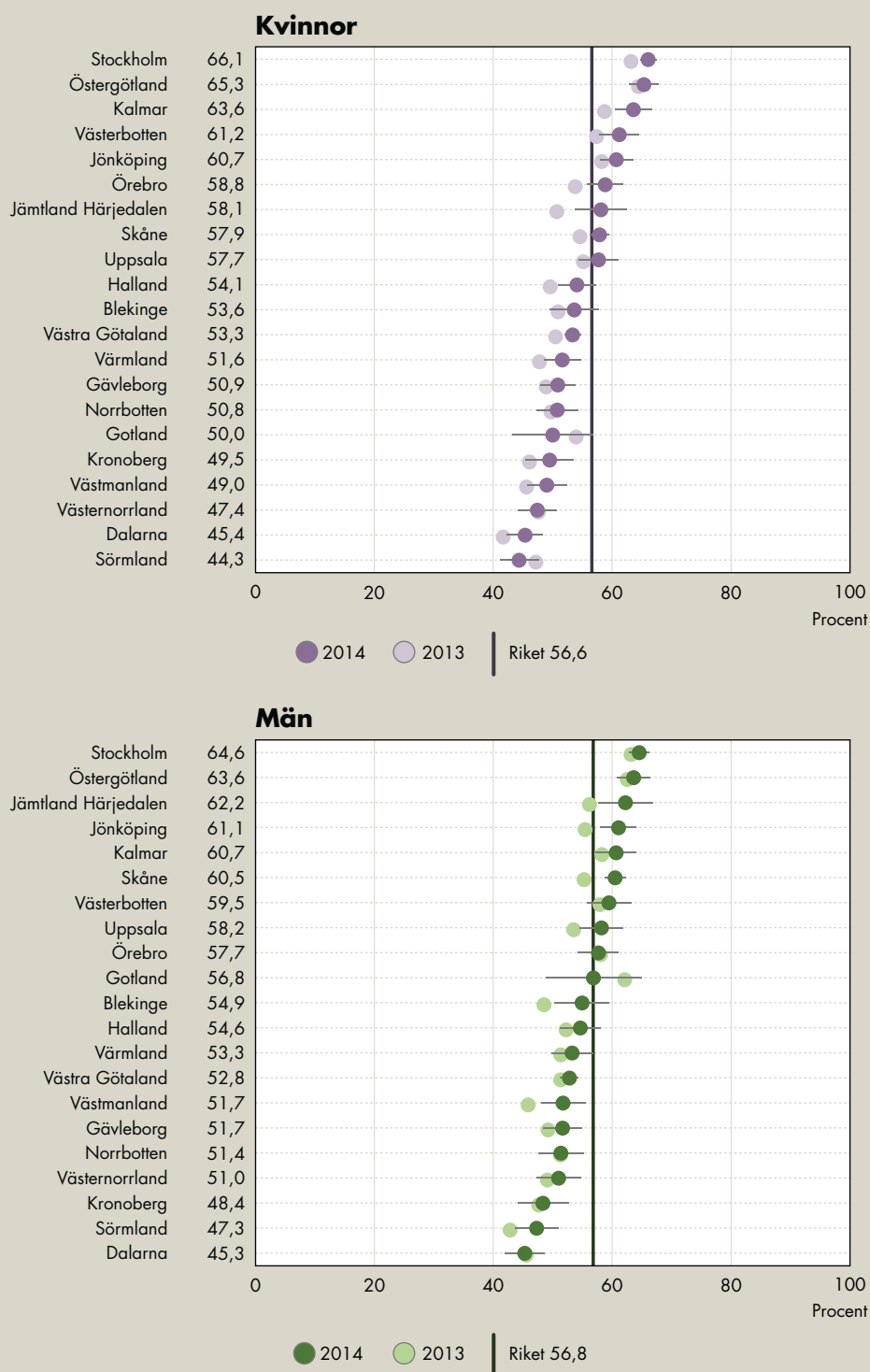
8.1. Brytpunktssamtal i livets slutskede

Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes.



8.2. Brytpunktssamtal i livets slutskede

Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes, 2014.



9 Smärtskattning under sista levnadsveckan

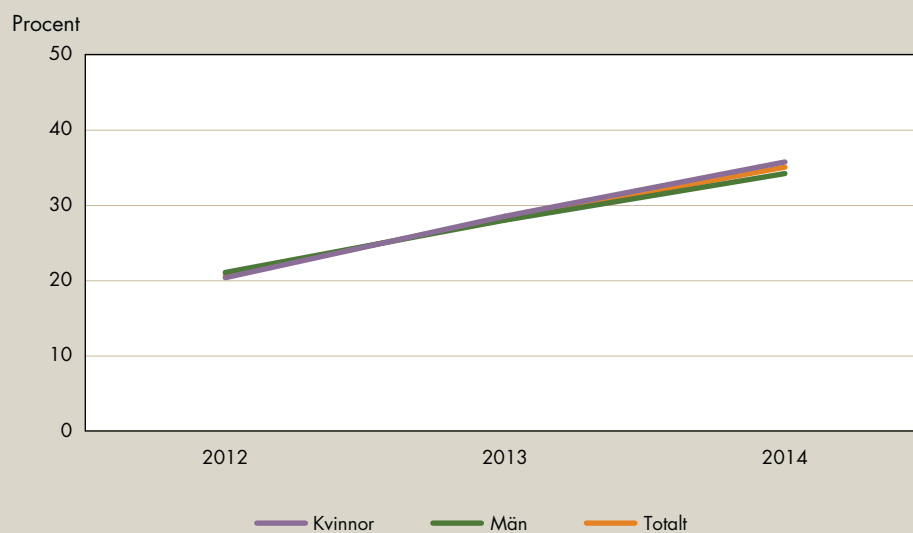
Upplevelse av smärta är något personligt. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet och ökar också risken för medicinska komplikationer. Vårdpersonal har en tendens att underskatta, medan närstående har en tendens att över-skatta den sjukes smärtupplevelse. Rädslan för smärta i livets slut finns hos majoriteten av befolkningen. För att i tid fånga och därmed minimera den sjukes smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. Ett strukturerat skattningsinstrument bör användas när så är möjligt, men i livets slutskede är det vanligt att personen inte är i stånd att respondera. Det är viktigt att alltid göra en klinisk bedömning för att minimera risken för obehandlad smärta.

Socialstyrelsen prioriterar regelbunden smärtanalys och smärtskattning högt i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede. En indikator om detta har därför lagts som en utvecklingsindikator i kunskapsstödet, eftersom frågans formulering i Svenska palliativregistret inte fullt ut svarar på den rekommenderade indikatorn. Det huvudsakliga syftet med indikatorn är att mäta smärtfrihet för patienten. Indikatorn visar andelen dödsfall där smärtskattning med smärtskattningsinstrumentet VAS/NRS eller något annat validerat instrument har använts sista levnadsveckan för döende patienter. Alla diagnoser ingår. I det nationella riktlinjearbetet för cancervård har VAS/NRS bedömts som det mest tillförlitliga smärtskattningsinstrumentet för patienter som kan kommunicera med omgivningen. För demenspatienter som inte längre kan uttrycka sin smärta verbalt finns skattningsinstrumentet Abbey Pain Scale.

I riket som helhet utfördes smärtskattning med ett validerat smärtskattningsinstrument endast i 35 procent av dödsfallen år 2014. Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga och andelen varierar mellan 23 och 50 procent. En förbättring med 8 procentenheter kan noteras jämfört med 2013.

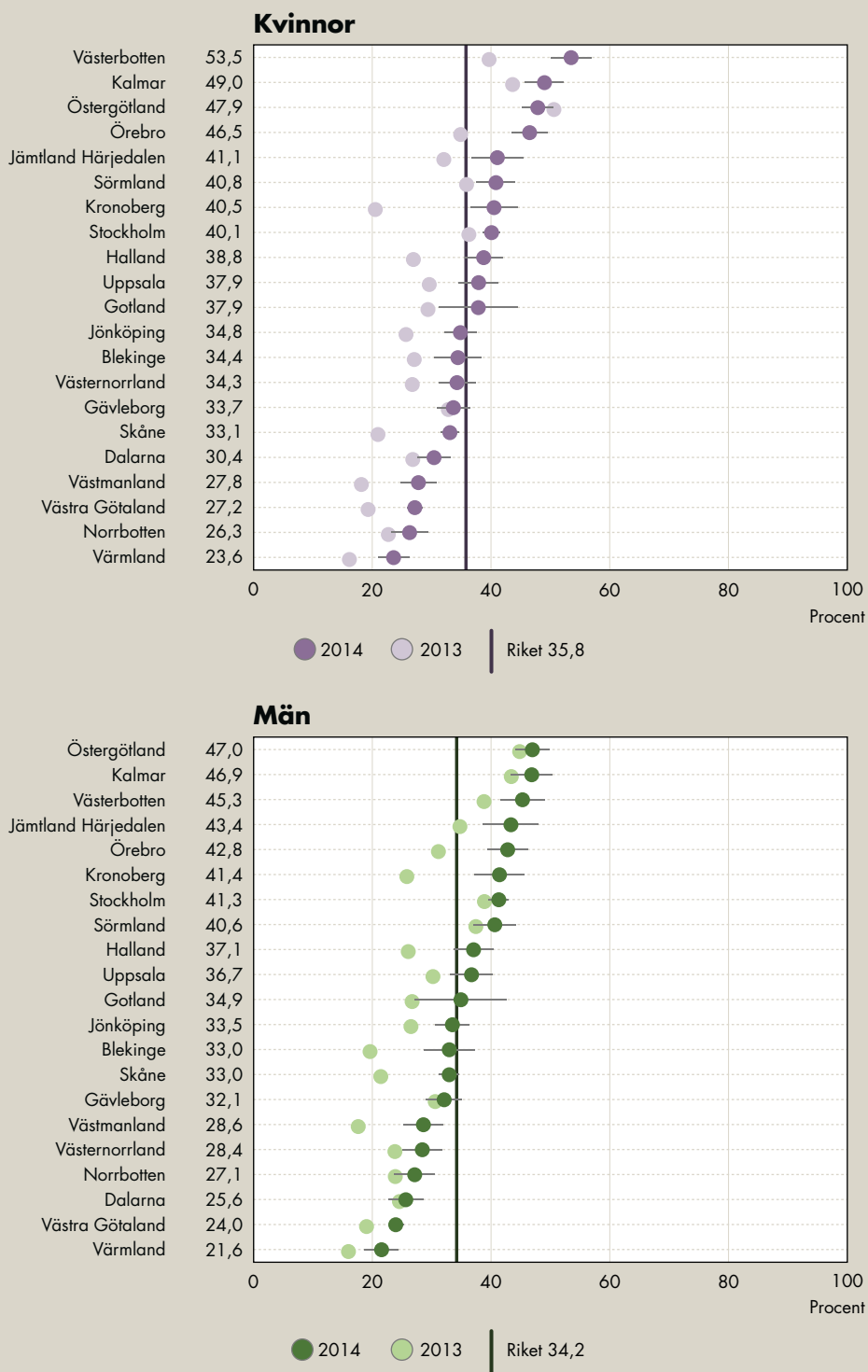
9.1. Smärtskattning under sista levnadsveckan

Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan.



9.2. Smärtskattning under sista levnadsveckan

Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan, 2014.



10 Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede

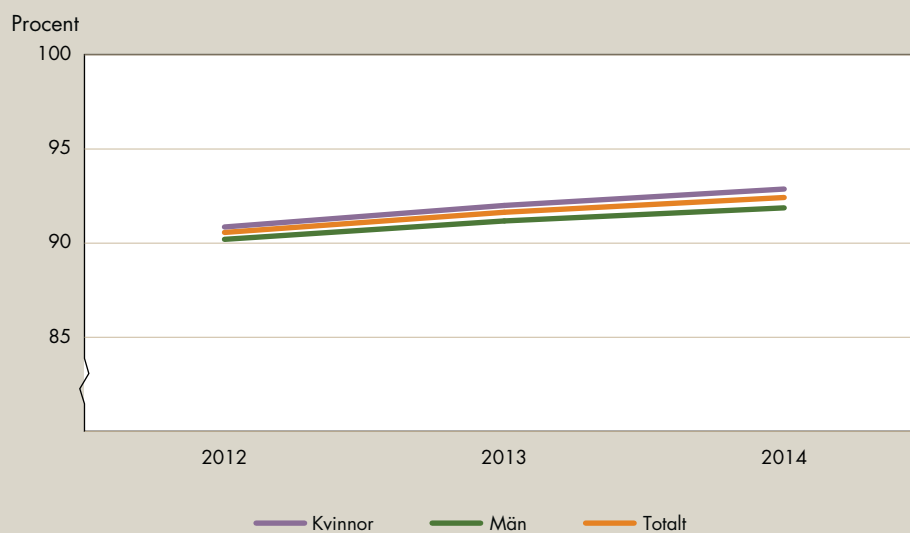
God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patienten och de närstående informeras om att patientens sjukdom och tillstånd har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas. Då ska vissa medicinska och omvårdnadsmissiga åtgärder genomföras, bland annat ska det finnas lämpliga ordinationer minimera patientens smärtupplevelse. Ordinationen ska vara individuellt anpassad, eftersom generella ordinationer inte anses vara tillräckligt bra i det här skedet. Det medicinska ansvaret flyttar ibland från specialisten till en läkare i primärvården som ansvarar för hemsjukvård eller vård inom särskilda boendeformer. Då är det extra viktigt att det inte blir några glapp i, för patienten, viktiga ordinationer.

Tiden mellan stegrad smärta och lindring kan bli onödigt lång. Först ska patienten som har ont anse att det gör tillräckligt ont för att slå larm. Därefter ska detta larm nå en sjuksköterska som efter att ha gjort sin bedömning måste ha såväl en fullgod ordination som tillgång till läkemedel. För att kunna hålla tiden från larm till given injektion rimligt kort, krävs att alla led i denna kedja är så väl förberedda som möjligt. Om det finns skriftliga rutiner för hur ordinationer ska göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer.

Indikatorn visar andelen patienter för vilka det under 2014 fanns ordination av opioider vid behov, oavsett patientens diagnos. I riket som helhet hade 92 procent av patienterna sådan ordination. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga. Alla landsting når över 88 procent. Kvinnor har behovsordination i något högre utsträckning än män. Palliativregistret har som mål att 100 procent av patienterna ska ha ordination för smärtstillande behandling.

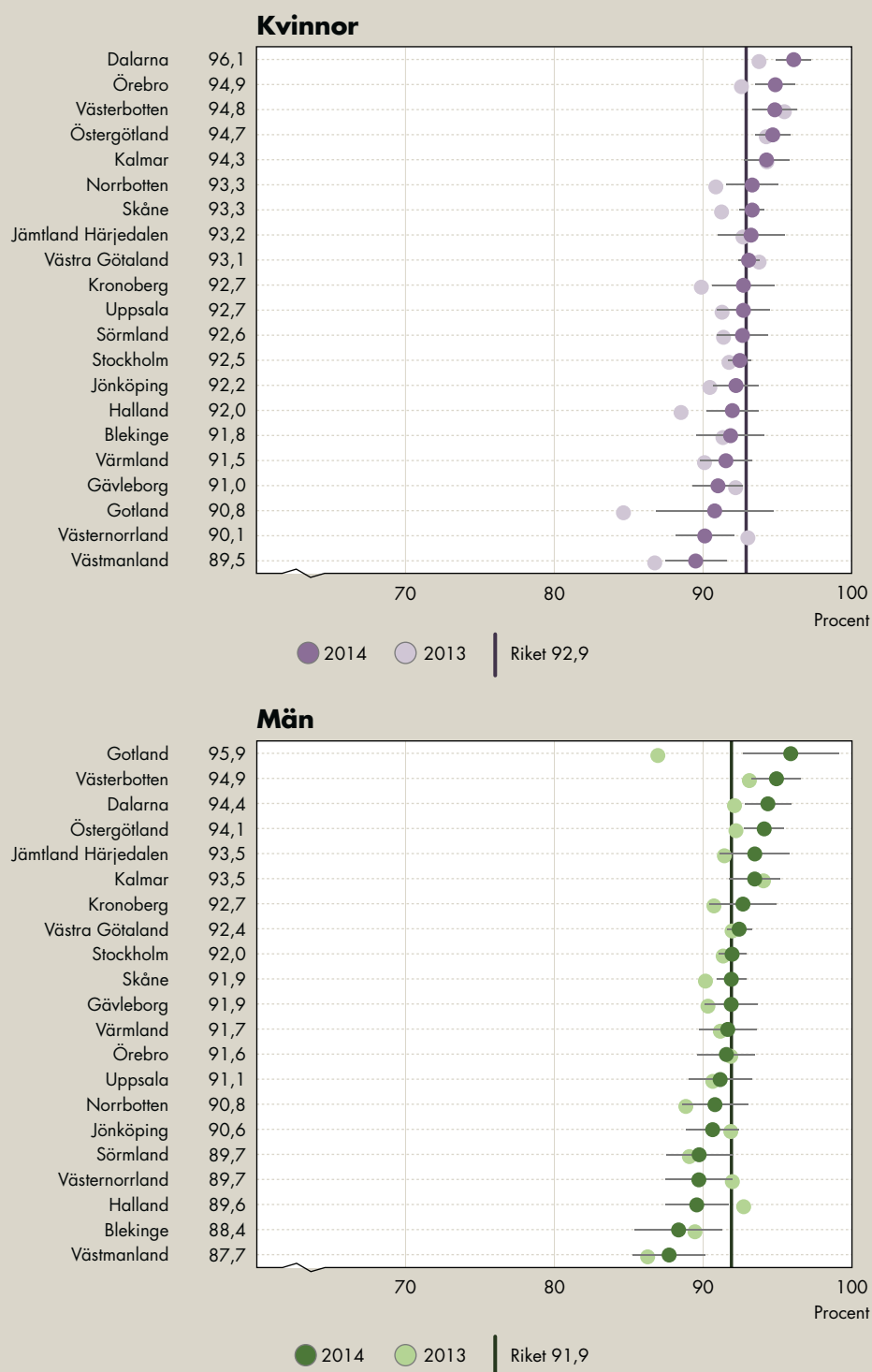
10.1. Opioider mot smärta i livets slutskede

Andel patienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled.



10.2. Opioider mot smärta i livets slutskede

Andel patienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled, 2014.



Källa: Svenska palliativregistret

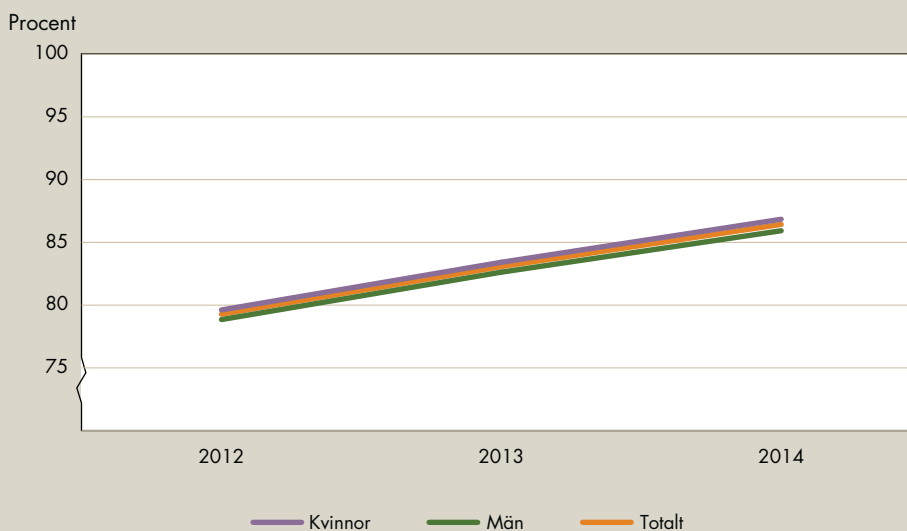
11 Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

Symtomlindring är en av hörnstenarna i palliativ vård. Att känna oro för det okända, som att dö, är fullt naturligt. Om patientens oro övergår i ångest som framkallar starkare psykiska och fysiska symtom, ska vårdpersonalen erbjuda behandling, precis som vid alla andra symtom som kan uppstå. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt. Förekomst av ångest är vanlig oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Ångestattacker kan komma hastigt och orsaka ett stort lidande för den döende patienten. Därför ska relevanta läkemedel kunna ges vid behov, oavsett när det uppstår. I Svenska palliativregistret registreras i vilken utsträckning patienten har haft en vidbehovsordination innan dödsfallet. Detta kan ses som en förutsättning för att patienten ska kunna bli symtomlindrad när eller om behovet dyker upp.

Indikatorn visar andelen patienter som hade en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel vid dödsfallet. I riket som helhet var värdet 86 procent, vilken innebär att de senaste årens ökande trend fortsatte under 2014. Kvinnor hade vidbehovsordination i något högre utsträckning än män.

11.1. Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

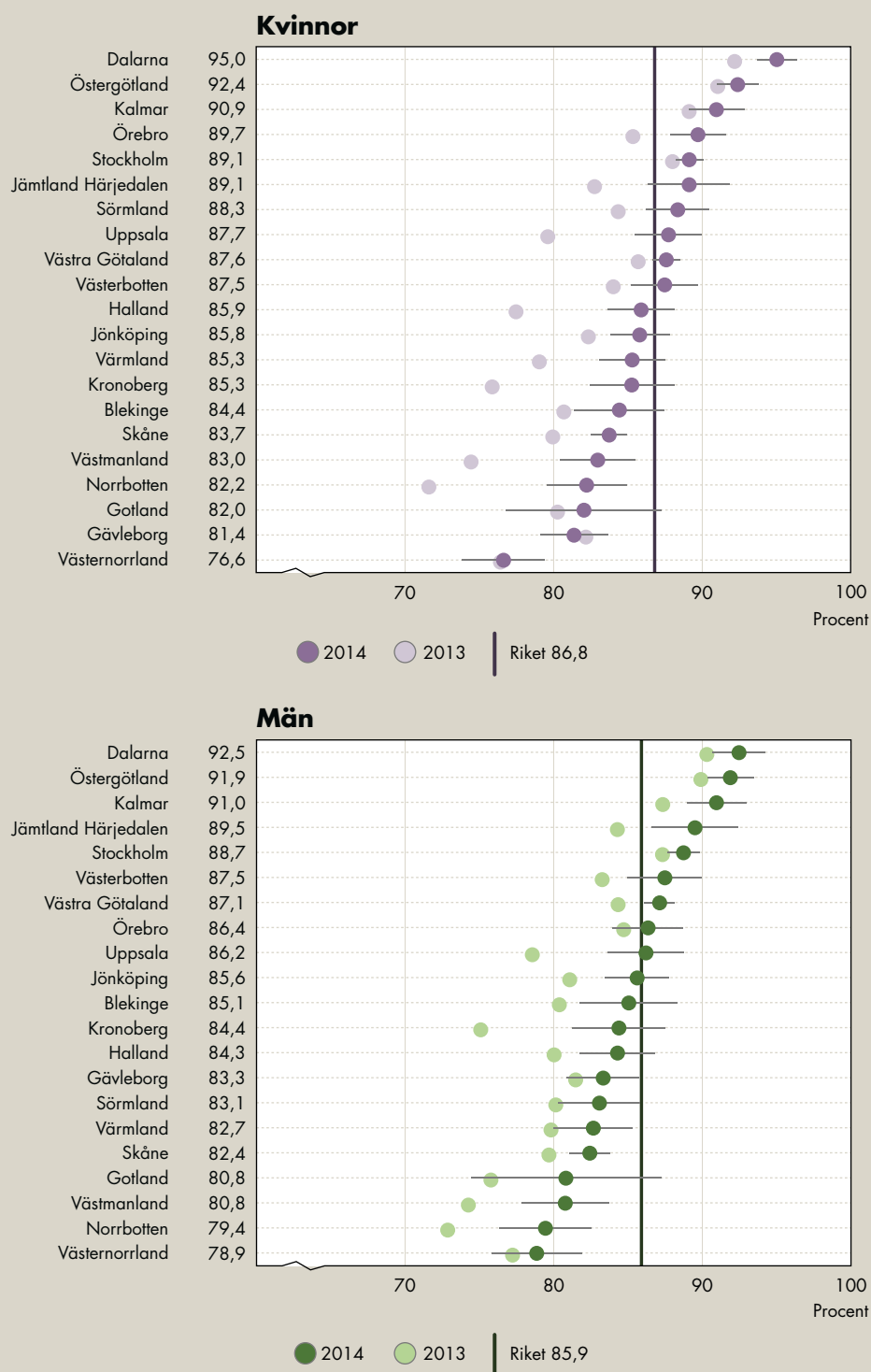
Andel patienter i livets slutskede med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel.



Källa: Svenska palliativregistret

11.2. Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

Andel patienter i livets slutskede med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel, 2014.



12 Trycksår - utan trycksår av grad 2-4

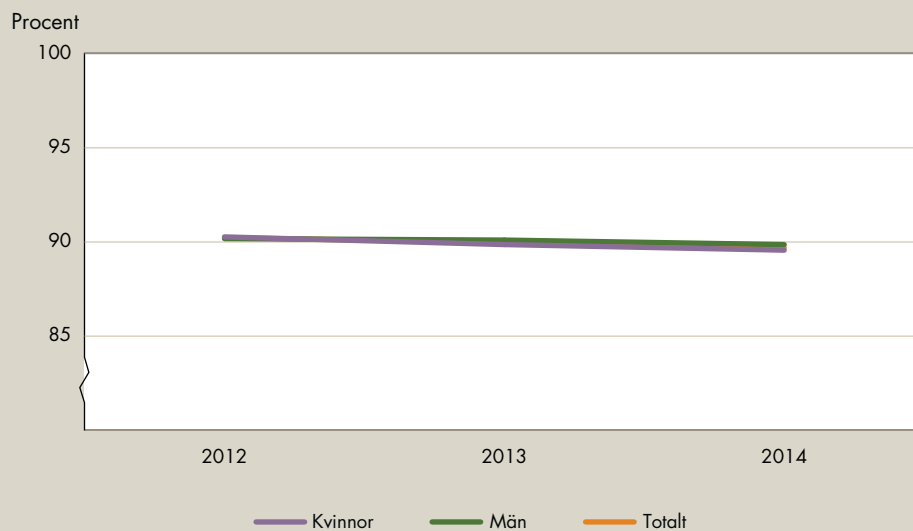
Att mäta förekomst av trycksår är en viktig del i arbetet för en säker omvårdnad. Trycksår kan försämra livskvaliteten kraftigt den sista tiden i livet. I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd rekommenderas att trycksår hos sängbundna patienter ska förebyggas med tryckutjämnande madrass. Ett bra arbete med trycksårsprefylax kan minska frekvensen av trycksår och att mäta förekomsten är en förutsättning för att kunna sätta in åtgärder vid behov.

Trycksår registreras i Svenska palliativregistret enligt en fyrgradig skala, där grad 2, 3 och 4 är de nivåer som ingår i indikatorn, enligt modifierad Norton-skala.

Indikatorn visar andelen patienter utan förekomst av trycksår av grad 2–4, vid dödsfall under 2014. I riket som helhet var värdet knappt 90 procent, med en markant spridning mellan landstingen. En felkälla kan vara olikartad tolkning och gradering av trycksår.

12.1. Trycksår – utan trycksår av grad 2-4

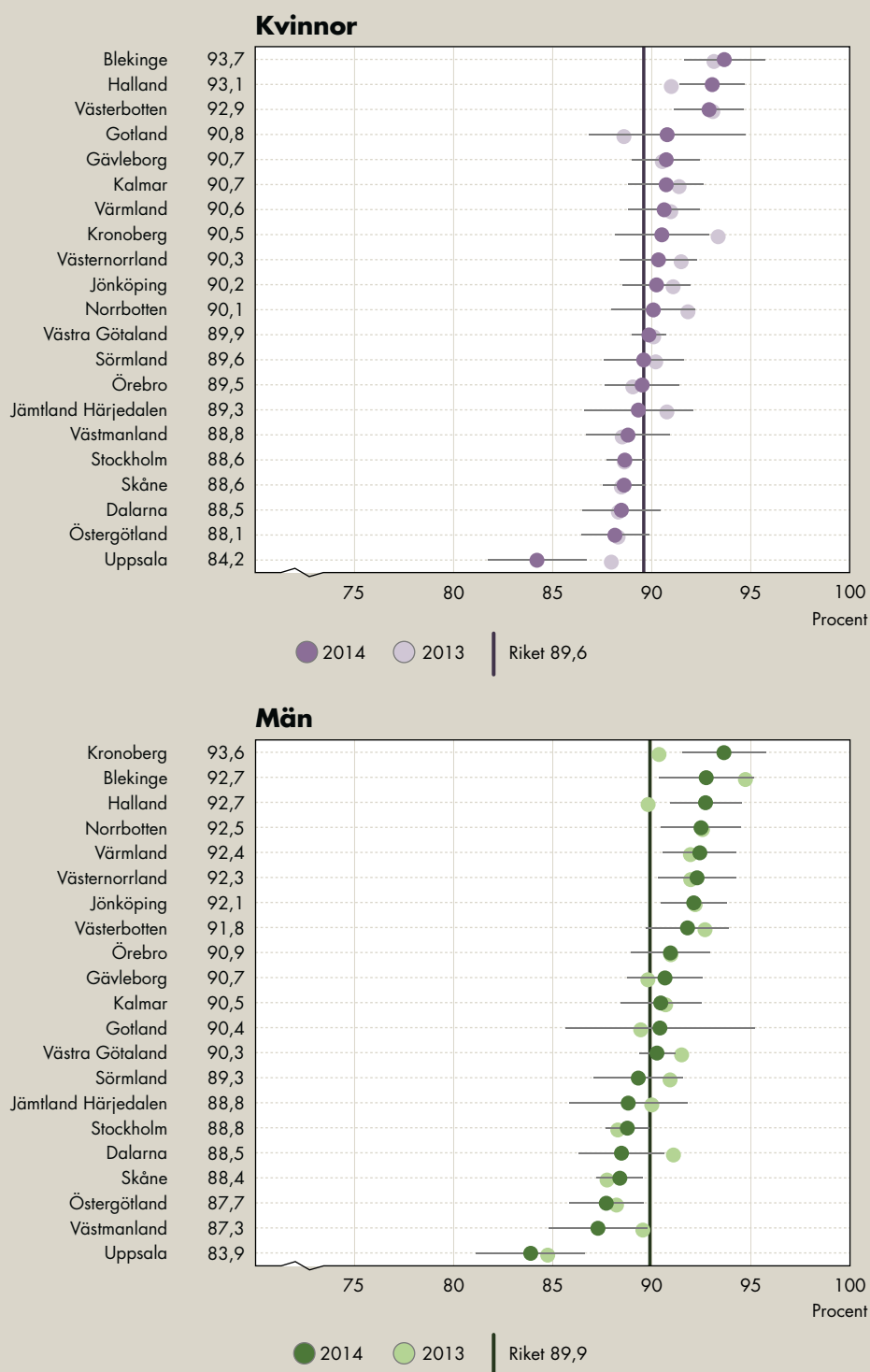
Andel patienter som inte hade trycksår när de avled. Avser trycksår av grad 2–4.



Källa: Svenska palliativregistret

12.2. Trycksår – utan trycksår av grad 2–4

Andel patienter som inte hade trycksår när de avled, 2014. Avser trycksår av grad 2–4.



13 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

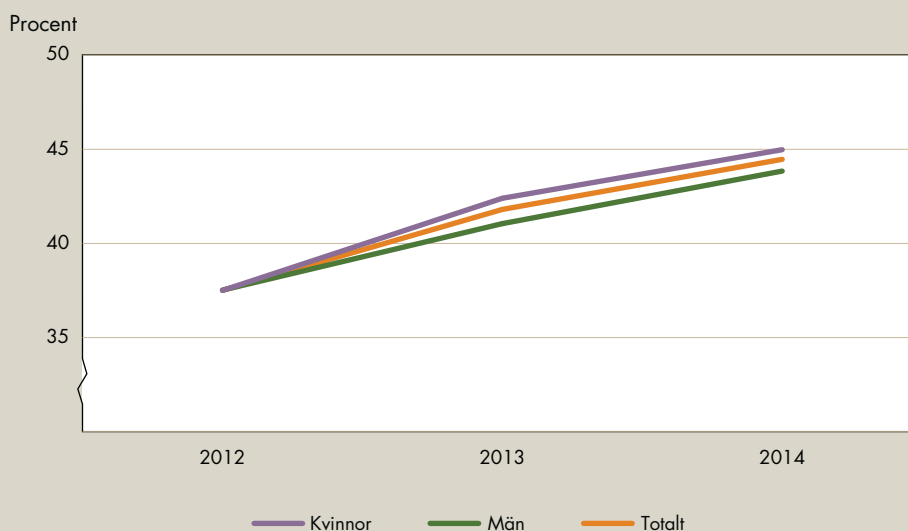
Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka flera funktioner, till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten.

I det nationella kunskapsstödet ingår tre rekommendationer för munhälsa. Rekommendationerna gäller läkemedel mot oral svampinfektion, med systemisk respektive lokal effekt, vid kliniska tecken på svampinfektion, samt regelbunden användning av bedömningsinstrument för munhälsa. Det finns för närvarande ingen möjlighet att följa upp dessa specifika rekommendationer. Att ha kontroll på munstatus i livets slutskede är dock betydelsefullt och detta följs i stället upp med en övergripande indikator som mäter huruvida en dokumenterad bedömning har genomförts under sista veckan i livet. I Svenska palliativregistret mäts detta i tre led. Först besvaras frågan om en munhälsobedömning har gjorts, därefter om det upptäcktes några avvikelser och till sist om bedömningen har dokumenterats.

Indikatorn visar andelen patienter som fått en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan, vid dödsfall under 2014. I riket som helhet var värdet 44 procent, en liten förbättring jämfört med 2013. Variationen mellan landstingen är stor med värden från 33 till drygt 56 procent. Kvinnor fick munhälsobedömning i något högre utsträckning än männen.

13.1. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

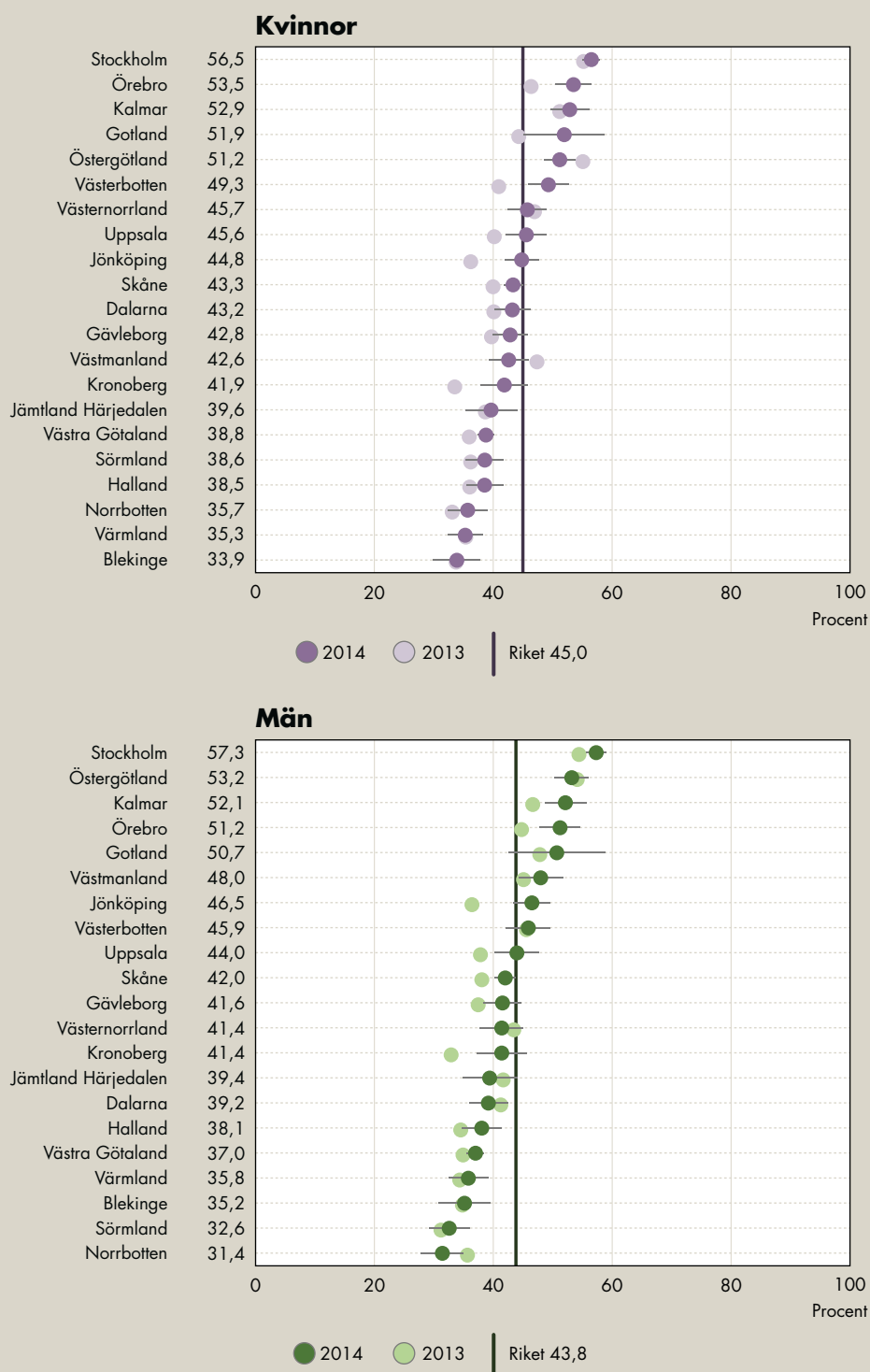
Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan.



Källa: Svenska palliativregistret

13.2. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan, 2014.



14 Återkommande slutenvård i livets slutskede

En stor del av de obotligt sjuka tillbringar sin sista tid på sjukhus i en miljö som huvudsakligen är inriktad på korta vårdtider och kurativt syftande åtgärder. Många äldre kommer dessutom, de sista två veckorna i livet, att bli föremål för förflyttningar mellan slutenvård och hemsjukvård för att slutligen avlida på sjukhus [5].

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan [6]. Det finns varianter av mått som mäter detta internationellt. Just denna indikator finns även med i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede och avser att följa andelen döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet.

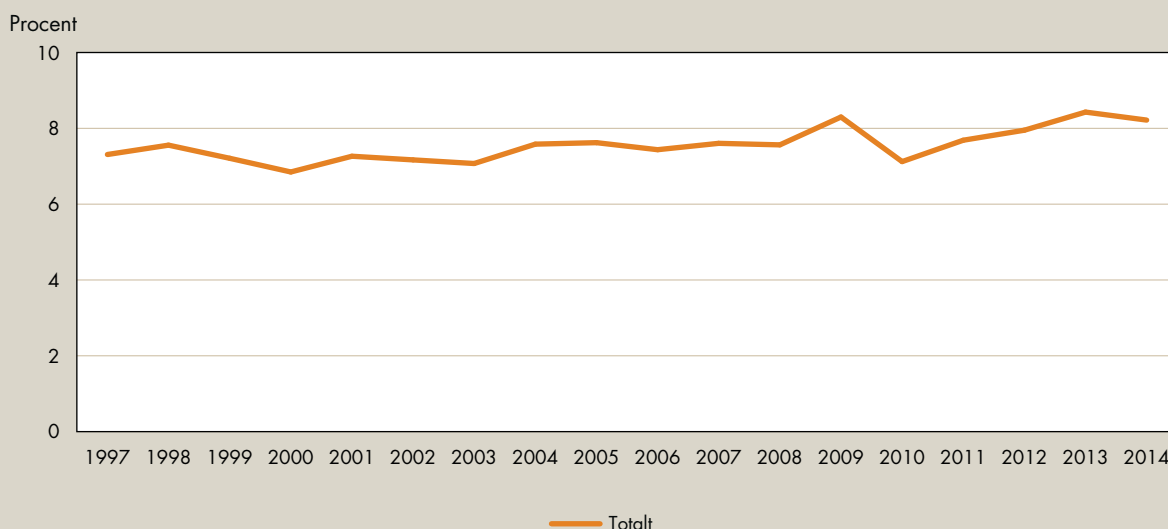
Som ny inskrivning räknas de inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller klinik, eftersom indikatorn främst syftar till att mäta inskrivningar i den akutsomatiska vården.

Det finns ingen målnivå och bedömningar måste göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan olika landsting och eventuella skillnader mellan olika år kan påvisa behov av att kartlägga vidare, till exempel avancerad sjukvård i hemmet eller andra skillnader i organisation eller praxis.

Indikatorn visar att cirka 8 procent av patienterna som avled 2014 hade varit inskrivna två eller flera gånger de sista 30 dagarna i livet. Landstingens andelar varierade mellan 5 och knappt 11 procent.

14.1. Återkommande slutenvård i livets slutskede

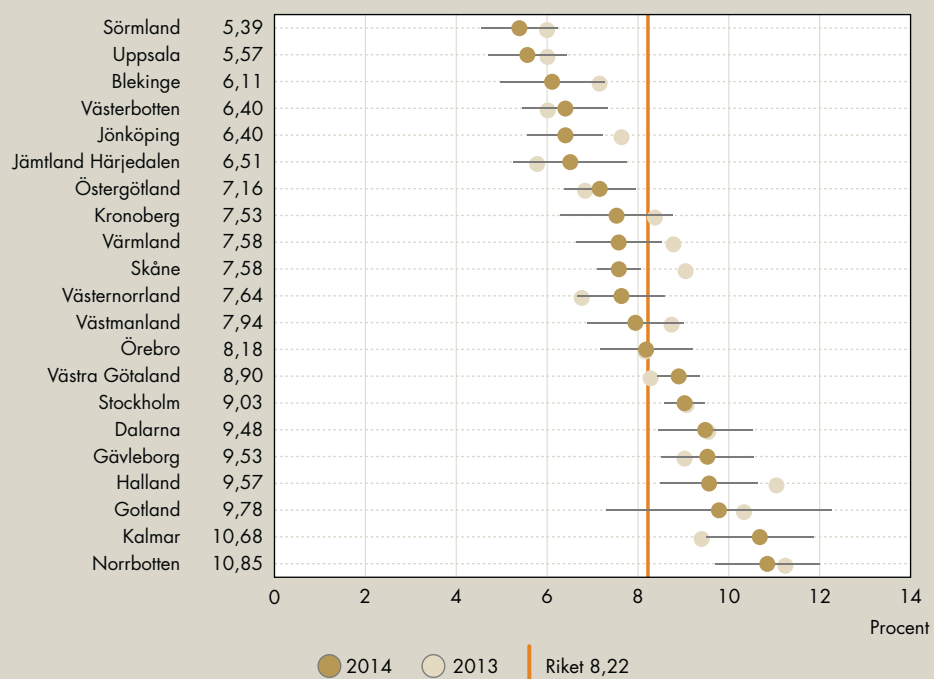
Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar. Avser patienter 65 år och äldre och ett urval av diagnoser.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

14.2. Återkommande slutenvård i livets slutskede

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, 2014. Avser patienter 65 år och äldre och ett urval av diagnoser.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt

Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i Sverige [7]. Akut hjärtinfarkt, som 2014 drabbade knappt 30 000 individer, är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna.

Under de senaste 30–35 åren har dödligheten i olika hjärtsjukdomar stadigt minskat i landet [8]. Under 1980-talet gjordes stora genombrott i behandlingen av hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Sedan dess har också skillnaderna i överlevnad och insjuknande i hjärtinfarkt mellan olika delar av landet minskat.

Den positiva utvecklingen har också berott på förbättringar när det gäller riskfaktorer för kranskärlssjukdom, såsom lägre andel rökare och lägre nivåer av blodfetter hos befolkningen. Starkt bidragande orsaker är också förbättrade förebyggande insatser efter hjärtinfarkt (sekundärprevention), förbättrad akutsjukvård, utveckling av nya läkemedel som komplement till befintlig terapi samt interventioner vid blodkärlsförträngningar och blodproppar som uppstått till följd av åderförkalkning (ateroskleros) i kranskärlen. Framför allt har förbättrad diagnostik och behandling av hjärtsvikt bidragit till att överlevnaden och livskvaliteten förbättrats för många hjärtsjuka patienter.

Trots dessa förbättringar är hjärt-kärlsjukdomar fortfarande den största folksjukdomen i Sverige – en allvarlig sjuklighet som i stor utsträckning är påverkbar genom effektiv prevention och behandling. Det är därför viktigt att hjärtsjukvården fortsätter att utvecklas med hjälp av nya effektiva behandlingsmetoder.

Ytterligare förbättringar kan uppnås genom ökad prevention, diagnostik och behandling av hjärt-kärlsjukdomar i primärvården. För att få en jämlik vård är det också viktigt att redan tillgängliga, effektiva och evidensbaserade metoder kommer alla som har nytta av dem till del. Både nya och redan beprövade åtgärder behöver prioriteras och användas utifrån de nationella riktlinjerna, så att sjukvårdens resurser används på bästa sätt.

Indikatorerna i detta avsnitt är baserade på data från hälsodataregister vid Socialstyrelsen, hjärtregistret SWEDEHEART, det nationella kvalitetsregistret RIKS-HIA (en del av SWEDEHEART) som innehåller uppgifter om de infarktpatienter som är inlagda för hjärtsjukvård vid sjukhusen samt SEPHIA som är det register inom SWEDEHEART som speglar sekundärprevention efter hjärtinfarkt.

Alla landets sjukhus som bedriver akut hjärtsjukvård deltar med en generellt god täckningsgrad, men vid alla sjukhus förekommer att vissa infarktpatienter inte rapporteras till SWEDEHEART på grund av att de inte har vårdats vid enheter anslutna till registret. En förutsättning för kvalitetsuppföljning är att man registrerar de patienter som är tänkta att ingå. Bara

med en hög registreringsgrad kan man veta att de redovisade resultaten är representativa och att de ger en rättvisande bild av patientvården. Om rapporteringsgraden varierar för mycket mellan olika sjukhus minskar tillförlitligheten i jämförelserna.

15 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Ischemiska hjärtsjukdomar är sjukdomar som orsakas av en försämrade syretillförsel till hjärtat. Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori.

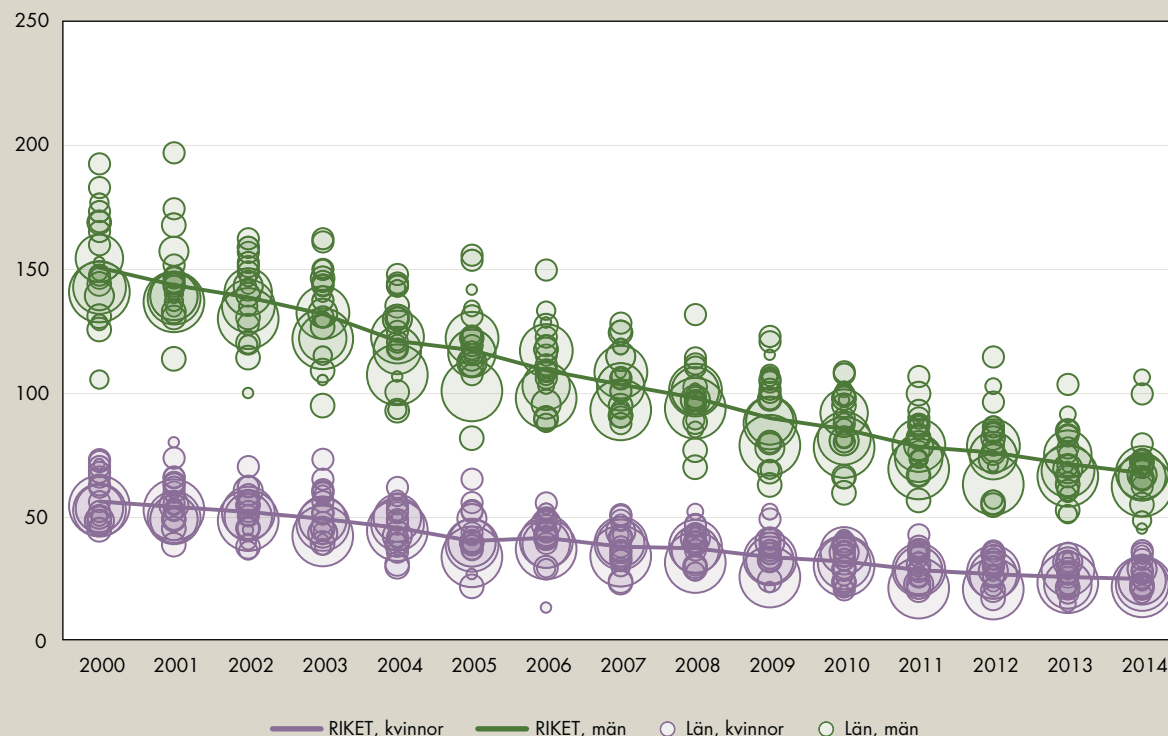
Indikatorn visar alla dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom oavsett om personen har avlidit utanför sjukvården eller om personen har hunnit få vård för hjärtinfarkt.

Den åldersstandardiserade dödligheten har sjunkit stadigt de senaste 15 åren och en utplaning kan ses de senaste tre åren. Männen har betydligt högre dödlighet än kvinnorna. I Norrbotten var dödligheten dubbelt så hög bland männen jämfört med Kronoberg.

15.1. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

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

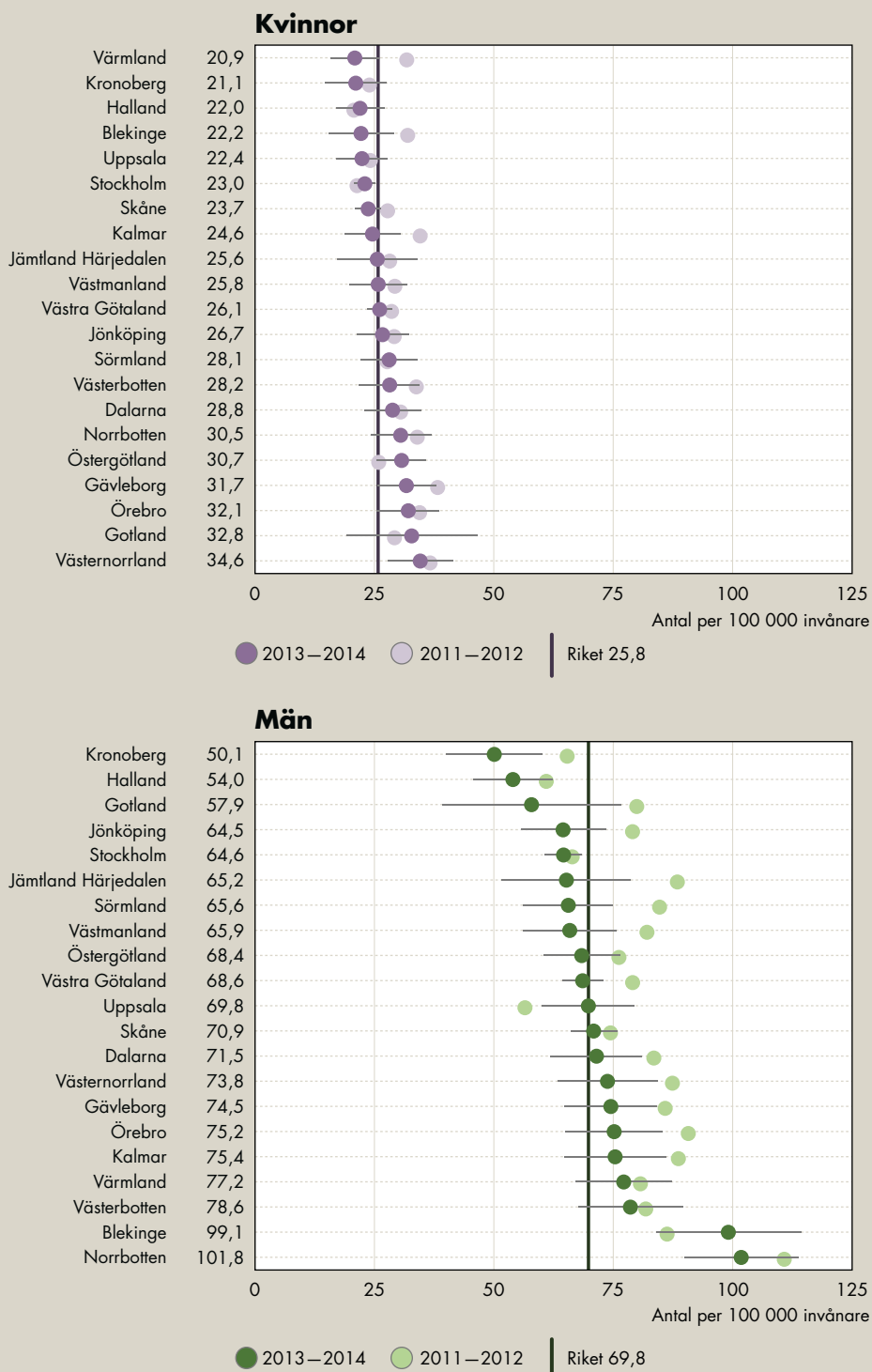
Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

15.2. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Antal dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 1–79 år, 2013–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

16 Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

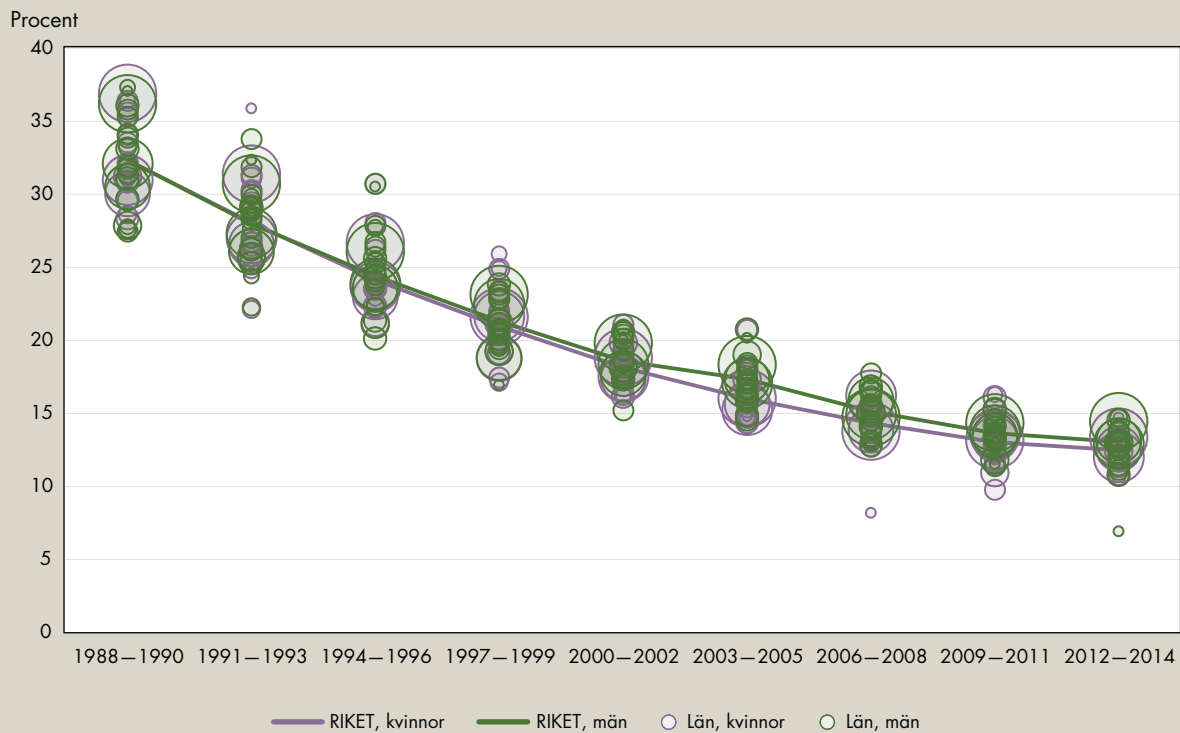
Under senare år vårdas drygt 11 000 kvinnor och cirka 16 500 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Indikatoren avser att mäta kvaliteten på vården av dessa patienter, i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården på sjukhus.

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

Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2012–2014 var den åldersstandardiserade dödligheten inom 28 dagar 12,7 procent. Skillnaden mellan landstingen ligger mellan 10 och 14 procent. Variationen mellan de olika landstingen är ungefär densamma för kvinnor som för män, med andelar från cirka 7 till närmare 15 procent. Kvinnor har en något lägre dödlighet än män. I riket som helhet har andelen döda efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt minskat i flera decennier, men de senaste åren är den i stort sett oförändrad. Andelen män som dör inom 28 dagar efter hjärtinfarkt har minskat i fjorton landsting, jämfört med kvinnor som minskat i tio landsting. Inom ett år avlider en tredjedel av patienterna, men då är andelen dödsfall med annan orsak än den ursprungliga infarkten större. Framför allt för sjukhus kan patientsammansättningen skilja sig åt och påverka resultatet.

16.1. Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

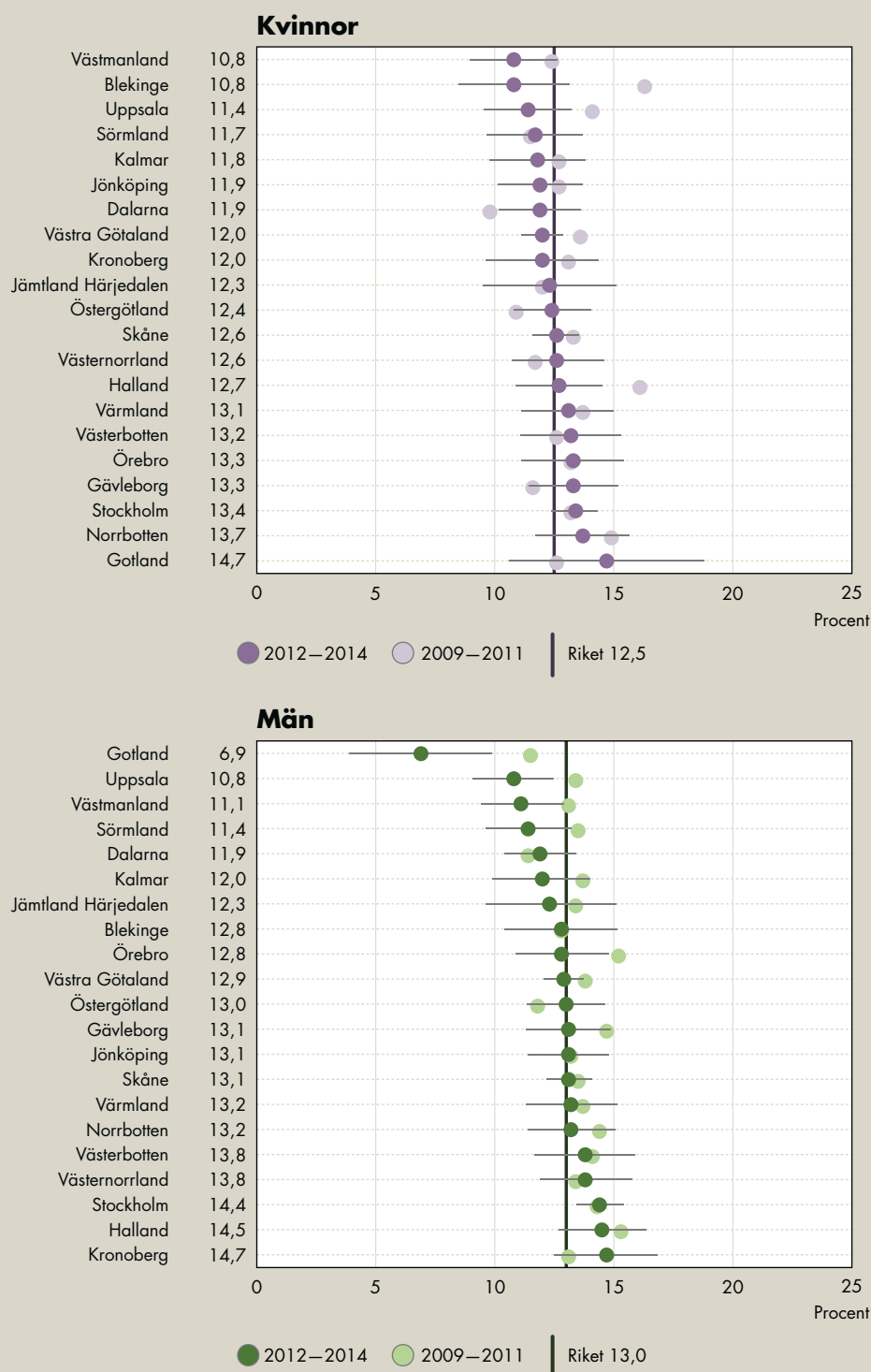
Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

16.2. Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2012–2014.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

17 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

Ischemiska hjärtsjukdomar är sjukdomar orsakade av försämrade syretillförsel till hjärtat, som till exempel hjärtinfarkt. För en patient som har överlevt en infarkt finns det en förhöjd risk för död och för en ny infarkt. Risken för detta kan påverkas av vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder.

Indikatoren mäter andelen hjärtinfarktspatienter som skrevs ut från sjukhus och som inom 365 dagar fick en ny infarkt eller avled i annan ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak. Bara patienter utan en registrerad infarkt under de sju föregående åren ingår, för att därigenom spegla vården av förstagångsinsjuknade patienter. Ett motiv för att inkludera död i annat än hjärtinfarkt är att utfallet i mindre utsträckning påverkas av skillnader i dödsorsaksdiagnostisering och av valet mellan hjärtinfarkt och annan ischemisk hjärtdiagnos. Även dödlighet utan föregående sjukhusvård är inkluderad. Åldersstandardisering har gjorts.

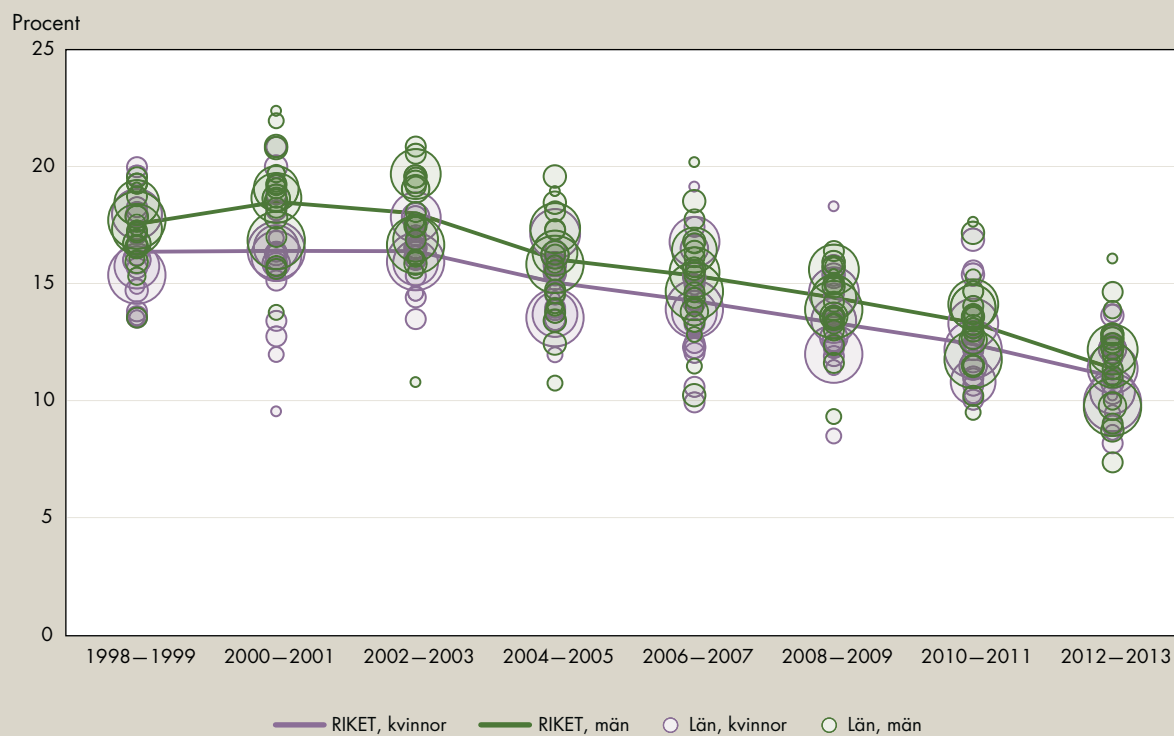
I riket som helhet och för båda könen totalt, efter åldersstandardisering, fick 11,1 procent av patienterna en ny infarkt eller avled i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Jämförelsen omfattar 35 915 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under åren 2012–2013 med hjärtinfarkt som huvud- eller bidiagnos och som sedan skrevs ut från sjukhuset.

Variationen mellan landstingen sträcker sig från knappt 9 till drygt 13 procent. Kvinnor får en ny infarkt eller dör i något lägre utsträckning än män.

Sedan början på 2000-talet har andelen återinfarkter och död minskat med cirka 5 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 när det gäller hur många patienter som avlider i hjärtinfarkt utan att ha sjukhusvårdats. Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll, till exempel sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård. Med en låg andel obducerade bland äldre avlidna är osäkerheten i diagnossättning större för dödsfall som sker utan initial sjukhusvård. Variation i denna diagnossättning påverkar resultaten. Men en uppföljning som bara avser sjukhusvård för infarkt påverkas just av andelen infarktfall som aldrig kommer till sjukhus. En stor andel som inte sjukhusvårdas får då den andel som insjuknar igen att se mindre 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.

17.1. Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

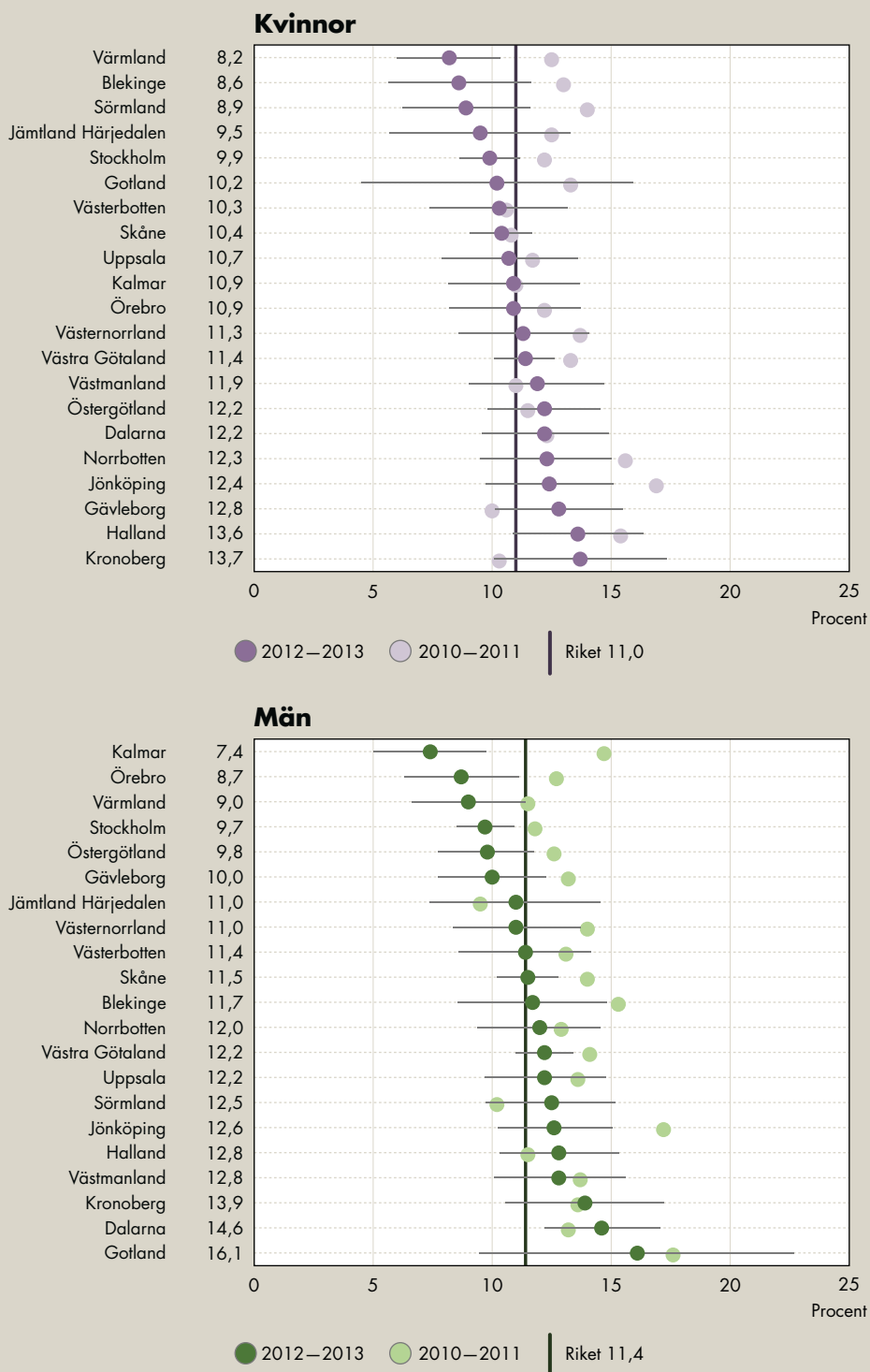
Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

17.2. Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2012–2013. Åldersstandardiserade värden.



1.8 Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Hjärtinfarkt orsakas av mer eller mindre omfattande proppbildning i något av hjärtats kranskärl [7]. Om EKG visar så kallad ST-höjning är troligen ett kranskärl helt tilltäppt av en blodpropp. Patienter med dessa tillstånd behöver omedelbart reperfusionsbehandling, vilket innebär att öppna kranskärl, antingen med PCI-behandling (perkutan koronar intervention också kallat ballongvidgning) eller med propplösande behandling med läkemedel (trombolys). Behandlingen bör påbörjas så snabbt som möjligt efter symptomdebut 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. Primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. Enligt de nationella riktlinjerna bör primär PCI väljas framför läkemedelsbehandling med trombolys.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda trombolys inom 30 minuter efter EKG till personer med ST-höjningsinfarkt där primär PCI inte är tillgänglig inom 120 minuter.

Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att snabbt insatt behandling med trombolys har bättre effekt på prognosen jämfört med en fördröjd behandling med enbart PCI. Om PCI kan ges i rimlig tid är dock det primär förstahandsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.

Indikatorn avser tidsfördröjningen mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt. Måttet visar hur stor andel av patienterna som behandlades inom den målsatta tiden, för PCI 90 minuter och för trombolys 30 minuter. Indikatorn speglar enbart sjukvårdens agerande, eftersom tiden för första EKG utgör startpunkten. Den samlade tiden mellan symptomdebut och behandling är även beroende av hur patienten, de anhöriga, sjukvårdsrådgivningen och larmcentralen förhåller sig till bröstsmärtan och andra symptom på hjärtinfarkt, liksom av transporttiden. Indikatorn hämtas från SWEDEHEART:s årliga redovisning av kvalitetsindex för hjärtinfarktvård och är även en av de nationella hjärtriktlinjernas indikatorer för uppföljning. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till ≥ 90 procent för patienter under 80 år [9].

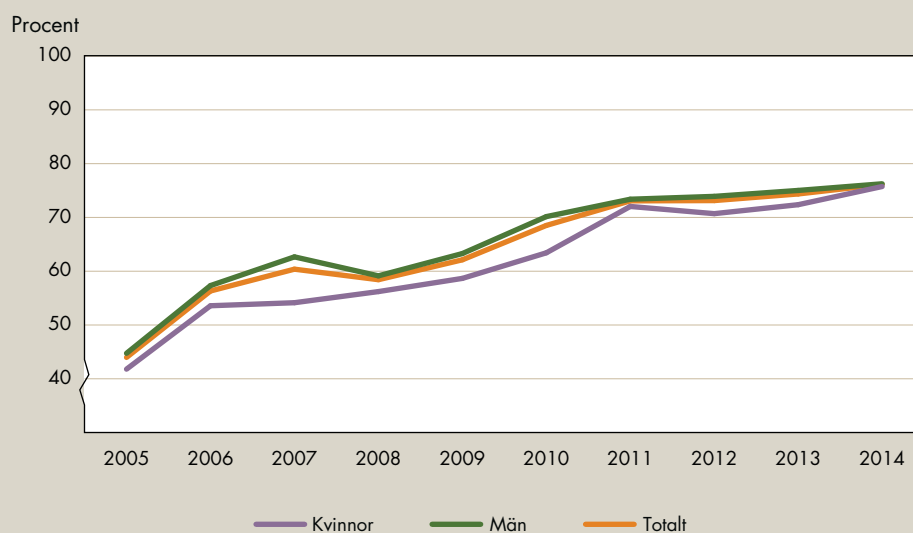
För indikatorn *reperfusionsbehandling inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent för patienter under 80 år.

I hela riket behandlades 75 procent av patienterna enligt tidsmålet, med något större andel för män än för kvinnor. Variationen mellan landstingen är påtaglig och sträcker sig från 39 till 91 procent. Andelen patienter som har behandlats inom de uppsatta tidsgränserna har ökat sedan 2004, från cirka 20 till dagens 75 procent. Jämförelsen baseras på 6 915 patienter.

Denna indikator påvisar det största förbättringsutrymmet inom akut kran-
skärslssjukvård. Endast ett landsting når upp till SWEDEHEART:s gräns för
högsta poäng och Socialstyrelsens målnivå, ≥ 90 procent behandlade inom
målsatt tid [9]. Även om geografiska avstånd har stor betydelse, finns det för
de flesta landsting och sjukhus möjligheter att förkorta fördröjningstiden
till reperfusionsbehandling. Ett EKG taget i ambulans eller på vårdcentral
(prehospitalt EKG) gör det möjligt att tidigt identifiera kandidater för re-
perfusionsbehandling och utgör underlag för att besluta om att antingen ge
patienten prehospital trombolys eller att dirigera ambulansen till närmaste
PCI-sjukhus.

18.1. Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

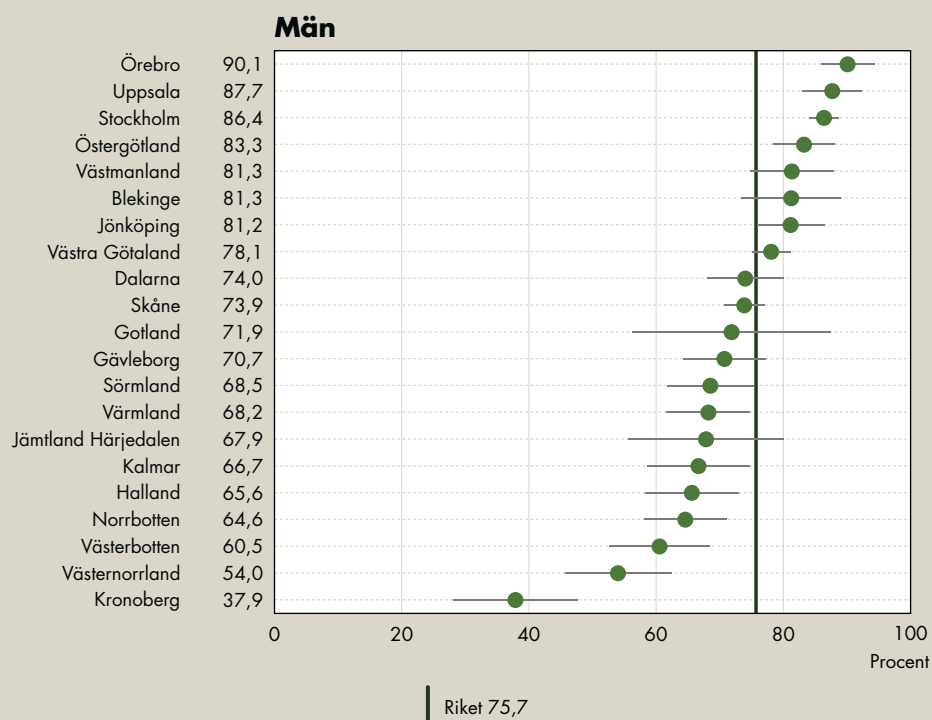
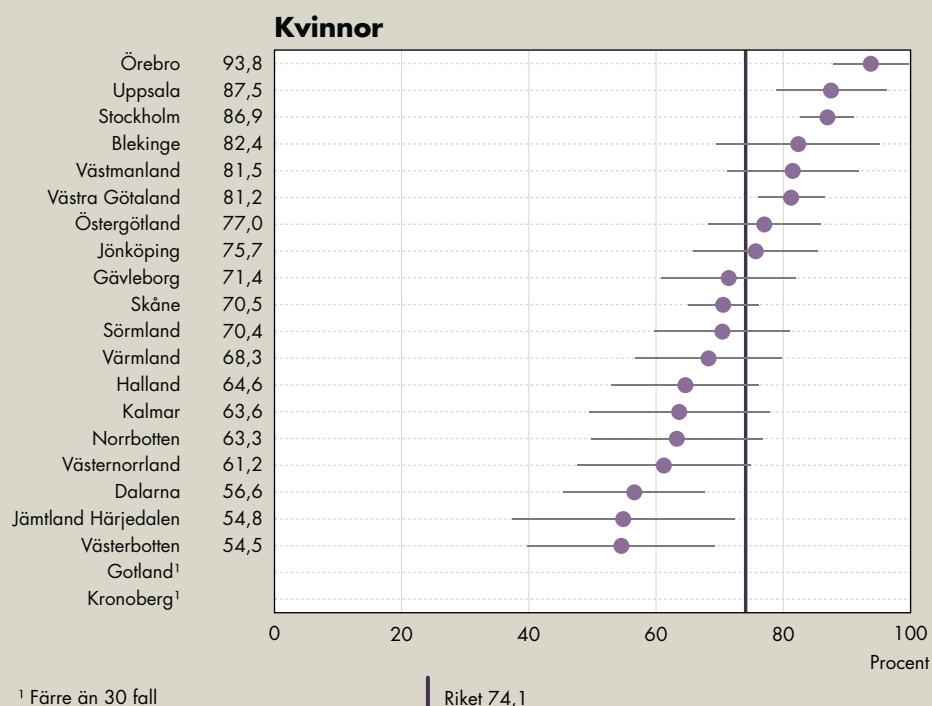
Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt.
Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA

18.2. Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2013–2014. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

19 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Efter hjärtinfarkt ska i princip samtliga patienter få blodfettssänkande läkemedelsbehandling. En betydande andel av patienterna får också dessa läkemedel, vilket visats både i RIKS-HIA:s uppföljning och i data från patientregistret och läkemedelsregistret. Men blodfetterna påverkas även av andra faktorer, som till exempel kost och fysisk aktivitet. Det är därför viktigt att följa upp resultatet av olika förebyggande åtgärder och i SEPHIA registreras LDL-kolesterol vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter.

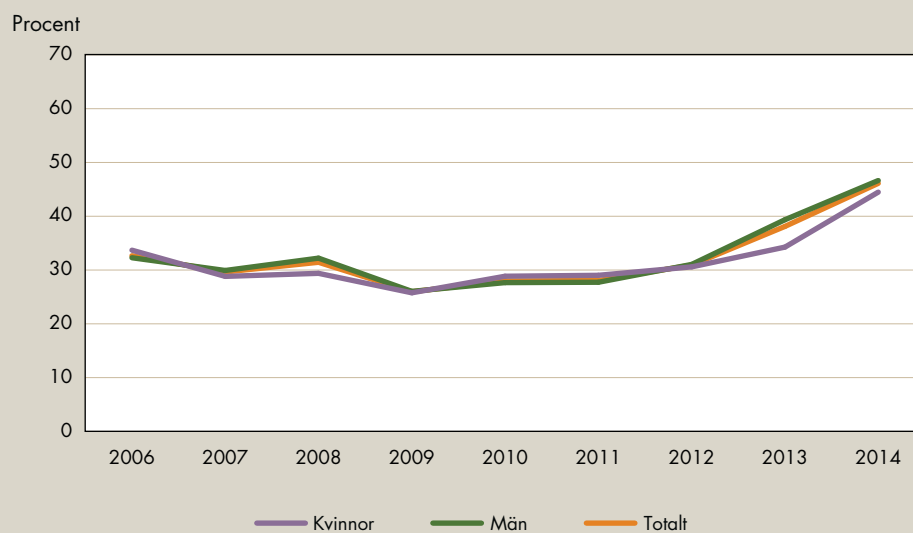
Det finns ett tydligt samband mellan höga blodfetter och insjuknade i hjärt- och kärlsjukdomar. Patienter som redan har drabbats av hjärtinfarkt har en mycket hög risk att återinsjukna i en hjärt-kärlsjukdom. Behandling med blodfettssänkande preparat med adekvat behandlingsmål ingår som en del i de sekundärpreventiva åtgärderna i syfte att förhindra sjukdomsprogress och recidiv. Socialstyrelsen fastställde i oktober 2015 en ny målnivå till ≥ 60 procent som bör uppnå $\leq 1,8$ mmol/l alternativt 50 procents reduktion från utgångsvärdet, för LDL-kolesterol 12–14 månader efter hjärtinfarkten [9].

För indikatorn *måluppfyllelse för LDL-kolestrol efter hjärtinfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 60 procent.

Indikatorn visar andelen patienter som hade nått det nya målvärdet. Jämförelsen baseras på knappt 11 234 patienter. Enbart patienter under 75 år ingår. I hela riket nådde cirka 42 procent av patienterna detta målvärde, med en variation mellan landstingen från 22 till 52 procent.

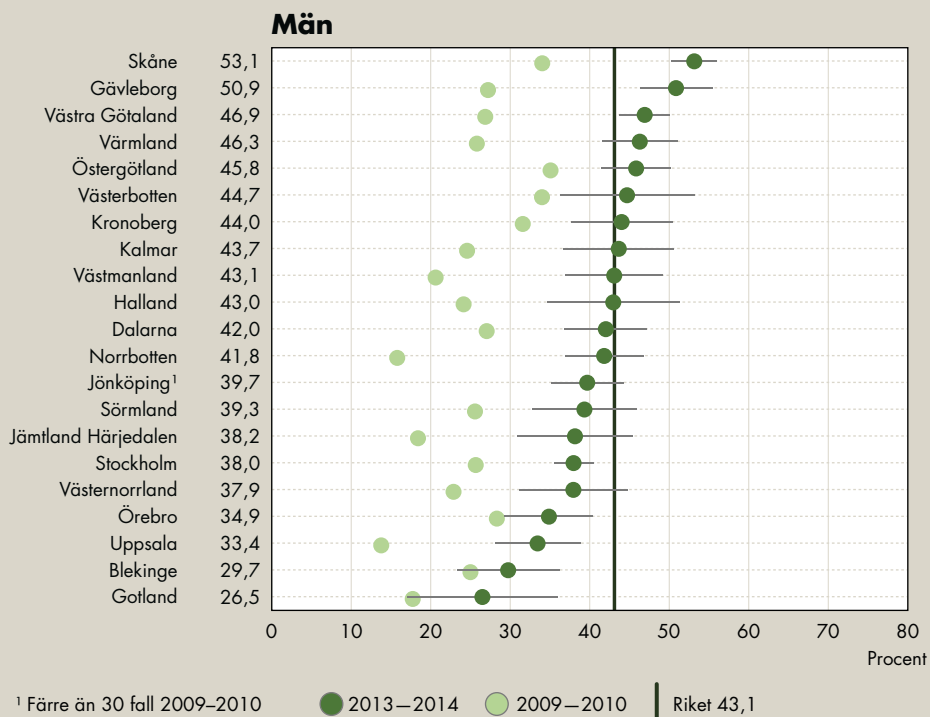
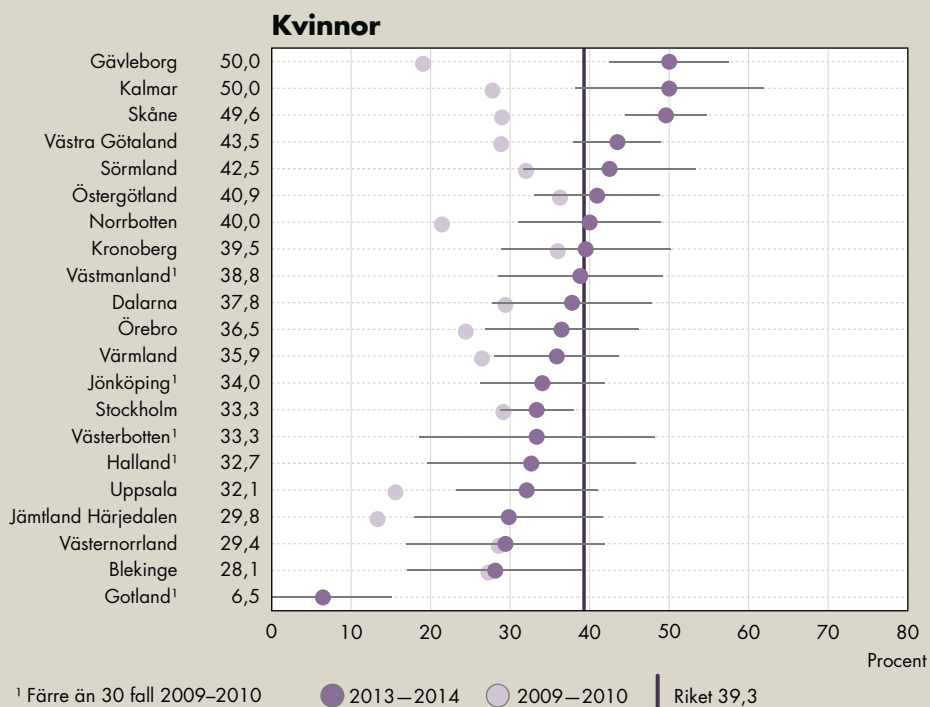
19.1. Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol ($\leq 1,8$ mmol/L eller minst 50% reduktion) 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter under 75 år.



19.2. Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol ($\leq 1,8$ mmol/L eller minst 50% reduktion) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013–2014. Avser patienter under 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

20 Rökstopp efter hjärtinfarkt

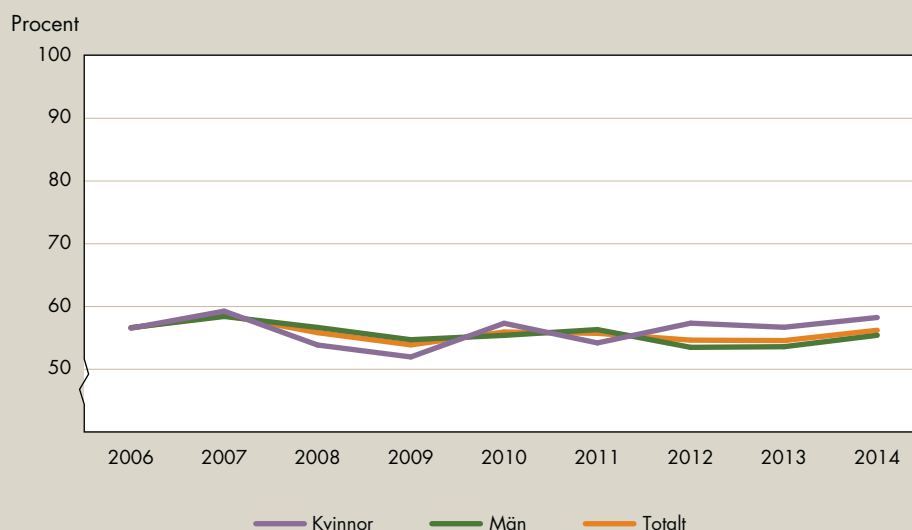
Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärtsjukdom. Drygt 30 procent av alla hjärtinfarktpatienter i RIKS-HIA är rökare och lika många har tidigare varit rökare. För den rökande hjärtinfarktpatienten är rökstopp därför en viktig åtgärd för att minska risken för att insjukna igen i hjärtsjukdom.

Indikatorn visar andelen rökande patienter som vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten hade slutat röka. Jämförelsen baseras på 3 541 patienter under 75 år. I hela riket hade drygt 55 procent av patienterna slutat röka, med en variation mellan landstingen från 47 till 77 procent. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till ≥ 75 procent [9].

För indikatorn *rökstopp efter hjärtinfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 75 procent. Målnivån gäller både vid uppföljning 6–8 veckor och 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

20.1. Rökstopp efter hjärtinfarkt

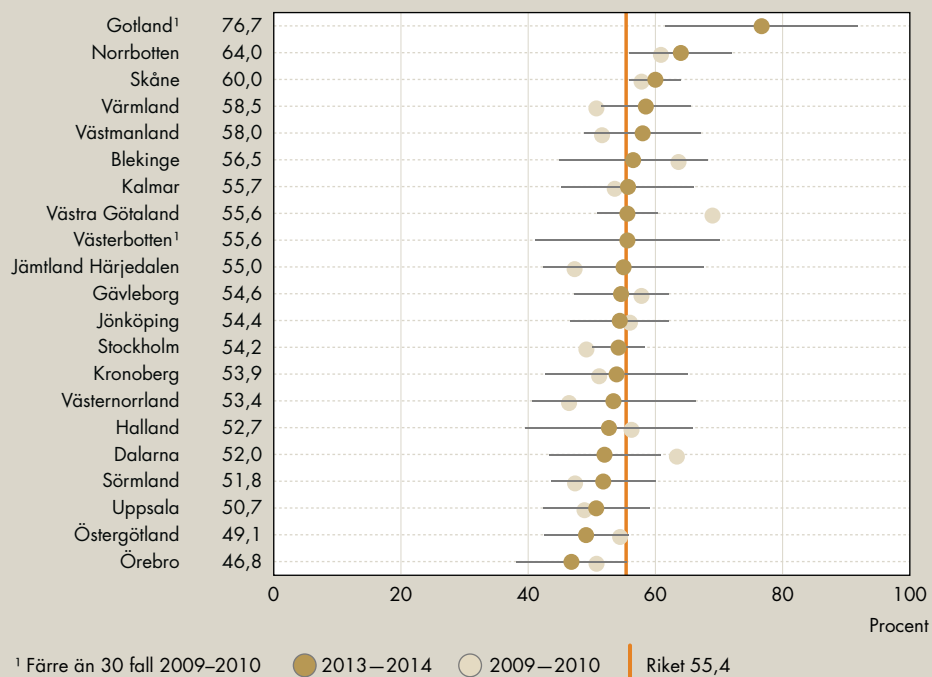
Andel patienter som slutat röka 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter under 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA

20.2. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel patienter som slutat röka 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013–2014.
Avser patienter under 75 år.



Källa: SWEDHEART – SEPHIA

21 Basbehandling vid hjärtsvikt

Hjärtsvikt drabbar cirka 2 procent av befolkningen [8]. Hos personer över 80 år är förekomsten cirka 10 procent. Hjärtsvikt orsakas alltid av en eller flera bakomliggande sjukdomar, där kranskärslssjukdom och högt blodtryck är de vanligaste. Personer med hjärtsvikt har ofta symtom såsom andfåddhet, trötthet och ödem. Långvarig och svår hjärtsvikt påverkar även andra organ än hjärtat, bland annat hjärnans och skelettmuskulaturens funktioner med ökad trötthet och nedsatt livskvalitet som följd. Även andra organfunktioner, såsom njurfunktionen, påverkas av hjärtsvikt. Upprepat behov av sjukhusvård är vanligt.

Prognosen för hjärtsvikt är allvarlig men modern läkemedelsbehandling, behandling med sviktpacemaker och bättre poliklinisk uppföljning har förbättrat prognosen under senare år. Registeranalyser visar dock att många av dem som har hjärtsvikt inte får rekommenderad behandling [7]. Till exempel är basbehandlingen med läkemedel underutnyttjad på många håll i landet.

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

Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolym, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård [8].

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

Andelen patienter i hela riket som behandlades med båda typerna av läkemedel var knappt 60 procent, med en spridning mellan landstingen från 53 till 68 procent och något fler män än kvinnor behandlas. Socialstyrelsen har fastställt målnivån att ≥ 65 procent av patienterna bör få kombinationsbehandling med RAAS-hämmare och betablockerare. [9]

För indikatorn *basbehandling vid hjärtsvikt – landstingsnivå* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 65 procent.

21.1. Basbehandling vid hjärtsvikt

Behandling med både RAAS-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt. Avser patienter som vårdats på sjukhus för hjärtsvikt vid minst ett tillfälle under en 5-årsperiod och som hämtat båda läkemedlen från apotek. Åldersstandardiserade värden

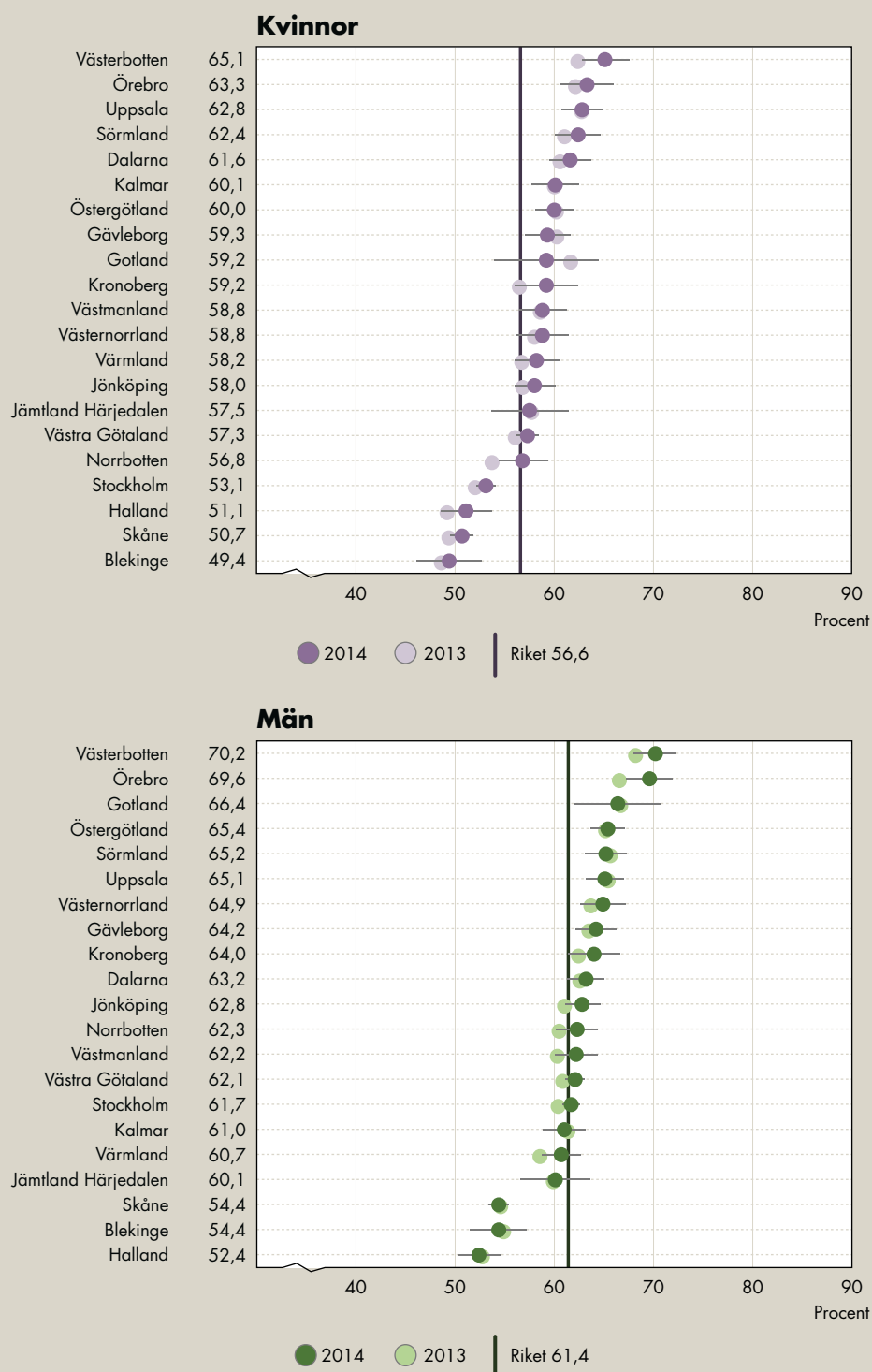
Procent



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

21.2. Basbehandling vid hjärtsvikt

Behandling med både RAAS-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt. Avser patienter som vårdats på sjukhus för hjärtsvikt vid minst ett tillfälle under en 5-årsperiod och som hämtat båda läkemedlen från apotek 2014. Åldersstandardiserade värden.



22 Undvikbar slutenvård – hjärtsvikt

Indikatorn undvikbar slutenvård är påverkbar om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Sluten vård vid hjärtsvikt kan till största delen undvikas genom kontinuerlig uppföljning av insatt behandling.

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder, efter åldersstandardisering, med diagnosen hjärtsvikt per 100 000 invånare, 20 år eller äldre, 2012–2014.

I riket som helhet var antalet slutenvårdsperioder 398 per 100 000 invånare. Variationen mellan de olika landstingen är ganska stor och sträcker sig från 254 till 478 slutenvårdsperioder. Männen har nästan dubbelt så många slutenvårdsperioder som kvinnorna.

Internationellt sett ligger Sverige bland de länder inom OECD som har fler slutenvårdsperioder än genomsnittet i OECD [4]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

22.1. Slutenvård vid hjärtsvikt

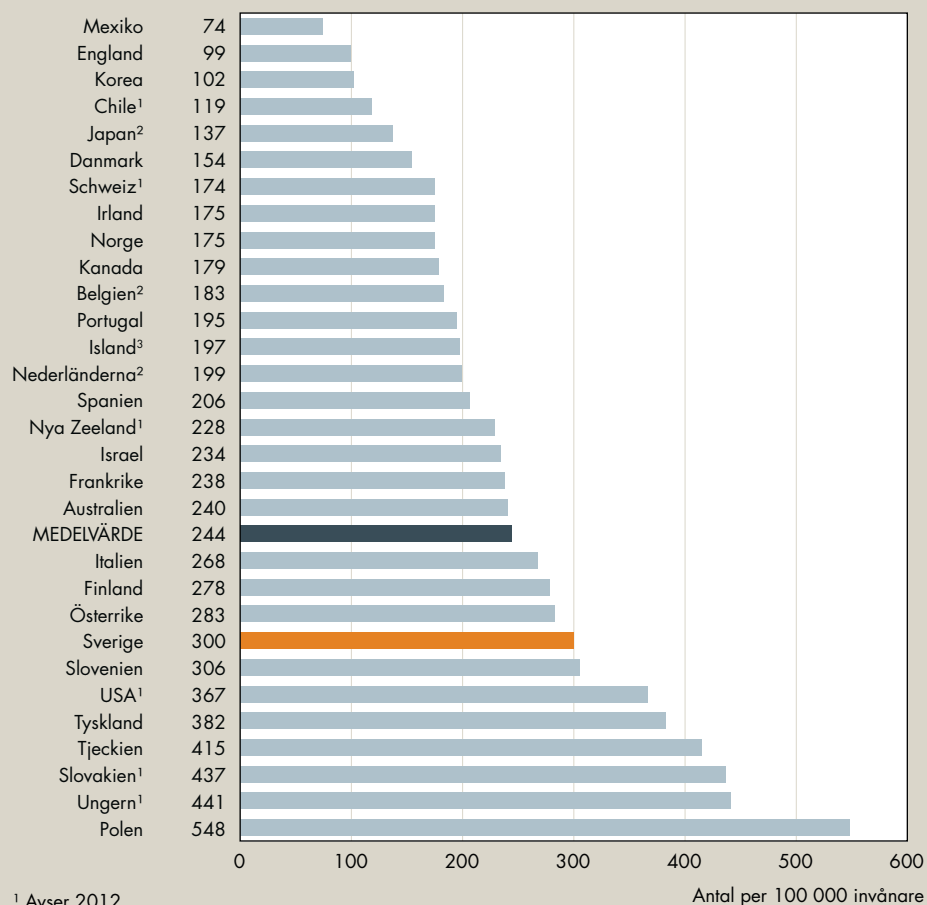
Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

22.2. Slutenvård vid hjärtsvikt, OECD

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2013. Ålders- och könsstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.



¹ Avser 2012

² Avser 2011

³ 3-års medelvärde

Källa: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

22.3. Slutenvård vid hjärtsvikt

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt per 100 000 invånare 20 år eller äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

23 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt

Det är relativt vanligt att patienterna avlider eller läggs in på sjukhus igen kort tid efter att de vårdats på sjukhus för hjärtsvikt. Att hjärtsvikt är en kronisk sjukdom gör att utfallet död efter sjukhusvård är ett komplicerat kvalitetsmått, men ändå värt att lyfta fram. Orsakerna till att patienterna läggs in igen kan bland annat vara alltför tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen. Återinskrivningar som går att undvika är en kvalitetsbrist som medför både ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

Indikatorn avser patienter som har vårdats i slutenvård vid sjukhus för hjärtsvikt. Måttet anger andelen patienter som antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt inom 30 dagar efter utskrivningen. Jämförelsen avser alla åldrar och vi har gjort en åldersstandardisering.

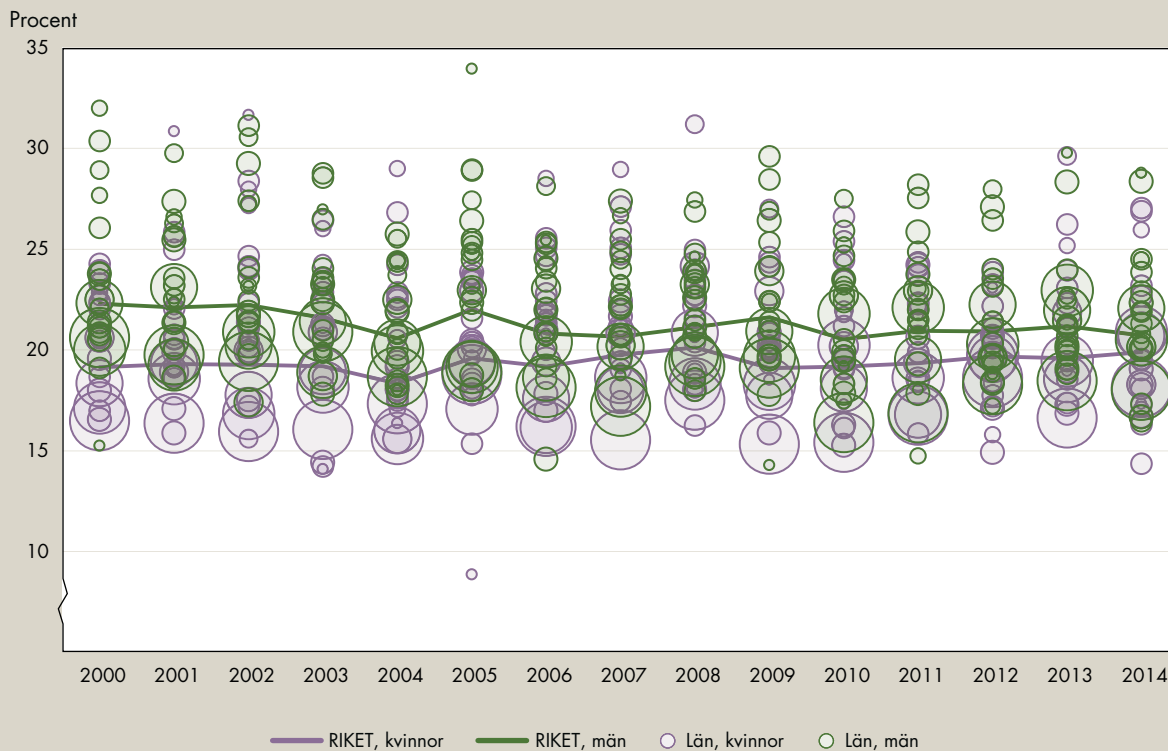
Under mätperioden 2011–2014 registrerades 75 596 vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt, något fler män än kvinnor. Andelen avlidna eller återinskrivna i riket som helhet var 21 procent, med en liten övervikt bland männen. Variationen mellan landstingen är betydande, från cirka 18 till 26 procent. Död är ett vanligare utfall än återinskrivning och trenden över tid visar att andelen återinskrivna eller döda i riket har varit relativt konstant sedan 2000.

Variationen mellan olika landsting kan i hög grad bero på 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.

Detsamma gäller diagnossättningspraxis. Om patienter med lätt hjärtsvikt får diagnosen oftare av ett landsting så förbättras utfallet för det förra landstinget eller sjukhuset.

23.1. Återinskrivning eller död efter vård för hjärtsvikt

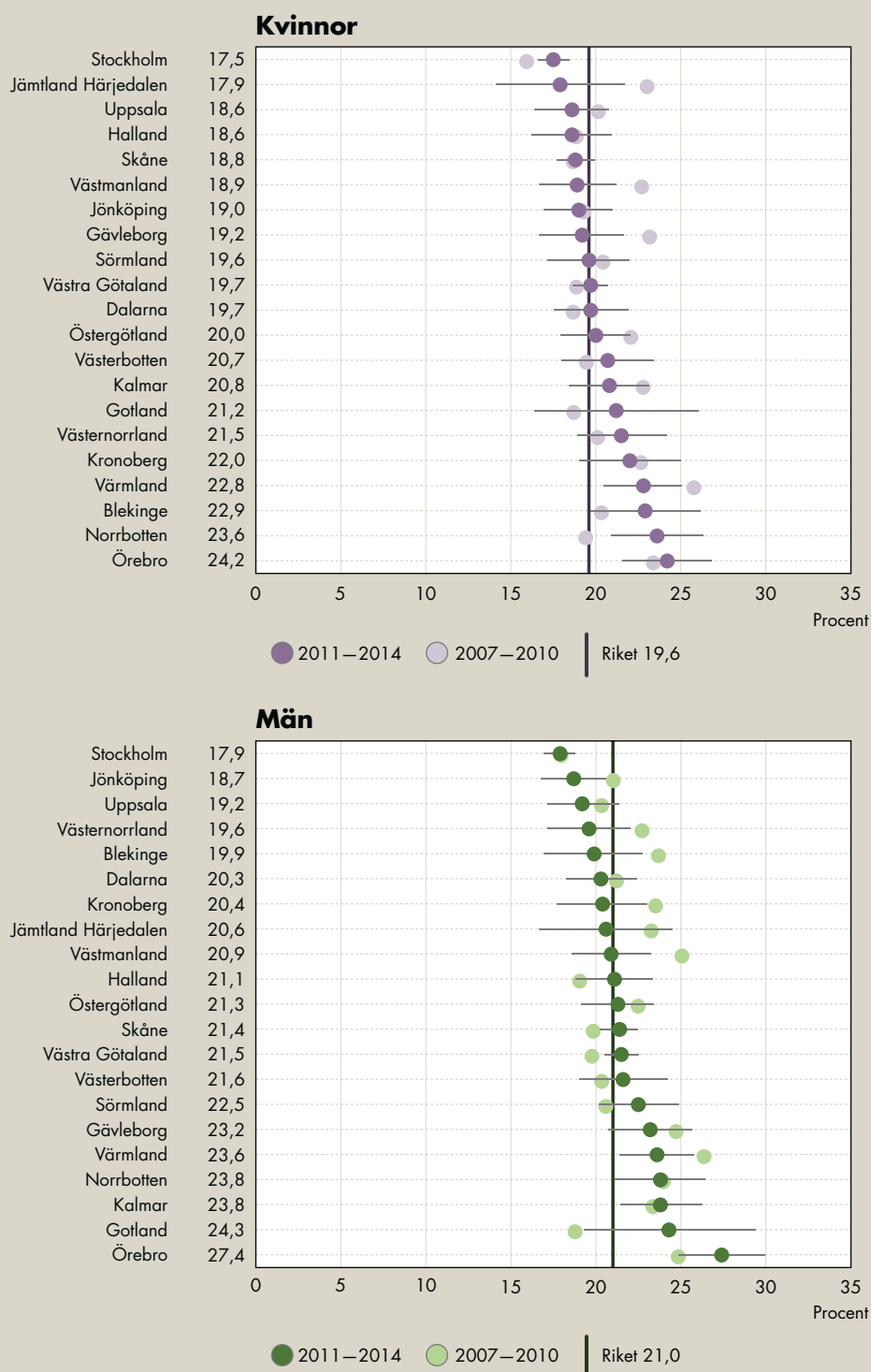
Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

23.2. Återinskrivning eller död efter vård för hjärtsvikt

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2011–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Cerebrovaskulär sjukdom - stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Varje år drabbas cirka 30 000 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor och mer än 75 procent av patienterna är över 65 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Sedan år 2000 kan dock en minskning av antalet strokefall märkas.

Vårdtillfällen där någon typ av stroke var huvuddiagnos står för närmare 400 000 vård dagar på sjukhus varje år. För många patienter kvarstår också ett betydande behov av rehabilitering och omsorg efter en stroke som framför allt tillgodoses i primärvård och kommunal vård och omsorg [7].

De indikatorer som visas här har förekommit tidigare i Socialstyrelsens utvärdering av strokesjukvården, öppna jämförelser eller i Riksstroke's årsrapport. Utöver patientregistret och läkemedelsregistret, båda vid Socialstyrelsen, är källan kvalitetsregistret Riksstroke.

24 Åtgärdbar dödlighet stroke

Åtgärdbar dödlighet presenteras vanligen som ett sammansatt mått av en uppsättning dödsorsaker där man anser att hälso- och sjukvården kan påverka dödligheten. Här särredovisas dödligheten i stroke.

Dödlighet i stroke kan förebyggas bland annat genom preventiva insatser och effektiv läkemedelsbehandling vid förmaksflimmer.

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, dödligheten i stroke i åldrarna 1–79 år per 100 000 invånare.

I riket som helhet är antalet dödsfall knappt 20 per 100 000 invånare. Antalet varierar de olika landstingen mellan 13 och 30. Fler män än kvinnor dör i stroke. Dödligheten över tid har sjunkit stadigt.

24.1. Dödlighet i stroke

Dödsfall i stroke per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.

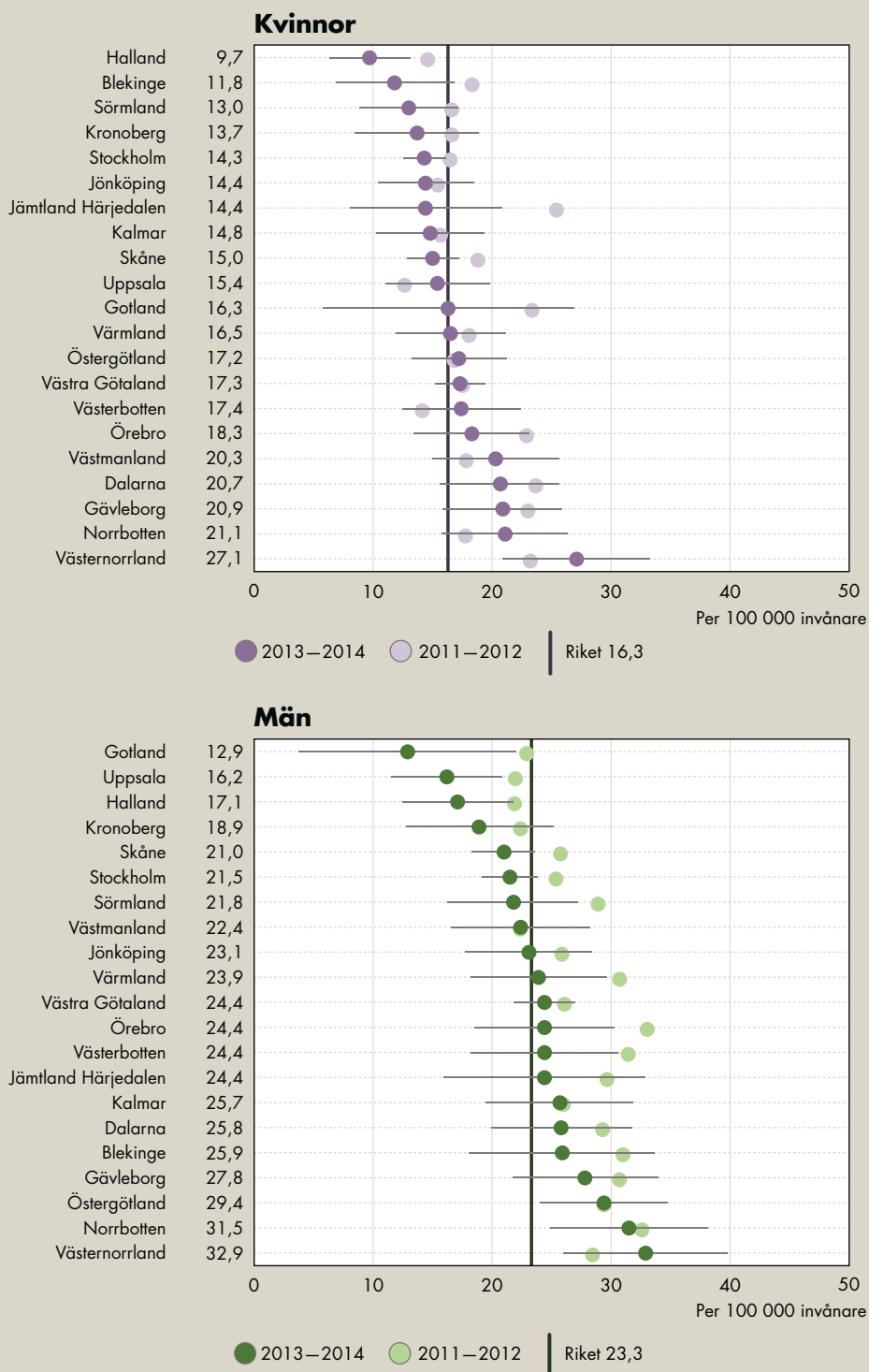
Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

24.2. Dödlighet i stroke

Dödsfall i stroke per 100 000 invånare 1–79 år, 2013–2014. Åldersstandardiserade värden.



25 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

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

Under många år har warfarin varit det enda tillgängliga läkemedlet för att förebygga stroke hos denna patientgrupp, men under de senaste åren har flera nya orala antikoagulantia introducerats som alternativ.

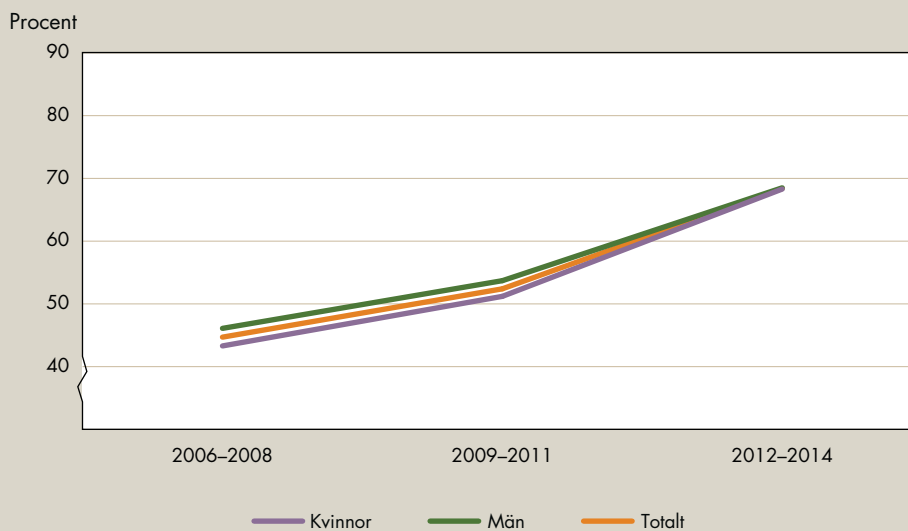
I denna indikator ingår patienter som vårdades på sjukhus med förmaksflimmer och som hade minst två riskpoäng för stroke enligt CHADS₂-Vasc, ett beslutsstöd för läkare som används för att bedöma riskfaktorer och för att värdera indikation för antikoagulerande läkemedel hos patienter med förmaksflimmer. Indikatorn mäter andelen patienter ≥ 18 år och som hämtade ut recept på antikoagulantia under första halvåret 2015. Socialstyrelsen har fastställt målnivån ≥ 80 procent [9].

För indikatorn *antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent.

I riket som helhet behandlas 68 procent av patienterna med antikoagulantia. Variationen mellan de olika landstingen är stor och ligger mellan 63 och 76 procent. Utvecklingen över tid visar en markant ökning av andelen behandlade de senaste fem åren.

25.1. Antikoagulantia till riskpatienter

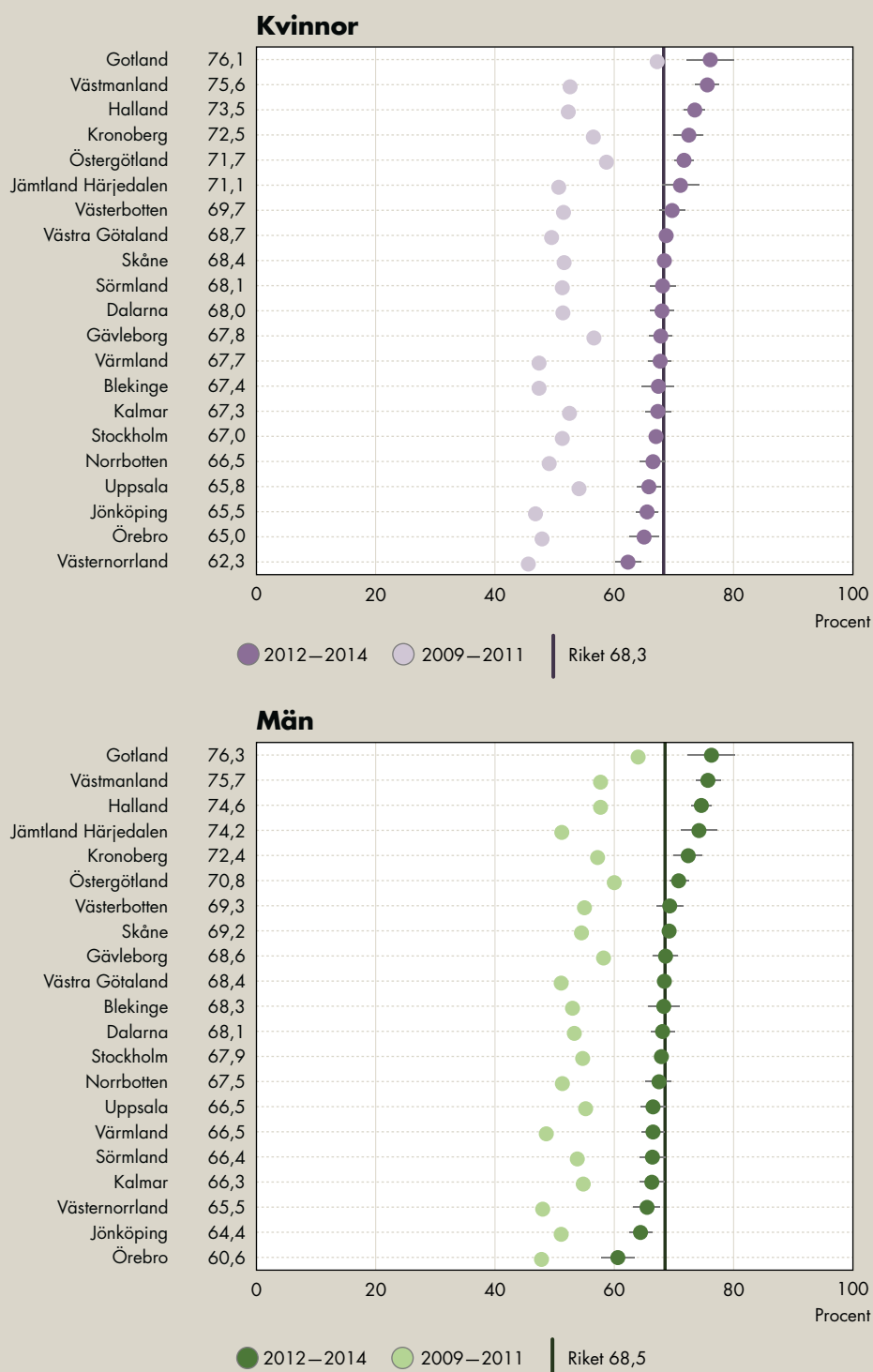
Andel patienter som har antikoagulantibehandling och som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödorsaksregistret, Socialstyrelsen

25.2. Antikoagulantia till riskpatienter

Andel patienter som har antikoagulantia-behandling 1 januari–30 juni 2015 och som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

26 Rökstopp efter stroke

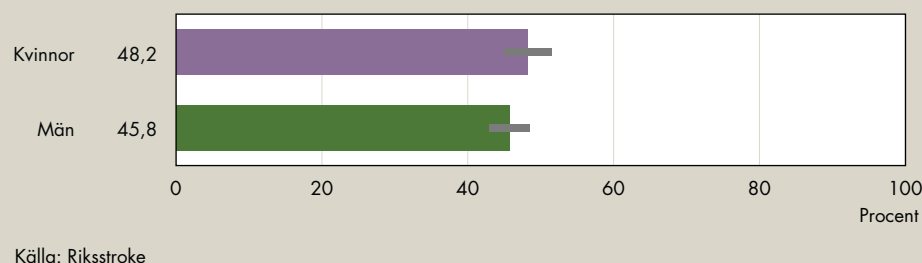
Rökning är en av de största riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. En viktig och effektiv åtgärd för att förhindra att patienten får en ny stroke eller en annan hjärt-kärlsjukdom efter stroke är att hjälpa patienten att sluta röka. Rökstopp påverkar även det allmänna hälsotillståndet positivt och förbättrar återhämtningen efter ett insjuknande i stroke.

Indikatorn visar andelen patienter, av dem som var rökare vid insjuknandet, som har uppgivit vid tremånadersuppföljningen efter insjuknandet att de slutat röka. Totalt var det knappt 47 procent, något större andel kvinnor än män som uppger att de slutat röka. Variationen mellan de olika landstingen ligger mellan 34 och 60 procent. Det finns en klar förbättringspotential i förhållande till Socialstyrelsens målnivå som ligger på ≥ 80 procent [9].

För indikatorn *rökstopp 3 månader efter stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivå till ≥ 80 procent.

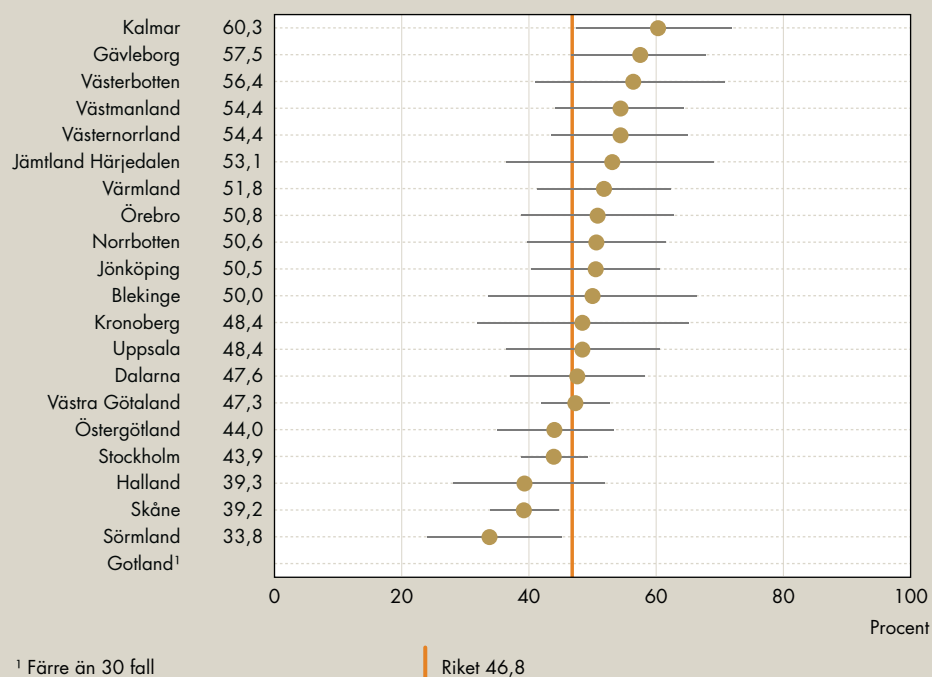
26.1. Rökstopp efter stroke

Andel strokepatienter som slutat röka 3 månader efter insjuknandet, 2014.



26.2. Rökstopp efter stroke

Andel strokepatienter som slutat röka 3 månader efter insjuknandet, 2014.



Källa: Riksstroke

27 Funktionsförmåga efter stroke

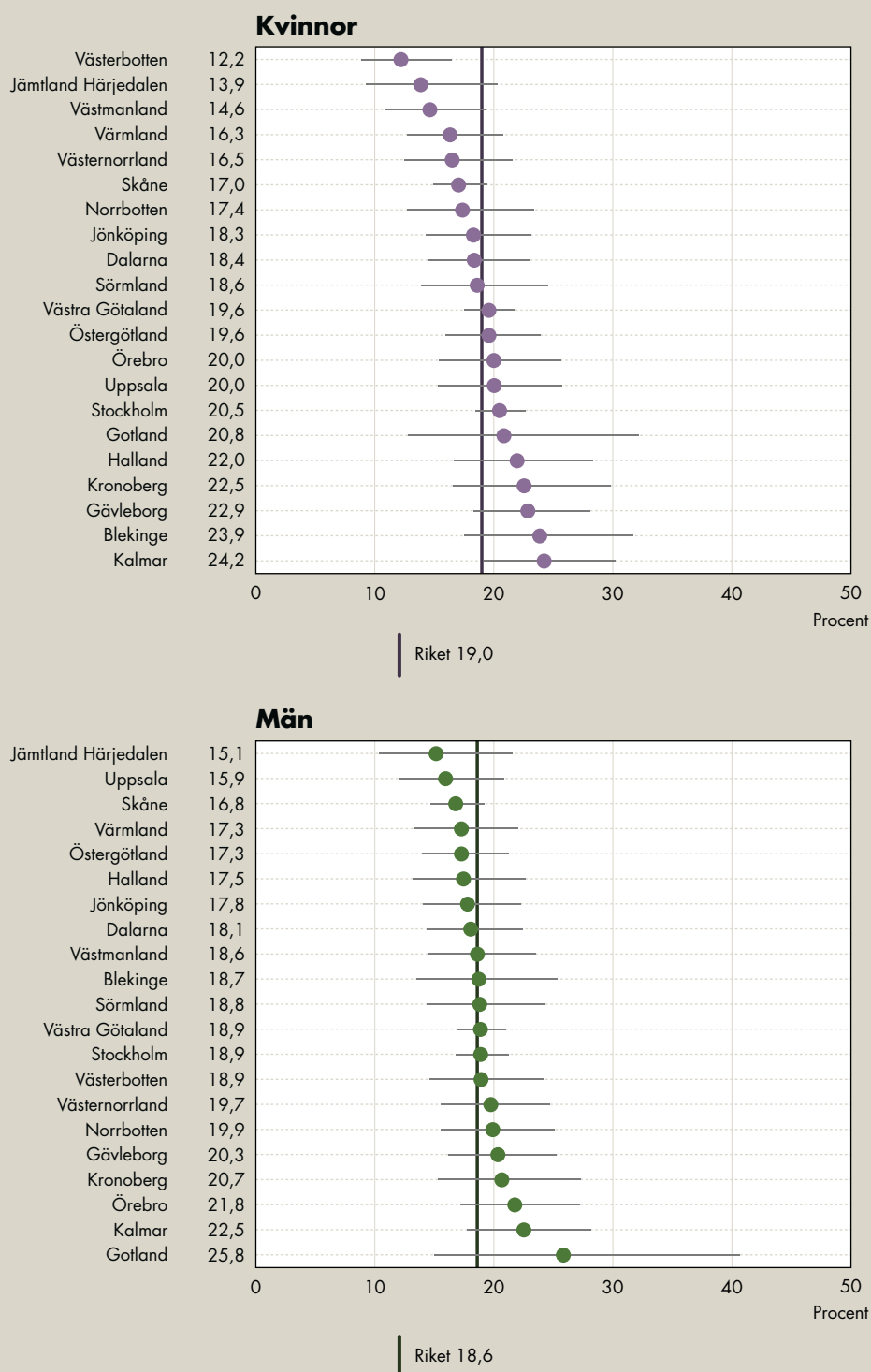
Patienter som överlever stroke återfår i olika grad den funktion de hade innan de blev sjuka. I Riksstroke samlas data om strokepatienternas beroende av andra för sin personliga ADL i en uppföljning efter tre månader. ADL står för Aktiviteter i Dagligt Liv. Med personlig ADL avses aktiviteterna förflyttning, toalettbesök samt av och påklädning. Som kvalitetsindikator speglar måttet sjukvårdsinsatserna både i akutfasen och i den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivningen från akutsjukhus. Även närståendes och socialtjänstens insatser påverkar detta kvalitetsmätt.

Indikatorn visar andelen patienter som var beroende 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, kön och patientens medvetandegrad vid insjuknandet. Totalt ingick drygt 14 758 patienter i jämförelsen.

För riket som helhet är andelen som är beroende av andra för sin personliga ADL nästan 19 procent och ingen skillnad kan ses mellan kvinnor och män. Andelen varierar i de olika landstingen från 14 till drygt 23 procent. 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 klarar sin personliga ADL själva och som alltså i hög grad återfår sina funktioner. Detta är ett förhållandevis robust utfallsmått. Måttet kan emellertid påverkas av samsjuklighet, av socioekonomiska faktorer och av hur patientens ADL-förmåga har bedömts – med personligt besök eller via enkätsvar. Andelen ADL-beroende kan också påverkas av hur stor andel som följs upp efter tre 3 månader – större bortfall medför ökad osäkerhet.

27.1. Funktionsförmåga efter stroke – ADL-beroende

Andel strokepatienter som var ADL-beroende 3 månader efter akutfasen, 2014.
Justerat för ålder och medvetandegrad vid insjuknandet.



28 Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke

Patienterna får tre månader efter strokeinsjuknandet en enkät med bland annat en fråga om de tycker att de har fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Detta självskattade resultatmått avspeglar det samlade stöd som patienterna upplever att samhället ger. Detta är en av flera indikatorer i Riksstroke på kvaliteten i hela vårdkedjan under de första månaderna efter att patienten skrivits ut från sjukhuset. Måttet är bara delvis påverkbart av sjukhuset. En av de många faktorer som kan påverka detta utfall är kvaliteten i vårdplaneringen tillsammans med primärvården och kommunen. En ytterligare aspekt är att upplevelsen av att behoven är tillgodosedda kan påverkas av förväntningar. Det är möjligt att förväntningarna på sjukvårdens och kommunens stöd varierar över landet.

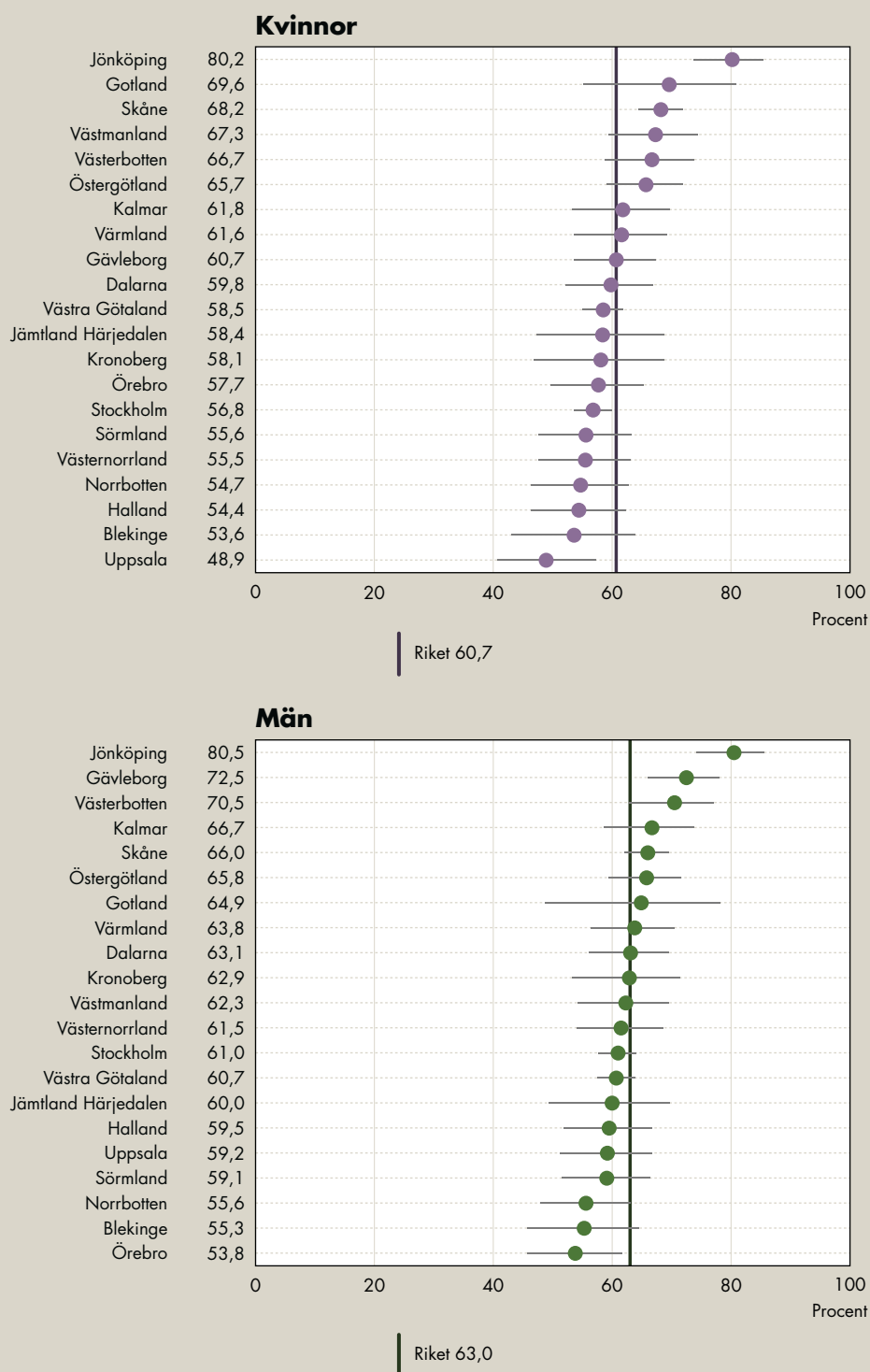
Indikatorn visar andelen patienter som i uppföljningen efter tre månader angav att deras behov av hjälp och stöd var helt tillgodosedda. Alla patienter ingår i jämförelsen. Riksstroke's gränser för måttlig och hög grad av måluppfyllelse är satta till 60 respektive 75 procent. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till ≥ 75 procent [9].

För indikatorn helt tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning 3 månader efter stroke har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 75 procent.

I riket som helhet uppgår andelen som svarar att behov av hjälp och stöd är helt tillgodosett till närmare 62 procent, med en variation från 54 till 80 procent. Andelen har i stort sett varit oförändrad under senare år. Män anger i något högre utsträckning än kvinnor att deras behov av hjälp och stöd är helt tillgodosett. Jämförelsen baseras på 9 931 patienter. Endast ett landsting når upp till Socialstyrelsens målnivå. Samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård behöver förbättras för att stärka stödet till patienterna.

28.1. Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke

Andel strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett, 2014.



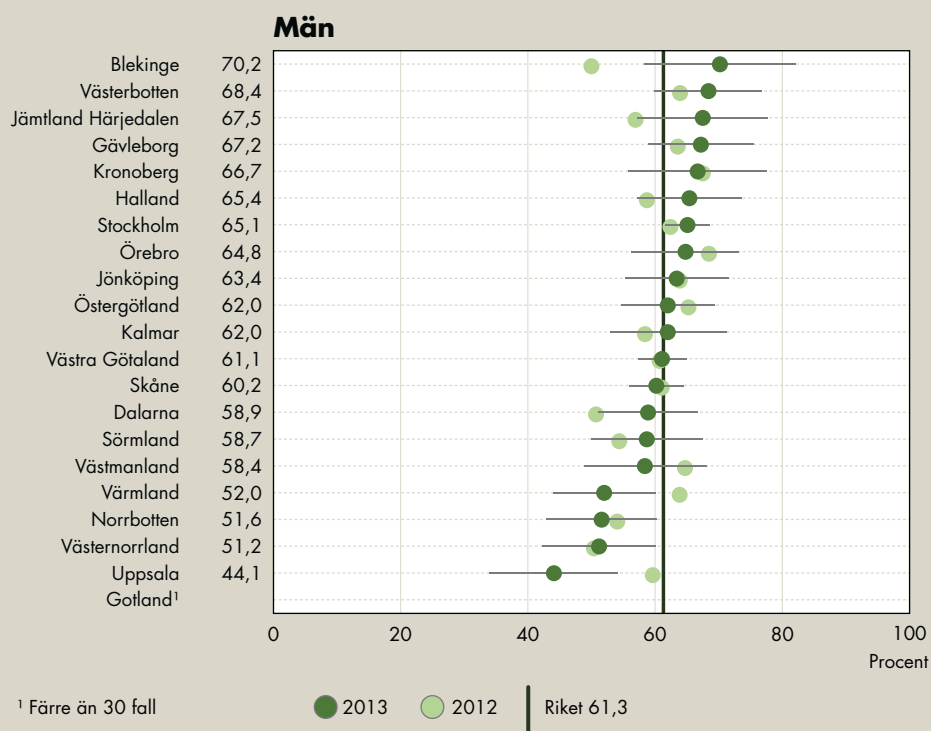
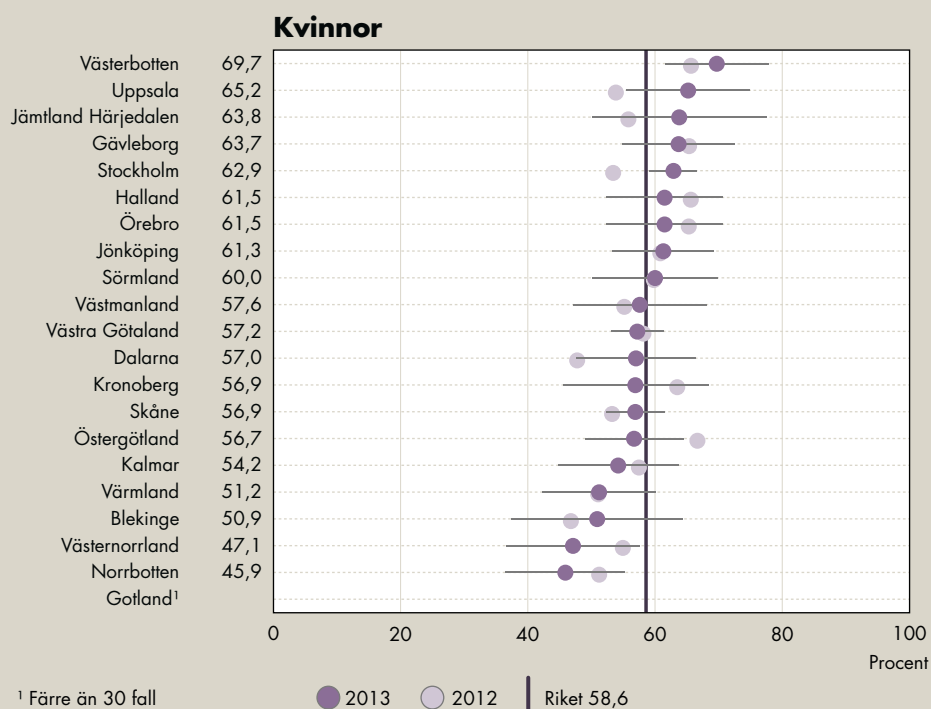
29 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

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 de anhöriga bedömer insatser från såväl landsting som kommun.

Indikatorn visar andelen patienter som tolv månader efter insjuknandet anger att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett. Jämförelsen baseras på 7 239 patienter som hade en stroke under 2013 och som svarade på tolv månadersuppföljningens enkät. I riket som helhet svarade 60 procent att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett. Det finns skillnader mellan landstingen, med en variation från 49 till 69 procent. Kvinnorna ansåg att rehabiliteringsbehovet är tillgodosett i något lägre grad än vad männen gjorde, med 3 procentenheters mindre andel fullt positiva svar.

29.1. Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, 2013. Mätperioden avser år för insjuknande.



Källa: Riksstroke

Diabetes

Diabetes är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar, så kallade diabeteskomplikationer [10]. I Sverige har cirka 450 000 personer diabetes. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes och övriga har diabetes av typ 1, barn- och ungdomsdiabetes. De flesta personer med typ 2-diabetes har sin regelbundna vårdkontakt med primärvården. Övriga, 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 samt ögonsjukdomar, till exempel retinopati. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras. Detta gör man bäst genom att brett angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av komplikationer. Exempel på riskfaktorer är patienternas långtidsblodsockervärde (HbA1c), blodfetter, rökning och inaktivitet.

Indikatorerna i den här rapporten är baserade på data från Nationella diabetesregistret (NDR) och från kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes, SWEDIABKIDS, som ingår i NDR samt Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregistret. Internationella jämförelser baseras på data från OECD.

30 Undvikbar slutenvård diabetes

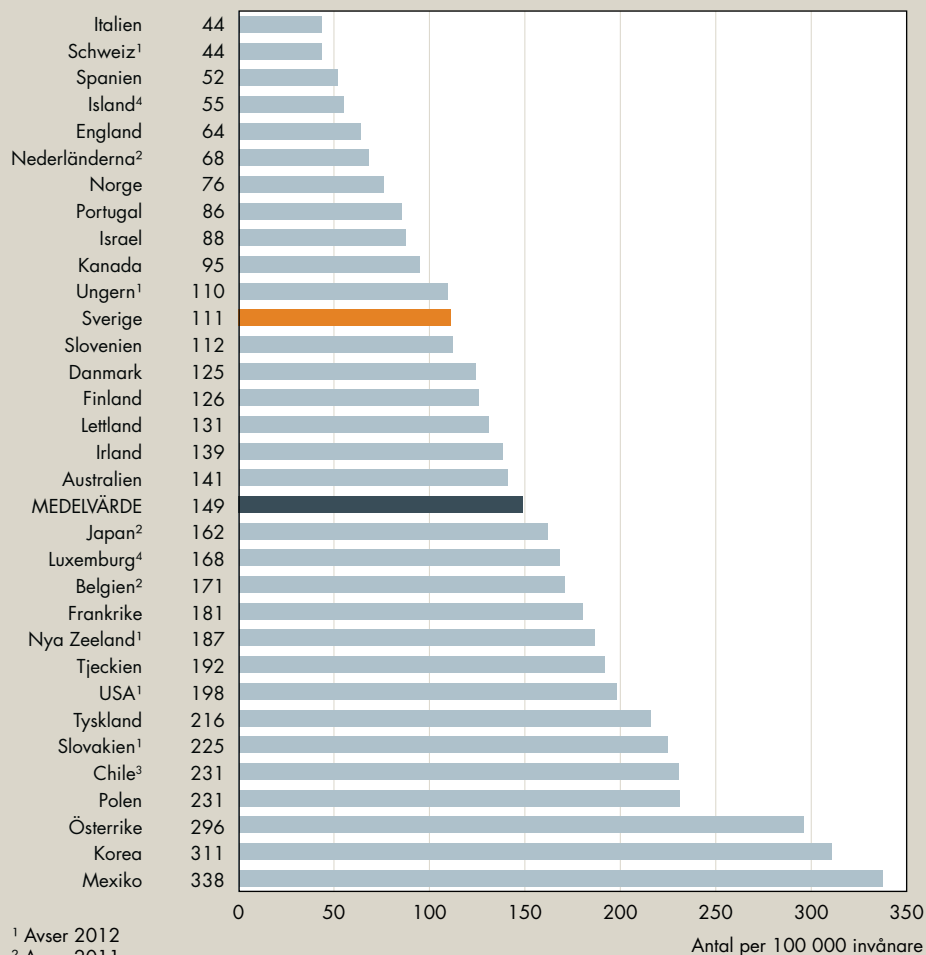
Indikatorn undvikbar slutenvård är påverkbar om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. Sluten vård vid diabetes kan till största delen undvikas om uppföljande kontroller genomförs i primärvården eller inom öppen specialiserad vård, framför allt kontroll av blodsocker, blodtryck, levnadsvanor, fotundersökning och ögonbottenundersökning.

Internationellt sett ligger Sverige bland de länder inom OECD som har en låg andel sluten vård vid diabetes [4]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare. I riket som helhet var antalet slutenvårdsperioder 122 per 100 000 invånare för perioden 2012-2014. Variationen mellan de olika landstingen sträcker sig från 94 till 174 slutenvårdsperioder per 100 000 invånare. Utvecklingen över tid visar att antalet sjunkit stadigt de senaste åren. Männen har fler slutenvårdsperioder än kvinnorna.

30.1. Slutenvård vid diabetes, OECD

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2013. Ålders- och könsstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.



¹ Avser 2012

² Avser 2011

³ Avser 2010

⁴ 3-års medelvärde

Källa: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

30.2. Slutenvård vid diabetes

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

30.3. Slutenvård vid diabetes

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes per 100 000 invånare 20 år eller äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

31 Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

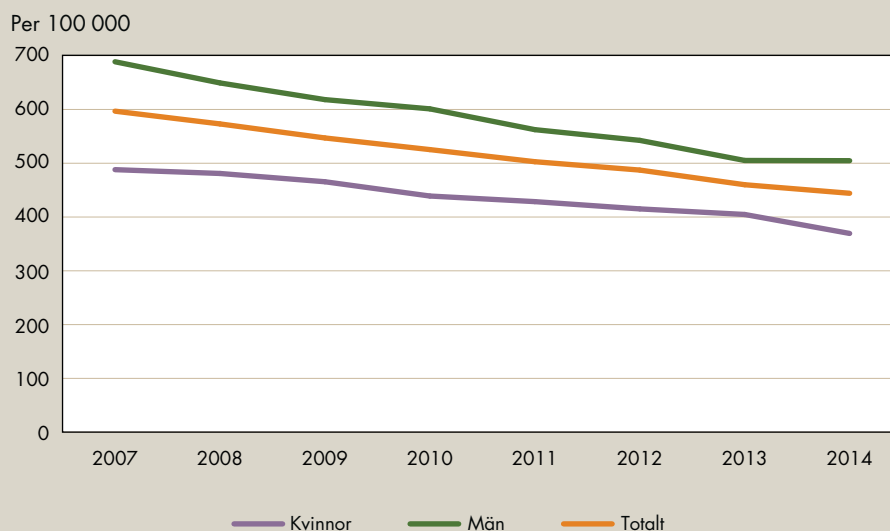
Personer med diabetes löper högre risk att insjukna och avlida i hjärt- och kärlsjukdom jämfört med befolkningen i övrigt. Ett viktigt mål för diabetesvården är att minska den risken. I den kardiovaskulära riskprofilen ingår kontroll av blodfetter, blodtryck och blodsocker samt olika sjukdomsförebyggande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

Indikatorn består av en jämförelse av risken för att avlida inom fem år i hjärt-kärlsjukdom för personer med diabetes, jämfört med samma risk i befolkningen som helhet. Om dödligheten vore lika stor i båda grupperna så skulle det ha inneburit att diabetesvården (och patienterna) lyckats kompensera för all den ökade risk som diabetessjukdomen medför. Indikatorn speglar därmed det samlade resultatet av insatser för förebyggande av hjärt-kärlsjukdom vid diabetes, men även av insatserna i hjärt-respektive stroke-sjukvården.

Indikatorn visar antalet döda i hjärt-kärlsjukdom per 100 000 personer med diabetes 2013–2014. Enbart personer med läkemedelsbehandlad diabetes ingår i diabetesgruppen. Efter åldersstandardisering var värdet 452 döda per 100 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Antalet varierar mellan de olika landstingen från 318 till 566 döda per 100 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Män dör i betydligt högre utsträckning än kvinnor.

31.1. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

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



31.2. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar per 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel, 2013–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

32 Rökning vid diabetes

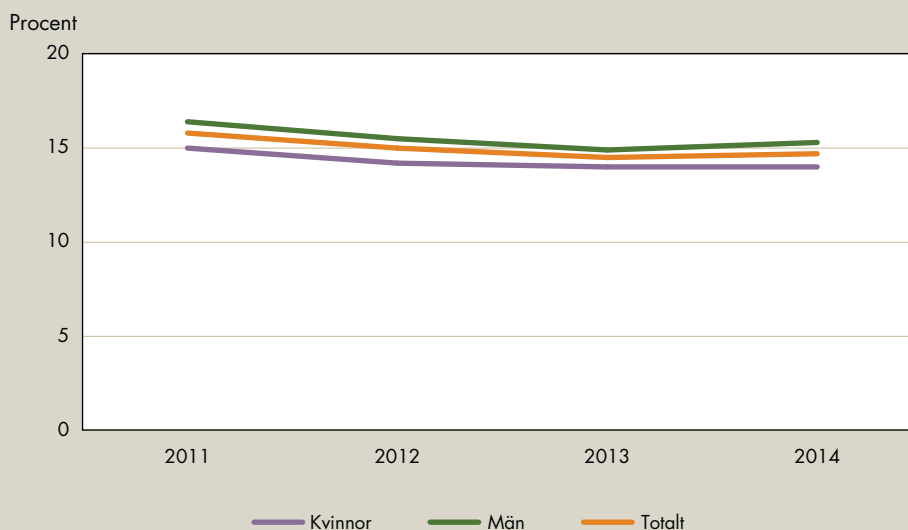
Stöd till rökstopp är en av de högst rekommenderade åtgärderna i de nyligen reviderade nationella riktlinjerna för diabetesvården [10]. I det nationella diabetesregistret (NDR) finns det möjlighet att följa andelen rökare bland diabetespatienter (självrapporterad rökning). Rökstopp är en mycket viktig preventiv åtgärd för att minska risken för diabeteskomplikationer och hjärt-kärlsjukdomar. Hälso- och sjukvården kan göra en viktig insats genom att identifiera och hjälpa personer som inte på egen hand klarar av att sluta röka. Genom att erbjuda rökavvänjande insatser kan fler personer med diabetes bli rökfria.

Socialstyrelsen publicerade under våren 2015 nya nationella riktlinjer och målnivåer för diabetes. Då fastställdes en målnivå för indikatorn icke-rökare. Andelen icke-rökare bland personer med typ 1 eller typ 2-diabetes bör vara ≥ 95 procent [11].

I den här rapporten redovisas dock samma indikator som i tidigare öppna jämförelser det vill säga andelen patienter med diabetes i primärvården, som uppger att de röker. Resultatet visar att andelen som uppger att de röker är närmare 15 procent vilket innebär att det finns en klar förbättringspotential för att uppnå den nya målnivån. Andelen i riket ligger kvar på i stort sett samma nivå som 2013 och det är något färre kvinnor än män som röker.

32.1. Rökning vid diabetes

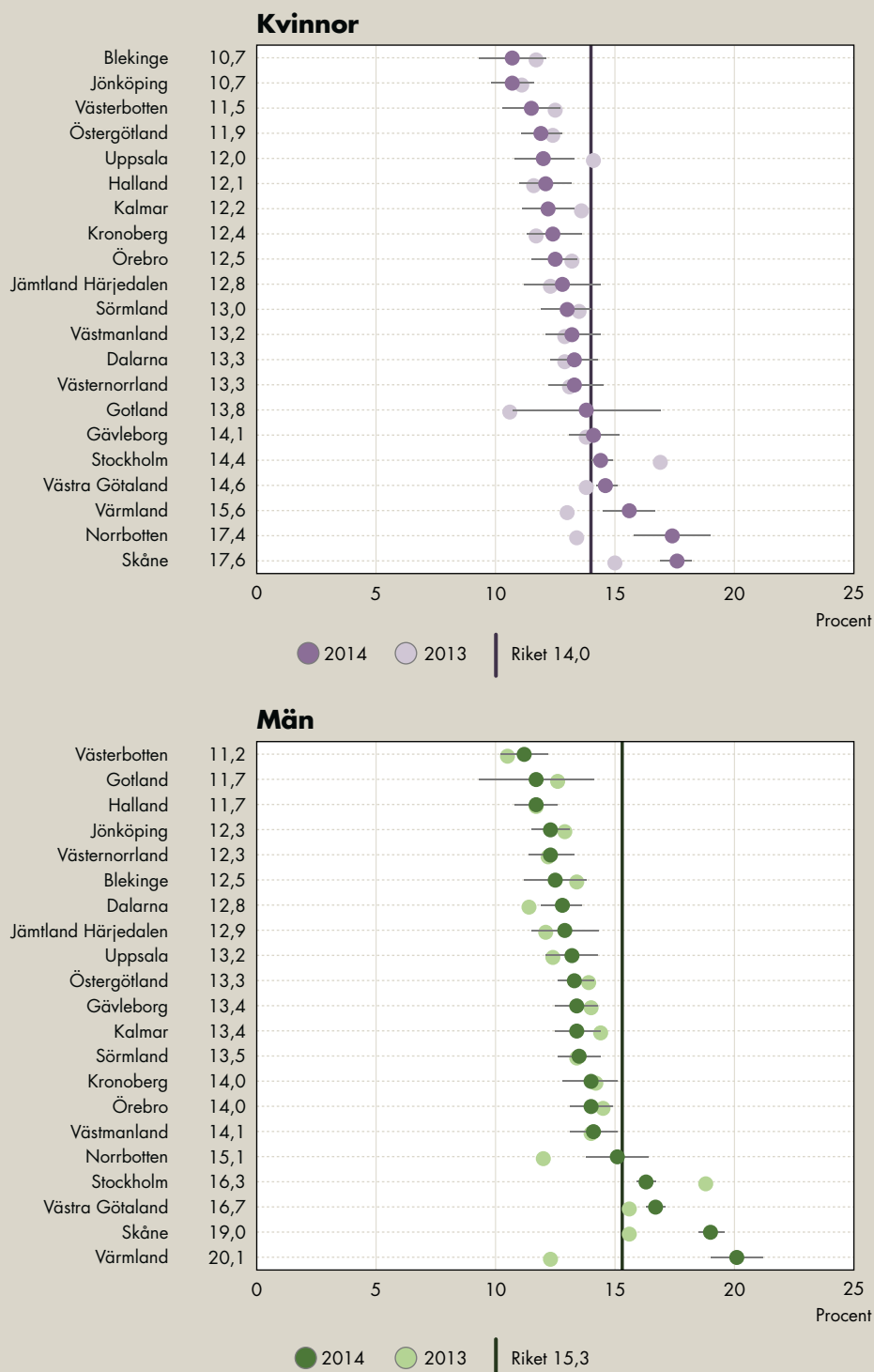
Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) och som röker.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

32.2. Rökning vid diabetes

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) och som röker, 2014.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

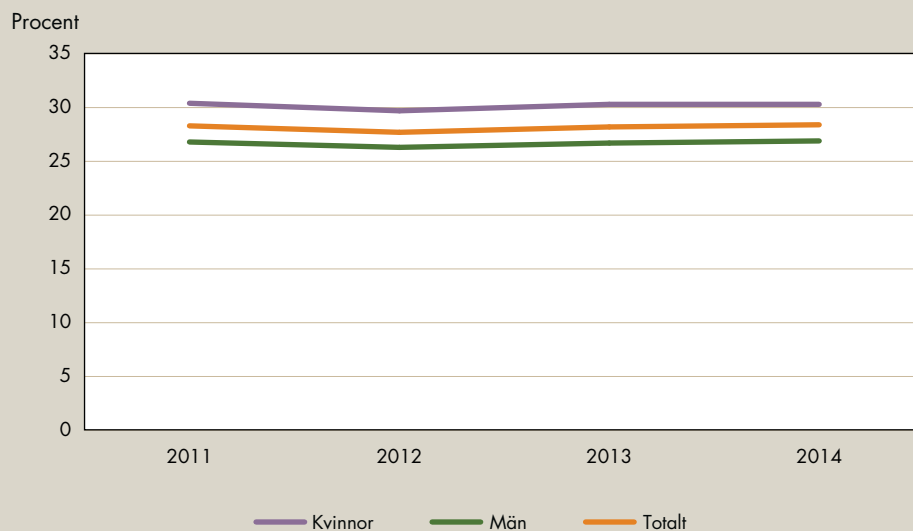
33 Fysisk inaktivitet vid diabetes

Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för hjärt- kärlsjukdom, övervikt och förtida död [10]. Personer med diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde och påverka sin risk för komplikationer genom att kombinera fysisk aktivitet med bra kost. Råd om fysisk aktivitet ska anpassas för varje patient. Fysisk aktivitet på recept, FAR, är sannolikt en underutnyttjad resurs. I NDR registreras en uppgift om fysisk aktivitet motsvarande en 30 minuters promenad, indelad i fem aktivitetsgrupper, från alternativet att patienten "aldrig" är aktiv till att fysisk aktivitet sker "dagligen". Uppgiften baseras inte på patientenkät, utan fångas genom att vårdgivaren efter samtal med eller på basis av kunskap om patienten anger det svarsalternativ som passar bäst. Uppgiften kan ses som en skattning, som påverkas av både patientens och vårdgivarens definition av aktiviteten fysisk aktivitet och av bedömningen av frekvensen.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 2-diabetes i primärvården som är fysiskt inaktiva, bland dem som det finns uppgift om huruvida de utövar någon fysisk aktivitet. Att vara fysiskt inaktiv innebär att man aldrig eller mindre än en gång i veckan utövar fysisk aktivitet (motsvarande 30 minuters promenad). Andelen fysiskt inaktiva patienter uppgick i riket som helhet till 28,4 procent, med variation mellan landstingen från 21,5 till 42,6 procent. Andelen kvinnor som är fysiskt inaktiva är högre än för män. Uppgift om fysisk aktivitet finns för 247 087 personer.

33.1. Fysisk inaktivitet vid diabetes

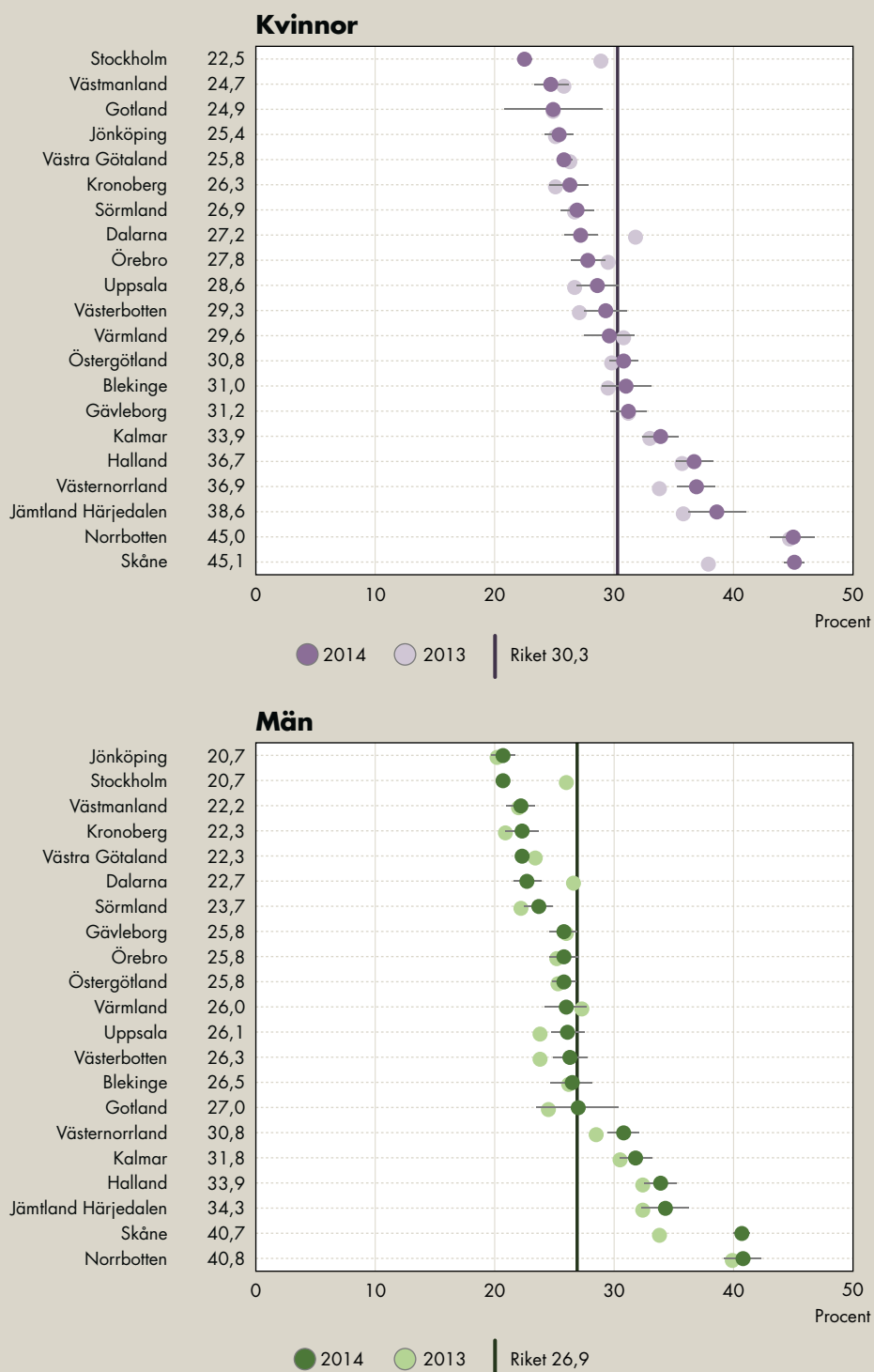
Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) och som är fysiskt inaktiva.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

33.2. Fysisk inaktivitet vid diabetes

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) och som är fysiskt inaktiva, 2014.



34 Blodsockervärde vid diabetes i 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 det kan dessutom kan vara farligt. Vid för höga blodsockernivåer blir man trött, törstig och till och med allmänpåverkad i det akuta skedet. På längre sikt leder höga blodsockernivåer till ökad risk för diabeteskomplikationer. Personer med diabetes har olika behov av medicinsk behandling och varierande risk för utveckling av komplikationer. Detta kräver välfungerande screening, kontroll av riskfaktorer och individualiserad behandling.

Långtidsblodsockervärdet HbA1c återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har således ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Enligt de nationella riktlinjerna är målet att HbA1c-värdet ska vara lägre än 52 mmol/mol, men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras. Målet kan inte tillämpas på alla personer utan hänsyn bör tas till risken för frekvent svår hypoglykemi (långt blodsocker), svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom eller begränsad återstående livslängd, som alla kan vara motiv för att acceptera en högre HbA1c-nivå. Socialstyrelsen publicerade nya riktlinjer och målnivåer våren 2015 och fastställde då en målnivå vid typ 2-diabetes. Andelen personer med HbA1c-värde över 70 mmol/mol ska vara <10 procent [11].

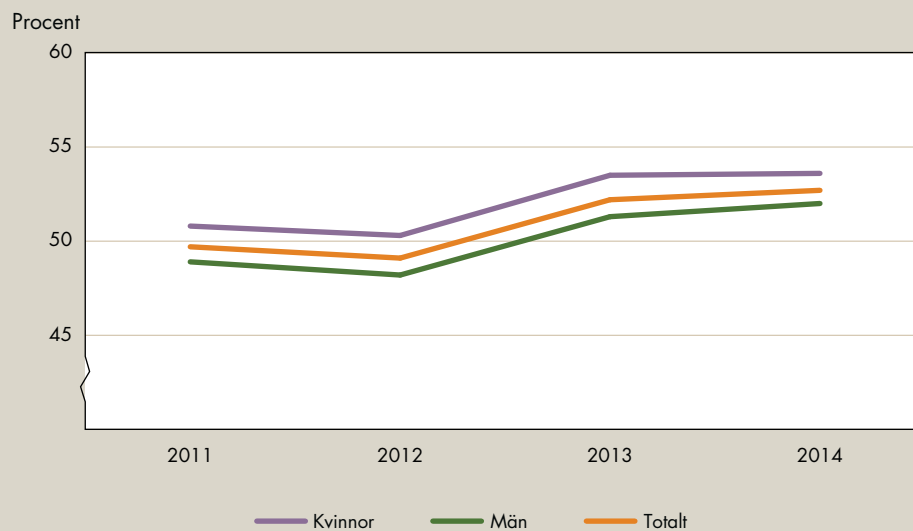
I den här rapporten redovisas dock samma indikator som i tidigare öppna jämförelser det vill säga andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol, bland alla personer med diabetes i primärvården med ett värde för HbA1c. Patienter i alla åldrar ingår. Det finns inget uttalat mål för hur stor del av patienterna med typ 2-diabetes som kan förväntas nå ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol.

I riket som helhet hade knappt 53 procent ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol. Variationen mellan de olika landstingen är liten och det är ingen nämnvärd skillnad mellan könen.

Jämförelsen baseras på senast uppmätta HbA1c-värde under 2014 för 312 539 personer. Flera faktorer påverkar eller kan påverka den långsiktiga glukoskontrollen, vid sidan av läkemedelsbehandling: Sjukdomens duration, patientens ålder och levnadsvanor liksom förekomsten av andra sjukdomar.

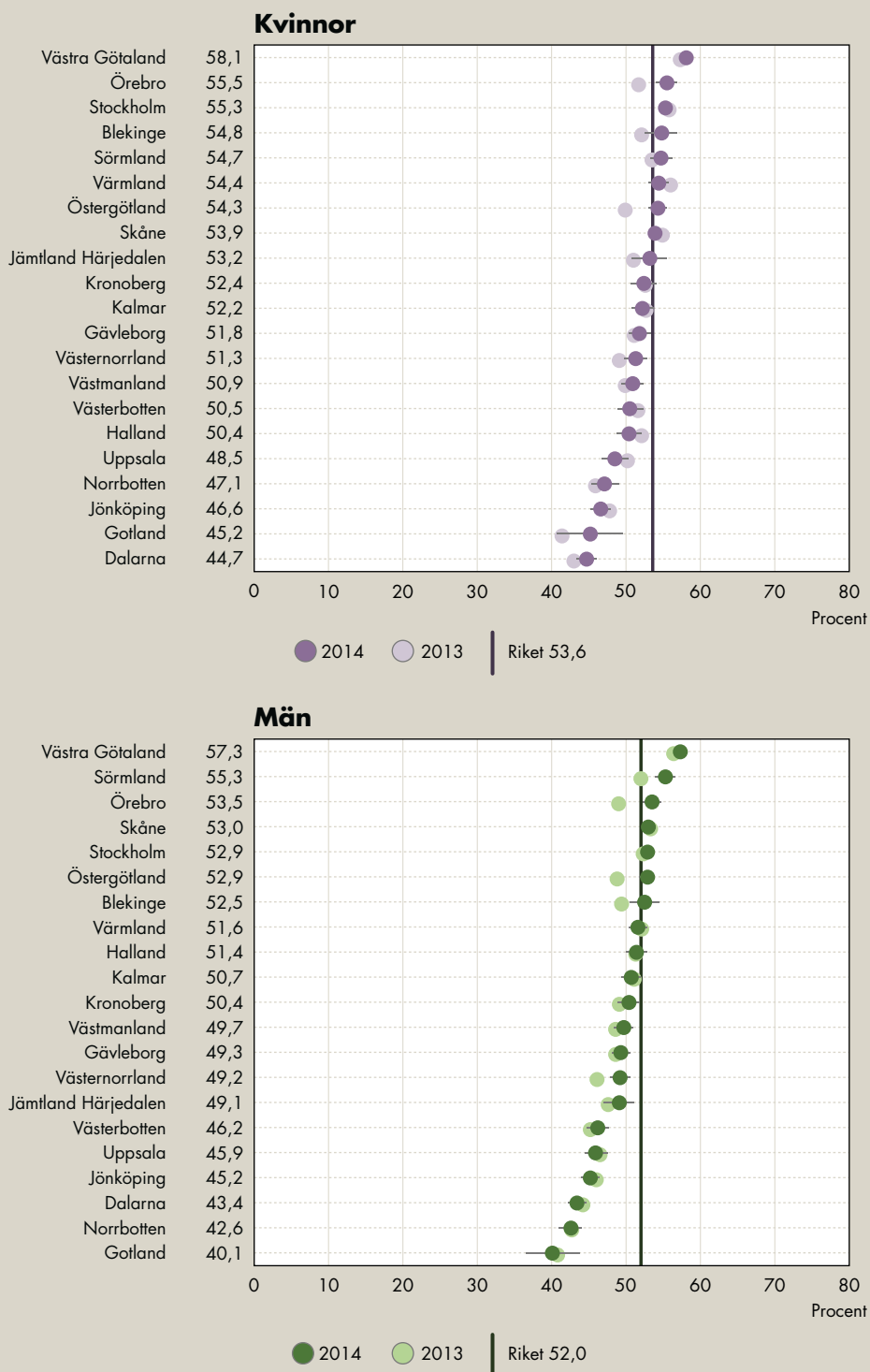
34.1. Blodsockervärde vid diabetes i primärvård

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.



34.2. Blodsockervärde vid diabetes i primärvård

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) med HbA1c lägre än 52 mmol/mol, 2014.



35 Blodsockervärde hos barn och unga vid diabetes

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige och sjukdomen medför även risk för allvarliga komplikationer senare i livet. Drygt 800 barn insjuknar i diabetes varje år och det finns cirka 7 000 barn och unga i åldern 0–17 år med diabetes som får sin vård vid barnklinikerna i Sverige. Nästan alla har typ 1-diabetes. Antalet nya patienter har varit stabilt de senaste åren. Samtliga barn och ungdomar med diabetes ingår i SWEDIABKIDS, ett nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomsdiabetes. Registret innehåller uppgifter om diabetesdiagnosen (kön, ålder, ärftlighet, HbA1c = ”långtidsblodsocker” och grad av sjukdom) samt uppföljning av diabetesvården genom analys av resultat från varje besök som görs på landets alla barnkliniker.

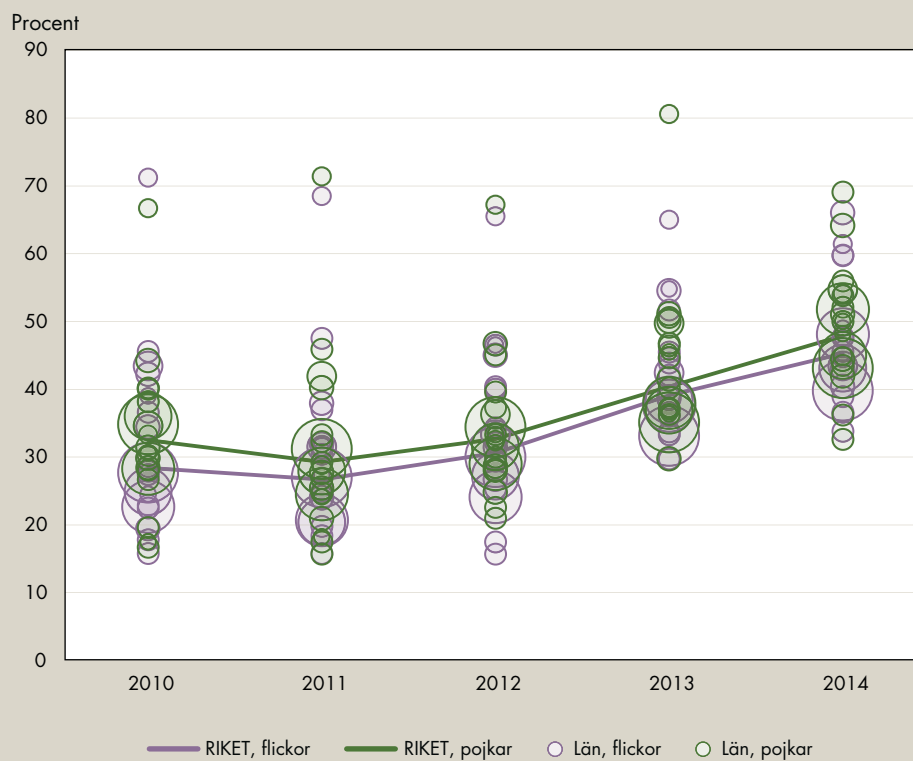
För barn- och ungdomsdiabetesvården finns flera kvalitetsindikatorer och behandlingsmål för dessa. En av de allra viktigaste indikatorerna är värdet för medelblodsocker (HbA1c). Individer med högt HbA1c-värde löper betydligt högre risk för komplikationer. Vårdprogrammet för barndiabetes har ett målvärde där HbA1c-värdet ska vara lägre än 57 mmol/mol. Vid barnklinikerna kontrolleras HbA1c-värdet 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.

Indikatorn visar andelen barn och unga med ett årsmedelvärde för HbA1c under 57 mmol/mol. I jämförelsen ingår 5 919 barn och unga under 18 år. I riket som helhet uppnådde år 2014 närmare 47 procent av barnen ett årsmedelvärde för HbA1c som var lägre än 57 mmol/mol. Andelen har sedan 2012 ökat påtagligt varje år. Variationen mellan olika landsting är stor när detta mått används, men den är mindre vid en jämförelse av en medelnivå för HbA1c-värdet.

De senaste åren har skillnaden i HbA1c-värdet mellan klinikerna varit föremål för diskussion inom professionen. För att nå bra resultat är det viktigt med en tydlig målbeskrivning när det gäller HbA1c-värdet, liksom att de som arbetar i teamet framför samma budskap till patienterna. Regelbundna teamträffar är värdefulla. I pågående kvalitetsprojekt har det tydligt visats att med systematiskt förbättringsarbete går det att påtagligt förbättra enheternas HbA1c-värden.

35.1. Blodsockervärde hos barn och unga vid diabetes

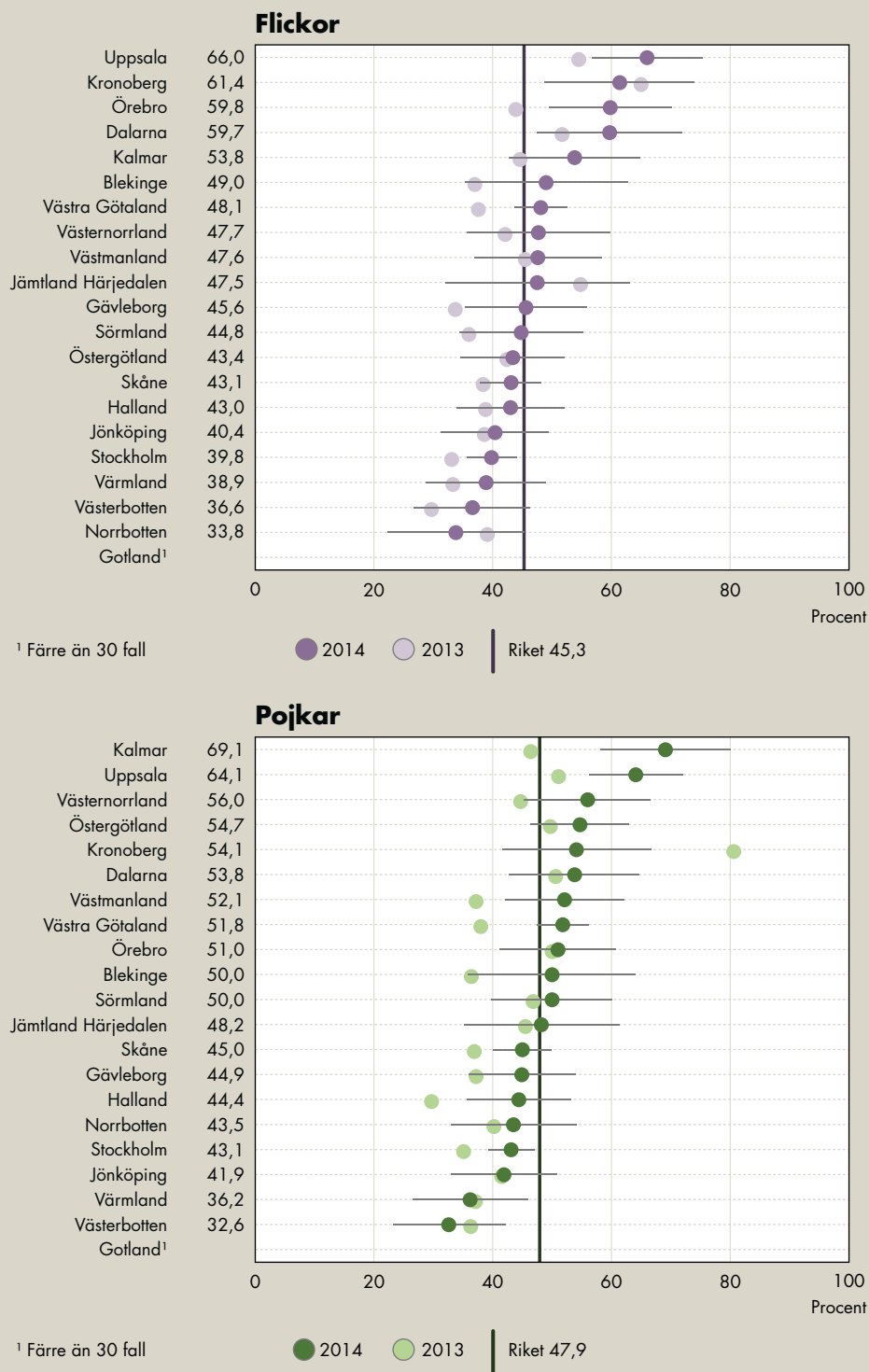
Andel barn och unga med diabetes med HbA1c lägre än 57 mmol/mol. Avser barn och unga under 18 år.



Källa: Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS

35.2. Blodsockervärde hos barn och unga vid diabetes

Andel barn och unga med diabetes med HbA1c lägre än 57 mmol/mol, 2014.
Avser barn och unga under 18 år.



36 Blodsockervärde vid typ 1-diabetes

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Enligt de nationella riktlinjerna är målet att HbA1c-värdet ska vara lägre än 52 mmol/mol, men i riktlinjerna betonas också att behandlingen ska individualiseras. Målet kan inte tillämpas på alla personer, utan hänsyn bör tas till risken för frekvent svår hypoglykemi (långt blodsocker), svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom eller begränsad återstående livslängd, som alla kan vara motiv för att acceptera en högre HbA1c-nivå. Socialstyrelsen publicerade nya riktlinjer och målnivåer våren 2015 och fastställde då fastställde en målnivå vid typ 1-diabetes. Andelen personer med HbA1c-värde över 70 mmol/mol ska vara <20 procent [11].

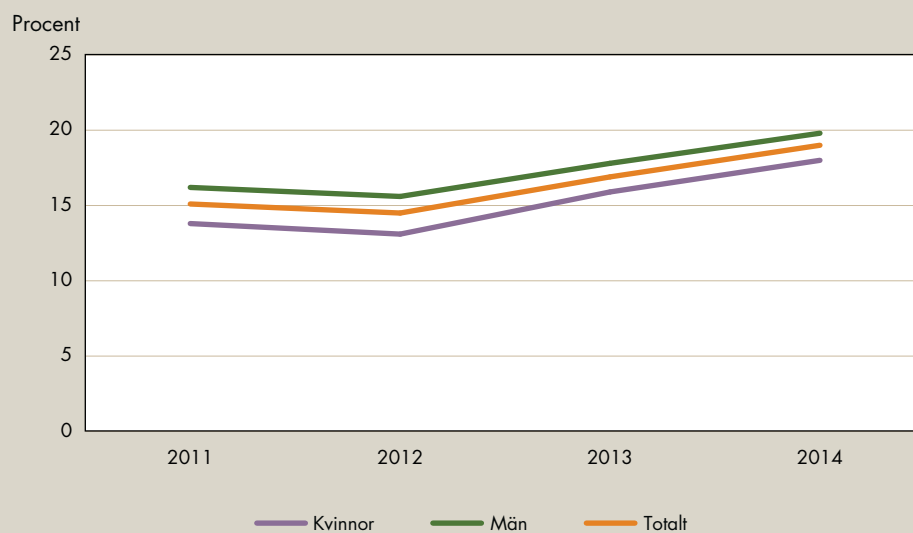
I den här rapporten redovisas dock samma indikator som i tidigare öppna jämförelser det vill säga andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol, bland alla patienter med typ 1-diabetes vid medicinkliniker. Patienter i alla åldrar ingår. Det finns inget uttalat mål för hur stor del av patienterna med typ 1-diabetes som kan förväntas nå ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol.

Andelen personer som hade ett HbA1c-värde som var lägre än 52 mmol/mol har ökat jämfört med 2013. I riket som helhet hade 19 procent av patienterna lägre HbA1c-värde än 52 mmol/l. Skillnaden mellan olika landsting varierade mellan 13 och 23 procent. Vid sidan av läkemedelsbehandling kan flera faktorer påverka den långsiktiga glukoskontrollen. Sjukdomens duration, patientens ålder, levnadsvanor och förekomst av andra samtidiga sjukdomar är exempel på sådana faktorer.

Jämförelsen baseras på senast uppmätta HbA1c-värde under 2014 för 39 057 personer med typ 1-diabetes vid medicinkliniker i NDR.

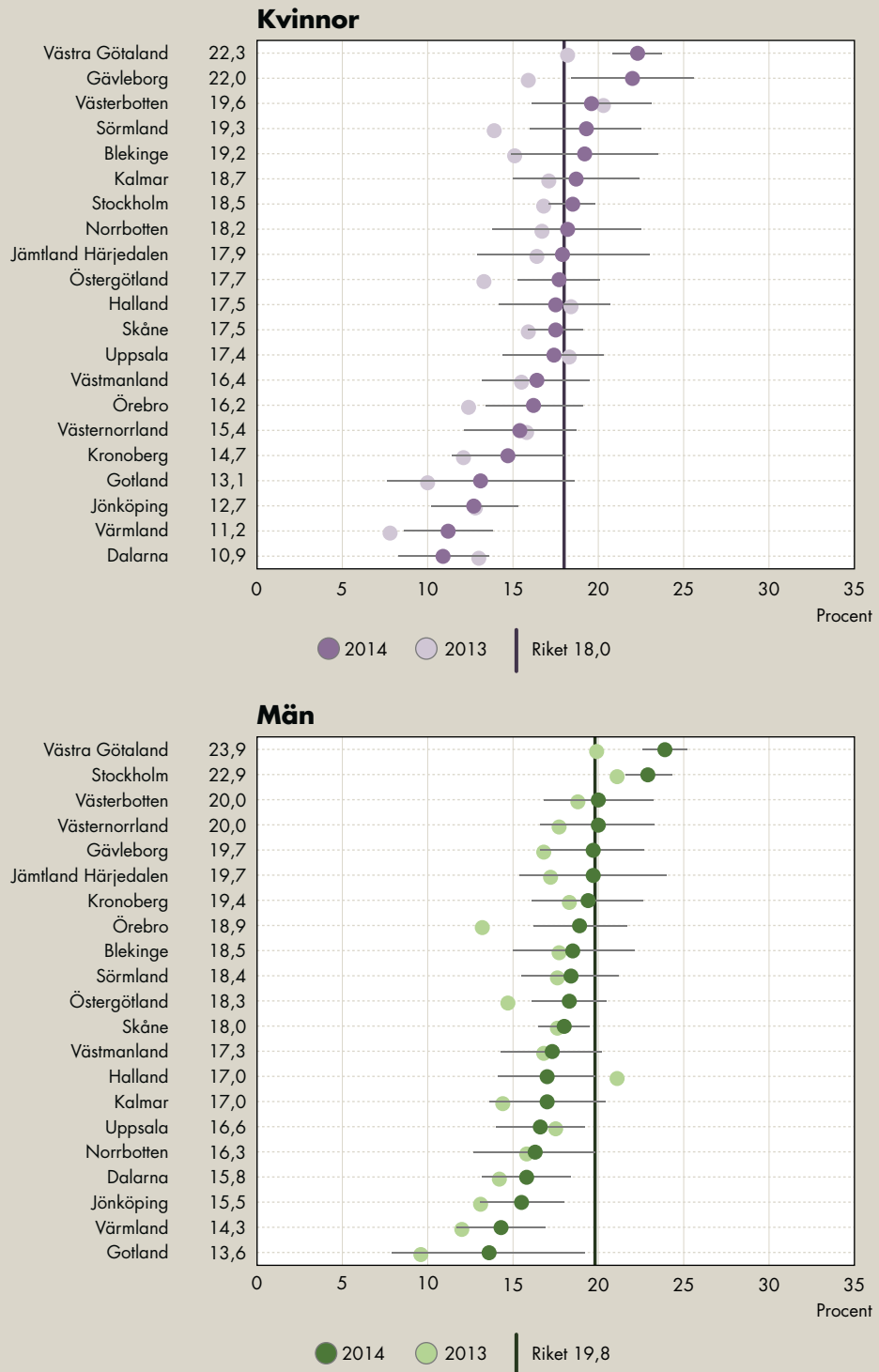
36.1. Blodsockervärde vid typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.



36.2. Blodsockervärde vid typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes med HbA1c lägre än 52 mmol/mol, 2014.



37 Ögonbottenundersökningar vid diabetes i primärvård (3 år)

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

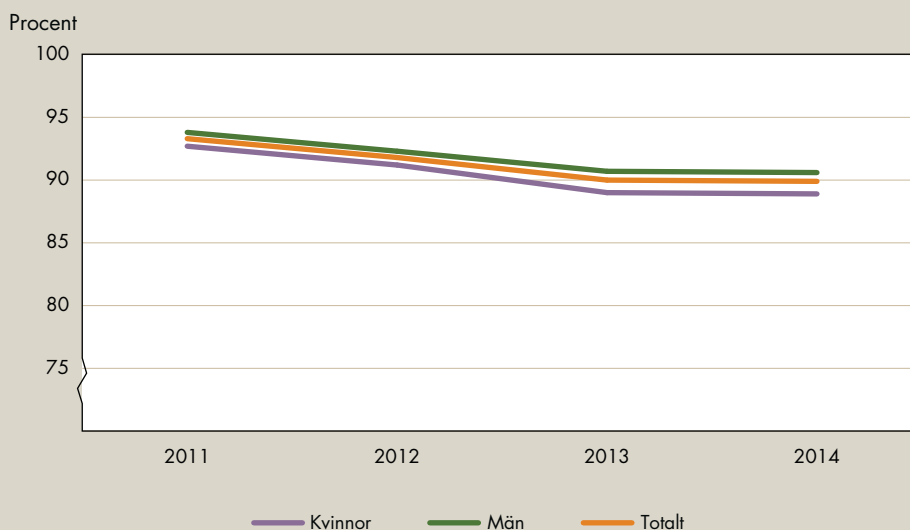
I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning var tredje år för typ 2- diabetes för de patienter som inte har ögonskador. Målnivån är ≥ 96 procent [11].

För indikatorn *ögonbottenundersökning av personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 96 procent.

Indikatorn visar andelen patienter i primärvården som har gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste tre åren, bland dem som svarat ja eller nej på denna fråga. I riket uppgår denna andel till 90 procent. Andelen är i stort sett oförändrad jämfört med 2013 och variationen mellan de olika landstingen ligger mellan 83 och 98 procent. I jämförelsen ingår 255 120 personer.

37.1. Ögonbottenundersökningar – diabetes i primärvård

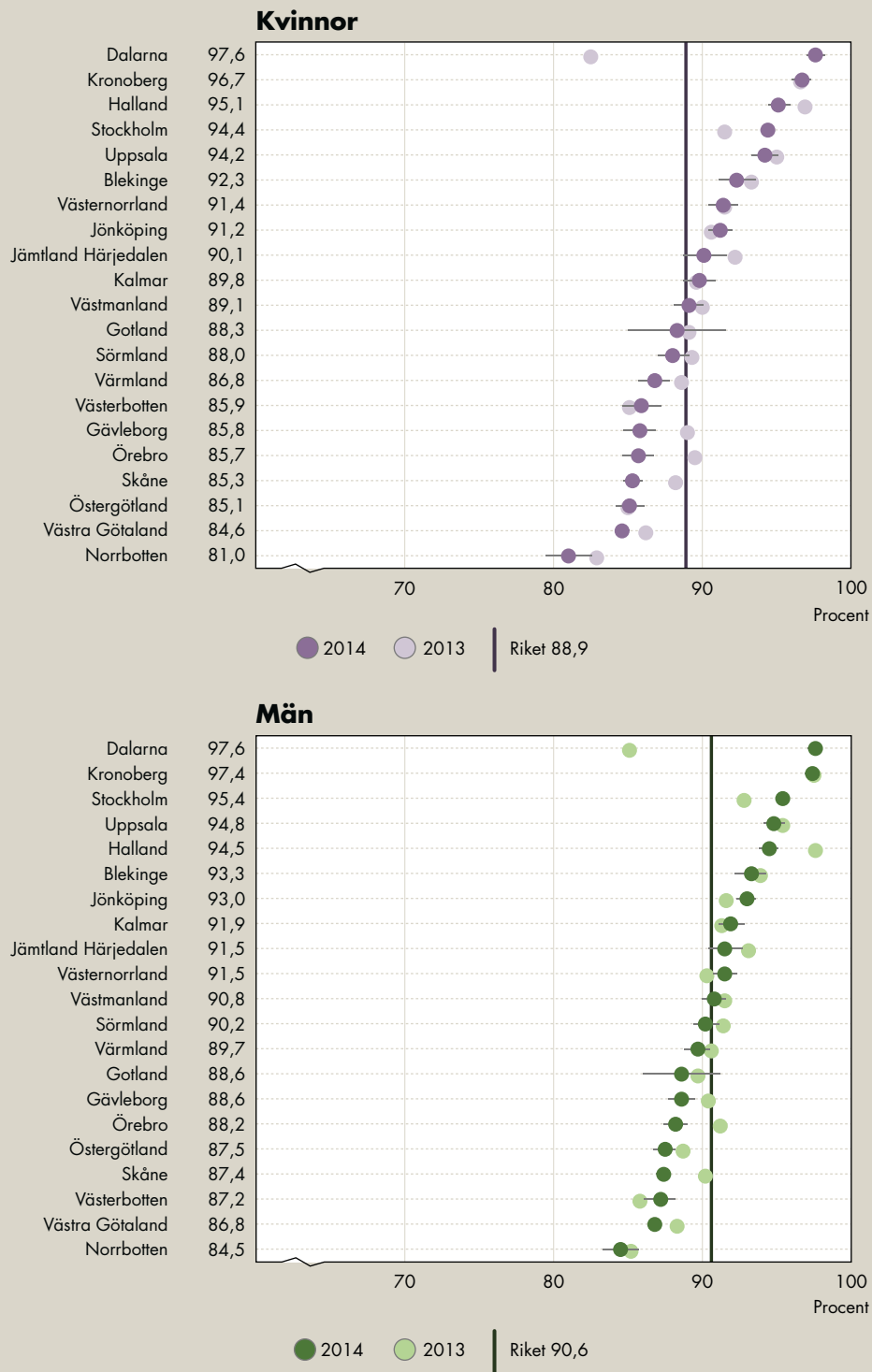
Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

37.2. Ögonbottenundersökningar, diabetes i primärvård

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren, 2014.



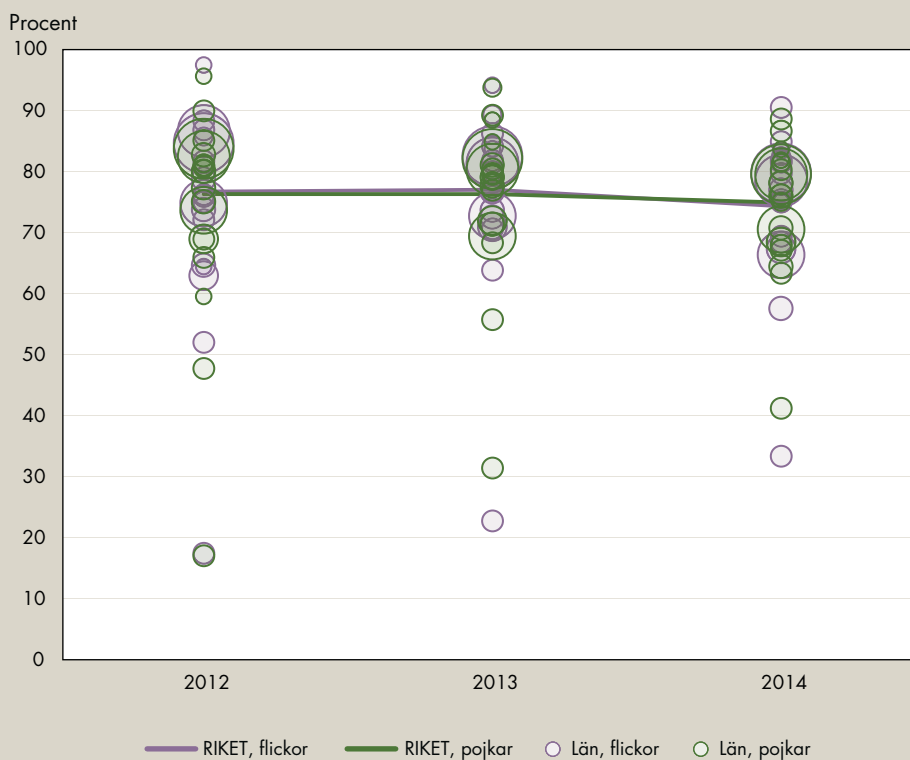
38 Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1-diabetes

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetes-retinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. Allvarlig retinopati är sällsynt bland barn och tonåringar. Nästan ingen har retinopati före 10 års ålder, men retinopati förekommer redan vid mycket kort sjukdomsduration. Tack vare laserbehandling är det färre personer med diabetes som blir blinda eller får synnedsättningar, men kontroll av blodsockernivå och blodtryckssänkande behandling minskar risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten.

Indikatorn visar andelen barn och unga 10–17 år med typ 1-diabetes som har gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, bland dem som svarat ja eller nej på denna fråga. I riket som helhet hade 74,7 procent av alla gjort ögonbottenkontroll någon gång de två senaste åren. Variationerna mellan de olika landstingen är stora, från 37 procent till 87 procent. Jämförelsen baseras på uppgifter om 5 152 patienter.

38.1. Ögonbottenundersökning för barn och unga, typ 1-diabetes

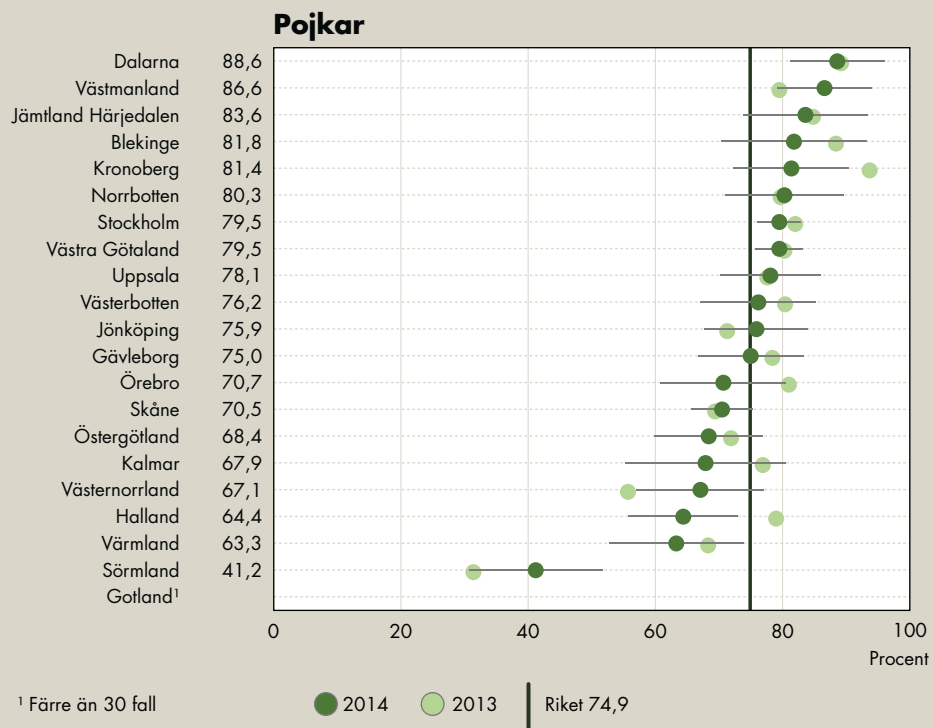
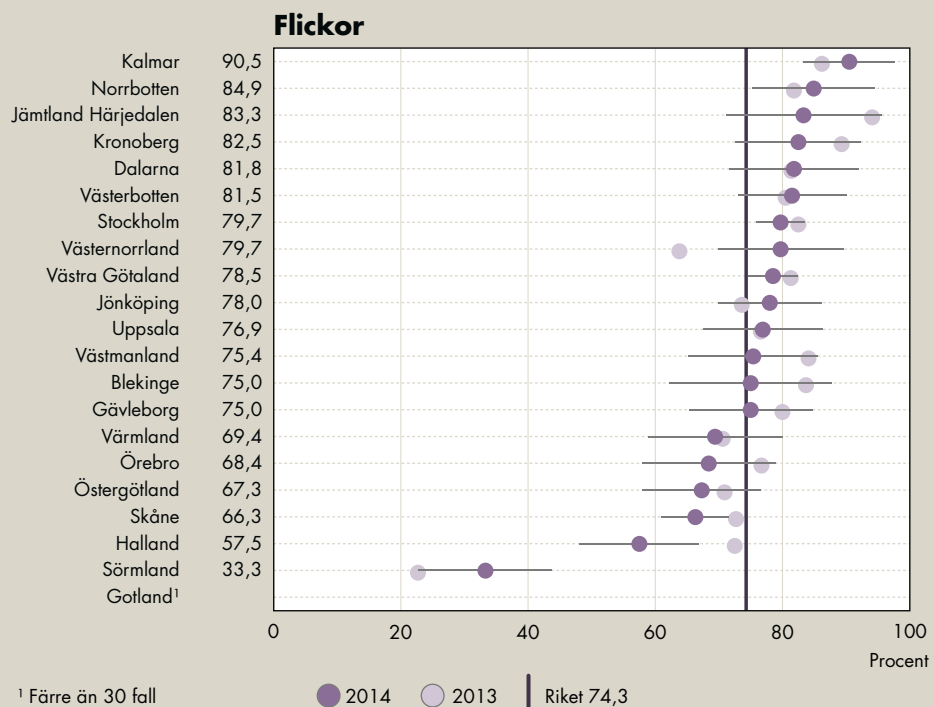
Andel barn och unga med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren. Avser barn och unga 10–17 år.



Källa: Nationella Diabetesregistret – SWEDIABKIDS

38.2. Ögonbottenundersökning för barn och unga, typ 1-diabetes

Andel barn och unga med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren, 2014. Avser barn och unga 10–17 år.



Källa: Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS

39 Ögonbottenundersökningar vid typ 1-diabetes (2 år)

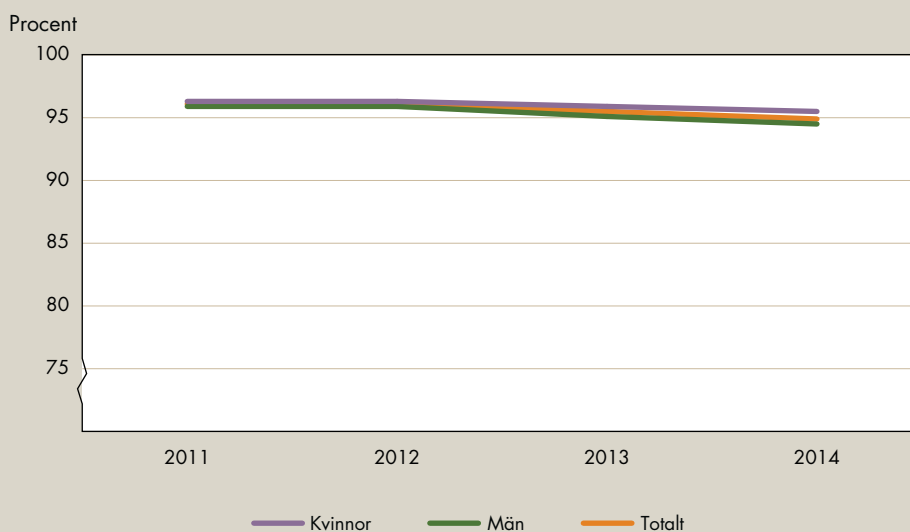
Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetes-retinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. Tack vare laserbehandling är det färre personer med diabetes som blir blinda eller får synnedsättningar, men kontroll av blodsockernivå och blodtryckssänkande behandling minskar risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning vartannat år för typ 1-diabetes. Målnivån är ≥ 98 procent [11].

För indikatorn *ögonbottenundersökning av personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 98 procent.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 1-diabetes vid medicinklinik bland personer med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, bland dem som svarat ja eller nej på denna fråga. I riket som helhet uppgår andelen patienter som gjort ögonbottenkontroll under 2014 till 95 procent. Andelen har minskat marginellt jämfört med 2013.

39.1. Ögonbottenundersökningar vid typ 1-diabetes

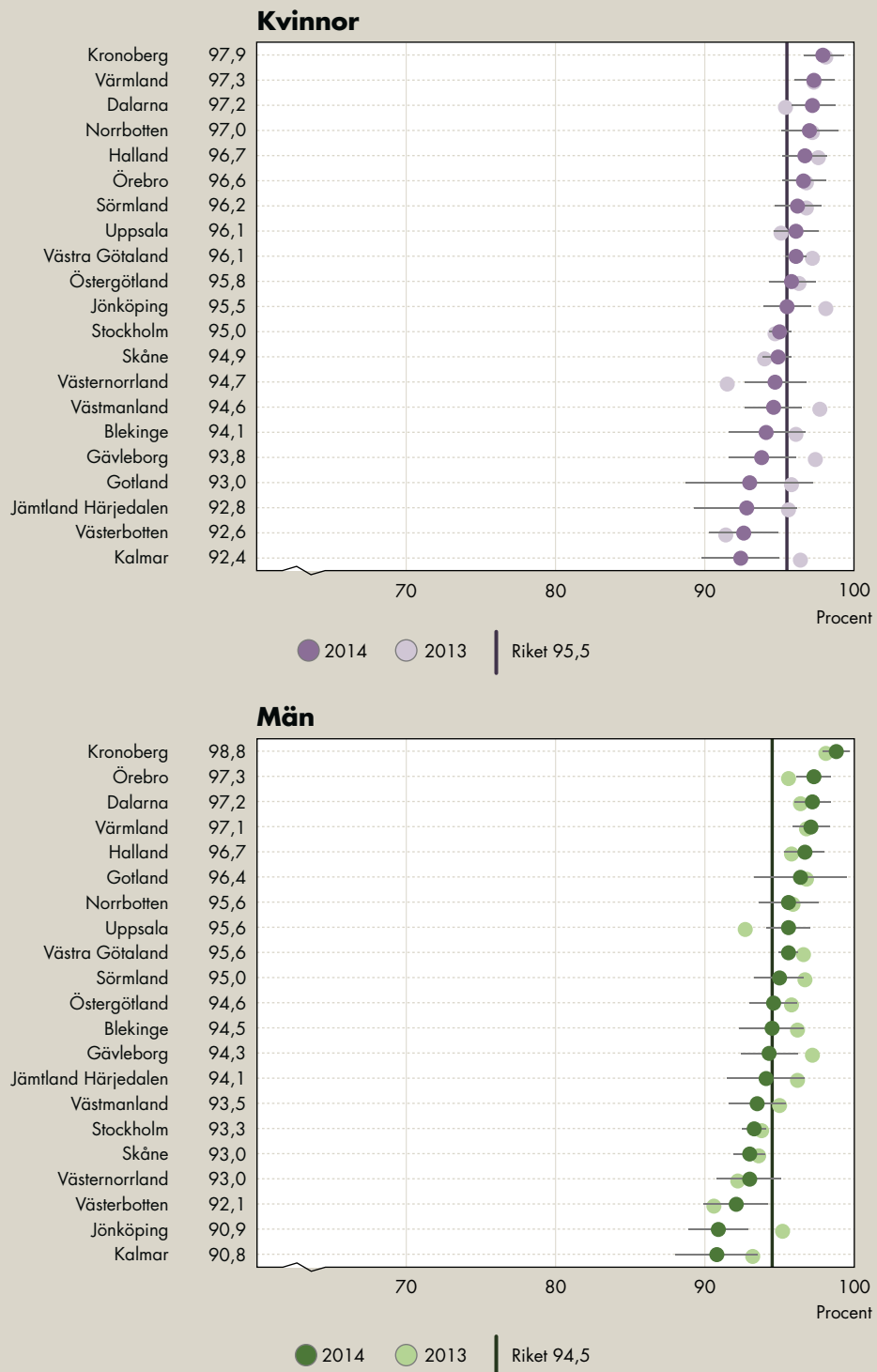
Andel personer med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

39.2. Ögonbottenundersökningar vid typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren, 2014.



40 Fotundersökning vid diabetes i primärvård

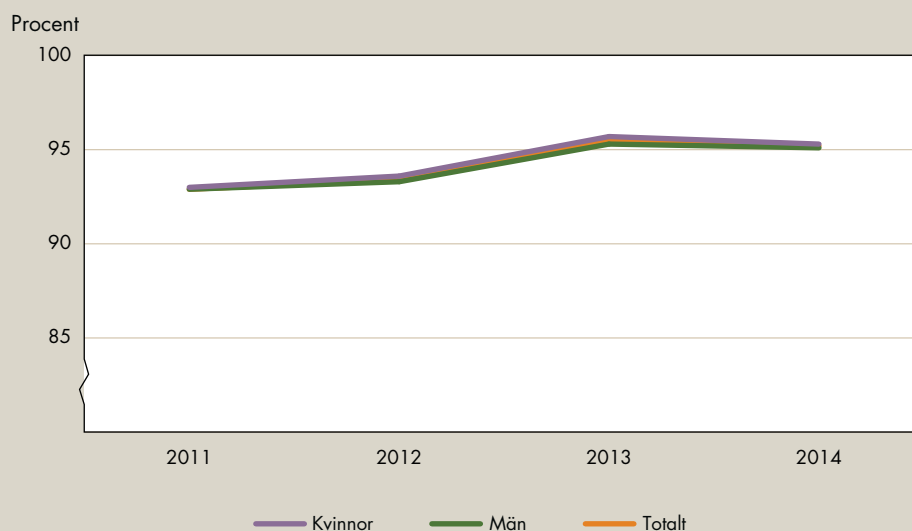
Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svåråtkäta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Dessa patienter löper en stor risk att drabbas av skador, stort lidande och nedsättning av livskvaliteten. Det är därför viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att kunna sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgiska åtgärder som kan förhindra svårare komplikationer och amputationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att fotundersökning ska göras varje år. Målnivån är ≥ 99 procent [11].

För indikatorn *fotundersökning av personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 99 procent.

Indikatorn visar andelen patienter i primärvården vars fötter har undersökts det senaste året, bland alla patienter med uppgift om fotundersökning. Svarsfrekvensen i riket som helhet är förhållandevis god. Jämförelsen baseras på 276 409 patienter. I riket hade drygt 95 procent av alla patienter gjort fotundersökning under det senaste året, vilket är samma nivå som 2013.

40.1. Fotundersökning vid diabetes i primärvård

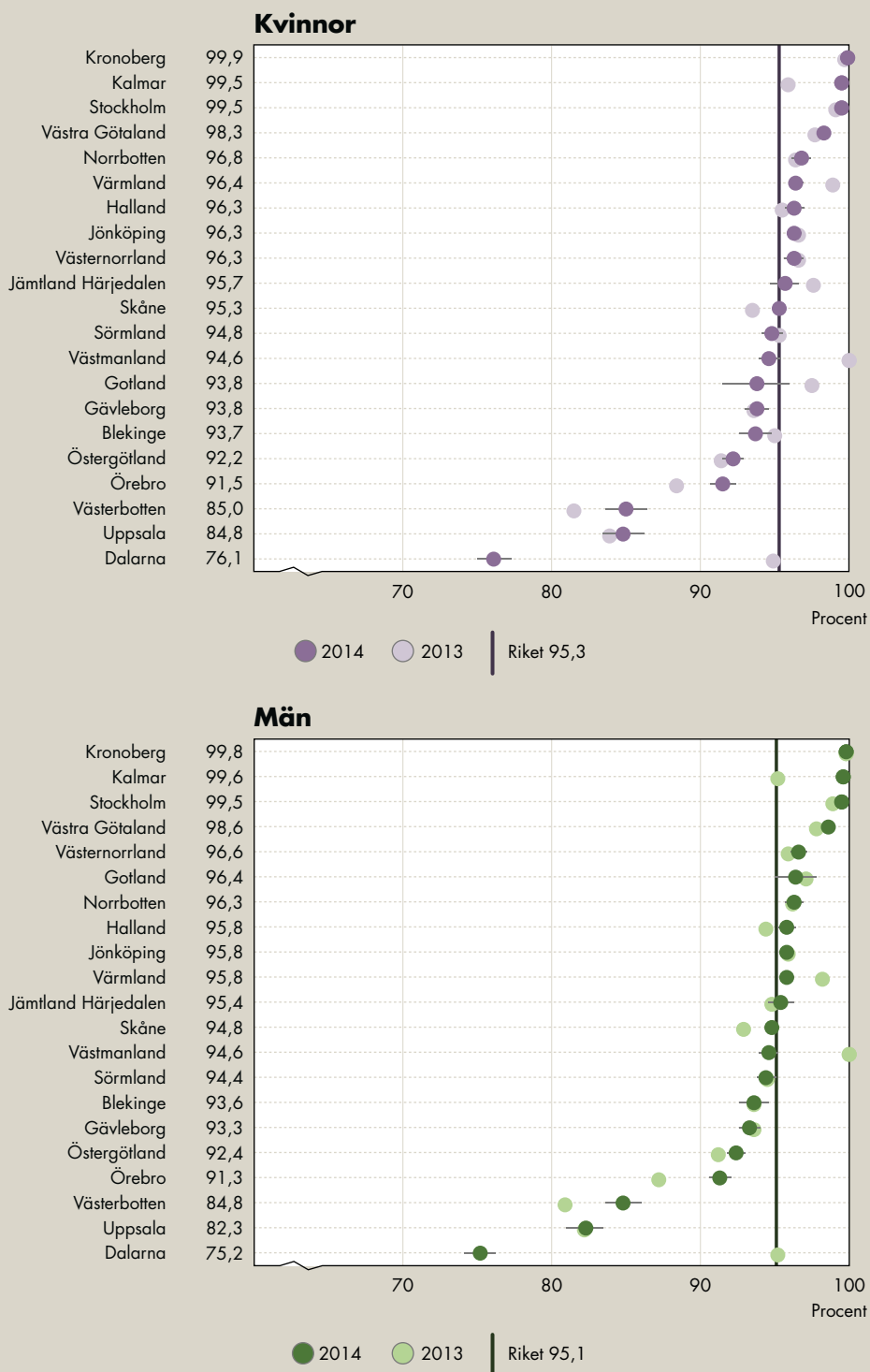
Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

40.2. Fotundersökning vid diabetes i primärvård

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) som gjort fotundersökning det senaste året, 2014.



41 Fotundersökning vid typ 1-diabetes

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svåråtkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Dessa patienter löper en stor risk att drabbas av skador, stort lidande och nedsättning av livskvaliteten. Det är därför viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrade cirkulation för att kunna sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgiska åtgärder som kan förhindra svårare komplikationer och amputationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att fotundersökning ska göras varje år. Målnivån är ≥ 99 procent [11].

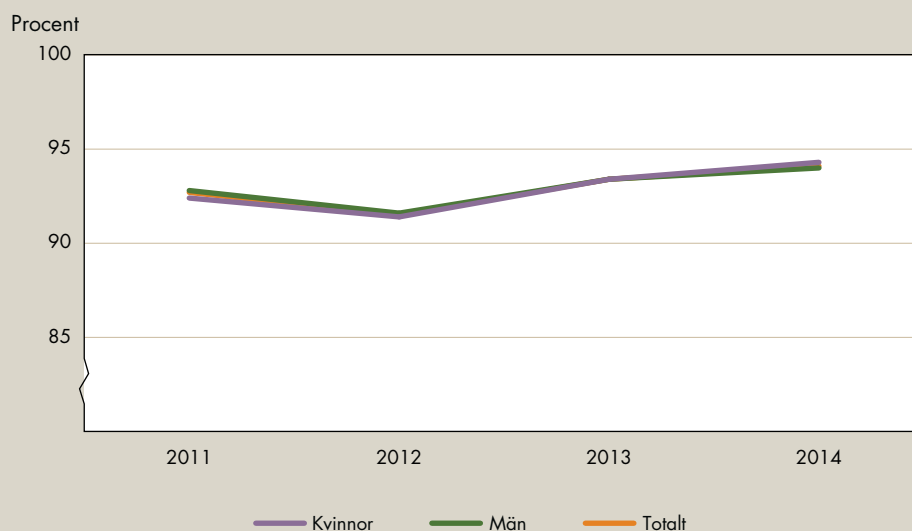
För indikatorn *fotundersökning av personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 99 procent.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 1-diabetes vid medicinklinik, vars fötter har undersökts det senaste året, bland alla patienter med uppgift om fotundersökning.

I riket som helhet hade 94 procent av alla patienter gjort fotundersökning under 2014 och andelen har stadigt ökat sedan 2012. Jämförelsen baseras på 36 317 patienter.

41.1. Fotundersökning vid typ 1-diabetes

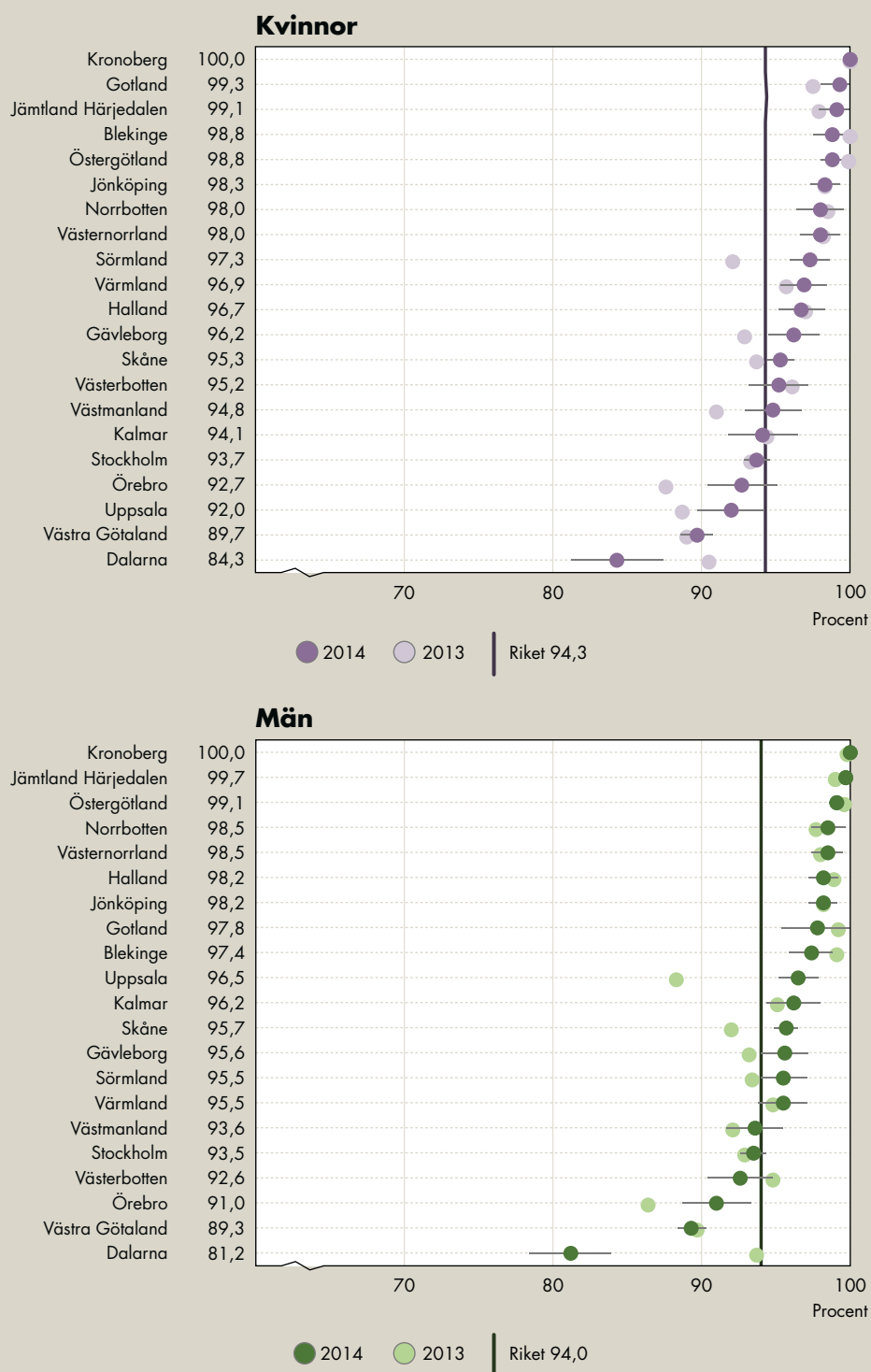
Andel personer med typ 1-diabetes som gjort fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

41.2. Fotundersökning vid typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, 2014.



Astma och KOL

Astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två av de stora folksjukdomarna. Cirka 8 procent av Sveriges befolkning uppskattas ha astma och cirka 8 procent av personer över 45 år beräknas ha KOL [12]. Både astma och KOL tillhör gruppen obstruktiva lungsjukdomar som drabbar lungorna och försvårar luftflödet i luftvägarna. Medan astma i stort sett är lika vanligt bland barn och vuxna, drabbar KOL framför allt äldre personer och sjukdomen är nära kopplad till rökning. KOL orsakar betydligt fler dödsfall än astma och allt fler har KOL som dödsorsak. Samsjuklighet är också vanligt vid KOL och sjukdomar som är vanligt förekommande hos personer med KOL är exempelvis depression, hjärt-kärlsjukdom, metabolt syndrom, diabetes och benskörhet. Samsjuklighet vid KOL både minskar livskvaliteten och ökar dödligheten. Både astma och KOL orsakar mycket lidande och stora samhällsekonomiska kostnader. Nya nationella riktlinjer för astma och KOL publicerades i november 2015.

Det finns få jämförbara nationella uppgifter som beskriver hälso- och sjukvårdens verksamhet och resultat när det gäller vård och omsorg för personer med astma och KOL. Till exempel saknas heltäckande nationell statistik från primärvården. Det finns uppgifter om givna insatser och hälsoutfall i Luftvägsregistret men täckningsgraden behöver öka ytterligare innan uppgifterna i registret kan bli användbara fullt ut.

Här redovisas därför endast ett begränsat antal indikatorer.

Astma

Det är viktigt att utreda astma i tid för att säkerställa tidig diagnos och behandling och därmed få förutsättningar att så snart som möjligt uppnå god astmakontroll. För en god astmakontroll är det viktigt med utbildning och stöd till egenvård, till exempel är rökstopp väsentligt att uppnå.

Patienter med astma behandlas framför allt i primärvården. I dagsläget omfattar Socialstyrelsens patientregister endast läkarbesök inom öppen specialiserad vård samt slutenvård vilket innebär att tillgången till uppgifter om patientens vård är begränsad.

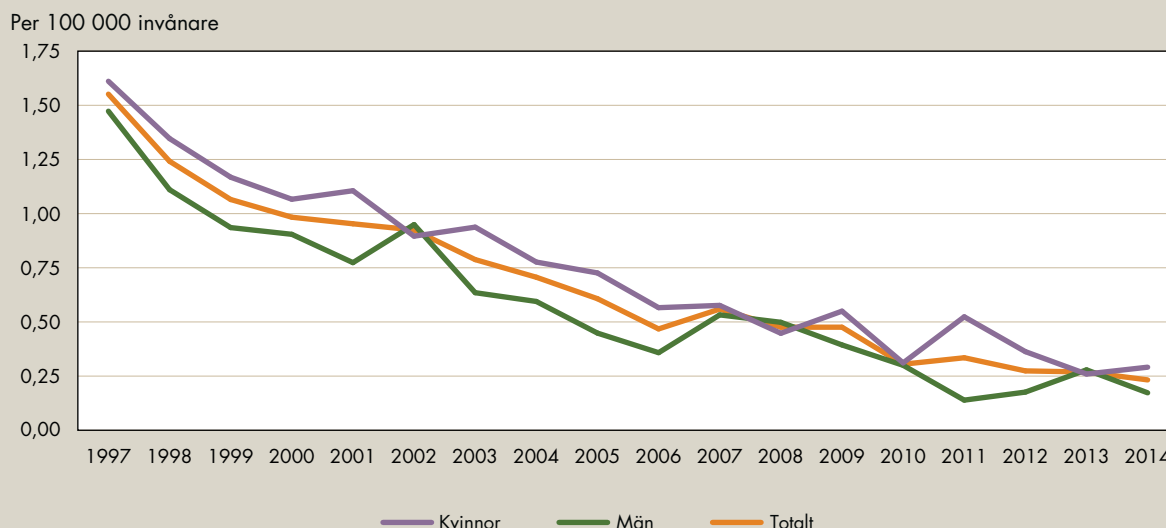
42 Åtgärdbar dödlighet astma

Åtgärdbar dödlighet presenteras vanligen som ett sammansatt mått av en uppsättning dödsorsaker där man anser att hälso- och sjukvården kan påverka dödligheten. Här särredovisas dödligheten i astma.

Indikatorn visar dödlighet i astma och bedöms kunna påverkas av tidig diagnos, en god medicinsk vård och preventiva insatser, till exempel rökstopp. Dödligheten i astma har sjunkit över tid och ligger nu på en mycket låg nivå, cirka 0,25 per 100 000 invånare.

42.1. Dödlighet i astma

Dödsfall i astma per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



43 Undvikbar slutenvård – astma

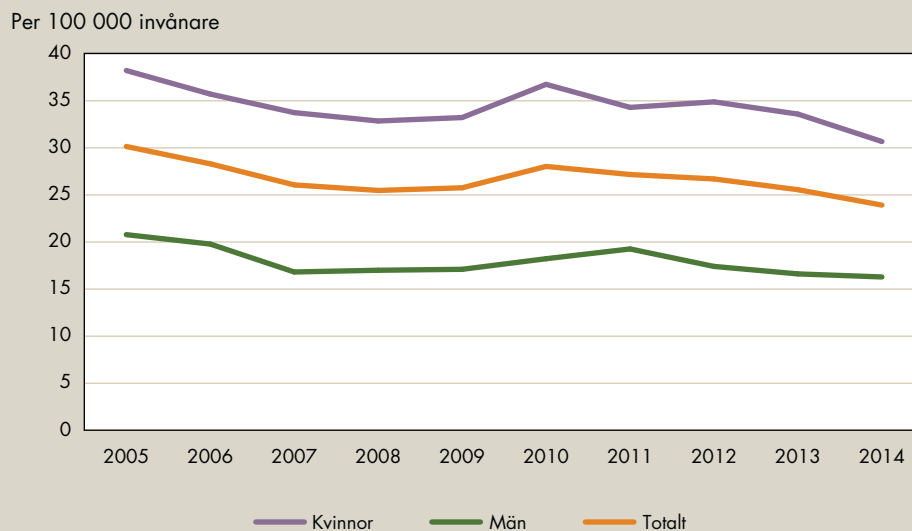
Indikatorn undvikbar slutenvård är påverkbar om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. Astma är sådan sjukdom där slutenvård till största delen kan undvikas genom att behandlas effektivt i primärvården eller vid behov i öppen specialiserad vård. Genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, rehabiliteringsinsatser med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas.

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare. I riket som helhet var antalet 25 per 100 000 invånare under 2012–2014. Kvinnorna har dubbelt så hög förekomst av slutenvård per 100 000 invånare som män.

Internationellt sett ligger Sverige bland de bästa inom OECD med lågt antal slutenvårdsperioder [4]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

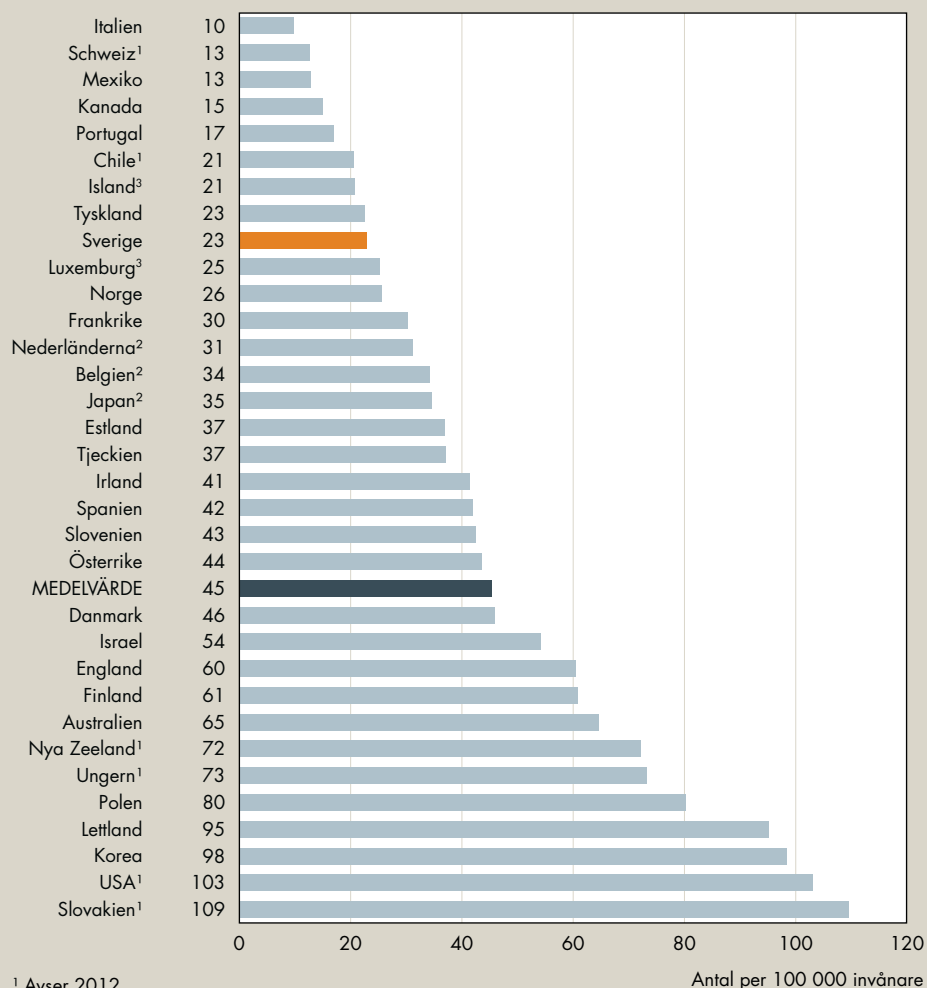
43.1. Slutenvård vid astma

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för astma per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



43.2. Slutenvård vid astma, OECD

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för astma per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2013. Ålders- och könsstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.



¹ Avser 2012

² Avser 2011

³ 3-års medelvärde

Källa: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

43.3. Slutenvård vid astma

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för astma per 100 000 invånare 20 år eller äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



KOL

I Sverige beräknas över en halv miljon människor lida av KOL [12]. Efter som sjukdomen har starkt samband med långvarig rökning finns den framför allt bland äldre personer, och förekomsten av KOL har beräknats till cirka 8 procent i befolkningen över 45 år. Under lång tid var KOL vanligare hos män än kvinnor men i dag är det fler kvinnor än män som drabbas i Sverige. Detta kan kopplas till att det i dag är fler kvinnor än män som röker, 12 respektive 10 procent [12].

Cirka 400 000 personer beräknas ha sjukdomen utan att veta om det, vilket motsvarar 80 procent av det uppskattade antalet personer med KOL. Detta gör KOL till en av de mest underdiagnostiserade sjukdomarna, vilket troligen beror på att diagnos inte ställs förrän sjukdomen har avancerat till ett medelsvårt eller svårt stadium. KOL diagnostiseras med hjälp av spirometri för att mäta luftflödet under utandning. I de flesta fall kan KOL diagnostiseras av allmänläkare i primärvård, men vid svårare fall kan patienten remitteras till en lungspecialist som kan göra mer omfattande lungfysiologiska undersökningar.

Den absolut viktigaste åtgärden vid KOL är rökstopp.

44 Åtgärdbar dödlighet i KOL

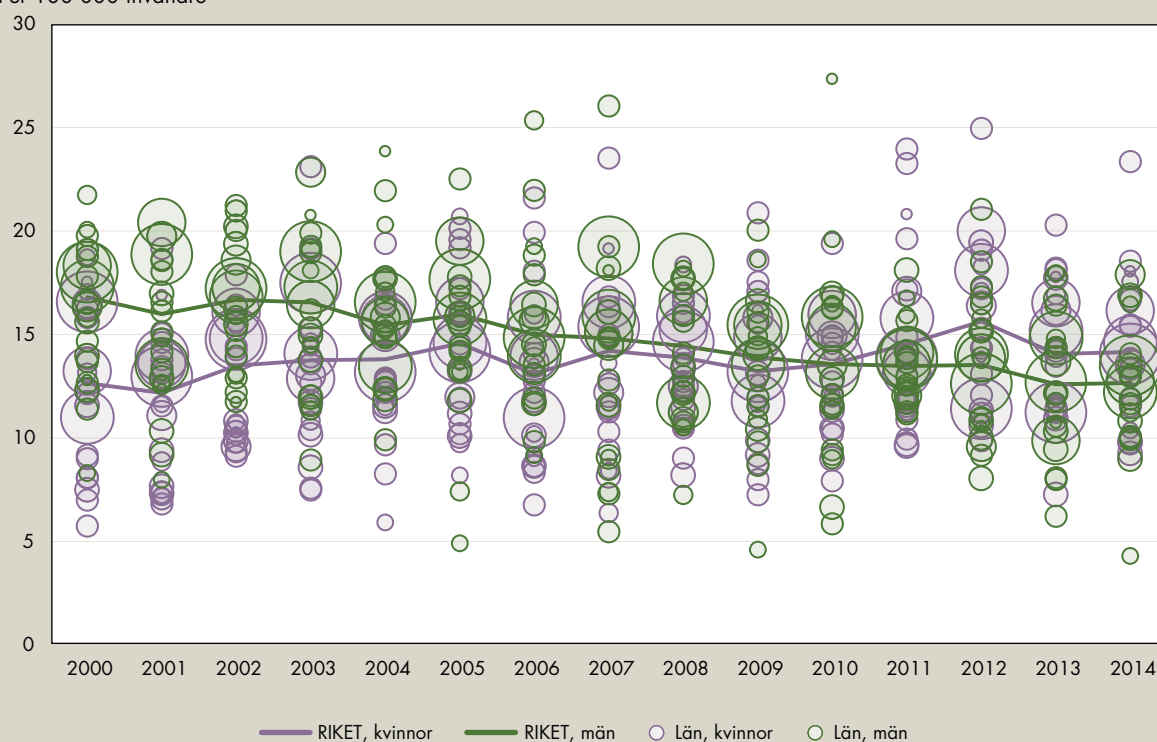
Dödlighet i KOL kan påverkas av tidig diagnos, en god medicinsk vård och preventiva insatser, till exempel rökstopp. Indikatorn visar dödligheten i KOL per 100 000 invånare i åldrarna 1–79 år.

Dödligheten har sjunkit något senaste åren. I riket var dödligheten, efter åldersstandardisering, i KOL cirka 13 döda per 100 000 invånare 2013–2014. Variationen mellan de olika landstingen ligger mellan 9 och 17 dödsfall. De senaste åren har dödligheten bland kvinnor ökat något medan dödligheten bland män minskat.

44.1. Dödlighet i KOL

Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.

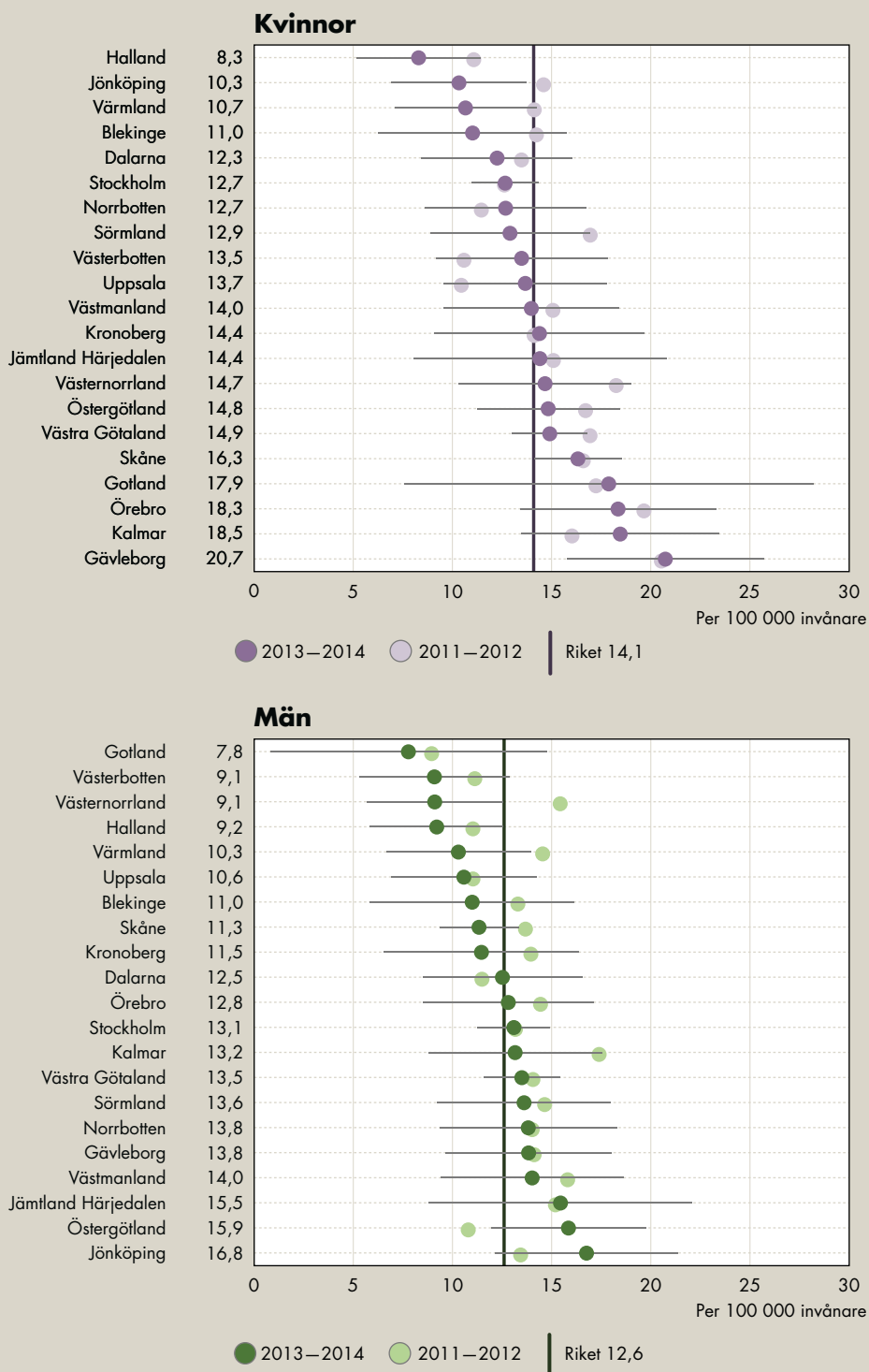
Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

44.2. Dödlighet i KOL

Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 1–79 år, 2013–2014. Åldersstandardiserade värden.



45 Undvikbar slutenvård vid KOL

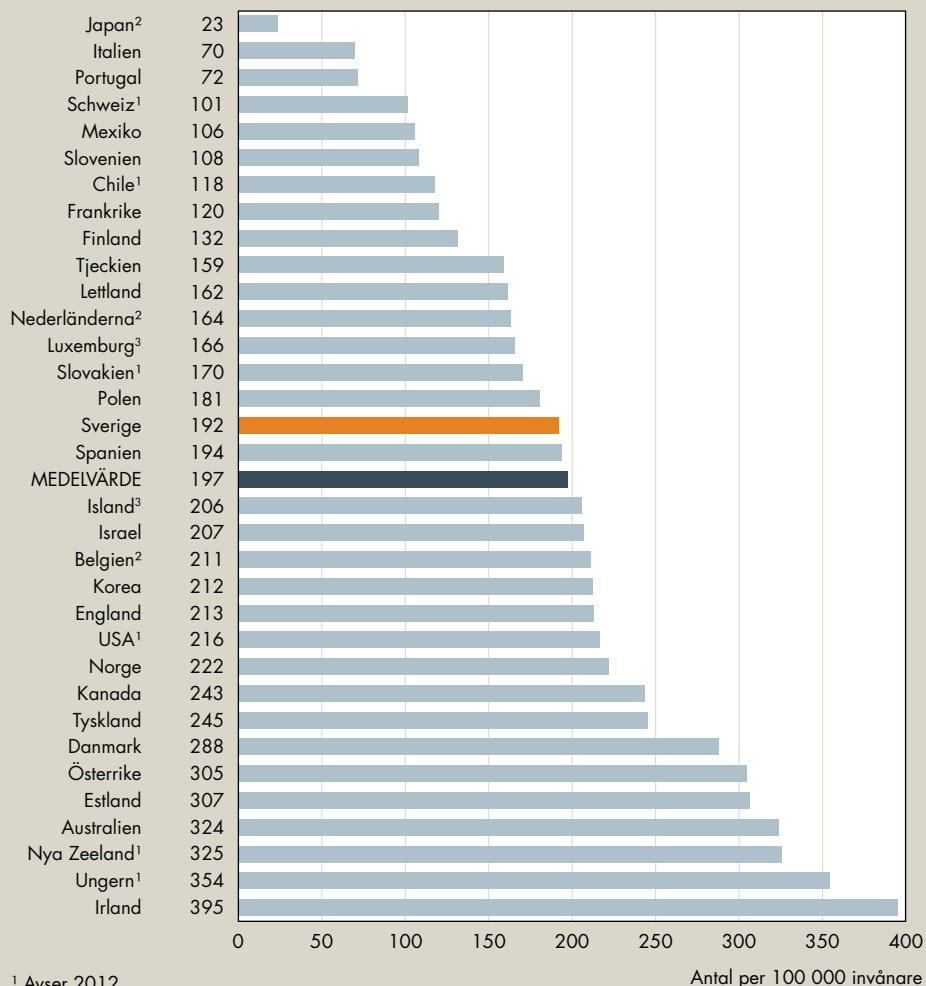
Indikatorn undvikbar slutenvård är påverkbar om patienter med vissa utvalda sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården. KOL är sådan sjukdom där slutenvård till stor del kan undvikas genom att behandlas effektivt i primärvården eller vid behov i öppen specialiserad vård. Genom preventiva insatser som rökstopp, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, rehabiliteringsinsatser med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas.

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare. I riket som helhet under 2012–2014 var antalet slutenvårdsperioder 240 per 100 000 invånare och antalet har minskat jämfört med perioden 2009–2011. Kvinnor har numera en högre slutenvårdskonsumtion än män.

Internationellt sett ligger Sverige nära genomsnittet inom OECD [4]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

45.1. Slutenvård vid KOL, OECD

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för KOL per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2013. Ålders- och könsstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.



¹ Avser 2012

² Avser 2011

³ 3-års medelvärde

Källa: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

45.2. Slutenvård vid KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

45.3. Slutenvård vid KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



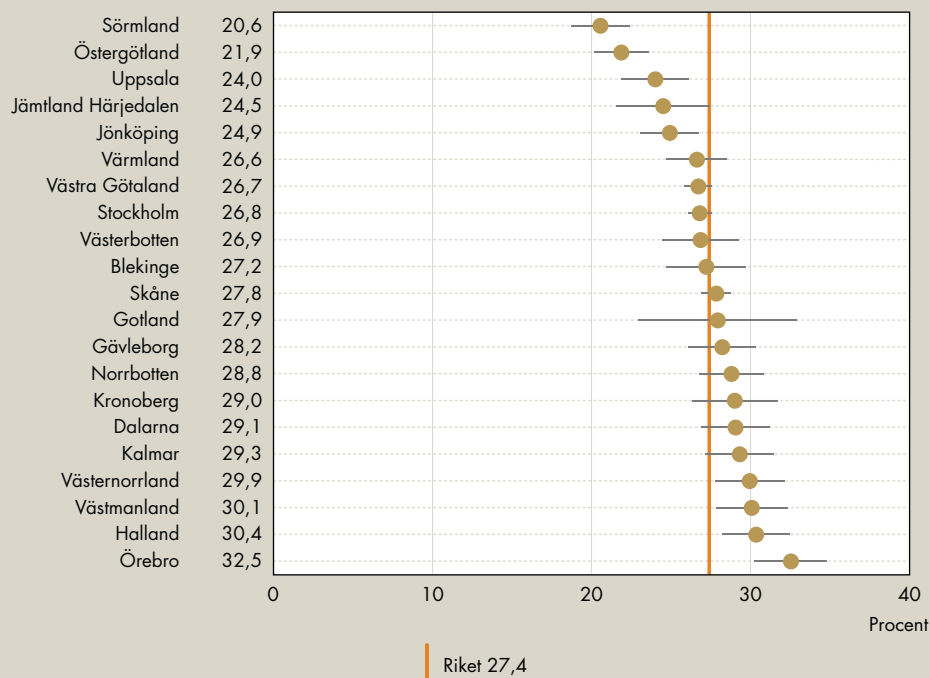
46 Återinskrivning i slutenvård vid KOL

Indikatorn visar andelen återinskrivna patienter vid KOL under 2014 [12].

I riket som helhet var andelen slutenvårdstillfällen med huvuddiagnosen KOL som resulterade i en återinskrivning inom 1–30 dagar 27 procent. Andelen återinskrivningar skiljer sig mellan de olika landstingen från 21 till 33 procent.

46.1. Återinskrivning i slutenvård vid KOL

Andel personer återinskrivna i slutenvård inom 30 dagar efter slutenvård med KOL-diagnos, 2014.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Rörelseorganens sjukdomar

Sjukdomar i skelett, leder och muskler är relativt vanliga. I Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning av levnadsförhållandena (ULF/SILC) 2012 och 2013 uppgav 3,7 procent av männen och 6,4 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–84 år att de hade nedsatt rörelseförmåga, vilket innebär att de inte kunde springa en kortare sträcka på cirka 100 meter, stiga på en buss obehindrat eller ta en rask promenad på cirka fem minuter. Reumatiska besvär och ledbesvär är också de mest frekventa kroniska tillstånden i Europa [13].

I Sverige drabbar rörelseorganens sjukdomar oftare äldre personer än yngre, och ungefär hälften av alla kroniska besvär som personer över 65 år lider av är kopplade till skelett, leder och muskler. Sverige har i likhet med andra länder en utveckling där befolkningen blir allt äldre, vilket innebär att fler med tiden får sjukdomar och besvär i rörelseorganen.

Sjukdomar i rörelseorganen får ofta omfattande konsekvenser. Den enskilda kan påverkas av försämrad livskvalitet i form av smärta, minskad rörlighet, förlust av oberoende och minskat välmående i allmänhet.

Sjukdomar i rörelseorganen svarar också för en stor andel av vårdkonsumtionen och detta ställer krav på tillgänglig vård och behandling. Besvär kring skelett, leder och muskler uppskattas också vara orsak till 20–30 procent av läkarbesöken inom primärvården. Sjukdomarna är också en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan och till långtidssjukskrivningar. Rörelseorganens sjukdomar medför därför stora samhällsliga kostnader.

Vid de flesta besvär och sjukdomar i rörelseorganen är det viktigt med en tidig diagnos, tidigt insatt behandling och rehabilitering samt noggrann uppföljning för att lindra och bromsa sjukdomsförloppen. Förebyggande åtgärder är också av stor vikt för att påverka förloppen i flera av de aktuella sjukdomarna.

Den här rapporten omfattar artros, osteoporos och reumatoid artrit.

Artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar som karaktäriseras av en sviktande ledfunktion med varierande grad av nedbrytning av ledbrosk och ombyggnad av lednära ben [13]. Sjukdomen har oftast en långsamt fortskridande sjukdomsprocess. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsördan orsakas av artros i knän och höfter. Förekomsten av artros är starkt åldersrelaterad och stiger brant efter 50-årsåldern. Bland män och kvinnor i åldersgruppen 35–55 år har ungefär 15 procent smärta i ett knä, som ofta är orsakad av artros. Artros i höftleden är minst lika vanligt. Hos personer som är 65 år eller äldre är artros den vanligaste orsaken till fysisk funktionsnedsättning, och bland kvinnor över 60 år är artros den femte vanligaste sjukdomen.

Artros förekommer även hos yngre och medelålders personer och har då ofta samband med övervikt, fetma eller en tidigare ledskada. Vid skador på menisken eller korsbandet ökar risken för artros i knäleden tiofaldigt. I jämförelse med dessa riskökningar har andra faktorer mindre betydelse, till exempel arbetsrelaterad ledbelastning. Den ärftligt betingade risken att utveckla artros är betydande.

Sambandet mellan graden av ledförändringar och symtomen är ofta svagt, vilket understryker vikten av att låta sjukdomens symtom styra diagnostik och åtgärder. Det är alltså patientens symtom i första hand och inte röntgenbilden som avgör vilken behandling som är lämpligast.

Personer med artros i knät eller höften har även en förhöjd risk för alltför tidig död i hjärt-kärlsjukdom, och överdödligheten ökar med graden av nedsatt ledfunktion. Därför är det viktigt att utreda förekomsten av de riskfaktorer som går att påverka, till exempel högt blodtryck, höga blodfetter, rökning, övervikt och låg fysisk aktivitet. Det finns ännu inga läkemedel som påverkar sjukdomsprocessen vid artros men nya studier tyder på att sjukdomen går att bromsa med en optimerad ledbelastning genom viktreduktion och träning. Individuellt anpassad och utprovad träning minskar smärta och förbättrar den fysiska funktionen, vilket är fokus för behandlingen av artros.

Med fysisk träning avses all fysisk aktivitet som utförs i syfte att förbättra funktionsförmågan. Vetenskapliga studier visar att träning har bäst effekt om den är handleddd av fysioterapeut/sjukgymnast eller motsvarande. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med artros i knät eller höften bör erbjudas regelbunden, handleddd träning under lång tid, eftersom detta ger en smärtlindrande effekt som kan jämföras med behandling med smärtstillande läkemedel.

47 Artrosskola före höftprotesoperation

Enligt de nationella riktlinjerna ska en protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte har haft tillräcklig effekt, till exempel utbildning, fysisk träning och viktnedgång. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Ett vanligt sätt att samla och genomföra dessa insatser är i form av en så kallad artrosskola (handledd träning och utbildning).

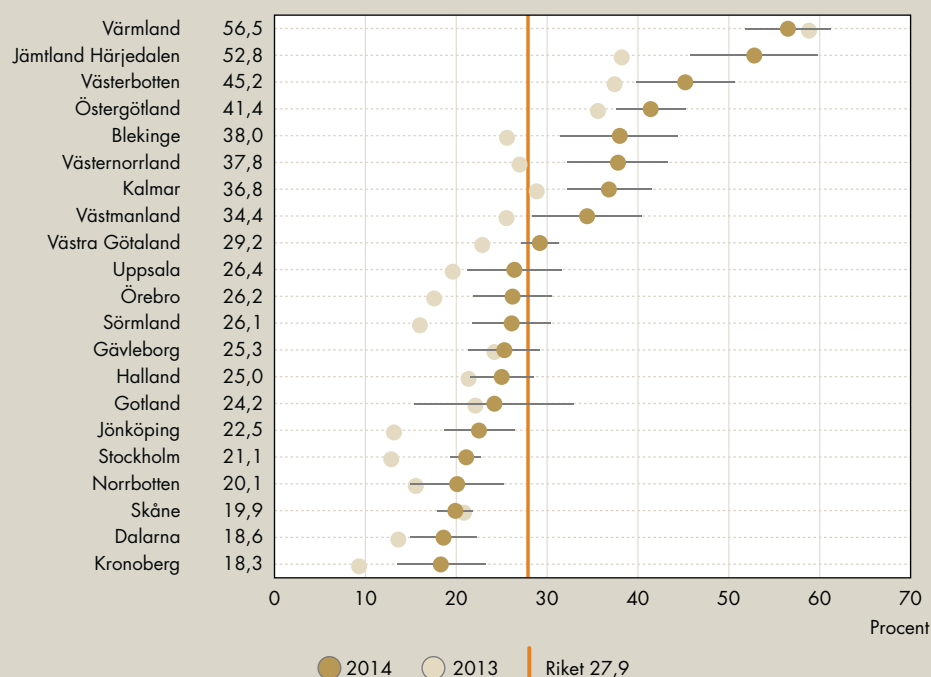
Indikatorn visar andelen personer som anger att de har deltagit i en artrosskola före höftprotesoperationen. Uppgifterna gäller personer som genomgick en höftprotesoperation under år 2014 och är hämtade från Svenska höftprotesregistret.

Under 2014 var det 12 132 personer som genomgick en höftprotesoperation på grund av en höftledsartros och som registrerades i Svenska höftprotesregistret. Av dem var det närmare 28 procent som angav att de hade deltagit i artrosskola före operationen. Andelen varierar dock avsevärt mellan landstingen – från 18 till 57 procent.

Uppgifterna om artrosskola bygger på självrapporterade data. En felkälla kan till exempel vara att personer som har deltagit i en artrosskola inte har varit bekanta med benämningen artrosskola, vilket gör att de svarar nej på frågan trots att de i praktiken har fått denna insats. I vissa landsting, till exempel Värmland, har det funnits artrosskola under en längre tidsperiod, vilket innebär att andelen deltagare kan förväntas vara större i dessa landsting.

47.1. Artrosskola före höftprotesoperation

Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola, 2014.



Källa: Svenska Höftprotesregistret

48 Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation

I Svenska höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttillfredsställelse, som ställs vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga där patienterna på en skala, VAS, ska ange hur nöjda de är med operationsresultatet ett år efter operationen.

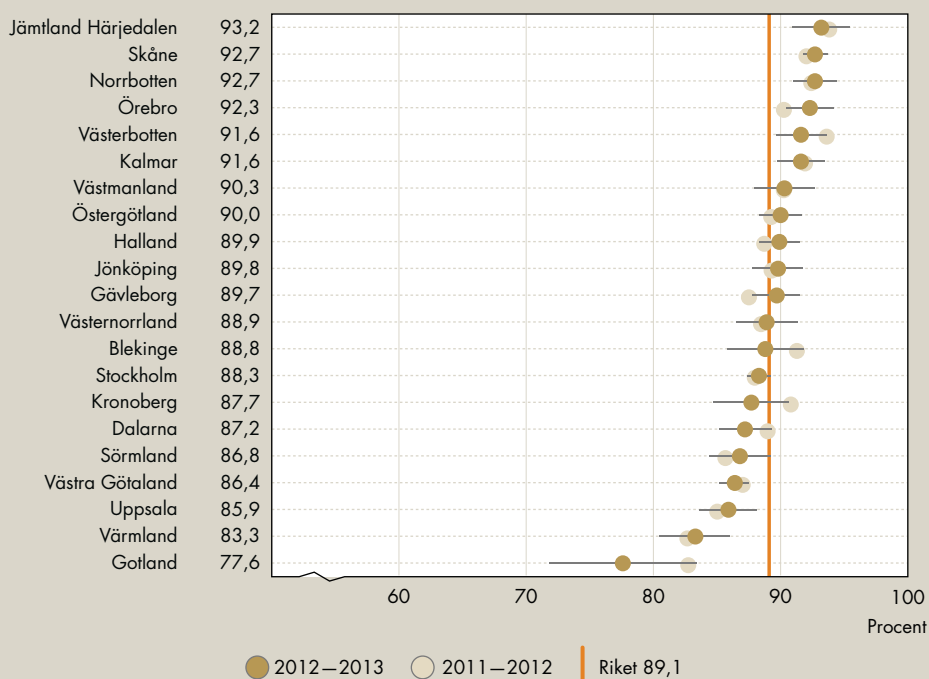
Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att de är nöjda med höftprotesoperationen, genom att ha angivit värden på 0 till 40 på en VAS-skala. VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Jämförelsen baseras på 25 224 patienter som opererades under 2012 och 2013 och följdes upp till och med 2014. Med den använda definitionen för nöjdhet angav 89 procent av alla patienter i hela riket att de var nöjda med resultatet, med en variation mellan olika landsting från 78 till drygt 93 procent. Andelen patienter som behöver omopereras inom två år har minskat med 20 procent [15]. Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar. Dessa kan till exempel vara tveksam indikation för kirurgi; andra sjukdomar (komorbiditet); socioekonomiska bakgrundsvariabler; födelseland och med

detta sammanhängande språksvårigheter; bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt orealistiskt höga förväntningar på slutresultatet.

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

48.1. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2012–2013. Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret

49 Önskade händelser efter knä- och höftledsoperation

Under 2014 utfördes i Sverige 13 000 knäprotesoperationer [14] och drygt 16 000 höftprotesoperationer [15]. Därtill kommer omoperationer och revisionsoperationer, där proteserna byts ut. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten. Även om ingreppen i dag 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.

Begreppet ”önskade händelser” är en försvenskning av det vanligt förekommande engelska uttrycket ”adverse events”.

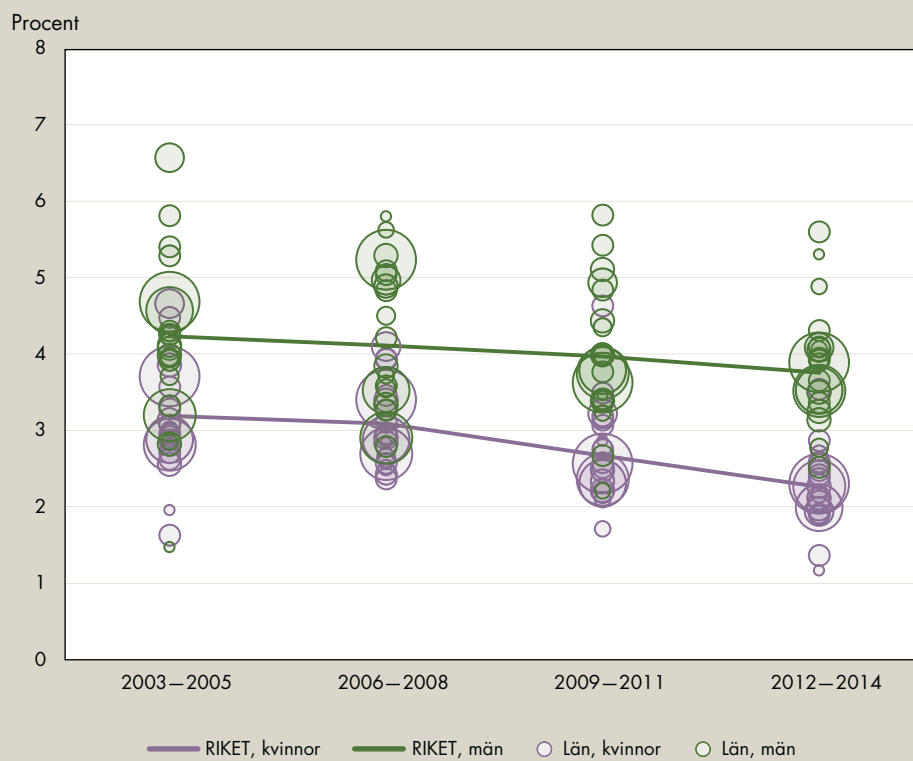
Vanligt förekommande kvalitetsindikatorer internationellt sett är återinskrivning och död efter operation.

Indikatorn visar andelen patienter som återinskrivs på sjukhus för vissa specifika tillstånd eller avled inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. I jämförelsen ingår 80 996 operationer utförda under 2012–2014. Orsaker till återinskrivning är 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 2,9 procent. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2,1 till 4,2 procent. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste tioårsperioden. Andelen återinskrivna eller döda är högre bland män än bland kvinnor. Återinskrivning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, men också på andra medicinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinskrivningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av omoperation. Dessa register fångar dock inte de övriga medicinska komplikationerna. Med patientregistret som källa kan flera önskade händelser analyseras. Detta samlade komplikationsmått är mer relevant för patienten och sjukvården än att bara rapportera en lokal höftkomplikation.

49.1. Önskade händelser efter knä- och höftledsoperation

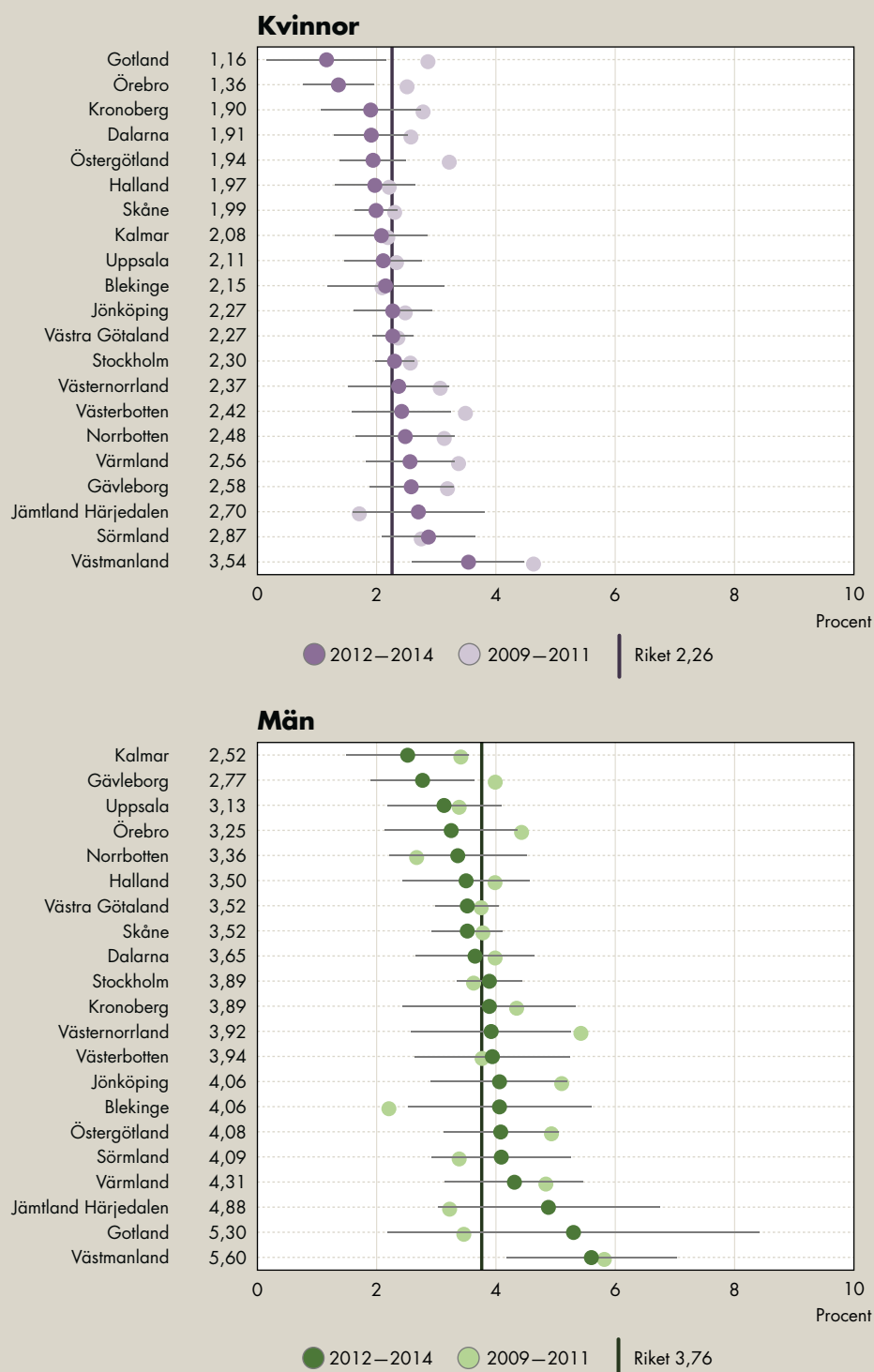
Önskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotosoperation.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

49.2. Önskade händelser efter knä- och höftledsoperation

Önskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



Osteoporos

Osteoporos eller benskörhet innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet blir därmed skörare och lättare att bryta. Osteoporos gör i sig inte ont, men de resulterande frakturerna ger smärta. Höft- och kotfrakturer är de allvarligaste frakturerna och de leder ofta till funktionsnedsättning, ökad sjuklighet och för tidig död.

Osteoporos är ett vanligt tillstånd i Sverige. Var tredje kvinna i åldern 70–79 år konstaterades ha osteoporos vid en bentäthetsmätning i höften, och cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män beräknas få en osteoporosrelaterad fraktur under sin livstid. Incidensen för höftfrakturer i Sverige är bland de högsta i världen [13].

Varje år inträffar i Sverige cirka 70 000 frakturer som har samband med osteoporos, varav 18 000 är höftfrakturer. Många personer med en höftfraktur får en bestående funktionsnedsättning, vilket kan innebära behov av utökade hjälpinsatser i hemmet eller behov av annat boende. Inom ett år efter frakturen dör 10–15 procent fler än i en grupp med samma kön och ålder utan höftfraktur. Höftfrakturerna står för mer än hälften av alla frakturrelaterade direkta sjukvårdskostnader.

Viktiga riskfaktorer för osteoporosrelaterade frakturer är hög ålder, tidigare fraktur, ärftlighet, kortisonbehandling i tablettform, tobaksrökning, låg vikt, hög alkoholkonsumtion, fallbenägenhet och fysisk inaktivitet. Förutom läkemedelsbehandling med exempelvis bisfosfonater bör patienterna erbjudas preventiva insatser med råd om levnadsvanor som rökavvänjning, ökad fysisk aktivitet och fallprevention.

50 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

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

Sjukdomen är ovanlig före 50 års ålder men förekomsten ökar kraftigt med åldern och framför allt kvinnor drabbas. Bland 70-åriga kvinnor förekommer osteoporos hos drygt 30 procent. I 65–70-årsåldern har cirka 25 procent av kvinnorna redan fått en fraktur. Dessa kvinnor har en starkt förhöjd risk att i framtiden drabbas av ytterligare frakturer. Sjukdomen bedöms vara underdiagnostiserad och underbehandlad när det gäller både kvinnor och män [7].

Indikatorn visar andelen frakturdrabbade patienter som efter sjukhusvård behandlades med läkemedel mot benskörhet. Som förebyggande läkemedelsbehandling räknas bisfosfonater eller hormonbehandling. Jämförelsen baseras på 47 380 patienter, varav nästan dubbelt så många kvinnor som män, som slutenvårdats för ett urval av frakturer under 2011–2013.

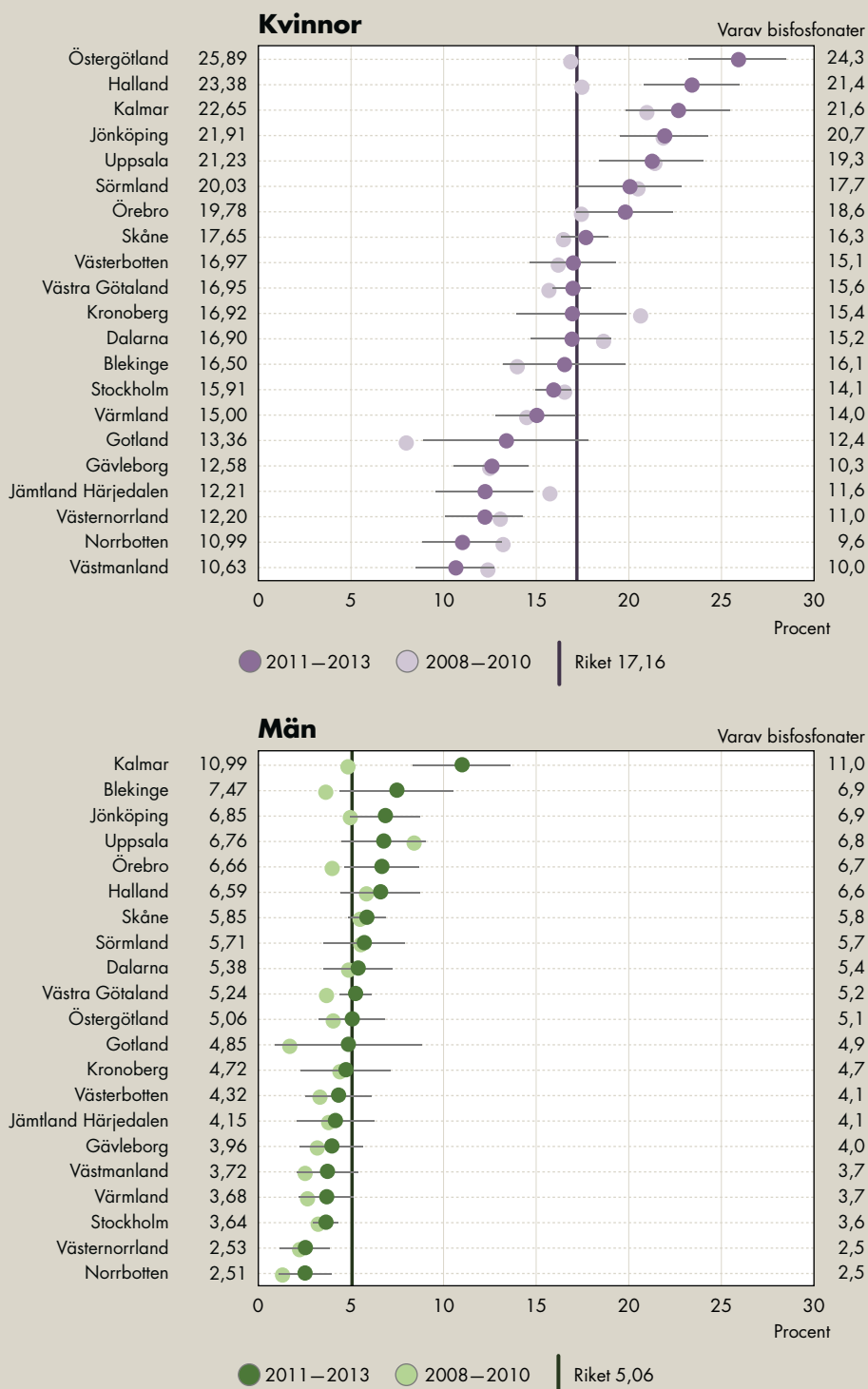
I riket fick drygt 12 procent av patienterna läkemedelsbehandling, de flesta med bisfosfonater. Det är stora skillnader mellan de olika landstingen. Andelen behandlade varierar mellan 7 och 18 procent, vilket tyder på att landsting och vårdgivare i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem. I riket som helhet har andelen behandlade ökat jämfört med perioden 2008–2010. Kvinnor behandlas i betydligt högre utsträckning än män och männen behandlas nästan uteslutande med bisfosfonater. Andelen behandlade kvinnor är 17,2 procent jämfört med männen som är 5,1 procent.

Socialstyrelsen anger i målnivåer för rörelseorganens sjukdomar att andelen som behandlas med bensspecifika läkemedel ska uppnå ≥ 30 procent senast 2017 [16]. Förbättringspotentialen är alltså mycket stor.

För indikatorn *behandling med bensspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 30 procent inom 2 år.

50.1. Läkemedel efter fragilitetsfraktur

Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur, 2011–2013. Avser förstagångsfraktur och patienter 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

51 Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

När en person har drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom har en ökad fysisk aktivitet en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur.

Strukturerade vårdkedjor för fragilitetsfrakturer frakturkedjor ökar andelen utredningar och behandlingar och kan minska andelen nya frakturer med runt 40 procent. Socialstyrelsen uppdaterade i december 2014 rekommendationen om systematisk riskvärdering, utredning och behandling vid fragilitetsfraktur till en högre prioritet [17].

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet nya frakturer inom tre år per 100 000 levnadsår hos personer 50 år och äldre som under mätperioden hade en förstagångsfragilitetsfraktur som behandlades i sluten eller öppen specialiserad vård. Förstagångsfragilitetsfraktur betyder här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. Jämförelsen är åldersstandardiserad. Mätperioden avser tid för första frakturen, efter vilken uppföljning har skett i tre år. Socialstyrelsens målnivå är att antalet återfrakturer ska minska med 20 procent i respektive landsting jämfört med utfallet 2003–2007 [16].

För indikatorn *återfrakturer inom 3 år* har Socialstyrelsen fastställt att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive landsting fram till år 2018.

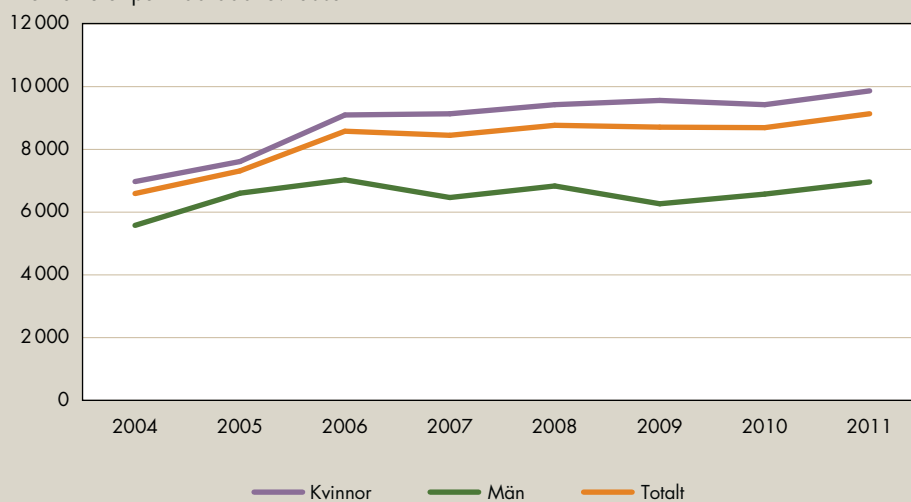
I riket som helhet inträffade inom tre år cirka 8 800 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Variationen mellan landstingen var 5 100–12 500 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Kvinnor drabbas i högre grad av återfrakturer jämfört med män, 9 600 jämfört med 6 600 per 100 000 levnadsår.

Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga och kan bero på skillnader i sekundärpreventiva insatser för personer som har drabbats av osteoporosrelaterade frakturer. Patientregistret omfattar inte patienter som har fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

51.1. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

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

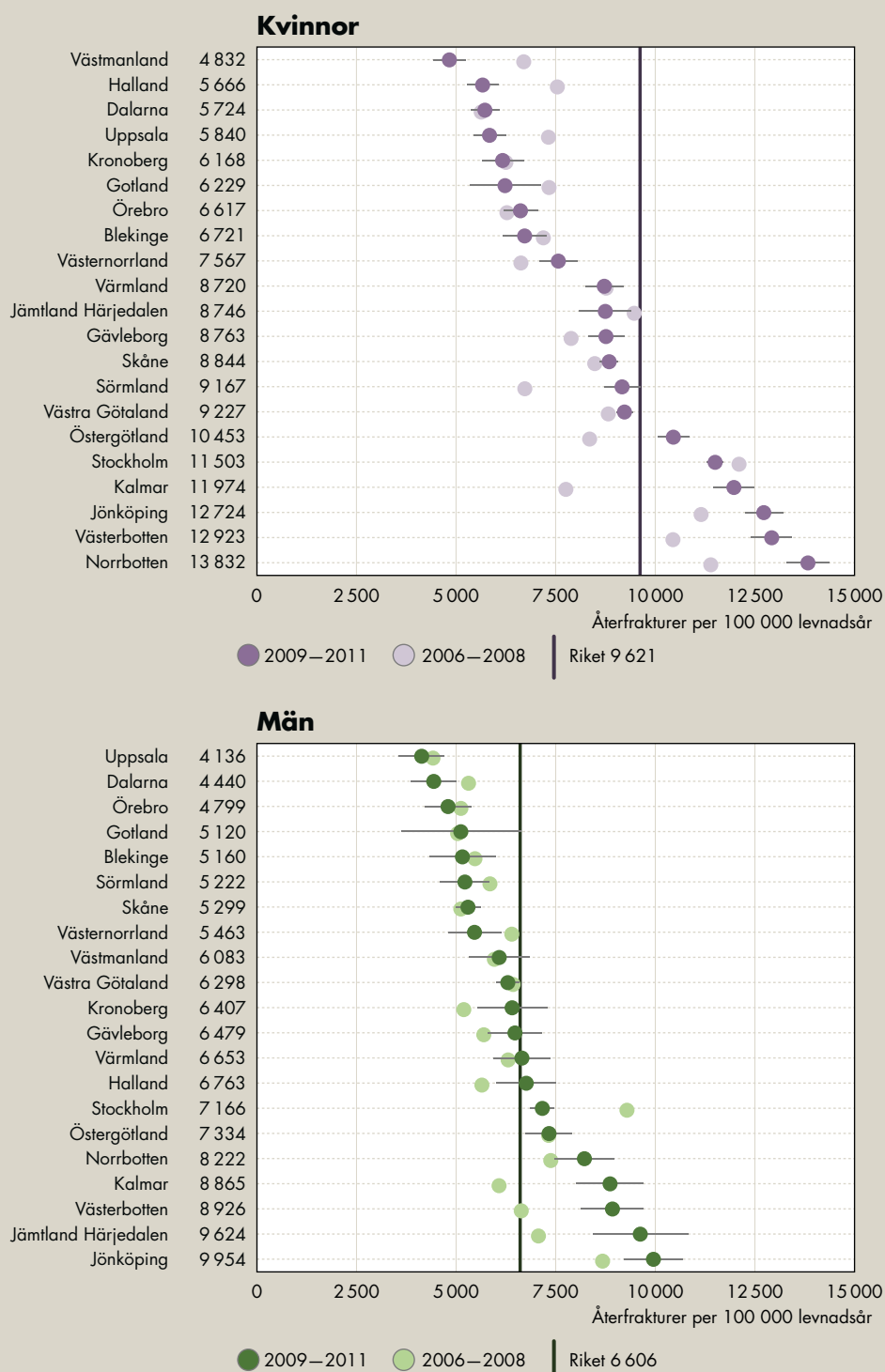
Återfrakturer per 100 000 levnadsår



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

51.2. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur, 2009–2011. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur. Åldersstandardiserade värden.



52 Fallskador bland äldre

Falloolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom. Vissa typer av läkemedel utgör en ökad risk för falloolyckor [18].

Var tredje person 65 år och äldre som bor i eget boende faller minst en gång under året. I särskilda boenden är frekvensen högre och även på sjukhus inträffar många falloolyckor. Ungefär tio procent av falloolyckorna resulterar i en allvarlig skada, och en till två procent i en höftfraktur.

Falloolyckor går att förebygga. Fysisk träning minskar effektivt risken för både fall och frakturer hos äldre. Socialstyrelsen skärpte i december 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar som avser fallpreventiva åtgärder i hemmet [18].

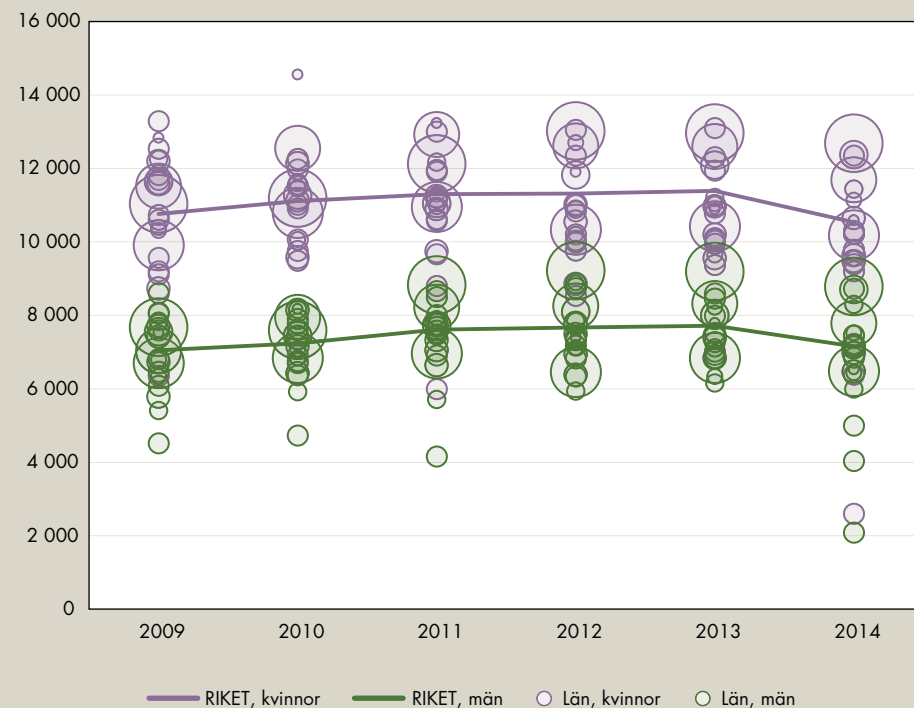
Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet vårdtillfällen på sjukhus eller vid läkarbesök i öppen specialiserad vård till följd av falloolyckor bland personer 65 år och äldre per 100 000 invånare.

I riket som helhet var det drygt 9 500 personer per 100 000 invånare som vårdats för fallskador under perioden 2012–2014. Variationen mellan de olika landstingen är ganska stora, från knappt 7 000 till drygt 11 000 vårdkontakter. Kvinnor skadar sig i betydligt högre utsträckning än män.

52.1. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

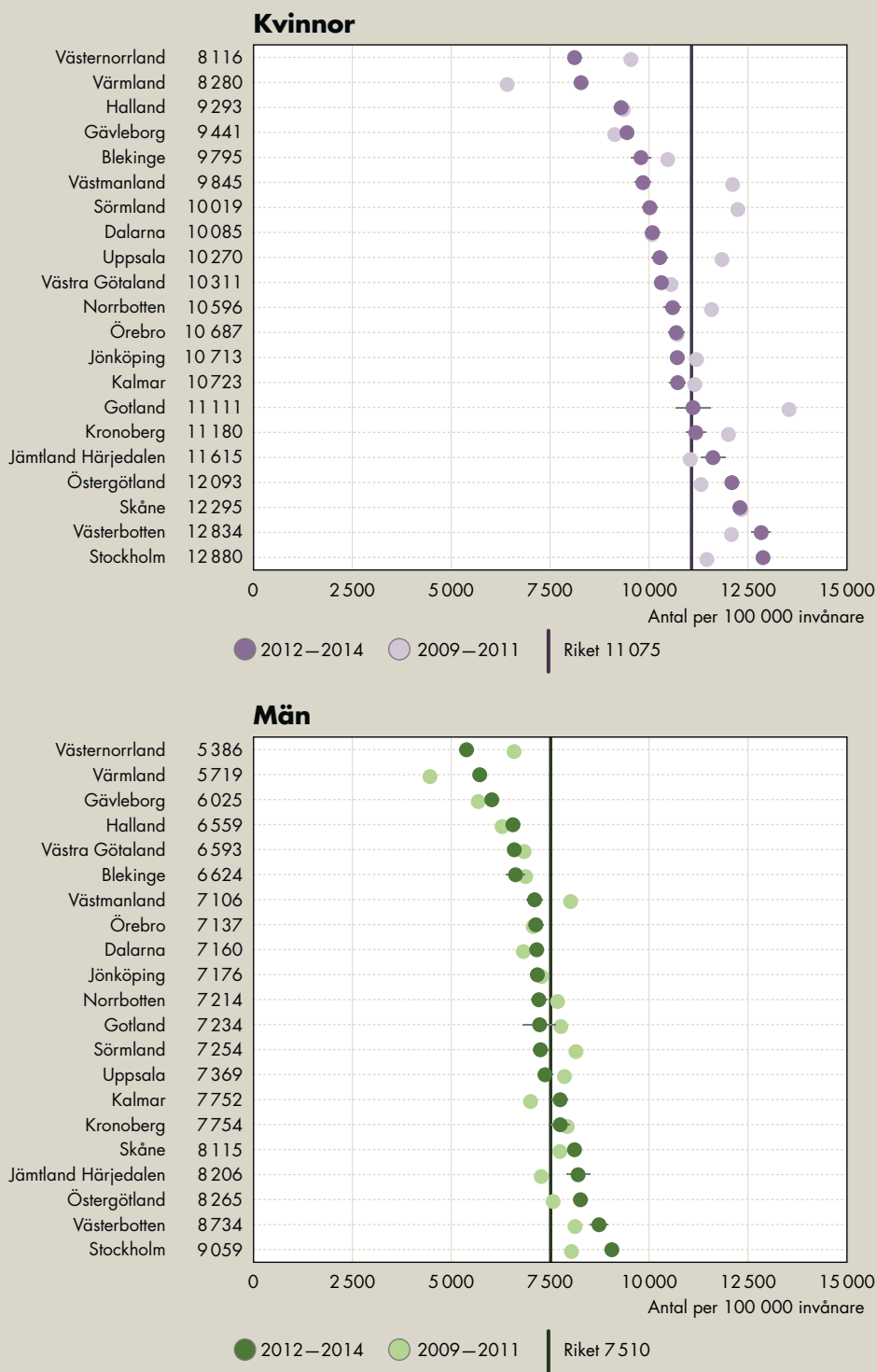
Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

52.2. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA) kallas också ledgångsreumatism. Det är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som ofta börjar med värk och svullna leder i händer och fötter.

Mellan 0,5 och 1,0 procent av Sveriges befolkning har RA. Även om man kan få RA i vilken ålder som helst är det vanligast att man får sjukdomen mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än hos män och den påverkar också det dagliga livet i större utsträckning för kvinnor som ofta har mer smärta och ömma leder. I de flesta fall är sjukdomen livslång [13].

Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den enskildes livssituation och många förlorar arbetsförmågan redan efter en kortare tids sjukdom. Dessutom har en ökad dödlighet påvisats som ofta orsakas av hjärt-kärlsjukdom.

Vid RA är det viktigt att så tidigt som möjligt ställa diagnos för att snabbt kunna inleda en effektiv läkemedelsbehandling som minskar uppkomsten av ledsador.

RA behandlas med olika läkemedel, fysisk träning och rehabilitering. Under de senaste åren har behandlingsresultaten för nyinsjuknade personer successivt förbättrats. Fler personer uppnår låg sjukdomsaktivitet och en begränsad funktionsnedsättning. Läkemedelsbehandlingen är långsiktig och kräver noggrann uppföljning, eftersom sjukdomen kvarstår livet ut.

Det sjukdomsmodifierande läkemedlet metotrexat används för att hämma inflammationen vid reumatoid artrit. När den reumatiska inflammationen dämpas minskar nedbrytningen av brosk och ben, vilket i sin tur minskar risken för att lederna förstörs. Inflammationen i kroppen stimuleras av ämnet tumörnekroshämmare (TNF), varför även TNF-hämmare används för att bromsa eller hämma ämnets effekt och därmed minska inflammationen i kroppens leder.

Under de senaste åren har antalet biologiska läkemedel mot RA ökat. Det innebär att en person med sjukdomen kan prova en annan TNF-hämmare eller ett annat biologiskt läkemedel, om en typ inte ger effekt eller har slutat att verka. Exempel på andra biologiska läkemedel är abatacept, rituximab och tocilizumab. Kombinationsbehandling med olika läkemedel är också vanligt förekommande. Vid behandling med TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel bör man alltid ta med den ökande risken för allvarliga infektioner i beräkningen.

Det är svårt att uppskatta den globala incidensen och prevalensen av RA eftersom det saknas enhetliga diagnoskriterier och en enhetlig klassifikation av sjukdomen.

53 Patienter med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor

Det är angeläget att ställa diagnosen RA för att kunna påbörja lämplig behandling så tidigt som möjligt [13]. Många patienter har haft besvär under en längre tid och diagnosen kan fördröjas av flera skäl, till exempel att symtomen i många fall kommer smygande och initialt negligeras eller misstolkas av individen. Det förekommer även att primärvården inte har uppfattat symtomen korrekt eller inte har genomfört åtgärder inom rimlig tid, samt att väntetider till specialistvården har lett till en senare diagnos än vad som varit idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för RA bör dessutom symtomen ha varat i över sex veckor. Genom att korta tiden mellan symptomdebut och diagnos kan lämplig behandling sättas in i ett tidigare skede av sjukdomen.

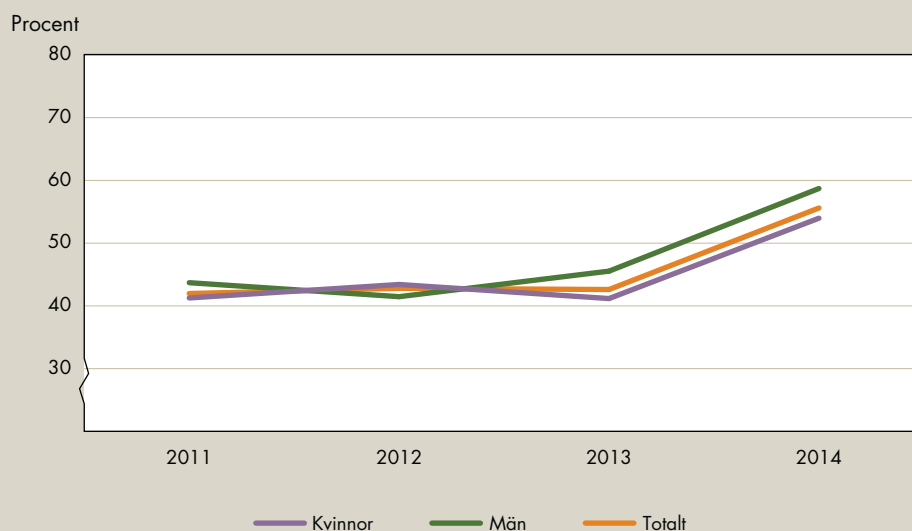
Datakällan är Svensk reumatologisk kvalitetsregisters (SRQ:s) modul för uppföljning av RA med mindre än ett års symptomduration, därför ingår endast patienter med kortare tid än 13 månader från symptom till diagnosdatum.

Jämförelsen mellan landstingen baseras på 2 495 patienter, övervägande kvinnor (66 procent). I riket som helhet fick knappt 49 procent diagnos inom 20 veckor år 2013–2014. Variationen är stor mellan de olika landstingen från 34 till 80 procent. Män blir diagnosticerade i tid i högre utsträckning än kvinnor. Socialstyrelsen målnivå är att andelen som nydiagnosticeras inom 20 veckor bör vara ≥ 50 procent [16]. Utvecklingen över tid visar att målnivån i riket uppnåddes år 2014 då andelen var drygt 55 procent.

För indikatorn *tidig diagnos av reumatoid artrit* har Socialstyrelsen fastställt att andelen patienter som nydiagnosticeras inom 20 veckor bör vara ≥ 50 procent.

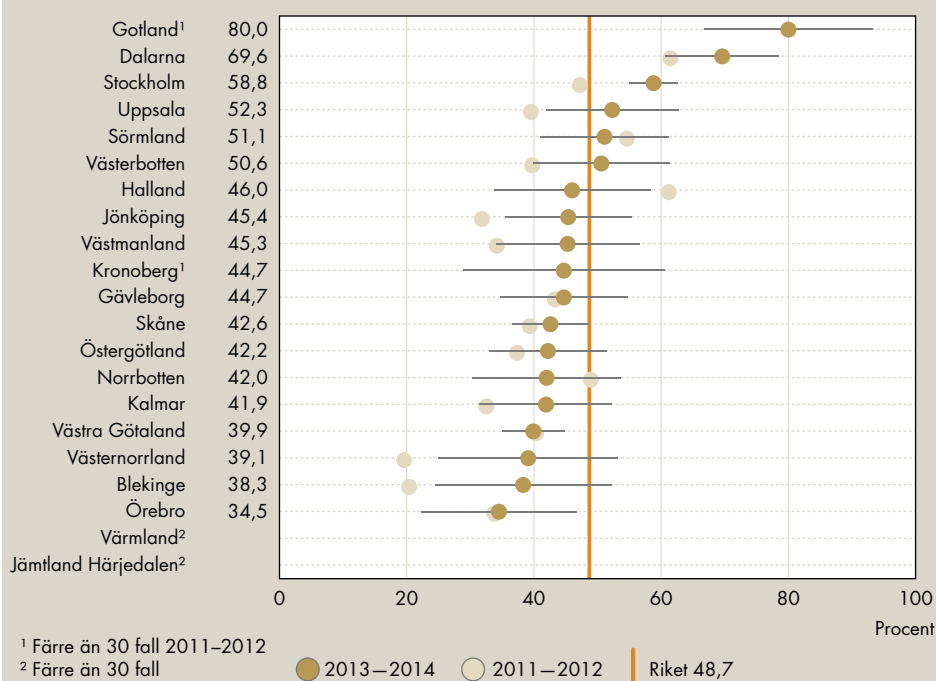
53.1. Patienter med RA som fått diagnos inom 20 veckor

Andel patienter med reumatoid artrit som nydiagnosticerats inom 20 veckor bland dem som har under 13 månaders sjukdomsduration.



53.2. Patienter med RA som fått diagnos inom 20 veckor

Andel patienter med reumatoid artrit som nydiagnosticerats inom 20 veckor bland dem som har under 13 månaders sjukdomsduration, 2013–2014.



54 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Biologiska läkemedel är för en del patienter ett viktigt behandlingsalternativ. Dessa påverkar immunsystemet och ges inom reumatologisk specialistvård antingen av patienten själv som injektioner eller av vården som intravenösa dropp. För de allra flesta patienter gör behandlingen att prognosen förbättras påtagligt och att funktionsnedsättningen begränsas. Läkemedlen har en del biverkningar och kostar cirka 70–150 000 kronor per patient och år. Det är dock viktigt att de patienter som behöver får tillgång till biologiska läkemedel, men att patienter som mår bra med annan antireumatisk behandling inte behandlas med dem. Tillsammans med mått på patientens sjukdomsaktivitet och funktionsnedsättning är det viktigt att följa omfattningen av den biologiska behandlingen i de olika landstingen [7].

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet patienter med RA, som har en pågående behandling med biologiskt läkemedel, per 100 000 invånare i landstingen. Källan till uppgiften om antalet patienter med behandling är kvalitetsregistret SRQ. SRQ:s täckningsgrad för biologiska behandlingar kan inte exakt beräknas eftersom dessa läkemedel inte finns till fullo i andra nationella register. Tidigare analyser har pekat på att täckningsgraden i riket som helhet var kring 90 procent. Täckningsgraden kan dock variera mellan olika landsting.

I december 2014 hade 160 patienter med RA per 100 000 invånare i hela riket biologisk behandling. Variationen mellan landstingen är stora och sträcker sig från 125 till 294 behandlade per 100 000 invånare. Antalet behandlade kvinnor är klart större än antalet män, 241 jämfört med 79, vilket beror på att förekomsten av RA är högre bland kvinnor. Antalet behandlade i riket har ökat jämfört med 2013 då antalet var 150 per 100 000 invånare.

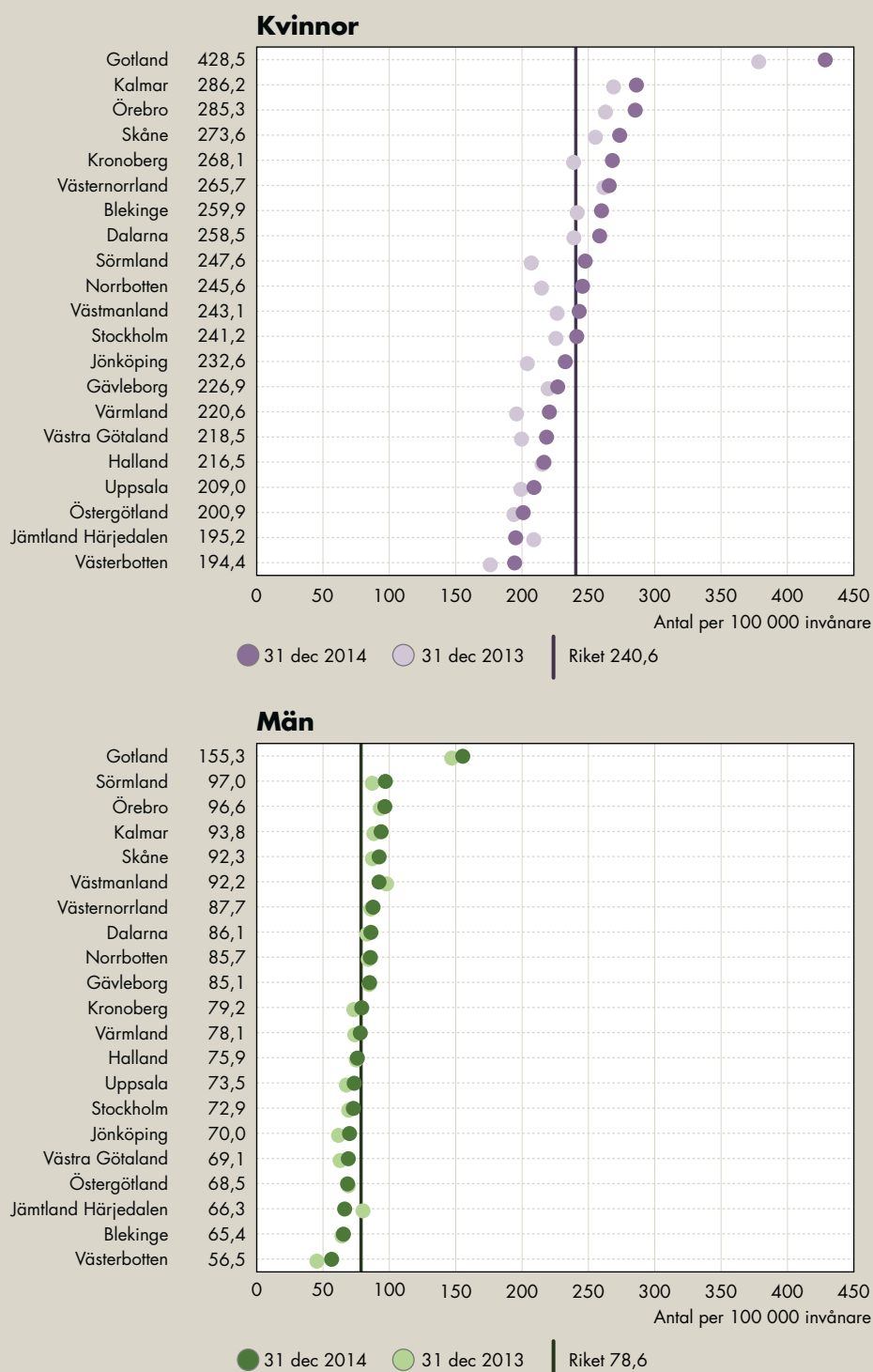
Det finns ingen säker skattning av hur många patienter med RA i de olika landstingen som bör ha behandling med biologiska läkemedel. Det finns dock inga tecken på att överbehandling sker i de landstingen där antalet behandlade är högt. Avgörande vid tolkning bör vara hälsoutfallet för patienten. Skillnader i hälsoutfall mellan grupper med olika behandlingar kan bäst ses i SRQ. Detta innehåller ännu främst patienter med biologisk behandling och en mindre andel av dem som har annan antireumatisk behandling. Det pågår ett arbete för att öka täckningsgraden, så att även patienter utan biologisk behandling ska inkluderas i SRQ. Då ökar möjligheterna att jämföra hälsoläget hos patienter med olika behandlingar.

Socialstyrelsens målnivå är att behandling med biologiska läkemedel bör ligga i nivå +/- 25 procent med utgångspunkt från genomsnittet i riket [16].

För indikatorn *biologiska läkemedel vid reumatoid artrit* har Socialstyrelsen föreslagit att antalet patienter per 100 000 invånare som behandlas med biologiska läkemedel bör vara +/- 25 procent från riksgenomsnittet.

54.1. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Antal patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 31 december 2014. Avser patienter 18 år och äldre.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

55 Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiska läkemedel

Patientens egen upplevelse av hälsan är särskilt viktig när man ska påbörja en ny behandling vid en kronisk sjukdom som RA. Den förbättring patienten upplever i sin hälsa vid behandlingen följs i SRQ, helt ur patientperspektiv och individuellt, med en visuell analogskala (VAS). En klar förbättring i patientrapporterad hälsa kan ses precis i början av en biologisk behandling, vilket framgår av skillnaden mellan indikatorvärdet och värdet vid behandlingsstart, som syns till höger i diagrammen. Ett lågt värde på VAS-skalan är bra.

Biologisk behandling ges när annan antireumatisk behandling sviktar, och den 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 SRQ.

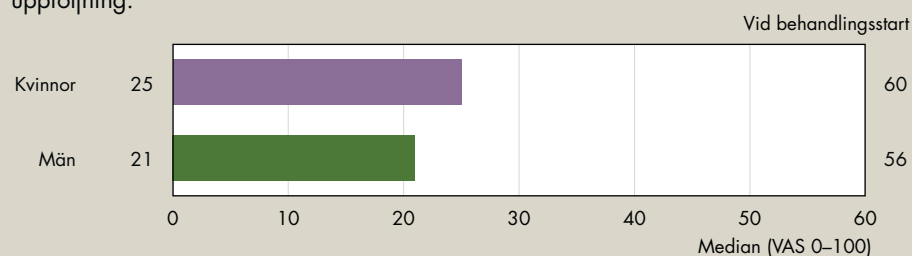
Många patienter kan räkna med att bli så mycket förbättrade att en stor del av deras upplevda sjukdomsburda försvinner med den första biologiska behandlingen. Den största förbättringen av upplevd hälsa som uppnås i något landsting kan vara riktmärke för vad som skulle kunna vara möjligt, förutsatt att patientgrupperna som jämförs har lika förutsättningar att bli bättre. Det kan inte förväntas att alla patienter ska uppleva full hälsa som resultat av sin första biologiska behandling, särskilt om tidigare antireumatiska behandlingar sviktat. Någon bestämd grad av hälsa som bör uppnås kan inte heller fastställas, eftersom ingen kan uttala sig om vad alla patienter skulle kunna vara nöjda med.

Patienten mäter själv sin hälsa vid besöket hos en specialist, när det har konstaterats att tidigare prövad behandling har varit otillräcklig och det första biologiska läkemedlet sätts in. Detta kan jämföras med genomsnittet vid de uppföljningsbesök som görs under det kommande året (4–12 månader efter det första besöket).

I riket 2012–2013 var medianen för VAS-värdet 24 efter behandlingsstart med biologiska läkemedel, innan behandlingsstart var värdet 60. Medianen för de patientrapporterade VAS-värdena efter behandlingsstart varierade mellan landstingen från 9 till 39.

55.1. Patientrapporterad hälsa – biologiska läkemedel

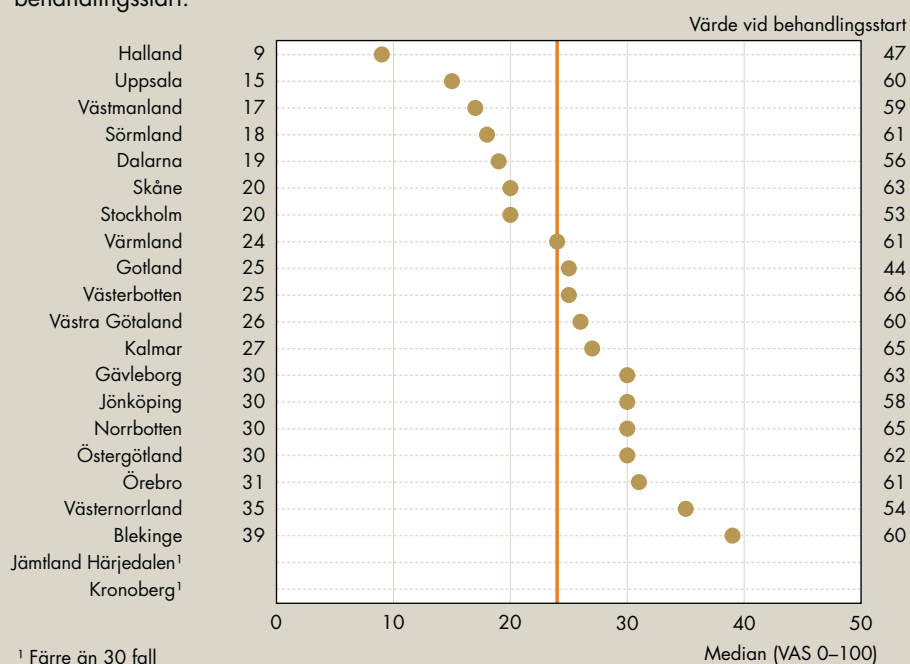
Patientrapporterad hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart (samt vid behandlingsstart) av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, 2012–2013. Mätperiod avser tid för uppföljning.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

55.2. Patientrapporterad hälsa – biologiska läkemedel

Patientrapporterad hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart (samt vid behandlingsstart) av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, 2012–2013. Mätperioden avser behandlingsstart.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Demens

Det finns ungefär 160 000 personer med demenssjukdom i Sverige [19]. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Det är 8 procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre som har en demenssjukdom.

Varje år insjuknar drygt 25 000 personer i en demenssjukdom och ungefär lika många med demenssjukdom dör. Det finns inget som tyder på att risken att insjukna i demenssjukdom har ökat under senare år. Däremot kommer antalet personer med demenssjukdom att öka efter 2020, när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Fram till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan fördubblas, vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället.

Samhällskostnaderna för vård och omsorg till personer med demenssjukdom beräknas uppgå till drygt 50 miljarder kronor, varav 85 procent av kostnaderna faller på kommunerna, 5 procent på landstingen och resterande 10 procent på de anhöriga eller andra närstående [19].

56 Förskrivning av demensläkemedel

När en person har fått en demensdiagnos påbörjas ofta behandling med demensläkemedel. För vissa demenssjukdomar, som till exempel lindrig kognitiv störning, vaskulär demens och frontotemporal demens, finns det dock enligt de nationella riktlinjerna inte vetenskapligt stöd för läkemedelsbehandling. I de nationella riktlinjerna ges därför enbart rekommendationer om att behandling med demensläkemedel bör ges till personer med Alzheimers sjukdom.

Alzheimers sjukdom går ännu inte att bota, men demensläkemedel kan bidra till att personer med sjukdomen under en period kan upprätthålla sin kognitiva förmåga och funktionsförmåga.

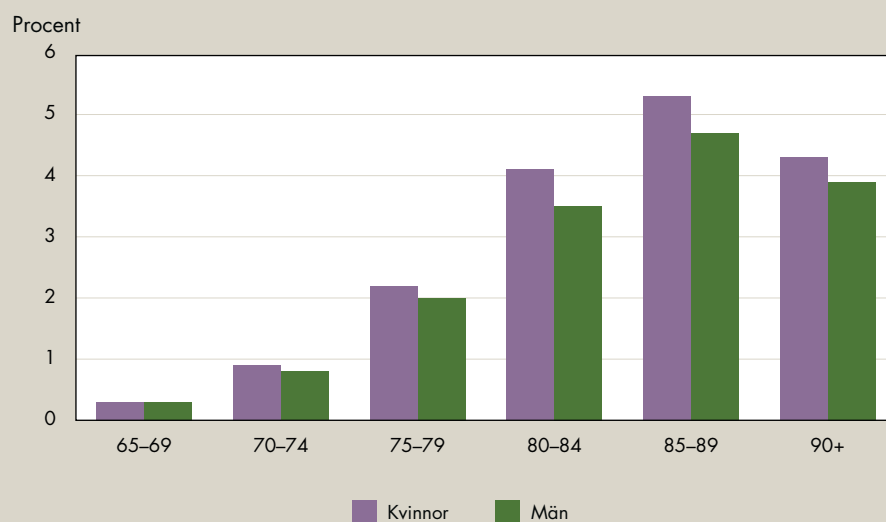
Det finns två typer av läkemedel som är godkända för behandling av kognitiva symtom vid Alzheimers sjukdom: kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) och memantin. Kolinesterashämmare är avsedda för behandling vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom och memantin för behandling vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

Indikatorn visar andelen personer 65 år och äldre som behandlas med demensläkemedel. Andelen personer över 65 år med Alzheimers sjukdom beräknas uppgå till drygt 5 procent [19].

I riket som helhet behandlas 1,9 procent med demensläkemedel och varierar mellan landstingen från 1,2 till 2,7. Förskrivningen har ökat i nästan alla landsting både för män och kvinnor. Kvinnor behandlas i något högre utsträckning än männen. Förskrivningen är som högst i åldersgruppen 85–89 år.

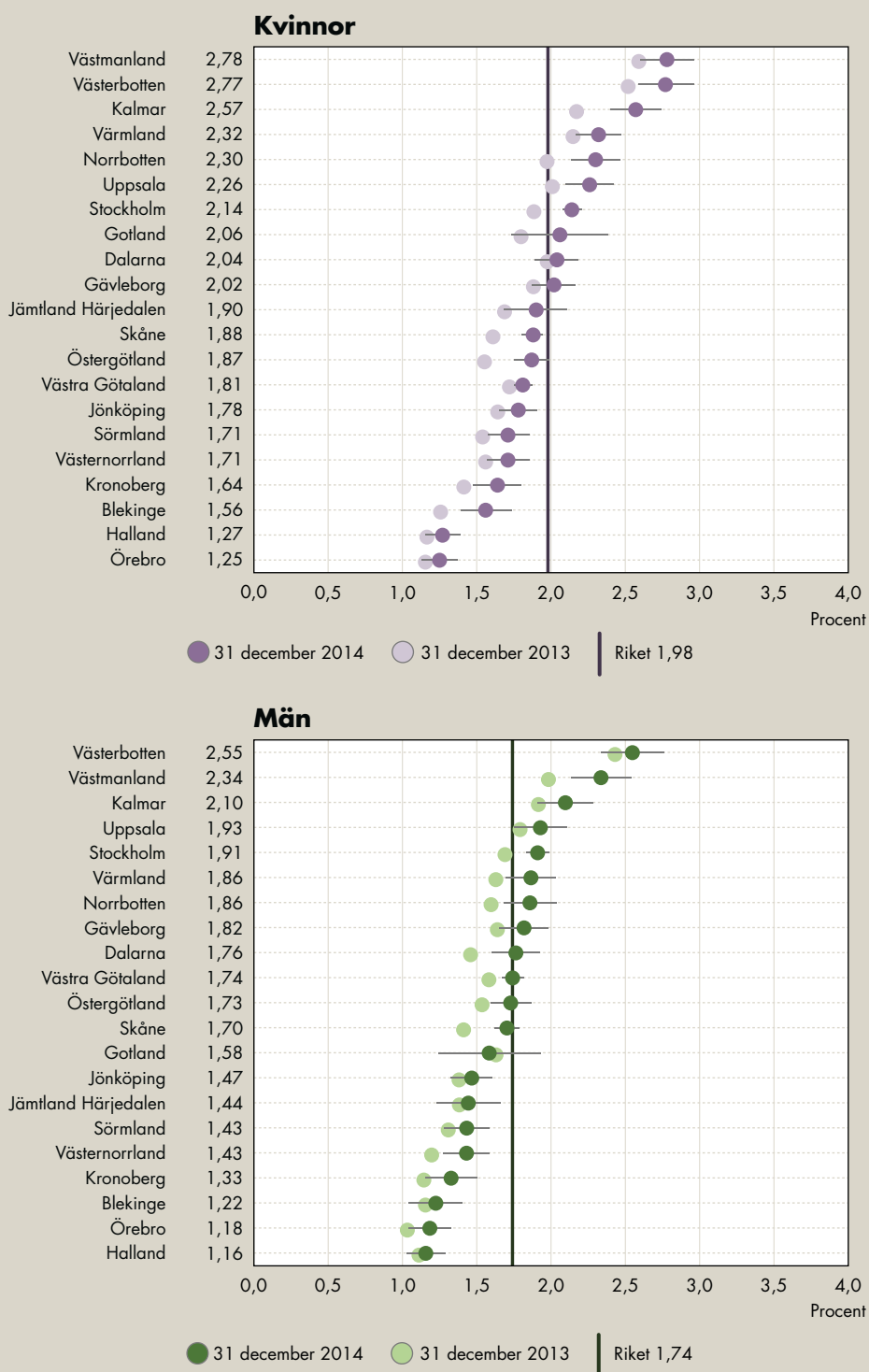
56.1. Förskrivning av demensläkemedel i olika åldersgrupper

Andel äldre i olika åldersgrupper som behandlas med demensläkemedel, 31 december 2014.



56.2. Förskrivning av demensläkemedel

Andel personer 65 år och äldre som behandlas med demensläkemedel, 31 december 2014. Åldersstandardiserade värden.



57 Behandling med antipsykosmedel till äldre

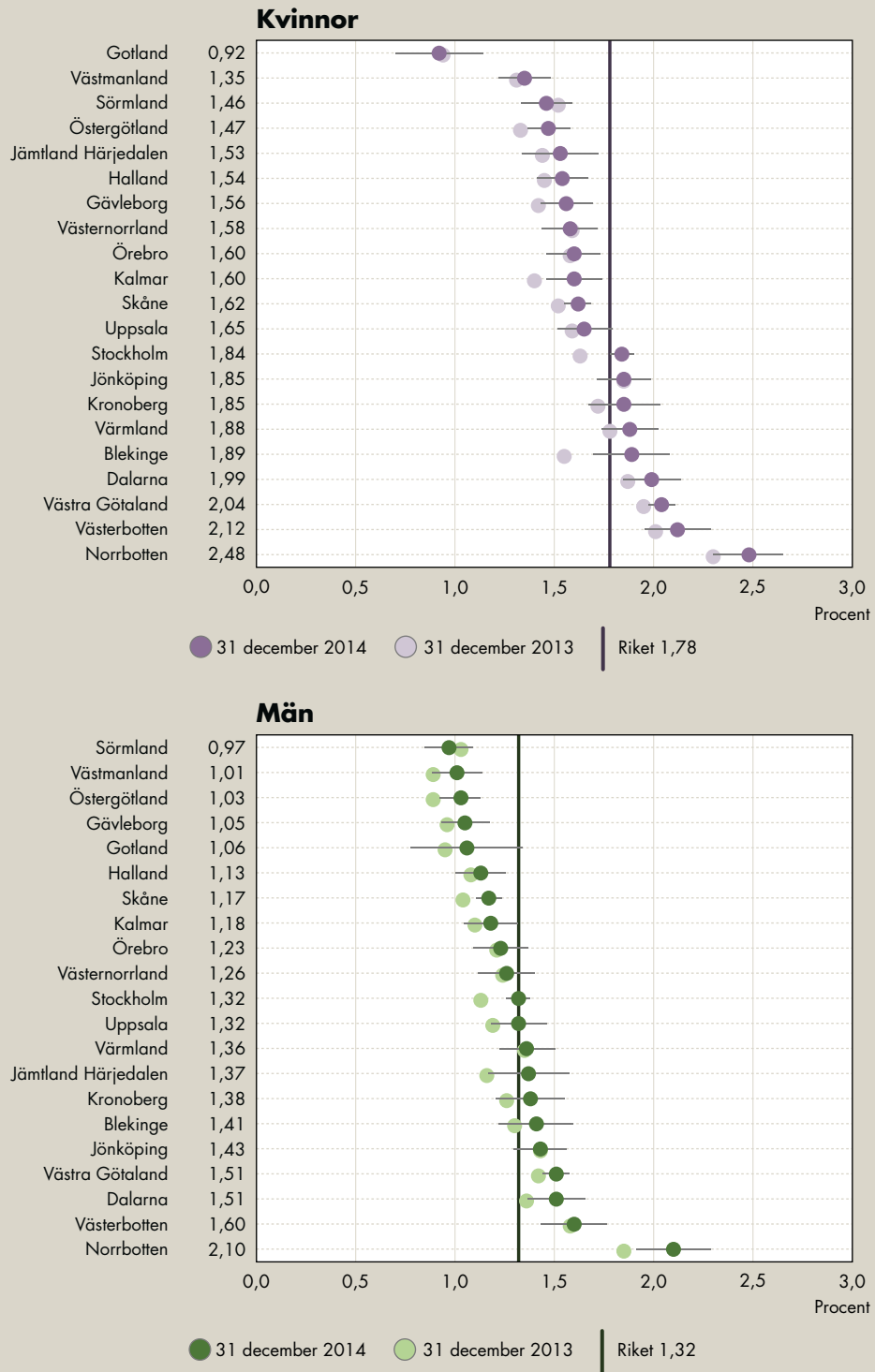
Om en person med demenssjukdom uppvisar svåra beteendemässiga eller psykiska symtom, som till exempel mycket aggressivt beteende, och om andra åtgärder inte visat sig ha effekt kan det i vissa fall bli aktuellt med behandling med antipsykosmedel. Detta bör dock endast ske i undantagsfall, när personcentrerade omvårdnadsinsatser och anpassning av vårdmiljön visat sig otillräckliga och tillståndet orsakar stort lidande för den enskilde [19]. I äldreården används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesymtom såsom motorisk oro, rop och vandring, oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, samt medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Om behandling bedöms som nödvändig bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras, med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Behandlingen bör också omprövas med täta intervall för att kunna ta ställning till utsättning eller dosminskning.

Indikatorn visar användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer som är 65 år och äldre. Personer med diagnosen psykosjukdom har inte exkluderats.

I riket som helhet behandlas 1,6 procent med antipsykotiska läkemedel, vilket är en marginell ökning jämfört med 2013. Variationen mellan landstingen sträcker sig mellan 1,0 och 2,3 procent. Kvinnor behandlas i något högre utsträckning än männen.

57.1. Behandling med antipsykosmedel bland äldre

Andel personer 65 år och äldre som behandlas med antipsykosläkemedel, 31 december 2014. Åldersstandardiserade värden.



Bipolär sjukdom, depression och schizofreni

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar [20]. Prevalensen varierar mellan olika undersökningar beroende på hur tillstånden definieras och avgränsas. Punktprevalensen är 5–8 procent. Med punktprevalens menas hur stor andel av befolkningen som lever med en viss sjukdom vid ett givet tillfälle. I flera svenska epidemiologiska undersökningar är livstidsrisken att insjukna i en depression cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män.

Ångestsyndrom är vanligt förekommande och ses också som en av våra folksjukdomar. Uppskattningsvis drabbas 25 procent av befolkningen någon gång i livet av ett ångestsyndrom.

När det gäller bipolär sjukdom uppges andelen som drabbas någon gång i livet vara 1–2 procent. Bipolär sjukdom är lika vanlig hos män som hos kvinnor, men det finns könsskillnader i samsjuklighet och sjukdomsförlopp.

Depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom är allvarliga sjukdomstillstånd. De kan innebära att personen som drabbas får stora eller mycket stora svårigheter att klara vardagslivet, med nedsatt livskvalitet som följd. Om personen inte får rätt behandling finns flera risker. Till exempel kan sjukdomen successivt förvärras och leda till ytterligare funktionsnedsättning, och personen kan bli långvarigt sjuk eller insjukna igen. Det finns också en ökad risk för självmordstankar, självmordsförsök och självmord. Detta är särskilt påtagligt vid de svårare tillstånden.

Hos personer med depression och många av ångesttillstånden är överdödligheten betydande jämfört med normalbefolkningen.

Den specialiserade psykiatrin svarar för cirka tio procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvården [7]. I utvärderingen av vård och insatser för depression, ångest och schizofreni som Socialstyrelsen publicerade 2013 konstaterades att den psykiatriska vården inte har haft samma kostnadsutveckling som andra specialiteter, däremot har vårdproduktionen ökat markant. Det finns också en stor spridning mellan landstingen när det gäller kostnader per invånare för psykiatrisk vård [20].

För psykiatrisk vård, och generellt för gruppen psykiskt funktionshindrade, behöver både beskrivningssystem i stort och indikatorer utvecklas. En avgörande faktor för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Det finns fortfarande brister i rapporteringen till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om åtgärder för läkarbesök inom öppenvården. Socialstyrelsen anser att det finns goda skäl att utvidga uppgiftsskyldigheten. Eftersom endast läkarbesök ska rapporteras saknas i dag mellan 75 och 80 procent av de insatser som utförs inom den öppna specialiserade vården inom psykiatrin. För att kunna beskriva den psykiatriska öppenvårdens innehåll har Socialstyrelsen före-

slagit till regeringen att även uppgifter om andra besök än läkarbesök ska rapporteras till patientregistret. Inledningsvis föreslås att uppgiftsskyldigheten för andra yrkesgruppers insatser i den öppna psykiatriska vården ska begränsas till vissa vårdinsatser. Den utökade uppgiftsskyldigheten bör gälla oavsett vilken yrkesgrupp som utför vården och såväl legitimerade som icke-legitimerade yrkesgruppers vårdåtgärder bör omfattas enligt förslaget.

Vanligt med samsjuklighet

Det saknas kunskap om vilken behandling som är bäst vid samsjuklighet vid depression och ångestsyndrom, det vill säga när en person lider av ytterligare en sjukdom utöver dessa. Trots att många behandlingsstudier har gjorts på personer med samsjuklighet är effektmåttan främst knutna till den ena sjukdomen, exempelvis depressionsinslaget. Att denna kunskap saknas försvårar också möjligheten att utarbeta kunskapsbaserade rekommendationer på gruppnivå.

Att man har flera sjukdomar samtidigt är vanligt, såväl vid depression och ångestsyndrom som vid andra sjukdomar som behandlas inom hälso- och sjukvården. Det är till exempel mycket vanligt att en person har symtom på både nedstämdhet och oro. På samma sätt är det vanligt med depressions- respektive ångestsymtom vid andra psykiska funktionsnedsättningar. Dessutom kan ett samtidigt missbruk av till exempel alkohol försvåra såväl bedömningen som behandlingen.

Personer med depression och ångestsyndrom har ofta samtidiga smärtproblem och löper även större risk än normalbefolkningen att drabbas av olika kroppsliga sjukdomar. Dessutom är prognosen att tillfriskna från en kroppslig sjukdom ofta sämre om personen samtidigt har en depression. Barn och unga som har en kroppslig sjukdom löper även en ökad risk att bli deprimerade.

Samsjuklighet är en komplicerande faktor som hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till när de diagnostiserar och behandlar enskilda patienter. Behandlaren ska bedöma patientens totala sjukdomsbild och vårdbehov. Genom att tillsammans med patienten noggrant identifiera problemen och sedan gradera dem utifrån hur angelägna de är, kan behandlaren kombinera metoder och skraddarsy dem utifrån patientens behov.

Övergripande indikatorer psykiatrisk vård

58 Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom BUP

År 2009 kom Sveriges kommuner och landsting (SKL) och regeringen överens om en särskild satsning för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett första mottagningsbesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ska kunna erbjudas inom 30 dagar, i stället 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.

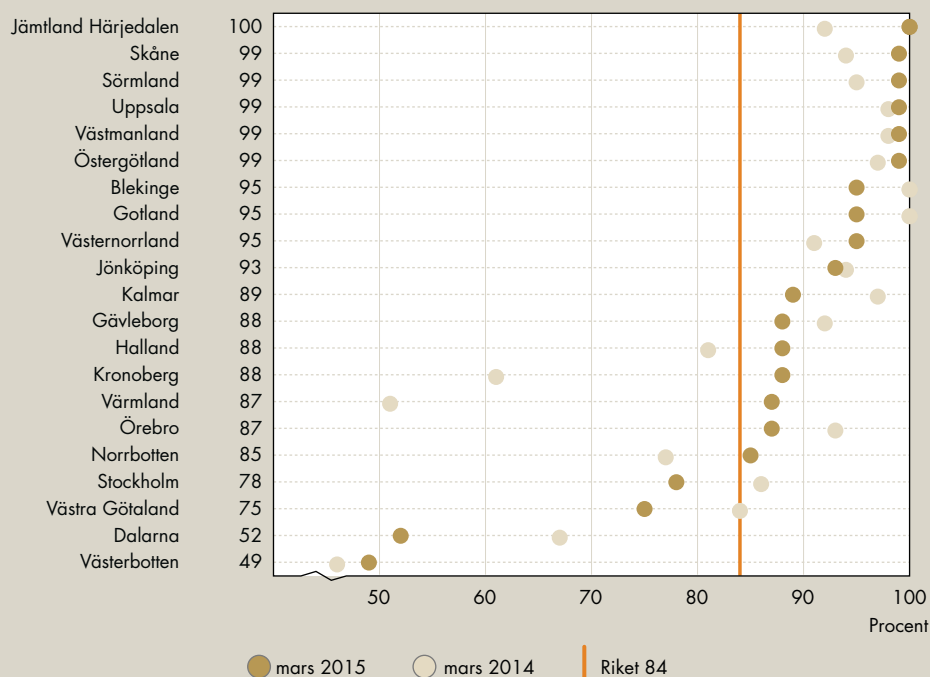
Ekonomiska stimulansmedel utgår till de landsting och regioner som når mål om hur stor andel av patienterna som når tidsgränserna för den särskilda satsningen. Indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Indikatorn visar andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar på utredning/behandling inom barn- och ungdomspsykiatri i mars 2015. I riket som helhet var andelen som väntat högst 30 dagar 84 procent, vilket är en ökning jämfört med mars 2014. Det är stor variation mellan de olika landstingen från 49 till 100 procent.

Det kan finnas metodproblem att ta med i beräkningen vid all uppföljning av väntetider. De medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, kan variera inom landet.

58.1. Väntat högst 30 dagar på utredning/behandling inom BUP

Andel som väntat högst 30 dagar på fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri, mars 2015.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

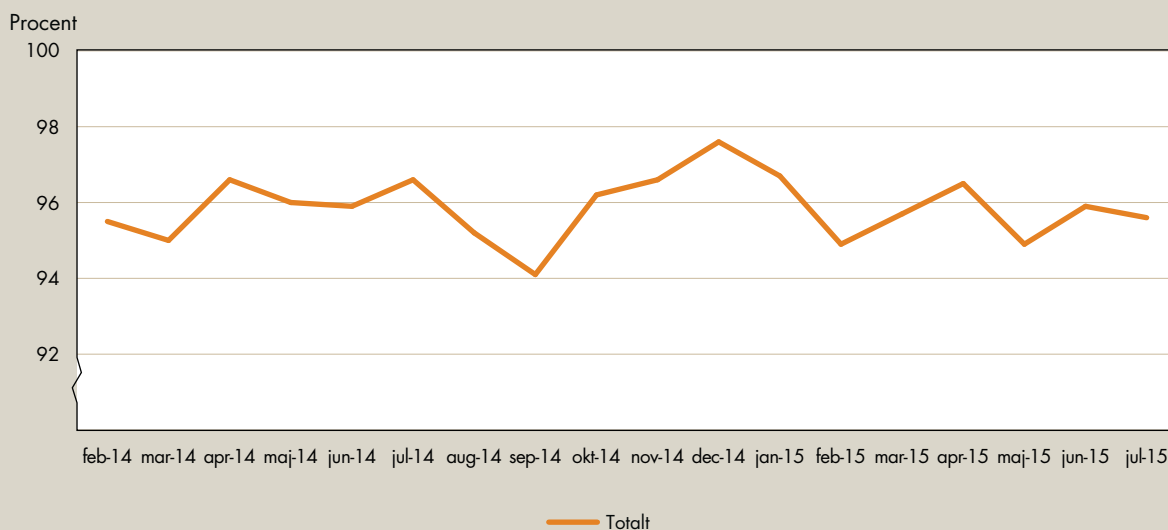
59 Väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri

Uppgifterna omfattar antal väntande för ett planerat första mottagningsbesök inom vuxenpsykiatri. Väntande definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Måttet definieras som antal patienter som har väntat högst 90 dagar på besök till en vuxenpsykiatrisk mottagning av alla väntande patienter.

I riket som helhet var andelen som väntat högst 90 dagar 96 procent i mars 2015, vilket är en marginellt fler jämfört med mars 2014. Variationen mellan de olika landstingen har minskat och sträcker sig nu från 81 till 99 procent. Det kan finnas metodproblem att ta med i beräkningen vid all uppföljning av väntetider. De medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, kan variera inom landet.

59.1. Väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri

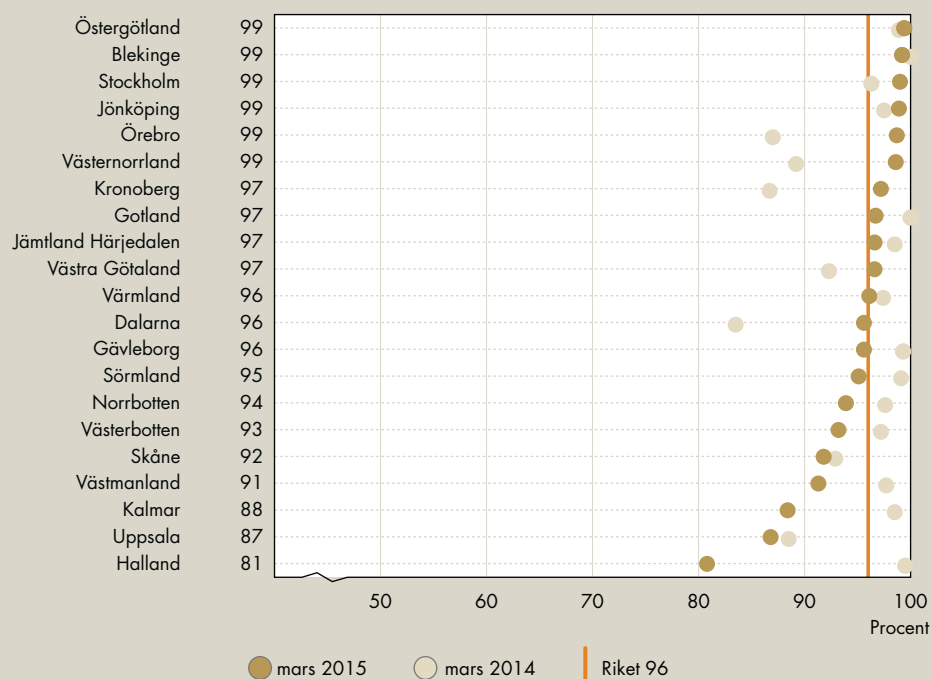
Andel som väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

59.2. Väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri

Andel som väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri, mars 2015.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

60 Själv mord i befolkningen

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet självmord per 100 000 invånare under perioden 2012–2014. Totalt är antalet självmord, inklusive de fall där avsikten är oklart, under denna period 15,9 per 100 000 invånare. Utvecklingen över tid visar att ingen förbättring kan ses. Män har en tydligt högre självmordsdödlighet än kvinnor.

De brister som har identifierats inom vården är till exempel att det inte har gjorts systematiska självmordsriskbedömningar i tillräckligt hög utsträckning, att dokumentation är ofullständig och att verksamheten inte har följt de egna regionala vårdprogrammen. För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser skulle istället självmord efter vårdkontakter kunna vara en tänkbar indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data på en nationell nivå. En anledning är att uppgifter om primärvårdens insatser inte finns med i patientregistret samt att det i nuläget endast är läkarbesök i den öppna specialiserade vården som rapporteras till patientregistret. I utvärderingen av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, som Socialstyrelsen publicerade 2013 [20], redovisas dock att nästan 60 procent av dem som begick självmord under 2010 (säkra självmord 1 099) inte hade vårdats på psykiatrisk klinik året innan självmordet.

60.1. Själv mord i befolkningen

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

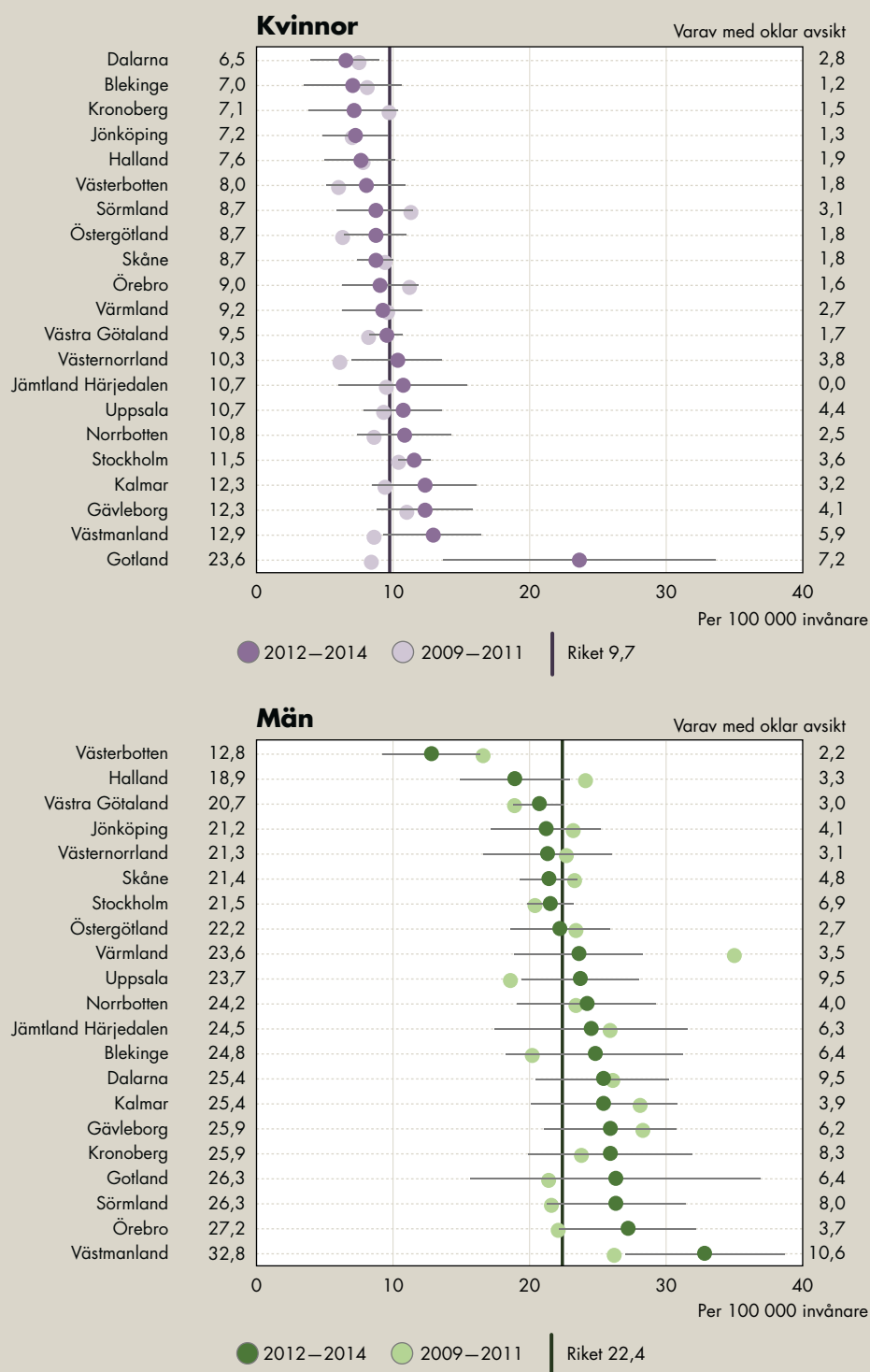
Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

60.2. Självmod i befolkningen

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

61 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom primärvård eller öppen specialiserad vård. Slutenvård kan till viss del undvikas genom till exempel kontinuerlig uppföljning av insatt behandling, preventiva insatser med mera.

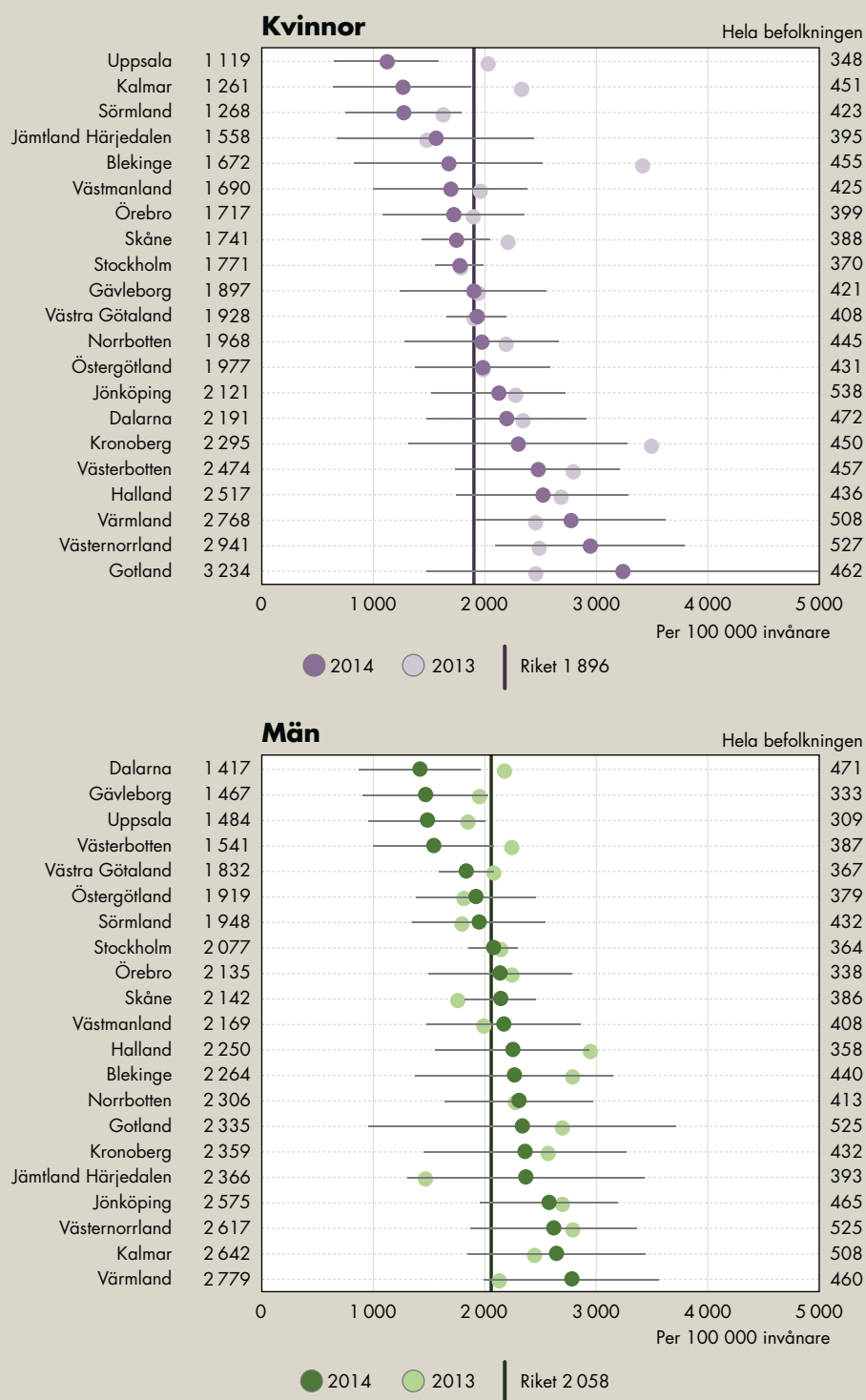
Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antal personer, 20–59 år, som åren har slutenvårdats med en psykiatrisk diagnos (ICD10-kod="F" med undantag för demens) och haft minst ett somatiskt slutenvårdstillfälle med någon av de ingående diagnoserna 2014. Av dem som har vårdats inom psykiatrin hade 1 982 per 100 000 patienter haft ett sådant undvikbart slutenvårdstillfälle. Denna siffra ska jämföras med hela befolkningen där de vårdade var 401 per 100 000 invånare med samma diagnoser. Resultatet tyder på skillnader mellan de olika landstingen men risken för slumpvariation är stor.

Den större andelen kan till exempel bero på att sjukdomen upptäcks sent i förloppet, att behandlingen inte alls sker eller tar längre tid och att 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 sluten somatisk vård i enlighet med indikatorn bör studeras närmare. Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och även diagnossättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i sluten vård spelar sannolikt också in. Med många slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården. Faktorer som dessa kan ha påverkat landstingens resultat.

61.1. Undvikbar slutenvård, personer med psykiatrisk diagnos

Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter, 2014. Avser personer 20–59 år med tidigare psykiatrisk vård. Åldersstandardiserade värden.



Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en livslång sjukdom som innebär att en person kan ha såväl maniska som depressiva sjukdomsepisoder [20]. Mellan sjukdomsepisoderna är många personer helt utan symtom, medan andra har ständiga humörsvängningar. Det är viktigt att få adekvat behandling så tidigt som möjligt, eftersom sjukdomen annars medför stora sociala och medicinska påfrestningar. Det är också angeläget att ge återfallsförebyggande behandling.

62 Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad tidig dödlighet till följd av allmänna medicinska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdom samt cerebrovaskulära (sjukdomar i hjärnans blodkärl) och endokrina störningar (hormonsjukdomar) [20].

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

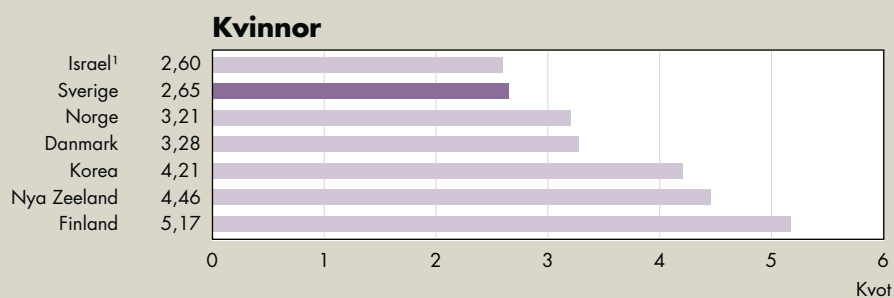
Indikatorn visar dödligheten bland personer, 20 år och äldre, med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen 2009–2014. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns.

I riket som helhet är värdet 1,65 bland personer med bipolär sjukdom. Samtliga landsting redovisar en överdödlighet.

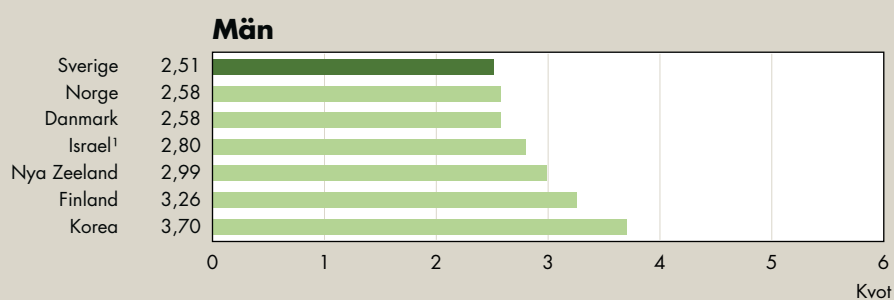
I ett urval av länder har Sverige har den lägsta överdödligheten i Norden bland personer med bipolär sjukdom [4]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

62.1. Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom, OECD

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen, 2013. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 15–74 år. Åldersstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.



¹ Avser 2012

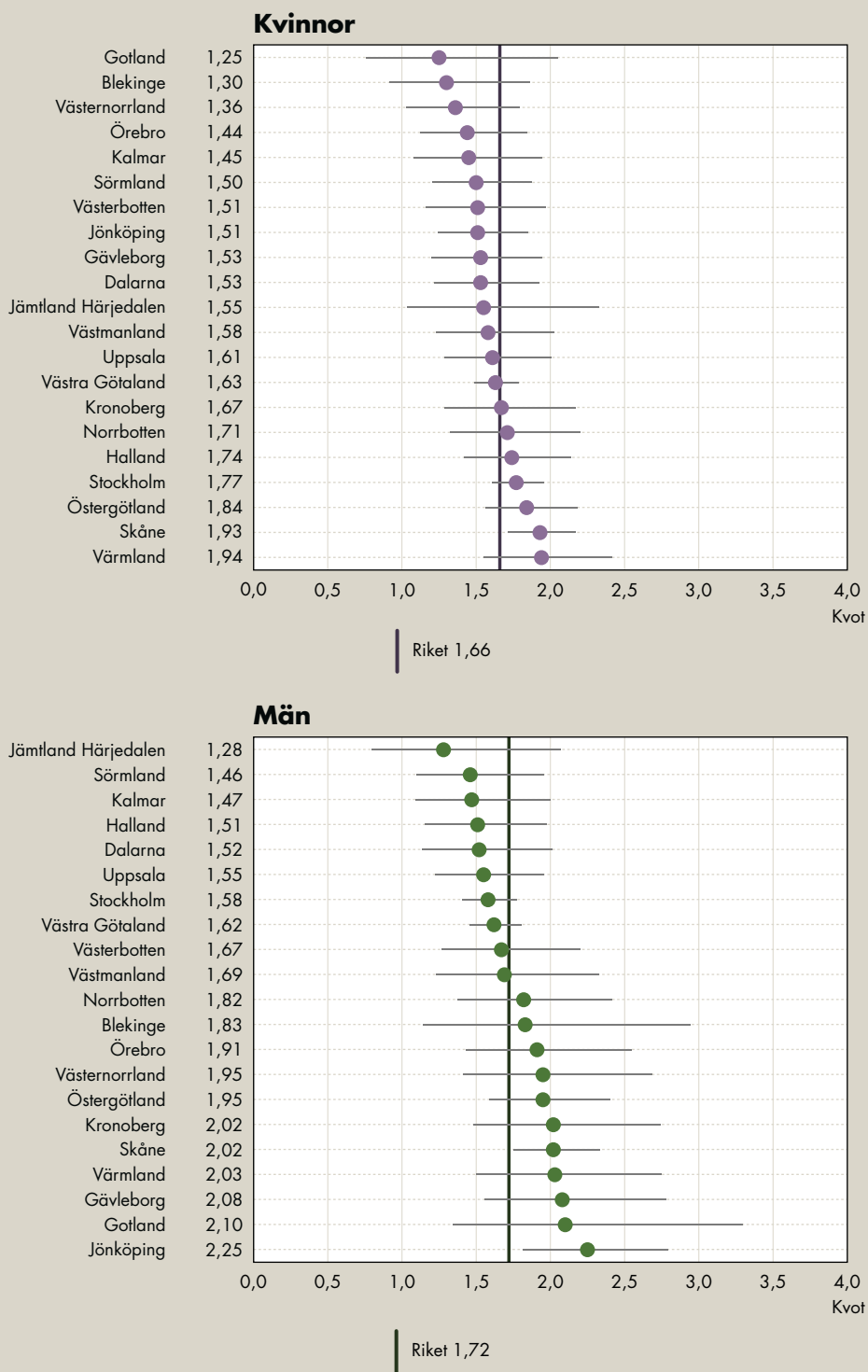


¹ Avser 2012

Källa: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

62.2. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen, 2009–2014. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



63 Återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom

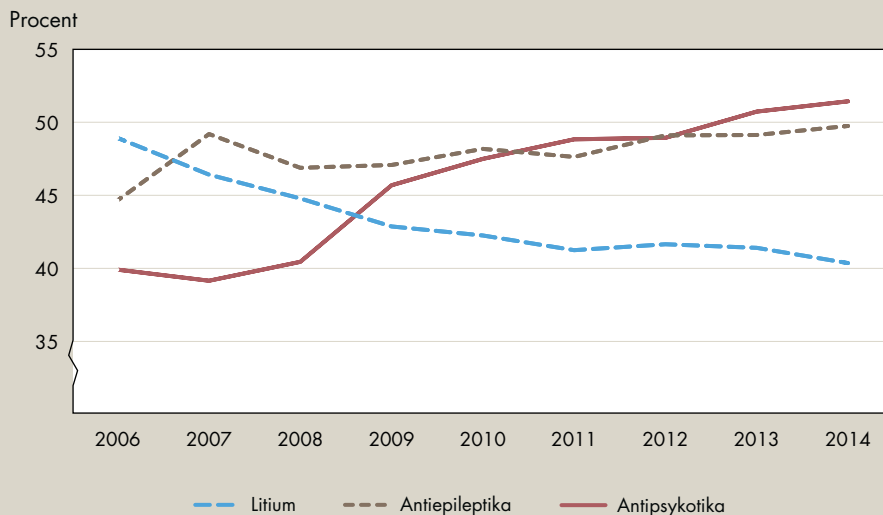
För att förhindra återinsjuknande och självmord hos patienter med bipolär sjukdom behövs en livslång preventiv behandling med stämningsstabiliserande läkemedel [20]. Hög tillgänglighet och god kontinuitet inom hälso- och sjukvården är särskilt viktigt för dessa patienter och är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med bipolär sjukdom. God kontinuitet minskar även stressen och skapar trygghet i kontakten med vården, såväl för den enskilda patienten som för de anhöriga, vilket i sin tur ökar följsamheten till behandlingen. Behandling med litium har en god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder hos äldre och vuxna, samt en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom. Behandling med litium har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 1 av 10).

I underlaget ingår även antiepileptika och antipsykotika, som också används för återfallsförebyggande läkemedelsbehandling men som har en lägre prioritet i riktlinjerna.

Indikatorn visar andelen patienter med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande läkemedelsbehandling.

63.1. Läkemedel, återfallsförebyggande vid bipolär sjukdom

Olika kategorier av läkemedel vid återfallsförebyggande behandling efter manisk eller depressiv period vid bipolär sjukdom. Andel av patienter 20–59 år. Åldersstandardiserade värden.

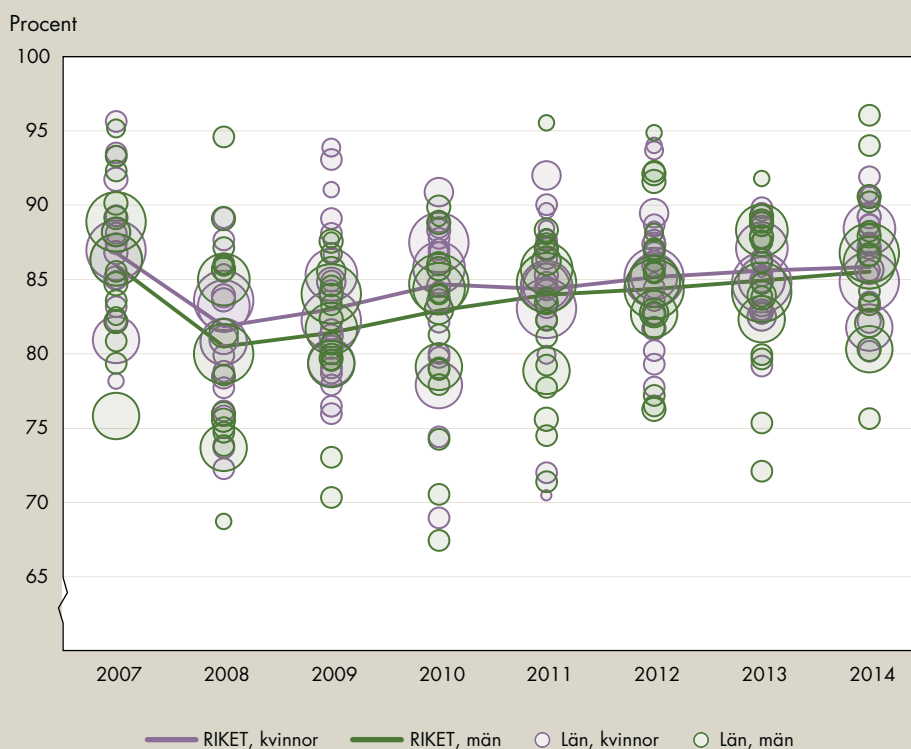


Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I riket som helhet behandlas 85 procent, under perioden 2012–2014, med återfallsförebyggande läkemedel varav 41 procent behandlas med litium. Det är ingen större variation mellan de olika landstingen vad gäller andelen behandlade. Däremot varierar sig andelen som behandlas med litium mellan de olika landstingen från 29 till 51 procent. Det är ingen nämnvärd skillnad i andelen behandlade män och kvinnor. Däremot behandlas män mer med litium (43,6 procent) än kvinnor (39,8 procent). Utvecklingen över tid tyder på att behandling med litium går ner och behandling med antiepileptika och antipsykotiska läkemedel ökar.

63.2. Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom

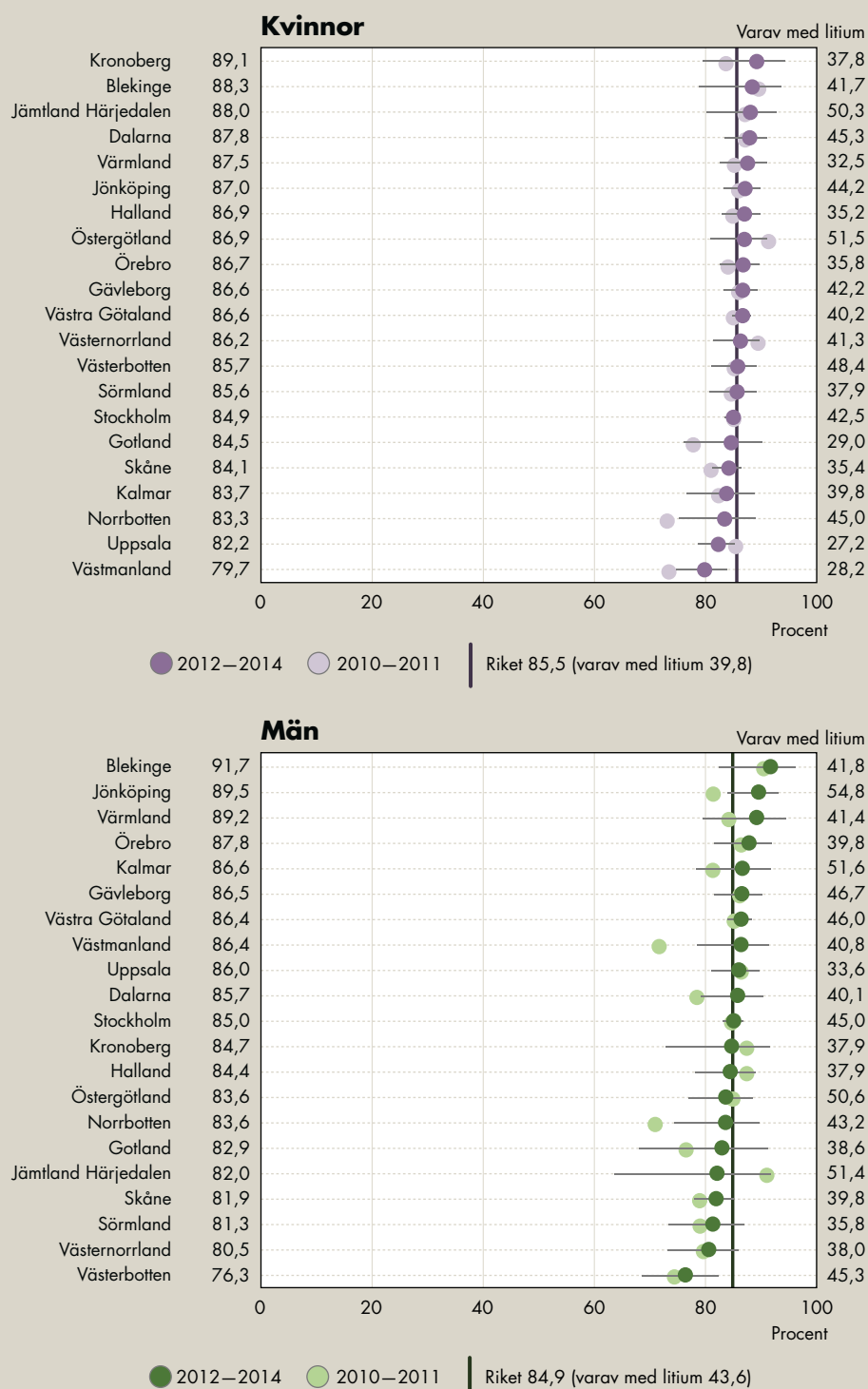
Andel patienter 20–59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

63.3. Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom

Andel patienter 20–59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period, 2012–2014 (oktober–december 2014 ingår ej). Åldersstandardiserade värden.



Depression

Depression är en folksjukdom och en av de vanligaste orsakerna till sjuk-skrivning [20]. Bland personer i arbetsför ålder är en av de mest frekventa dödsorsakerna självmord, vilket ofta är resultatet av otillräckligt behandlad depression. Depressioner är vanliga vid kroniska kroppsliga sjukdomar och kan försämra sjukdomsförloppen och öka dödligheten. Många personer med depression har också andra psykiska störningar, framför allt ångesttillstånd, missbruk och personlighetsstörningar. Depression förekommer i olika svårighetsgrader. Svårare depression drabbar omkring 20 procent av kvinnorna och 11 procent av männen någon gång före 70 år ålder.

En episod av en depression läker vanligen ut, men tenderar att återkomma i skov. Risken att få en ny depression är större ju fler episoder man har haft. I vissa fall kan en episod av depression bli kronisk. Ibland är en egentlig depressionsepisod svårbehandlad och det kan krävas flera behandlingar innan personen blir fri från symtom och återfår sin normala funktionsförmåga.

Med ångestsyndrom menas att en person lider av flera symtom på ångest samtidigt och med viss varaktighet. Vid ett ångestsyndrom är ångesten så svår att den leder till stora inskränkningar i personens dagliga liv eller till andra funktionsnedsättningar.

Det finns olika typer av ångestsyndrom, till exempel generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom och tvångssyndrom. Svår ångest orsakas ibland av psykosociala påfrestningar och livshändelser, men förekommer också utan någon påvisbar anledning. Svår ångest kan också orsakas av en somatisk sjukdom.

64 Följsamhet till antidepressiv behandling

Enligt de nationella riktlinjerna är kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel rekommenderade behandlingar vid lindrig depression. För medelsvår och svår depression är antidepressiva läkemedel förstahandsvalet. För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska ha optimal effekt vid depression krävs dock att den är regelbunden och pågår i minst sex månader.

Indikatorn visar personer över 18 år som har behandlats med antidepressiva läkemedel, och som hämtat ut ytterligare recept på antidepressivt läkemedel 2–5 månader efter första uttaget.

År 2014 var det drygt 155 000 personer över 18 år som hämtade ut minst ett recept på antidepressiva läkemedel och som inte uthämtat recept de föregående sex månaderna. Lite fler än hälften, 53 procent av patienterna, hämtade ut ytterligare ett recept på antidepressiva läkemedel 2–5 månader senare. Efter åldersstandardisering syns inga stora skillnader mellan landstingen eller mellan kvinnor och män. Resultaten indikerar att följsamheten är relativt låg. Denna trend har varit konstant sedan 2006.

Även om behandling av depression och ångestsyndrom normalt ska pågå under längre tid används läkemedlen också i mindre omfattning för andra patientgrupper som till exempel vid smärtbehandling där behandlingen kan antas vara kortvarigare. Detta kan ha en viss effekt på resultatet.

64.1. Följsamhet till antidepressiv behandling

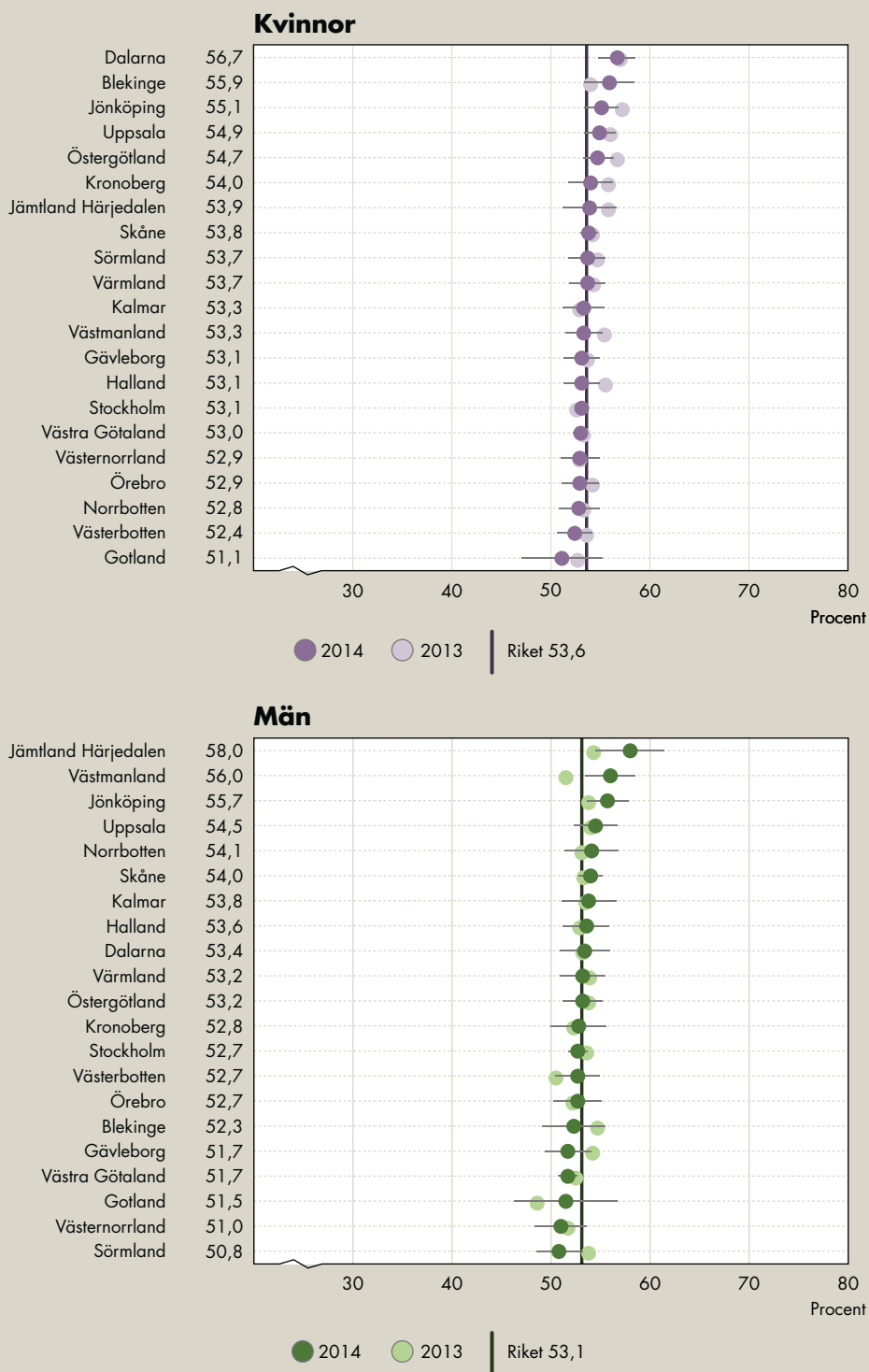
Andel patienter med fortsatt antidepressiv läkemedelsbehandling. Avser nytt uttag av läkemedel 60–150 dagar efter det första uttaget. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

64.2. Följsamhet till antidepressiv behandling

Andel patienter med fortsatt antidepressiv läkemedelsbehandling, 2014. Avser nytt uttag av läkemedel 60–150 dagar efter det första uttaget. Åldersstandardiserade värden.



65 Elektrokonvulsiv terapi vid slutenvårdad svår depression

Elektrokonvulsiv terapi (ECT), är den mest effektiva behandlingen vid svår eller psykotisk depression. Mer än 80 procent av patienterna med svår depression får reducerade symtom av ECT. Behandlingen ges i regel med tre behandlingstillfällen per vecka under ungefär tre veckors tid med målsättningen att patienten ska bli symtomfri. Olika kognitiva störningar förekommer ofta vid depression och kan vara långvariga. Minnesstörningar är dessutom en vanlig biverkan till ECT. Efter ett depressivt skov kvarstår en hög risk för återinsjuknande och effektiv förebyggande behandling är därför angelägen. Antidepressiva läkemedel och litium används för att förebygga återinsjuknande. Fortsättnings- eller underhålls-ECT är aktuell för patienter där läkemedelsbehandling inte har varit framgångsrik. De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom ger ECT vid slutenvårdad svår till mycket svår depression en hög prioritet.

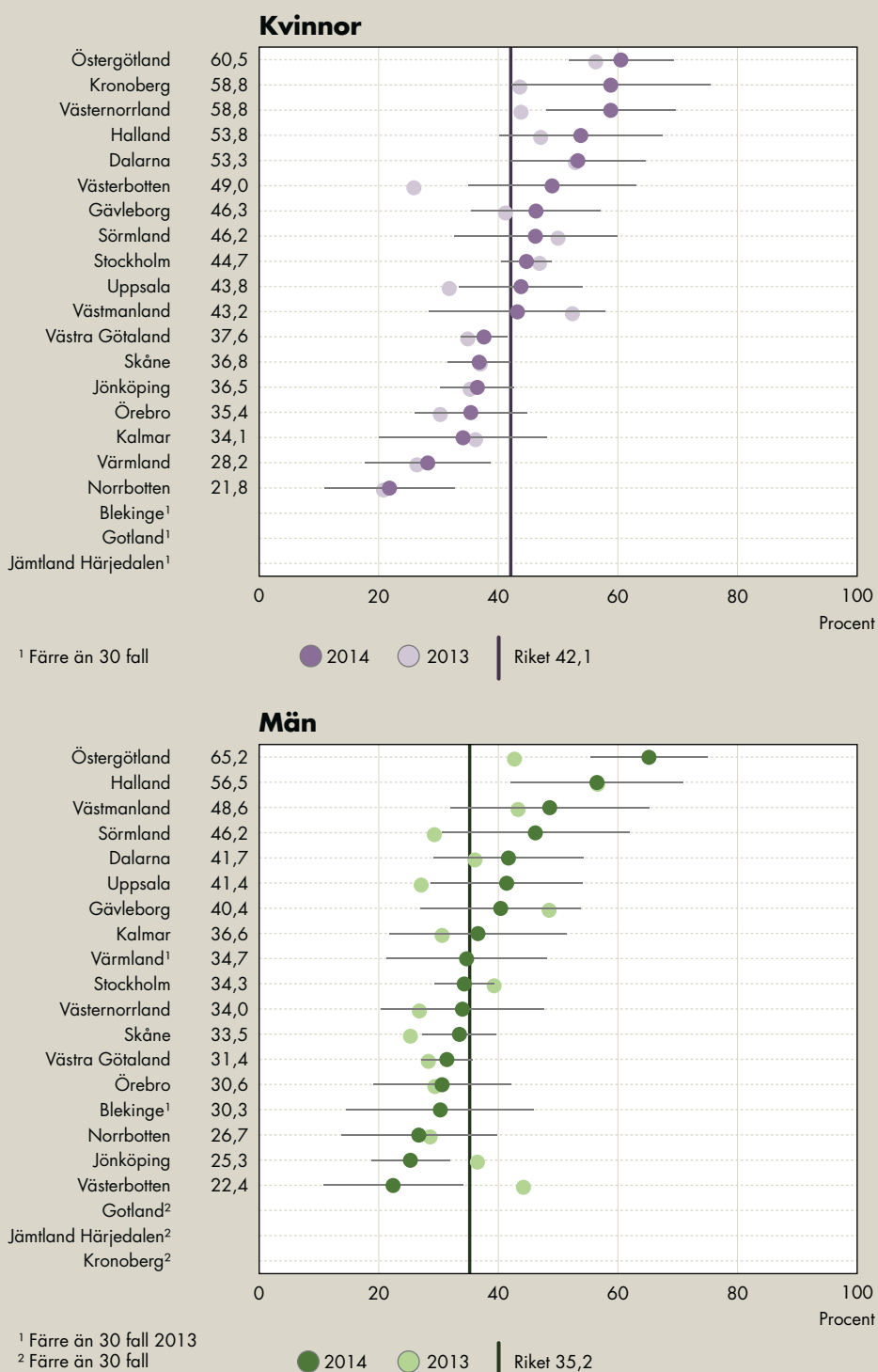
Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som slutenvårdats för svår till mycket svår depression som behandlats med ECT. Uppgifter om patienter som slutenvårdats med de aktuella diagnoserna för depression har hämtats från patientregistret och uppgifter om åtgärden ECT har hämtats från Kvalitetsregister ECT och patientregistret kombinerat.

Under 2014 behandlades 4 653 patienter i riket i slutenvård för svår till mycket svår depression och drygt 39 procent av dem behandlades med ECT, en ökning från 2013 då 37 procent behandlades. Efter åldersstandardisering varierade andelen behandlade patienter mellan knappt 38 och 64 procent i de olika landstingen. En större andel av kvinnorna i patientgruppen fick ECT jämfört med männen, 42 procent respektive 35 procent.

Styrgruppen för Kvalitetsregister ECT har satt som mål att minst 40 procent av patienterna som vårdas i slutenvård för svår depression bör få ECT. Tolv landsting nådde upp till detta mål.

65.1. ECT-behandling vid slutenvårdad svår depression

Andel patienter med svår slutenvårdad depression som behandlats med ECT, 2014.



66 Depressionsskattning efter elektrokonvulsiv terapi

Målet med depressionsbehandling är att patienten ska bli symtomfri och återvinna funktionsförmågan. Kvarvarande symtom är en riskfaktor för snabbt återinsjuknande. Att undersöka och dokumentera eventuella kvarvarande symtom är därför väsentligt. För detta ändamål finns flera symtomskattningsskalor. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Skalan har tio frågor. Den finns även i en variant för självskattning (MADRS-S) med nio frågor.

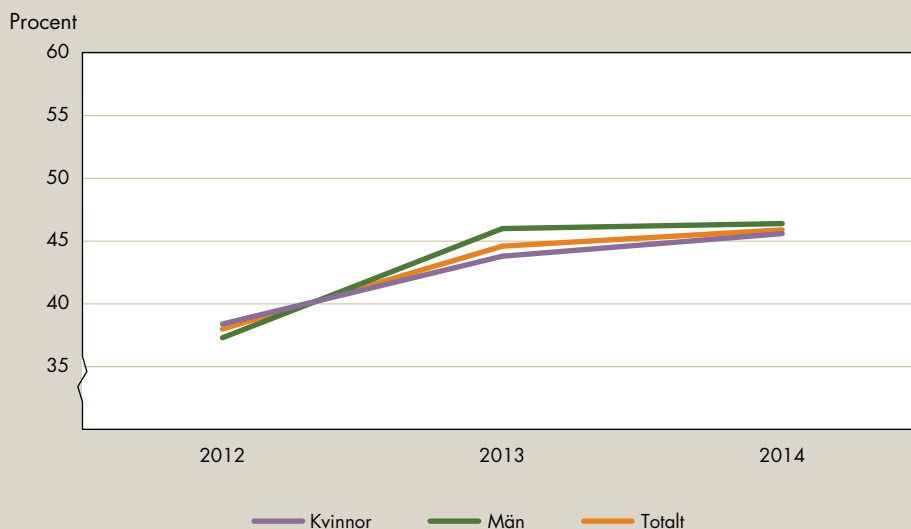
Indikatorn visar i hur stor andel av behandlingsserierna med elektrokonvulsiv terapi (ECT) för depression som patienternas symtom har utvärderats med MADRS eller MADRS-S inom en vecka efter ECT. Uppgifterna är hämtade ifrån Kvalitetsregister ECT och omfattar initiala, täta ECT-serier men inte gles ECT (fortsättnings- eller underhålls-ECT).

Andelen av ECT-serierna där patienternas symtom har utvärderats med MADRS eller MADRS-S var under 2014 i riket knappt 46 procent. Variationen mellan landsting var stor, med andelar från 7 till 81 procent i olika landsting. Ingen tydlig skillnad kan ses mellan kvinnor och män. Jämförelsen baseras på 3 225 behandlingsserier.

Användningen var störst i Landstinget Dalarna, Stockholms läns landsting och Västerbottens läns landsting. Dessa landsting har deltagit under flera år i Kvalitetsregister ECT och arbetat intensivt med att bygga upp rutiner för att använda skattningsskalorna. Skattningsskalorna kan underlätta detektion och dokumentation av kvarvarande symtom som underlag för en individuell anpassning av behandlingen. Vid en ökad användning skulle skattningsskalorna också kunna användas för att jämföra behandlingsresultaten mellan olika enheter. Täckningsgraden för Kvalitetsregister ECT har beräknats genom sambearbetning med patientregistret till 85 procent, men den varierar i olika landsting. Lokalt kan även andra skattningsskalor än MADRS och MADRS-S ha använts.

66.1. Depressionsskattning efter ECT-behandling

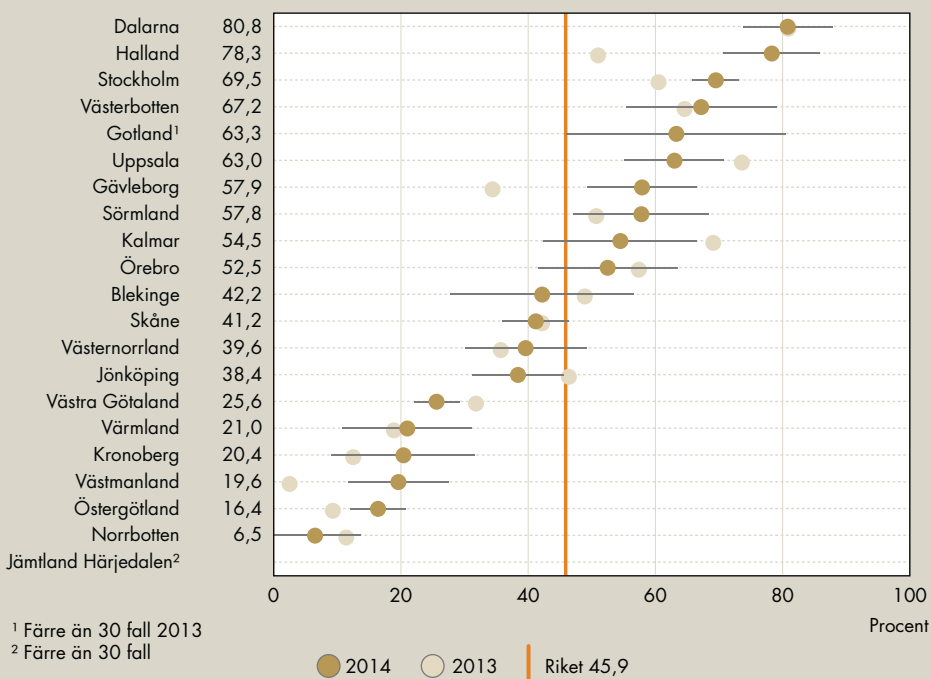
Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression.



Källa: Kvalitetsregister ECT

66.2. Depressionsskattning efter ECT-behandling

Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression, 2014.



Schizofreni

Psykossjukdomen schizofreni är en av våra svåraste folksjukdomar [20]. Den årliga incidensen är 15 individer på 100 000 invånare, punktprevalensen är cirka 4,5 i en population på 1 000 individer. Incidenstalet definieras som antalet nya sjukdomsfall i en befolkning under en viss period i relation till den tid som individerna tillsammans löper risk att insjukna. Medan punktprevalensen visar antalet personer per 1 000 individer som lever med sjukdomen vid ett givet tillfälle. Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni och kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen.

Schizofreni är ett allvarligt sjukdomstillstånd som kan innebära att personen får stora eller mycket stora svårigheter att klara vardagslivet. Detta kan leda till nedsatt livskvalitet. Funktionsförlusten vid schizofreni är betydande, vilket innebär att 80–90 procent inte har förvärvsarbete.

Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd utgör en stor andel av alla som har en psykisk funktionsnedsättning. Det uppskattas att cirka 30 000 till 40 000 personer behöver samhällets insatser till följd av sjukdomen.

67 Överdödlighet vid schizofreni

Vårdtider och bristande medicinering kan ha stor inverkan på hur livet efter insjuknandet gestaltar sig. Dödligheten är högre bland personer med schizofreni jämfört med personer som inte har schizofreni [20].

Indikatorn visar dödligheten bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns.

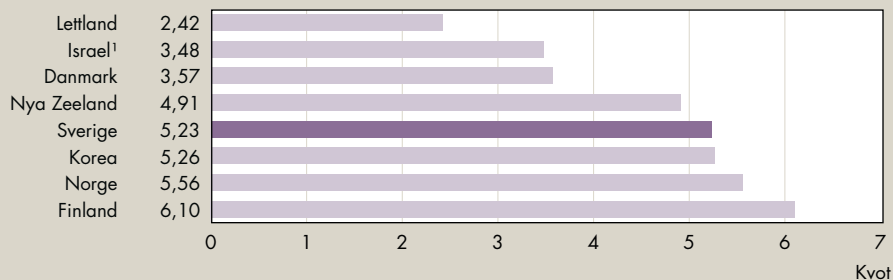
I riket som helhet 2009–2014 är värdet bland personer med schizofreni 2,34 och det är ingen tydlig skillnad mellan könen.

I Norden har Sverige en något högre dödlighet än Danmark och en något lägre dödlighet än Norge och Finland [4]. Observera att åldrar och åldersstandardisering skiljer sig åt mellan OECD:s jämförelser å ena sidan och jämförelser mellan svenska landsting å andra sidan. Detta gör att värdet för Sverige skiljer sig åt.

67.1. Överdödlighet för patienter med schizofreni, OECD

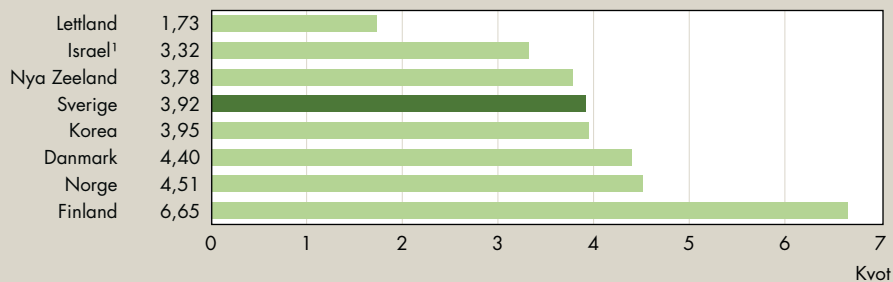
Dödlighet bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen, 2013. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 15–74 år. Åldersstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.

Kvinnor



¹ Avser 2012

Män

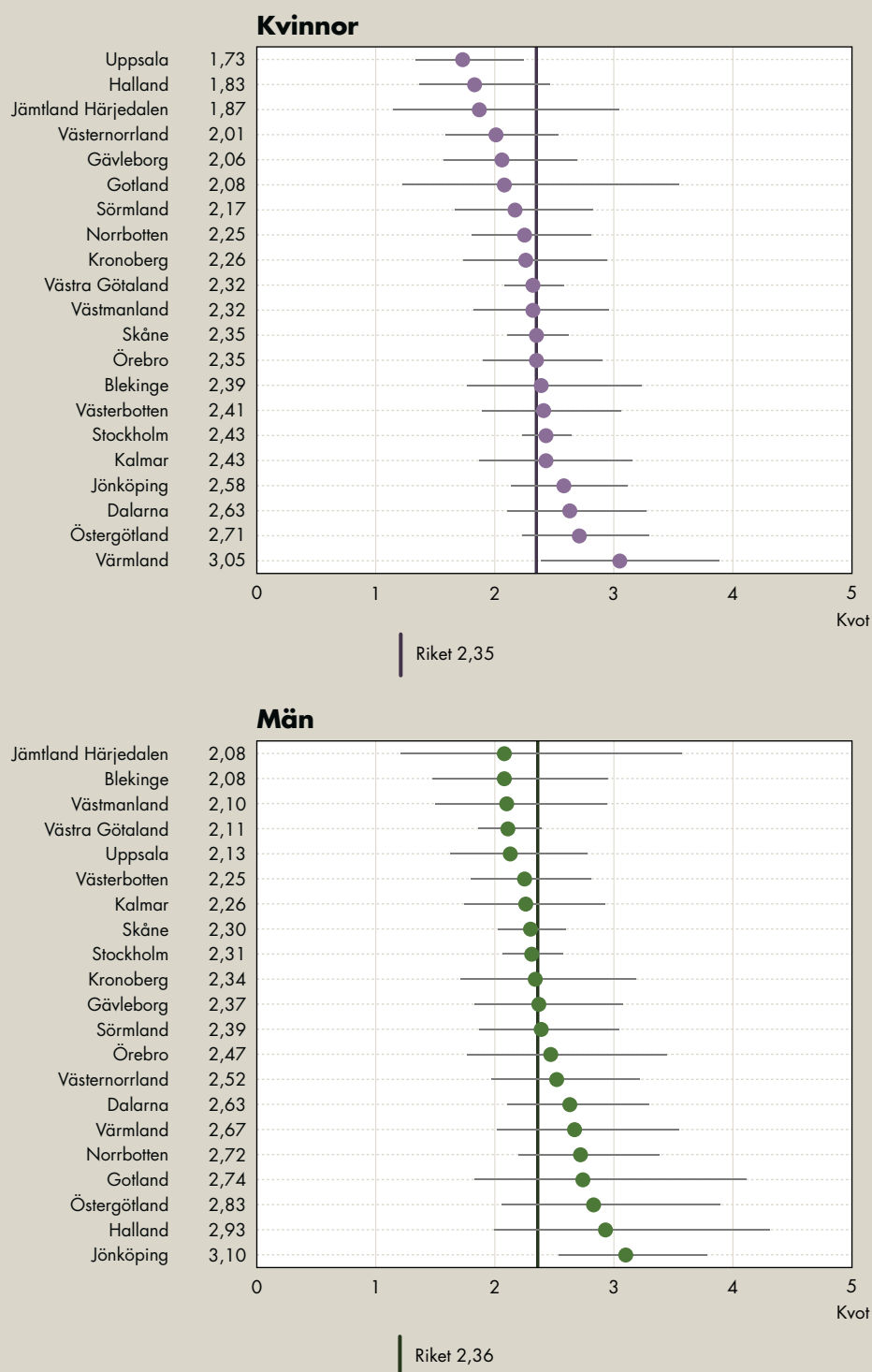


¹ Avser 2012

Källa: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

67.2. Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni

Dödlighet bland personer med schizofreni jämfört med dödligheten i befolkningen, 2009–2014. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

68 Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni

Behandling med antipsykotiska läkemedel minskar risken för dödlighet jämfört med ingen behandling alls [20]. Antipsykotisk läkemedelsbehandling är därför en hörnsten i behandlingen av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [7]. Kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel förhindrar akuta skov av sjukdomen, minskar risken för självmord och underlättar rehabilitering och återintegrering i samhället. Behandling med antipsykotiska läkemedel har därför fått högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Antipsykotiska läkemedel ger mycket ofta biverkningar i form av extrapyramidala symtom, trötthet, viktuppgång och sexuell dysfunktion. Biverkningarna kommer oftast tidigare än effekten, vilket kan påverka följsamheten negativt. För att uppnå en god effekt och samtidigt minimera risken för biverkningar är det viktigt att hälso- och sjukvården varken över- eller underbehandlar samt att patienten är delaktig i valet av läkemedel och får information om olika läkemedels effekter och biverkningar.

Indikatorn visar andel personer, 18 år eller äldre, som hämtade ut antipsykotiskt läkemedel 0–6 månader efter en episod av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. I riket var det under 2012 och 2013 totalt cirka 36 000 personer som vårdades i slutenvården eller den specialiserade öppenvården för schizofreni- eller schizofreniliknande tillstånd. Av dessa hämtade 85 procent ut recept på något antipsykotiskt läkemedel det första halvåret efter sjukdomsepisoden, med en spridning mellan landstingen från 70 till 90 procent. Inga stora könsskillnader kan ses. Trenden har varit konstant sedan 2007.

Kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel är en förutsättning för att undvika akuta skov och för att återintegreras i samhället. Utan denna behandling är det i regel omöjligt för dem som drabbas att leva ett normalt liv. Omkring 80–90 procent av patienterna återfår ett akut skov av sjukdomen inom ett år om behandlingen med de antipsykotiska läkemedlen avbryts.

Efter 12–18 månader hade 77 procent av patienterna hämtat ut antipsykotiska läkemedel. Inte heller här syns några könsskillnader. Patienter som inom perioden har avslutat sin läkemedelsbehandling, återinsjuknat och därefter återinsatts på läkemedel är medtagna i beräkningen. Patienter som har avlidit under mätperioden räknas inte med.

Viktigt att notera är att vissa landsting delvis har organiserat vården så att dessa läkemedel inte administreras via apoteket utan via egna läkemedelsförråd. Data om dessa så kallade rekvisitionsläkemedel finns inte lagrade

i läkemedelsregistret, och indikatorn underskattar därför förskrivningen i landstingen, vilket är särskilt märkbart i vissa landsting, till exempel Sörmlands landsting. Socialstyrelsen har begärt att få utöka läkemedelsregistret till att omfatta även rekvisitionsläkemedel.

Kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel behövs dock inte vid korta övergående psykoser, men denna diagnos omfattas ändå av riktlinjerna och ingår i indikatorn. Ett skäl till det är att det i dag inte finns något tillförlitligt sätt att särskilja denna diagnosgrupp från långvariga psykostillstånd i inledningsskedet av sjukdomen.

68.1. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni

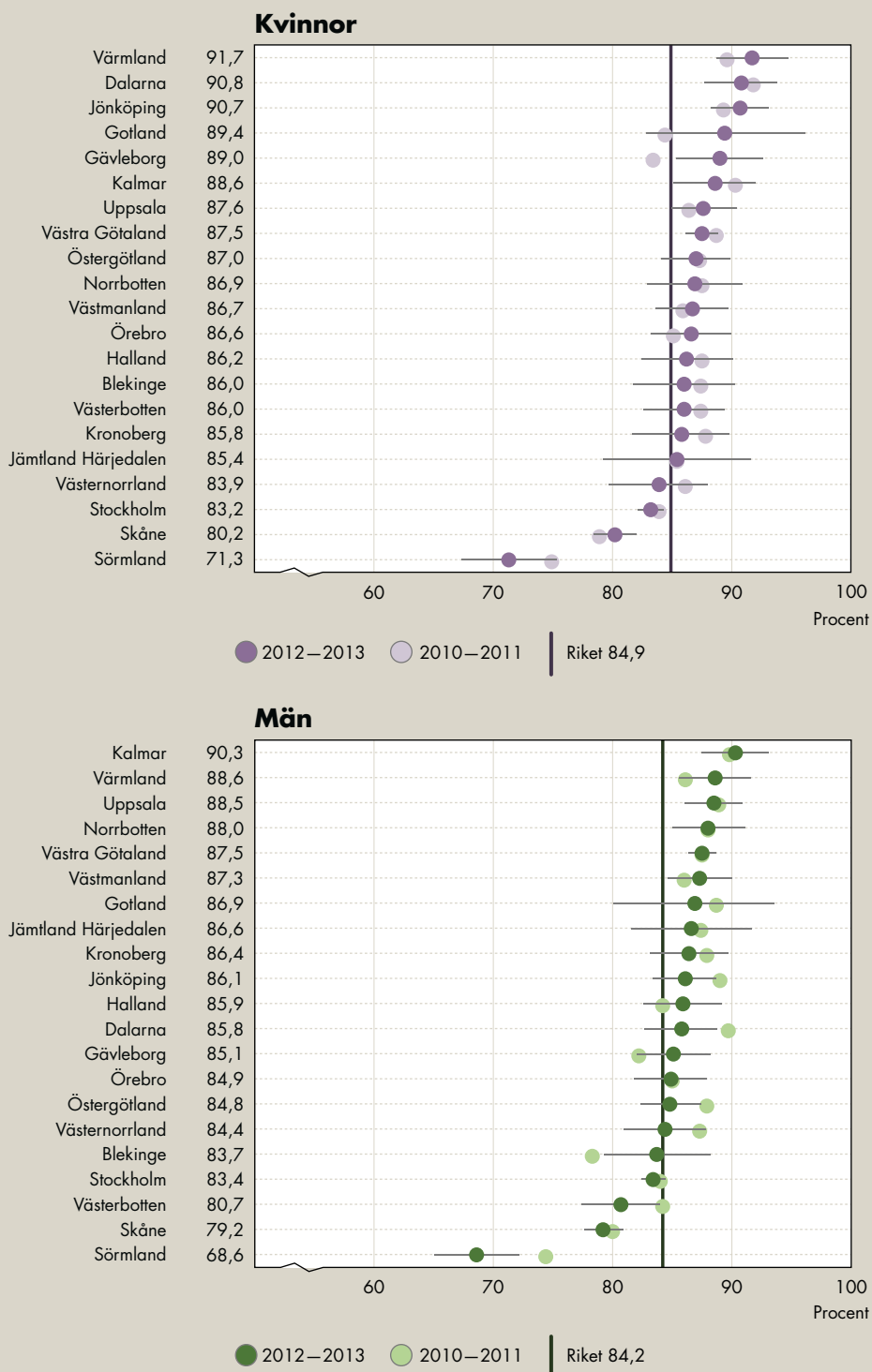
Andel patienter med schizofreni som behandlas med antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter utskrivning från sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

68.2. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni

Andel patienter med schizofreni som behandlas med antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter utskrivning från sjukhus, 2012–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

69 Återinskrivning inom 28 dagar efter vård av schizofreni

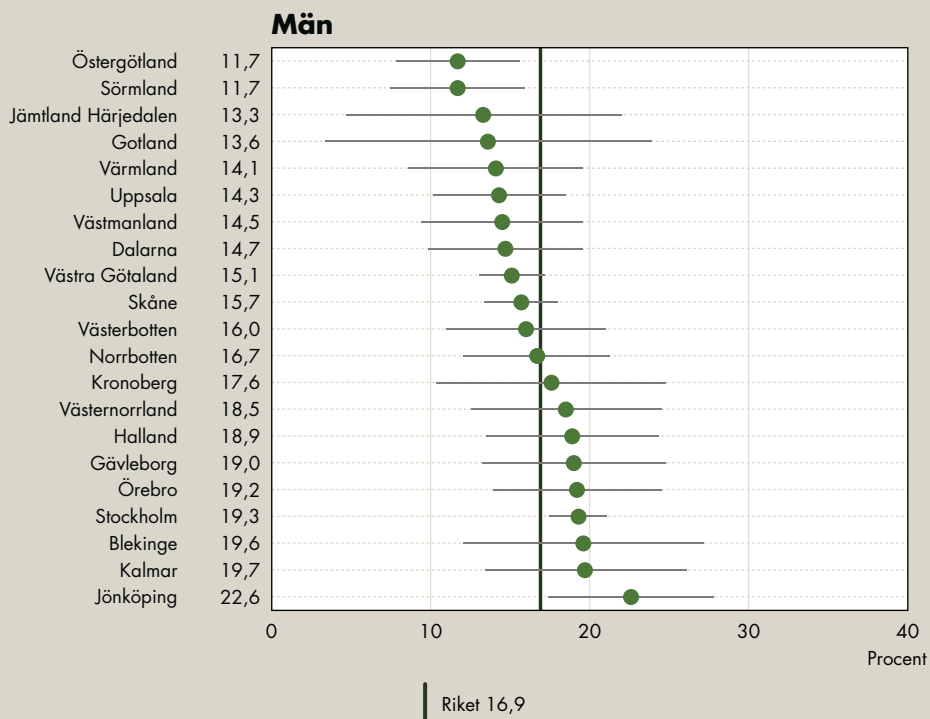
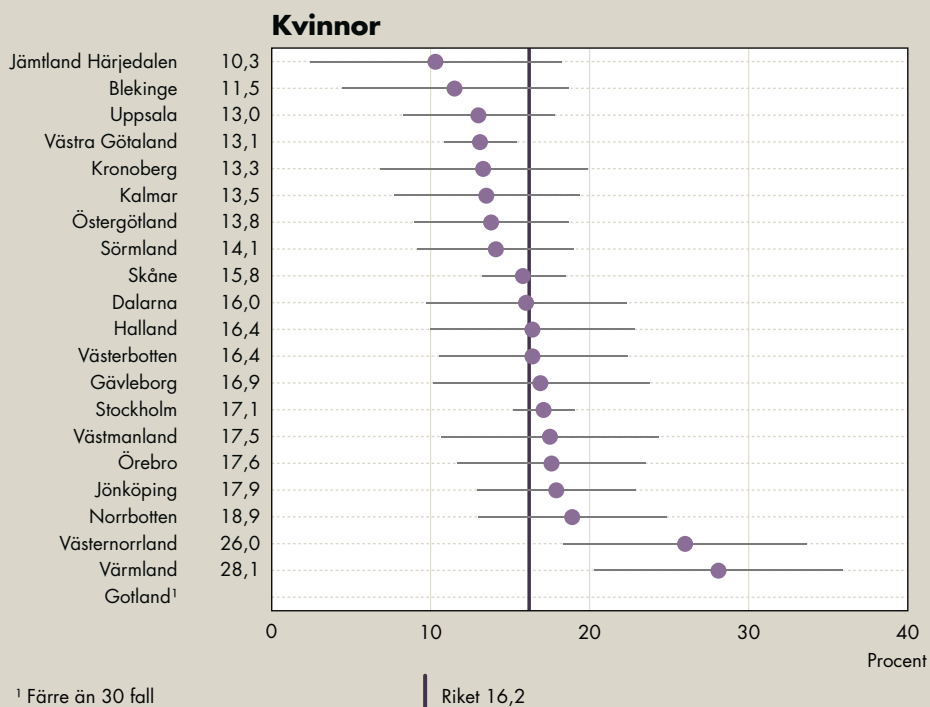
Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och syftar till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt samordnad efter utskrivningen.

Indikatorn visar andelen patienter som har vårdats med diagnosen schizofreni under perioden 2011–2013 och som har återinskrivits vid psykiatrisk klinik inom 28 dagar, det vill säga till och med januari 2014. 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 som helhet återinskrevs knappt 17 procent inom 28 dagar 2011–2013. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas och därmed är det även svårt att veta om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen ligger mellan 12 och knappt 22 procent återinskrivna inom 28 dagar. Inga tydliga skillnader kan ses mellan könen. Indikationerna för inskrivning i slutenvård kan påverka utfallet.

69.1. Återinskrivning inom 28 dagar efter vård för schizofreni

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar, 2011–2014. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

70 Återinskrivning inom sex månader efter vård av schizofreni

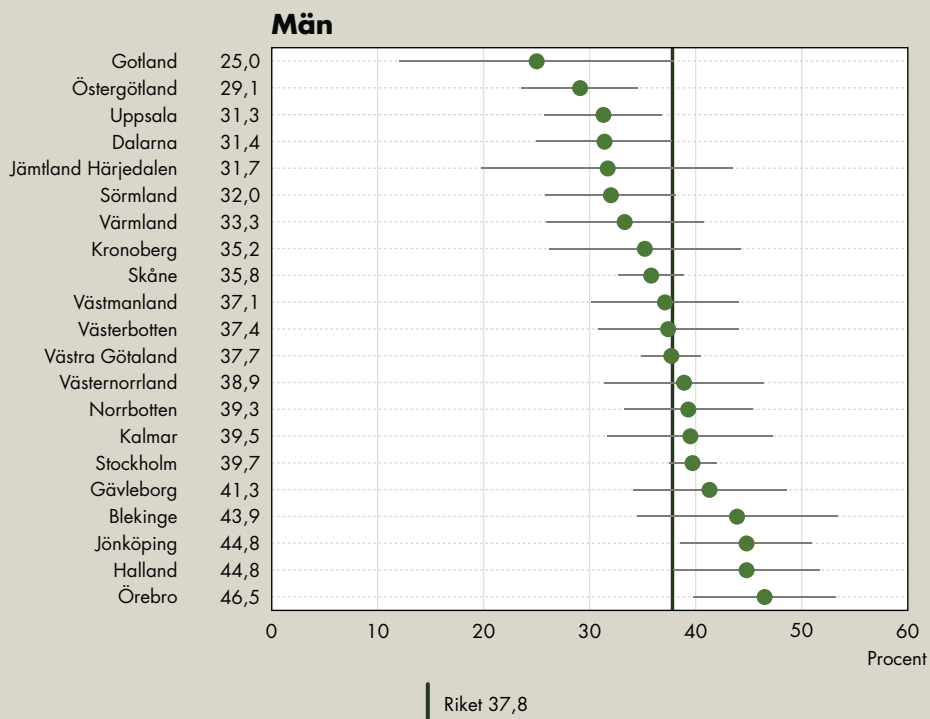
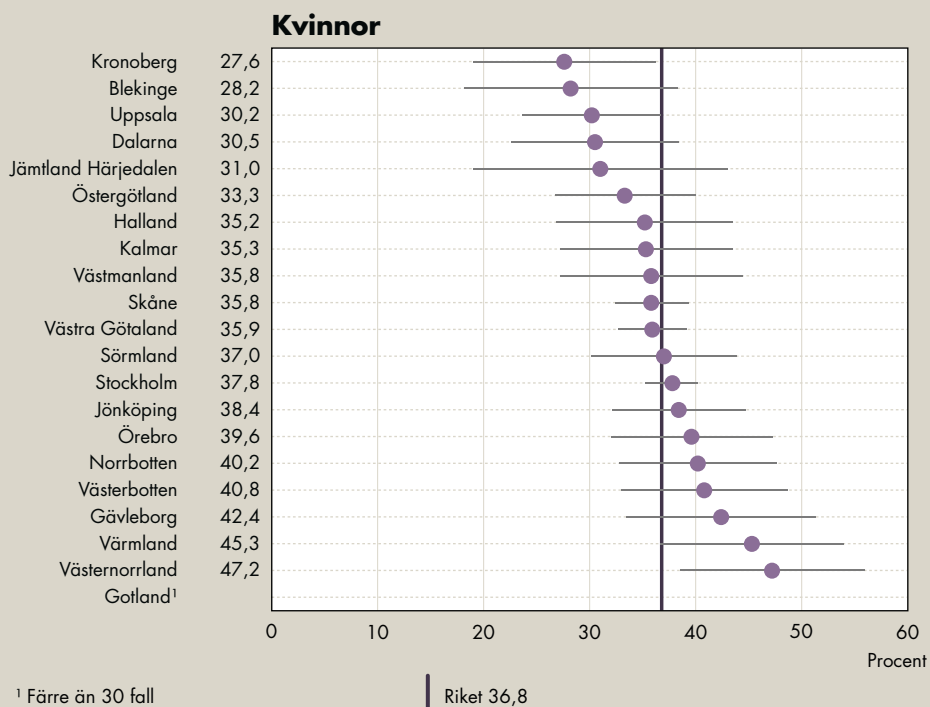
Att följa återinskrivningar inom sex månader syftar till att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Återinskrivningarna kan belysa kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samspelet dem emellan.

Indikatorn visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som har vårdats under åren 2011–2013 och återinskrivits till psykiatrisk klinik inom sex månader, således till och med juni 2014. 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 som helhet återinskrevs 37 procent inom sex 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 de olika landstingen ligger mellan 31 och 44 procent. I stort sett har andelarna legat på samma nivå under hela 2000-talet. Indikationerna för inskrivning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar troligen utfallet.

70.1. Återinskrivning inom 6 månader efter vård för schizofreni

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader, 2011–2014. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialdepartementet. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, 2014–2017.
2. Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdbarometern www.skl.se/vardbarometern
3. Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården, www.vantetider.se
4. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
5. Svenska palliativregistret. Årsrapport 2014.
6. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014 hälso- och sjukvård, övergripande indikatorer.
7. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2014 hälso- och sjukvård, indikatorer om sjukdomar och behandlingar.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård, stöd för styrning och ledning 2015.
9. Hjärtsjukvård. Målnivåer för indikatorer 2015.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer diabetes 2015.
11. Målnivåer diabetesvård 2015.
12. Socialstyrelsen. Utvärdering vård vid astma och KOL, mått och underlag för bedömningar 2014.
13. Socialstyrelsen. Utvärdering av vård vid rörelseorganens sjukdomar, indikatorer och underlag för bedömningar 2014.
14. Svenska knäprotesregistret. Årsrapport 2014.
15. Svenska höftprotesregistret. Årsrapport 2014.
16. Socialstyrelsen. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar 2015.
17. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, uppdatering december 2014.
18. Öppna jämförelser 2014. Vård och omsorg om äldre.
19. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, indikatorer och underlag för bedömningar.
20. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, indikatorer och underlag för bedömningar.

Personer som har lämnat underlag till rapporten

Sveriges Kommuner och Landsting

Fredrik Westander

Adam Sandebring

Socialstyrelsen

Clara Larsson

Frida Lundgren

Helena Schiöler

Henny Rydberg

Jesper Hörnblad

Johan Fastbom

Maria State

Mikael Havasi

Indikator

Aarika Soukka

Karolinska institutet

Rickard Ljung

Företrädare för nationella kvalitetsregister

Syftet med öppna jämförelser är bland annat att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att öppet redovisa resultat från hälso- och sjukvården. Öppna jämförelser kan vara ett av flera underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys samt lärande som kan initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om vårdens kvalitet och effektivitet.

Denna rapport innehåller öppna jämförelser för kroniska sjukdomar. Utgångspunkten för jämförelserna har varit regeringens kronikerstrategi med fokus på patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig upptäckt. Strategins syfte är att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige. I rapporten ingår ett urval av de vanligast förekommande sjukdomsgrupperna i befolkningen.

Rapporten är främst avsedd som ett stöd till beslutfattare, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården samt till den medicinska professionen.

Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar

(artikelnr 2015-12-1) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se