

Nationella riktlinjer – Utvärdering
Vård vid rörelseorganens sjukdomar
Indikatorer och underlag för bedömningar

Bilaga 2. Vårdkonsumtion och kostnader

Innehåll

Inledning	5
Direkta hälso- och sjukvårdskostnader	5
Nationella register används	5
Viktiga aspekter vid tolkning av resultaten	6
Osteoporos	7
Lårbensfraktur	7
Höft- och bäckenfrakturer	8
Fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot	12
Fraktur, stukning eller luxation av överarm eller underben	15
Artros	18
Knäoperationer utom diagnostiska artroskopier	18
Diagnostisk artroskopi	21
Knäoperationer i öppen specialiserad vård	22
Artros i höft och knä	26
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	29
Slutenvårdstillfällen	29
Inflammatorisk ryggsgjukdom – specialiserad öppenvård	31
Ankyloserande spondylit – specialiserad öppenvård	34
Reumatoid artrit – specialiserad öppenvård	36
Psoriasisartrit – specialiserad öppenvård	40
Läkemedelskostnader	43
Läkemedel vid osteoporos	43
Läkemedel vid artros	46
Biologiska läkemedel vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar	49
Metod	51
Datakällor	51
Definitioner	55
Referenser	56

Inledning

I denna bilaga presenteras nationella registeruppgifter om vårdkonsumtion och kostnader vid behandling av vissa av rörelseorganens sjukdomar. De sjukdomar som ingår i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar är osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasis artrit samt reumatoid artrit. Dessutom redovisas vårdkonsumtion och kostnader för olika typer av frakturer, varav några är relaterade till osteoporos. Syftet är att redovisa de uppgifter som finns tillgängliga i nationella register i nuläget.

Direkta hälso- och sjukvårdskostnader

Bilagan berör hälso- och sjukvårdens direkta kostnader, och enbart kostnader för slutenvård och specialiserad öppenvård. Rörelseorganens sjukdomar ger dock även upphov till indirekta kostnader, till exempel produktionsbortfall som en konsekvens av sjukskrivning, förtidspension eller för tidig död. De indirekta kostnaderna är ofta större än de direkta sjukvårdskostnaderna. Exempelvis visar en nyligen publicerad rapport att kostnaderna för produktionsbortfall vid reumatoid artrit är betydligt större än både läkemedels- och sjukvårdskostnaderna [1].

Enligt försäkringskassans statistik för december 2013, fick drygt 23 procent av individerna med sjuk- och aktivitetsersättning det på grund av sjukdom i rörelseapparaten (muskuloskeletala systemet och bindväven). Åtta år tidigare var motsvarande andel nästan 32 procent. Närmare 93 900 individer fick någon gång under år 2013 sjuk- eller aktivitetsersättning på grund av sjukdom i rörelseapparaten. Ersättningen uppgick till totalt 9,2 miljarder kronor. Dessutom fick drygt 138 200 individer sjukpenning av denna orsak. Sjukpenningen uppgick till nästan 6,2 miljarder kronor.

Det är enbart en begränsad del av vården vid rörelseorganens sjukdomar som utförs vid sjukhusens slutenvård och inom den specialiserade öppenvården. En stor del utförs i primärvården där det i dagsläget saknas en nationell datakälla. Dessutom tillkommer de insatser som utförs inom kommunal vård och omsorg. Även här finns begränsade möjligheter att följa upp utförda insatser, åtgärder och kostnader.

Nationella register används

Det är möjligt att beskriva försäljningen av läkemedel som förskrivs i öppenvården, både i primärvården och vid sjukhusens mottagningar. Uppgifter om läkemedelskonsumtion och kostnader har hämtats från läkemedelsregistret som innehåller uppgifter om de läkemedel som hämtats ut via recept på apotek. Data omfattar inte kostnader för läkemedel som administreras ur läkemedelsförråd eller motsvarande. De ingår däremot i måtten *kostnader per vårdtillfälle* och *kostnader per läkarbesök*. Uppgif-

ter om kostnader för besök som specifikt avser administration av läkemedel presenteras också.

Uppgifter om vårdkonsumtion har hämtats från patientregistret, genom dess indelning i diagnosrelaterade grupper (DRG). Kostnadsuppgifter är hämtade från KPP-databasen (kostnad per patient) som administreras av SKL. Databasen innehåller uppgifter om kostnader per vårdtillfälle/besök per diagnosrelaterad grupp.

De uppgifter som presenteras avser främst år 2012. Indelningen i DRG har ändrats över åren och därför är det svårt att presentera jämförbara uppgifter från flera år. Vissa uppgifter från 2009 ingår dock. Uppgifterna innefattar slutenvården och operationer (dagkirurgi) som utförts i den specialiserade öppenvården. För personer med inflammatorisk reumatisk sjukdom presenteras även besök i specialiserad öppenvård.

Rapportering till patientregistret är obligatorisk enligt lag, medan rapporteringen av kostnadsuppgifter till KPP-databasen är frivillig. Det innebär att vissa sjukhus och landsting kan välja att inte rapportera sina kostnadsuppgifter och KPP-databasen omfattar därför färre vårdtillfällen än patientregistret. Socialstyrelsens avsikt är att ge en uppfattning om kostnaderna för olika vårdtillfällen och besök så som de redovisas i KPP-databasen samt att visa på nyttan av registrering och rapportering av kostnader enligt KPP-metoden.

Genom att redovisa tillgängliga data hoppas Socialstyrelsen att registreringen av kostnadsuppgifter och kodningspraxis ska förbättras.

Viktiga aspekter vid tolkning av resultaten

Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse liksom olika kodningspraxis vad gäller bidiagnoser och åtgärder. Kostnadsuppgifterna är därmed inte alltid jämförbara. Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Färre än 30 observationer redovisas inte.

Mer information om datakällorna, DRG-indelningen och KPP-metoden finns i avsnittet Metod i denna bilaga.

Osteoporos

Osteoporos eller benskörhet gör benvävnaden mindre tät och skelettet blir därmed skörare och lättare att bryta. Konsekvenserna av osteoporos är frakturer som kan inträffa efter en liten till obetydlig påfrestning. Diagnosen osteoporos finns dock sällan med, vare sig vid in- eller utskrivning av till exempel personer med höftfraktur. Det finns därför inte några fullständiga uppgifter över resursförbrukningen och kostnaderna för vård vid osteoporos.

Däremot finns det data om vårdkonsumtion och kostnader vid lårbensfraktur, höft- och bäckenfraktur, fraktur i underarm, hand och fot samt fraktur i överarm och underben. Uppgifterna avser dock samtliga slutenvårdade frakturer oavsett om personerna har osteoporos eller inte. Tabellerna nedan visar resursförbrukningen vid olika typer av frakturer.

Lårbensfraktur

Tabell 1 och 2 nedan visar antalet slutenvårdstillfällen vid lårbensfraktur år 2009 och 2012. Indelningen i DRG har ändrats över åren: år 2009 ingick lårbensfrakturer i DRG 235, medan de år 2012 ingick i DRG H50N. År 2012 hade flertalet landsting färre än 30 vårdtillfällen med lårbensfraktur, och därför presenteras data enbart för Skåne, Stockholm, Värmland, Västerbotten, Västra Götaland och Östergötland i tabell 2. Kostnadsuppgifterna är hämtade från KPP-databasen. Alla vårdtillfällen som registrerats där ingår i kostnadsuppgifterna, även så kallade ytterfallskostnader. Vissa landsting samlar inte in uppgifter om kostnader och rapporterar inte till den nationella KPP-databasen.

Tabell 1 Vårdtillfällen, vårddagar och kostnader vid lårbensfraktur, riket

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vårddagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid lårbensfraktur, riket, 2009 (DRG235) och 2012 (H50N). Löpande priser, SEK. Inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Årtal	DRG	Vårdtillfällen	Vårddagar	Genomsnittskostnad
2009	DRG 235	915	8,3	49831
2012	DRG H50N	847	8,0	51790

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Tabell 2 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid lårbensfraktur, landsting

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid lårbensfraktur (H50N), landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Landsting	Vårdtillfällen	Medelvårdtid	Genomsnittskostnad
Skåne	103	7,2	71 319
Stockholm	269	9,0	46 275
Värmland	34	7,9	
Västerbotten	33	6,6	46 838
Västra Götaland	128	7,0	55 695
Östergötland	35	6,1	46 263
Okänt	6	x	
Riket	847	8,0	51 790

Noter: Okänt betyder att patientens hemortslänsting är okänt. Uppgifter med färre än 30 vårdtillfällen presenteras inte, markeras med X.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Höft- och bäckenfrakturer

Tabell 3 och 4 visar antalet vårdtillfällen vid höft- och bäckenfraktur. År 2009 fanns enbart en diagnosrelaterad grupp för dessa frakturer, DRG 236. År 2012 delades höft- och bäckenfrakturer in i tre grupper – H51A, H51C och H51E – för att särskilja vårdtillfällen efter patienternas sjuklighet och/eller ytterligare utförda vårdåtgärder.

Bokstaven A står för mycket komplicerat, vilket innebär att någon komplikation inträffade under vårdtillfället som medförde ytterligare åtgärder, eller att patienten hade ytterligare bidiagnoser (samsjuklighet) som gjorde vårdtillfället mer resurskrävande. Bokstaven C indikerar en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd, men fallet är ändå mindre komplicerat än ett vårdtillfälle med bokstaven A. Bokstaven E indikerar avsaknad av komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd. Ett sådant vårdtillfälle är alltså mindre resurskrävande än ett som markerats med A eller C.

Kostnadsuppgifterna är hämtade från KPP-databasen, och alla vårdtillfällen som registrerats där ingår i kostnadsuppgifterna som redovisas per landsting, även så kallade ytterfallskostnader. När kostnader redovisas per sjukhus ingår enbart kostnadsinnerfall, vilket innebär att vårdtillfällen som avviker mycket i kostnadshänseende (kostnadsytterfall) har exkluderats. Vissa landsting samlar inte in uppgifter om kostnader och rapporterar inte till den nationella KPP-databasen.

Tabell 3 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid höft- och bäckenfraktur, riket

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid höft- och bäckenfraktur, riket, 2009 (DRG 236) och 2012 (H51A, H51C, H51E). Löpande priser, SEK. Inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Årtal	DRG	Vårdtillfällen	Medelvårdtid	Genomsnittskostnad
2009	236	8 199	10,6	51 221
2012	H51A	993	12,1	68 169
2012	H51C	3 535	10	49 260
2012	H51E	3 418	6,5	37 783

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Tabell 4 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid höft- och bäckenfraktur, landsting

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid höft- och bäckenfraktur (H51A, H51C, H51E), per landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Landsting	H51A			H51C			H51E		
	Mycket komplicerat			Komplicerat			Inte komplicerat		
	Vtf	Vårdtid	Kostnad	Vtf	Vårdtid	Kostnad	Vtf	Vårdtid	Kostnad
Blekinge	x	x		x	x		39	7,0	
Dalarna	38	16,1		140	15,3		143	13,4	
Gotland	x	x		x	x		x	x	
Gävleborg	x	x	x	61	7,9	38 425	69	6,3	44 388
Halland	x	x	x	67	6,4	38 512	49	6,2	39 323
Jämtland	x	x	x	45	6,7	41 722	56	8,9	47 428
Jönköping	31	10,0		99	7,6		93	6,7	
Kalmar	x	x	x	75	7,0	43 865	69	4,8	28 526
Kronoberg	x	x		65	11,5		73	7,5	
Norrbottn	36	12,9	78 573	145	9,5	49 012	142	7,8	37 381
Skåne	120	9,1	48 620	434	7,0	38 084	800	3,0	33 680
Stockholm	434	13,9	64 773	1 431	11,8	52 163	906	8,8	36 155
Sörmland	x	x		82	9,1		86	6,6	
Uppsala	x	x	x	88	8,2	45 666	46	5,0	32 237
Värmland	x	x		77	7,7		89	5,7	
Västerbotten	x	x	x	127	11,7	70 175	87	7,8	44 848
Västernorrland	x	x	x	59	8,2	45 816	78	6,6	42 855
Västmanland	x	x	x	51	6,5	44 365	59	5,6	40 130
Västra Götaland	68	10,6	88 936	258	7,7	54 712	359	5,9	38 271
Örebro	x	x	x	92	11,4	54 182	109	7,0	37 459
Östergötland	30	11,0	76 482	114	7,7	50 353	67	4,6	37 569
Okänt	2	x		6	x		16	x	
Riket	997	12,1	68 169	3 550	10,0	49 260	3 453	6,5	37 783

Noter:
Okänt betyder att patientens hemortslänsting är okänt.
Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

I diagram 1 nedan presenteras de genomsnittliga kostnaderna per vårdtillfälle vid höft- och bäckenfrakturer med komplikation (H51C) respektive utan komplikation (H51E) per sjukhus.

År 2012 rapporterades 434 så kallade mycket komplicerade vårdtillfällen (H51A), 1 618 komplicerade vårdtillfällen (H51C) och 1 619 utan komplikation (H51E) till KPP-databasen. Kostnadsinverfallen var 405, 1 560 respek-

tive 1 568 stycken. I diagram 1 nedan ingår bara kostnadsinnerfall. Flera sjukhus hade färre än 30 vårdtillfällen och ingår därför inte i presentationen.

År 2012 kostade ett vårdtillfälle med komplikation vid höft- eller bäckenfraktur runt 43 700 kronor och medelvårdtiden var 7,6 dagar. Ett vårdtillfälle utan komplikation kostade i genomsnitt 33 800 kronor och medelvårdtiden var något kortare med 5,3 dagar.

Den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle (med komplikation) skiljde sig kraftigt åt mellan sjukhusen. Kostnaden varierade mellan 30 000 och nästan 68 000 kronor per vårdtillfälle. Medelvårdtiderna varierade också; från 3,3 vård dagar till 14 dagar.

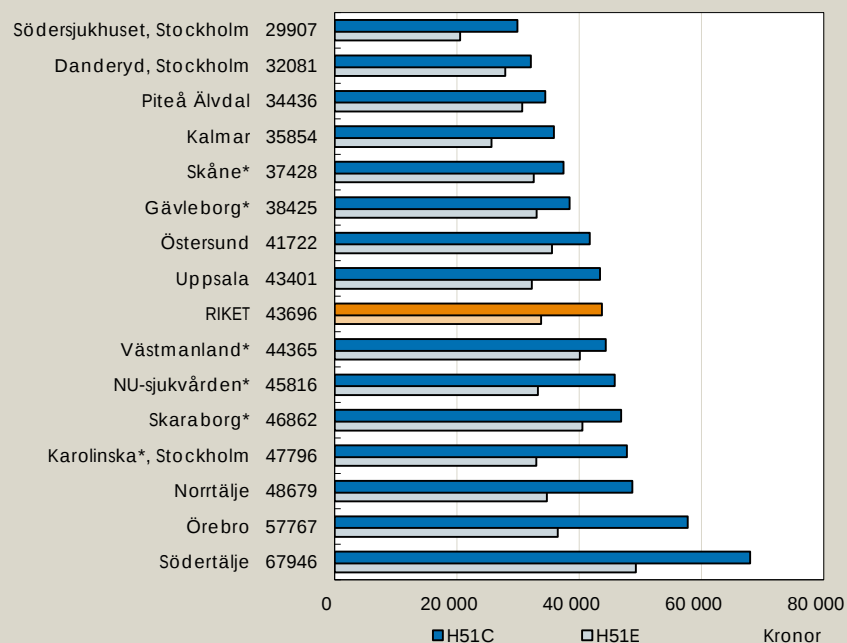
Kostnaderna varierade avsevärt mellan sjukhusen och det tyder på att kostnaderna per vårdtillfälle inte är jämförbara. Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse.

Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Fördelningen mellan höft- och bäckenfrakturer med respektive utan komplikation beror på i vilken grad patienterna har någon samsjuklighet samt på hur väl bidiagnoser och åtgärder dokumenteras i patientadministrativa system.

Diagram 1. Kostnad/vårdtillfälle vid höft- eller bäckenfraktur

Kostnad per vårdtillfälle vid höft- eller bäckenfraktur med (H51C) respektive utan komplikation (H51E). Enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen i båda grupperna. Exkl. ytterfallskostnader inom slutenvården 2012.



* Grupp av sjukhus med gemensam redovisning.
Källa: KPP-databasen (SKL)

Fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot

Tabell 5 och 6 visar antalet slutenvårdsvårdtillfällen vid fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot. År 2009 fanns två diagnosrelaterade grupper, DRG 250 (komplicerat) och DRG 251 (inte komplicerat). År 2012 fanns motsvarande DRG H65C och DRG H65E där bokstäverna C och E indikerar samsjuklighet och/eller ytterligare åtgärder.

Bokstaven C står för komplicerat, vilket innebär att någon komplikation inträffade under vårdtillfället som medförde ytterligare åtgärder, eller att patienten har ytterligare bidiagnoser (samsjuklighet) som gjorde vårdtillfället mer resurskrävande. Bokstaven E indikerar avsaknad av en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd. Ett sådant vårdtillfälle är alltså mindre resurskrävande än ett som markerats med C.

Kostnadsuppgifterna är hämtade från KPP-databasen, och alla vårdtillfällen som registrerats där ingår i kostnadsuppgifterna som redovisas per landsting, även så kallade ytterfallskostnader. När kostnader redovisas per sjukhus ingår enbart kostnadsinnerfall, vilket innebär att vårdtillfällen som avviker mycket i kostnadshänseende (kostnadsytterfall) har exkluderats. Vissa landsting samlar inte in uppgifter om kostnader och rapporterar inte till den nationella KPP-databasen. Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte i tabell 6 utan markeras med x.

Tabell 5 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid fraktur av underarm, hand eller fot, riket

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot, riket, 2009 (DRG250, DRG251) och 2012 (H65C, H65E). Löpande priser, SEK. Inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Årtal	DRG	Vårdtillfällen	Medelvårdtid	Genomsnittskostnad
2009	250	748	6,2	36 920
2009	251	1 609	3,3	25 477
2012	H65C	863	6,1	38 708
2012	H65E	2 787	1,8	21 156

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Tabell 6 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid fraktur av underarm, hand eller fot, landsting

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (vårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot (H65C, H65E), landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Landsting	H65C			H65E		
	Komplicerat			Inte komplicerat		
	Vårdtillfälle	Vårdtid	Kostnad	Vårdtillfälle	Vårdtid	Kostnad
Blekinge	x	x		37	1,5	
Dalarna	x	x		108	1,6	
Gotland	x	x		x	X	
Gävleborg	x	x	x	57	2,3	33 669
Halland	x	x	x	91	1,5	25 372
Jämtland	x	x	x	36	1,9	18 358
Jönköping	32	3,6		80	1,6	
Kalmar	x	x	x	94	1,1	18 792
Kronoberg	x	x		67	1,3	
Norrbottn	x	x	x	63	2,6	27 961
Skåne	124	6,0	39 644	404	1,5	16 994
Stockholm	233	8,0	39 685	503	2,3	23 800
Sörmland	x	X		41	2,6	
Uppsala	x	X	x	x	X	x
Värmland	x	X		43	2,0	
Västerbotten	33	5,6	36 156	91	1,5	21 523
Västernorrland	x	X	x	49	2,9	26 203
Västmanland	x	X	x	46	1,7	26 527
Västra Götaland	98	5,8	39 841	668	1,5	17 457
Örebro	x	X	x	106	1,8	20 737
Östergötland	31	3,7	35 061	100	2,1	29 918
Okänt	3	X		62		
Riket	863	6,1	38 708	2 787	1,7	21 156

Noter:

Okänt betyder att patientens hemortslänsting är okänt.

Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

I diagram 2 nedan presenteras sjukhusens genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot. År 2012 rapporterades 529 vårdtillfällen med en komplicerande åtgärd eller bidiagnos (H65C) och 2 121 vårdtillfällen utan någon komplicerande bidiagnos eller åtgärd (H65E) till KPP-databasen. Kostnadsinfallen var 509 respektive 2 078 stycken vårdtillfällen.

Flertalet sjukhus hade färre än 30 vårdtillfällen med komplikation, varför de inte ingår i sammanställningen nedan. Diagram 2 visar därför enbart vård-

tillfällen utan komplikation (H65E) och enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen av den typen. Enbart kostnadsinnerfall ingår i diagrammet.

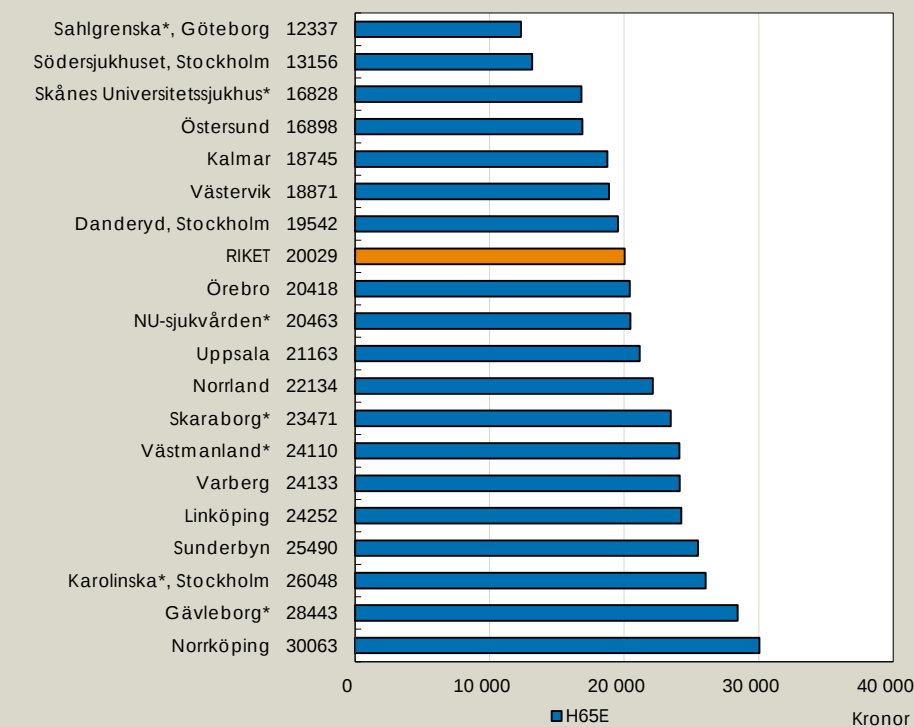
År 2012 var genomsnittskostnaden 34 100 kronor för ett vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot med komplikation. Ett vårdtillfälle utan komplicerande åtgärd eller bidiagnos kostade runt 20 000 kronor. Medelvårdtiden var 4,9 respektive 1,3 dagar. Vårdtillfället utan komplikation med högst genomsnittlig kostnad kostade drygt 30 000 kronor, medan det med lägst kostnad uppgick till nästan 12 400 kronor. Medelvårdtiden skiljde sig inte nämnvärt åt: 1,3 mot 1,0 vård dagar.

Det är flera faktorer som påverkar kostnadernas storlek. Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse. Kostnadsuppgifterna är därmed inte alltid jämförbara. Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Fördelningen mellan frakturer med respektive utan komplikation beror på i vilken grad patienterna har någon samsjuklighet samt på hur väl bidiagnoser och åtgärder dokumenteras i patientadministrativa system.

Diagram 2. Kostnad/vårdtillfälle vid fraktur av underarm, hand

Kostnad per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av underarm, hand eller fot utan komplikation (H65E). Enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen. Exkl ytterfallskostnader inom slutenvården 2012.



Fraktur, stukning eller luxation av överarm eller underben

Tabell 7 och 8 visar antalet vårdtillfällen vid fraktur, stukning eller luxation av överarm eller underben. År 2009 fanns två diagnosrelaterade grupper, DRG 253 (komplicerat) och DRG 254 (inte komplicerat). År 2012 fanns motsvarande DRG H66C och DRG H66E. Bokstaven C står för komplicerat, vilket innebär att någon komplikation inträffade under vårdtillfället som medförde ytterligare åtgärder, eller att patienten hade ytterligare bidiagnoser som gjorde vårdtillfället mer resurskrävande. Bokstaven E indikerar avsaknad av en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd. Ett sådant vårdtillfälle är alltså mindre resurskrävande än ett som markerats med C.

Kostnadsuppgifterna är hämtade från KPP-databasen, och alla vårdtillfällen som registrerats där ingår i kostnadsuppgifterna som redovisas per landsting. När kostnader redovisas per sjukhus ingår enbart kostnadsinnerfall, vilket innebär att vårdtillfällen som avviker mycket i kostnadshänseende (kostnadsytterfall) har exkluderats. Vissa sjukhus och landsting samlar inte in uppgifter om kostnader och rapporterar inte till den nationella KPP-databasen. Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte.

Tabell 7 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid fraktur av överarm eller underben, riket

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av överarm eller underben, riket, 2009 (DRG253, DRG254) och 2012 (H66C, H66E). Löpande priser, SEK. Inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Årtal	DRG	Vårdtillfällen	Medelvårdtid	Genomsnittskostnad
2009	253	2 490	7,7	46 824
2009	254	5 439	4,3	28 305
2012	H66C	3 266	7,0	40 594
2012	H66E	4 741	3,7	26 443

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Tabell 8 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid fraktur av överarm eller underben, landsting

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av överarm eller underben (H66C, H66E), landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader i slutenvården.

Landsting	H66C			H66E		
	Komplicerat			Inte komplicerat		
	Vtf	Vårdtid	Kostnad	Vtf	Vårdtid	Kostnad
Blekinge	36	8,2		64	3,8	
Dalarna	125	7,9		190	3,8	
Gotland	x	x		45	2,4	
Gävleborg	71	5,3	29 924	136	3,3	31 635
Halland	81	5,3	32 435	112	3,6	27 756
Jämtland	70	6,8	41 181	58	4,1	21 019
Jönköping	114	6,1		186	3,4	
Kalmar	101	4,8	30 228	189	2,3	18 333
Kronoberg	59	7,6		112	3,4	
Norrbottn	99	9,2	45 842	174	4,1	28 665
Skåne	465	6,1	36 794	525	3,9	27 960
Stockholm	850	9,0	45 638	1 006	4,5	25 325
Sörmland	78	7,1		141	5,0	
Uppsala	92	7,1	45 656	83	3,5	25 615
Värmland	107	6,3		135	4,2	
Västerbotten	115	6,4	40 960	137	3,6	25 647
Västernorrland	83	5,6	36 588	152	3,3	26 974
Västmanland	88	5,5	43 098	133	3,0	33 492
Västra Götaland	371	6,1	41 116	753	3,7	27 454
Örebro	106	6,9	39 145	158	3,5	24 773
Östergötland	125	6,1	45 354	152	2,6	29 080
Okänt	18	X		99	x	
Riket	3 266	7,0	40 594	4 741	3,7	26 443

Noter:

Okänt betyder att patientens hemortslandsting är okänt.

Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

I diagram 3 presenteras sjukhusens genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation av överarm eller underben. År 2012 rapporterades 2 017 så kallade komplicerade vårdtillfällen (H66C) och 3 181 vårdtillfällen utan någon komplikation (H66E) till KPP-databasen. Kostnadsinnerfallen var 1 949 respektive 3 105 kronor. Enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen ingår i diagrammet, och det inkluderar enbart kostnadsinnerfall.

Rikets genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle var drygt 35 800 kronor för ett vårdtillfälle med komplikation och nästan 25 000 för ett vårdtillfälle

utan någon komplicerande bidiagnos eller samsjuklighet. Medelvårdtiden var 5,6 respektive 3,0 dagar.

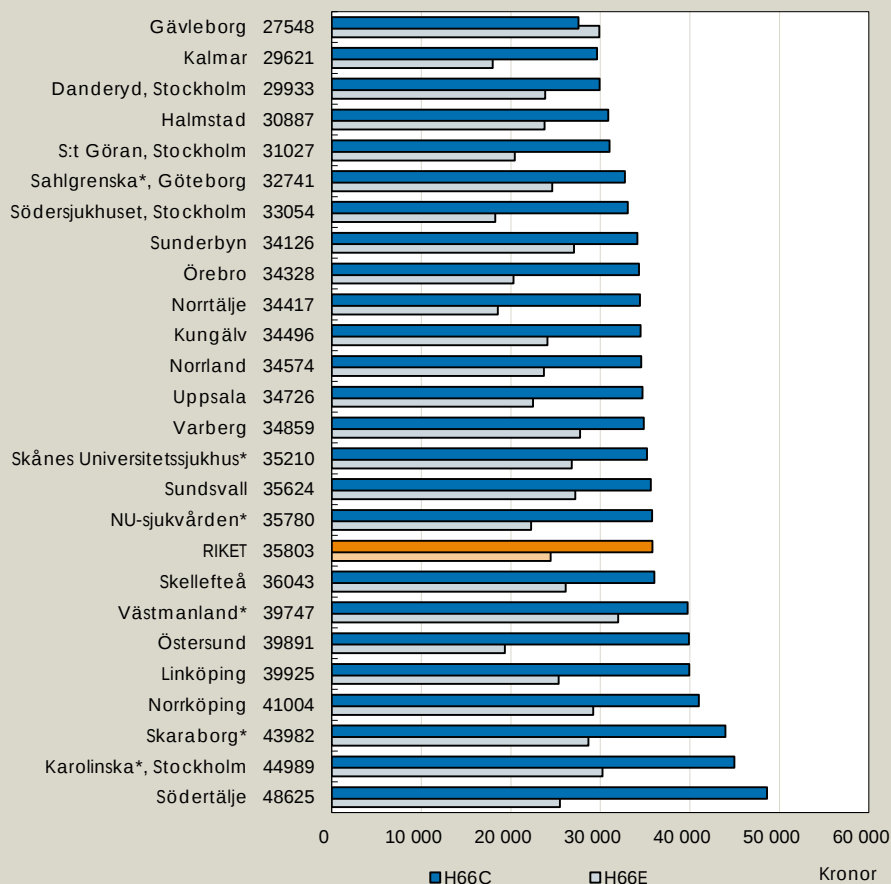
Sjukhuset med högst genomsnittlig kostnad, runt 48 699 kronor, hade i medel 9,5 vård dagar, vilket avsåg vårdtillfällen med komplicerande bidiagnoser eller samsjuklighet. Sjukhuset med lägst genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle, cirka 27 500 kronor, hade en medelvårdtid på 5,2 dagar.

Det är flera faktorer som påverkar kostnadernas storlek. Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse. Kostnadsuppgifterna är därmed inte alltid jämförbara. Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Fördelningen mellan frakturer med respektive utan komplikation beror på i vilken grad patienterna har någon samsjuklighet samt på hur väl bidiagnoser och åtgärder dokumenteras i patientadministrativa system.

Diagram 3. Kostnad/vårdtillfälle vid fraktur överarm, underben

Kostnad per vårdtillfälle vid fraktur, stukning eller luxation överarm eller underben med (H66C) respektive utan komplikation (H66E). Enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen i båda grupperna. Exkl ytterfallskostnader inom slutenvården 2012.



* Grupp av sjukhus med gemensam redovisning.

Källa: KPP-databasen (SKL)

Artros

Artros är ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar som karakteriseras av en sviktande ledfunktion med varierande grad av nedbrytning av ledbrosk och ombyggnad av lednära ben. Vanliga symtom är smärta, funktionsinskränkning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsbördan orsakas av artros i knä och höft.

Artros behandlas främst i primärvården och i den öppna specialiserade vården. De flesta kirurgiska ingreppen görs i så kallad dagkirurgi och enbart ett fåtal vårdtillfällen återfinns i slutenvården. Protesoperationer utförs dock i slutenvården.

Tabellerna och figurerna nedan visar uppgifter om knäoperationer i slutenvården samt diagnostisk artroskopi och knäoperationer i öppen specialiserad vård oavsett om artros är den bakomliggande orsaken till ingreppen. Dessutom presenteras uppgifter om slutenvård vid artros i höft och knä.

Knäoperationer utom diagnostiska artroskopier

Tabell 9 och 10 visar antalet vårdtillfällen i sjukhusens slutenvård vid knäoperationer som inte omfattar diagnostisk artroskopi. Tabellerna visar det totala antalet vårdtillfällen oavsett patientens diagnos och oavsett orsaken till det kirurgiska ingreppet. Tabell 9 visar även antalet vårdtillfällen som rör operationer på menisk i knäled. Tabell 10 avser enbart knäoperationer utan komplicerande bidiagnoser eller åtgärder.

År 2009 fanns artroskopisk knäkirurgi i två diagnosrelaterade grupper, DRG 221 (komplicerat) och DRG 222 (inte komplicerat). År 2012 grupperades artroskopisk knäkirurgi till tre diagnosrelaterade grupper – H13A, H13C och H13E – med syftet att ännu bättre särskilja patientgrupperna efter samsjuklighet och/eller ytterligare vårdåtgärder som gjordes under vårdtillfället.

Bokstäverna A, C och E indikerar således en case-mix bland patienterna. Bokstaven A står för mycket komplicerat, vilket innebär att någon komplikation inträffade under vårdtillfället som medförde ytterligare åtgärder, eller att patienten hade ytterligare bidiagnoser (samsjuklighet) som gjorde vårdtillfället mer resurskrävande. Bokstaven C indikerar en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd, men mindre komplicerad än ett vårdtillfälle med bokstaven A. Bokstaven E indikerar avsaknad av en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd. Ett sådant vårdtillfälle är alltså mindre resurskrävande än ett som markerats med A eller C.

Kostnadsuppgifterna är hämtade från KPP-databasen och alla vårdtillfällen som registrerats där ingår i kostnadsuppgifterna som redovisas per landsting. När kostnader redovisas per sjukhus ingår enbart kostnadsinnerfall, vilket innebär att vårdtillfällen som avviker mycket i kostnadshänseende (kostnadsytterfall) har exkluderats. Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte.

Tabell 9 Vårdtillfällen vid knäoperationer och valda åtgärder, riket

Antal slutenvårdstillfällen vid knäoperationer utom diagnostiska artroskopier (DRG221, DRG222/H13A, H13C, H13E) och antal vårdtillfällen vid vissa valda åtgärder (NGD01, NGD11, NGD91), 2009 och 2012.

ÅR	DRG	Vårdtillfällen		
		Totalt	Valda åtgärder	Åtgärds-koder
2009	221, 222	3162	452	NGD01, NGD11, NGD91
2012	H13A	115	4	NGD01, NGD11, NGD91
2012	H13C	548	33	NGD01, NGD11, NGD91
2012	H13E	2893	547	NGD01, NGD11, NGD91

Noter: Valda åtgärder avser

NGD01, artroskopisk eller endoskopisk total excision av menisk i knäled.

NGD11, artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk i knäled.

NGD91, annan artroskopisk eller endoskopisk operation på menisk i knäled.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Tabell 10 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid knäoperationer utom diagnostiska artroskopier, landsting

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid knäoperationer utom diagnostiska artroskopier, inte komplicerat (DRG H13E), per landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Landsting	Vårdtillfällen	Medelvårdtid	Kostnad
Blekinge	44	1,7	
Dalarna	73	2,6	
Gotland	20	1,6	
Gävleborg	70	2,7	49 536
Halland	124	1,8	48 528
Jämtland	x	x	x
Jönköping	110	2,5	
Kalmar	95	2,0	46 142
Kronoberg	47	1,9	
Norrbottn	58	3,7	48 487
Skåne	202	3,0	48 114
Stockholm	1 127	1,6	49 213
Sörmland	58	3,3	
Uppsala	143	1,9	57 027
Värmland	32	4,8	
Västerbotten	67	2,7	57 452
Västernorrland	61	2,8	46 653
Västmanland	x	x	X
Västra Götaland	403	2,6	46 413
Örebro	x	x	X
Östergötland	63	3,1	47 332
Okänt	17	2,3	X
Riket	2 893	2,2	49 047

Noter:

Okänt betyder att patientens hemortslänsting är okänt.

Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

I diagram 4 nedan presenteras de genomsnittliga kostnaderna per vårdtillfälle vid knäoperationer utförda i slutenvården vid olika sjukhus år 2012. Diagnostiska artroskopier (H13E) ingår inte. Till KPP-databasen rapporterades detta år 1 451 vårdtillfällen avseende knäoperationer. Kostnadsinnerfallen var 1 401. Enbart kostnadsinnerfall och enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen ingår i diagram 6.

Rikets genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle uppgick till drygt 45 200 kronor och medelvårdtiden var 2,6 dagar. Sjukhusens genomsnittliga kostna-

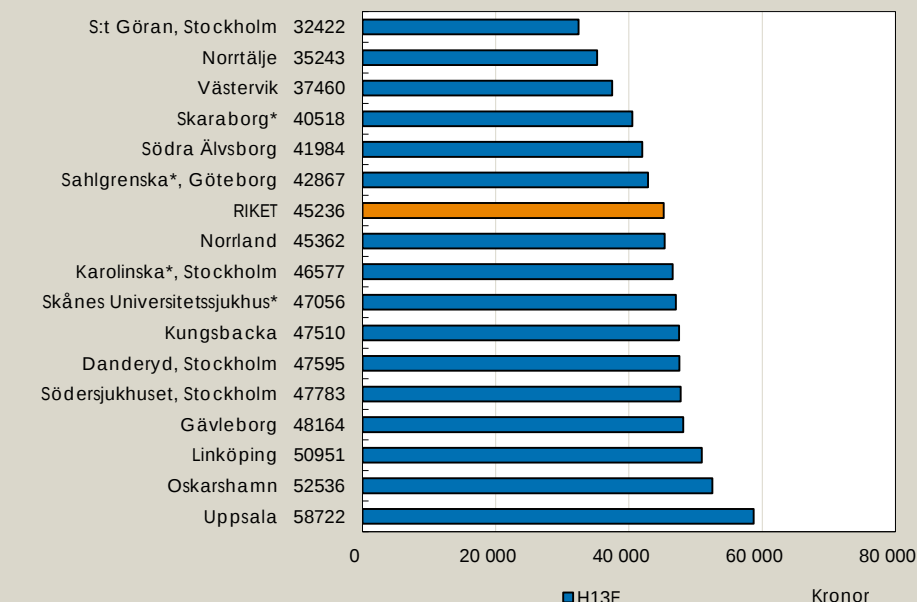
der per vårdtillfälle varierade från nästan 34 500 kronor till närmre 59 000 kronor. Medelvårdtiderna varierade också, från 1,8 till 3,8 vård dagar.

Det är flera faktorer som påverkar kostnaderna. Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse. Kostnadsuppgifterna är därmed inte alltid jämförbara. Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Fördelningen mellan knäoperationer med respektive utan komplikation beror på i vilken grad patienterna har någon samsjuklighet samt på hur väl biddiagnoser och åtgärder dokumenteras i patientadministrativa system.

Diagram 4. Kostnad/vårdtillfälle vid knäoperationer

Kostnad per vårdtillfälle vid knäoperationer utom diagnostiska artroskopier utan komplikation (H13E). Enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen. Exkl ytterfallskostnader inom slutenvården 2012.



* Grupp av sjukhus med gemensam redovisning.

Källa: KPP-databasen (SKL)

Diagnostisk artroskopi

Tabell 11 nedan visar det totala antalet vårdtillfällen vid diagnostisk artroskopi utförd i slutenvården. Vidare visas antalet vårdtillfällen vid åtgärderna artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled (NGA11) och artroskopisk eller endoskopisk biopsi av mjukdelar eller led i knä eller underben (NGA21), som ingår i de diagnosrelaterade grupperna diagnostisk artroskopi, H45C och H45E. Bokstaven C indikerar en komplicerande biddiagnos och/eller åtgärd. Bokstaven E visar avsaknad av en komplicerande biddiagnos och/eller åtgärd.

Kostnadsuppgifterna är hämtade från KPP-databasen och alla vårdtillfällen som registrerats där ingår i rikets kostnadsuppgifter, vilket innebär att även

ytterfallskostnader ingår. Eftersom det totala antalet vårdtillfällen är relativt litet redovisas inte uppgifter för varje enskilt landsting. Därmed redovisas inte heller kostnadsuppgifter på sjukhusnivå.

Tabell 11 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid diagnostisk artroskopi, riket

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid diagnostisk artroskopi (H45C, H45E) samt antal vårdtillfällen vid vissa valda åtgärder (NGA11, NGA21), riket, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

DRG	Vårdtillfällen		Medelvårdtid	Kostnad
	Totalt	Valda åtgärder		
H45C, Komplicerat	70	53	7,9	67 447
H45E, Inte komplicerat	261	170	3,1	41 796

Noter: Valda åtgärder avser

NGA11, artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled.

NGS 21, artroskopisk eller endoskopisk biopsi av mjukdelar eller led i knä eller underben.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

Knäoperationer i öppen specialiserad vård

Knäoperationer utförs huvudsakligen i den specialiserade öppenvården. Tabellerna 12 och 13 nedan visar antalet större knäoperationer utförda i öppen specialiserad vård (H10O), med antalet utförda åtgärder NGD21 (artroskopisk eller endoskopisk replantation av menisk i knäled). Tabellerna visar även antalet andra knäoperationer utförda i öppen specialiserad vård (H12O), med åtgärderna NGD01 (artroskopisk eller endoskopisk total excision av menisk i knäled), NGD11 (artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk i knäled) och NGD91 (annan artroskopisk eller endoskopisk operation på menisk i knäled).

Tabell 12 Antal knäoperationer i specialiserad öppenvård, riket

Antal utförda knäoperationer i specialiserad öppenvård avseende större knäoperationer (H10O) och andra knäoperationer (H12O) samt antal valda utförda åtgärder (NGD21, NGD01, NGD11, NGD91), riket, 2012.

DRG	Vårdtillfällen	
	Totalt	Valda åtgärder
H10O, Större knäoperationer	6338	808
H12O, Andra knäoperationer	16184	13308

Noter:

Valda åtgärder H10O avser:

NGD21, artroskopisk eller endoskopisk replantation av menisk i knäled.

Valda åtgärder H12O avser:

NGD01, artroskopisk eller endoskopisk total excision av menisk i knäled.

NGD11, artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk i knäled.

NGD91, annan artroskopisk eller endoskopisk operation på menisk i knäled.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 13 Antal knäoperationer i specialiserad öppenvård, landsting

Antal utförda knäoperationer i specialiserad öppenvård avseende större knäoperationer (H10O) och andra knäoperationer (H12O) samt genomsnittlig kostnad per operation, per landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom öppenvården.

Landsting	H10O	H12O		
	Större knäop	Andra knäop		
	Antal	Kostnad	Antal	Kostnad
Blekinge	X		198	
Dalarna	139		408	
Gotland	32		134	
Gävleborg	157	21 838	531	14 478
Halland	301	17 366	684	15 930
Jämtland	X	x	x	x
Jönköping	190		397	
Kalmar	93	25 039	426	18 250
Kronoberg	118		240	
Norrbottn	84	20 459	209	14 083
Skåne	664	21 773	1339	15 842
Stockholm	2 277	18 485	5736	11 512
Sörmland	90		375	
Uppsala	188	22 770	696	10 827
Värmland	174		261	
Västerbotten	169	18 211	288	13 689
Västernorrland	77	18 085	264	13 325
Västmanland	164	18 076	333	11 638
Västra Götaland	1 055	26 703	2340	14 924
Örebro	81		256	
Östergötland	231	12 028	1003	11 905
Okänt	15		37	
Riket	63 38	21 265	16 184	13 827

Noter:

Okänt betyder att patientens hemortslän är okänt.

Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

I diagram 5 och 6 presenteras de genomsnittliga kostnaderna per operation vid större knäoperationer (H10O) och andra knäoperationer (H12O) utförda vid sjukhusens specialiserade öppenvård år 2012. Till KPP-databasen rapporterades detta år 2 273 större knäoperationer och 5 207 andra knäoperationer. Kostnadsinnerfallen var 2 366 respektive 5 168. Enbart så kallade kostnadsinnerfall ingår i figuren, vilket innebär att operationer som avviker mycket i kostnadsförhållande (kostnadsytterfall) har exkluderats. Enbart sjukhus som utfört 30 eller fler operationer ingår i diagram 5 och 6.

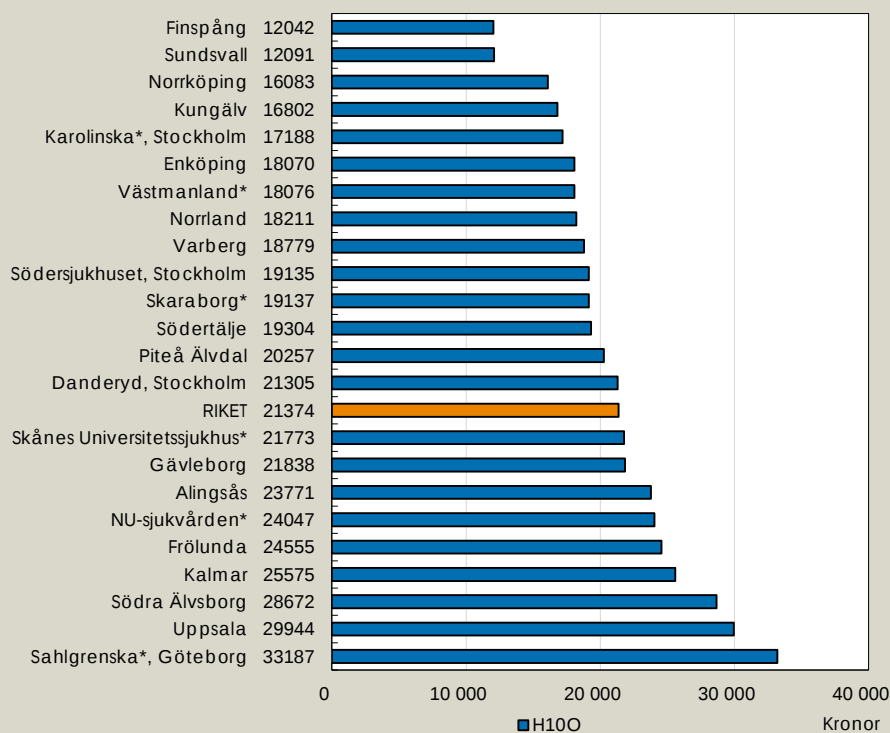
Rikets genomsnittliga kostnader per större knäoperation uppgick till nästan 23 400 kronor. Sjukhusens genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle varierade, från 12 000 kronor till runt 33 000 kronor.

De genomsnittliga kostnaderna per andra knäoperationer för riket uppgick till nästan 14 000 kronor. Även här varierade sjukhusens genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle, från 8 000 kronor till runt 20 000 kronor.

Det är många faktorer som påverkar kostnaderna. Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse. Kostnadsuppgifterna är därmed inte alltid jämförbara. Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Diagram 5. Kostnad/vårdtillfälle vid större knäoperationer

Kostnad per vårdtillfälle vid större knäoperationer (H10O). Enbart sjukhus med 30 eller fler utförda operationer. Exkl ytterfallskostnader inom öppenvården 2012.

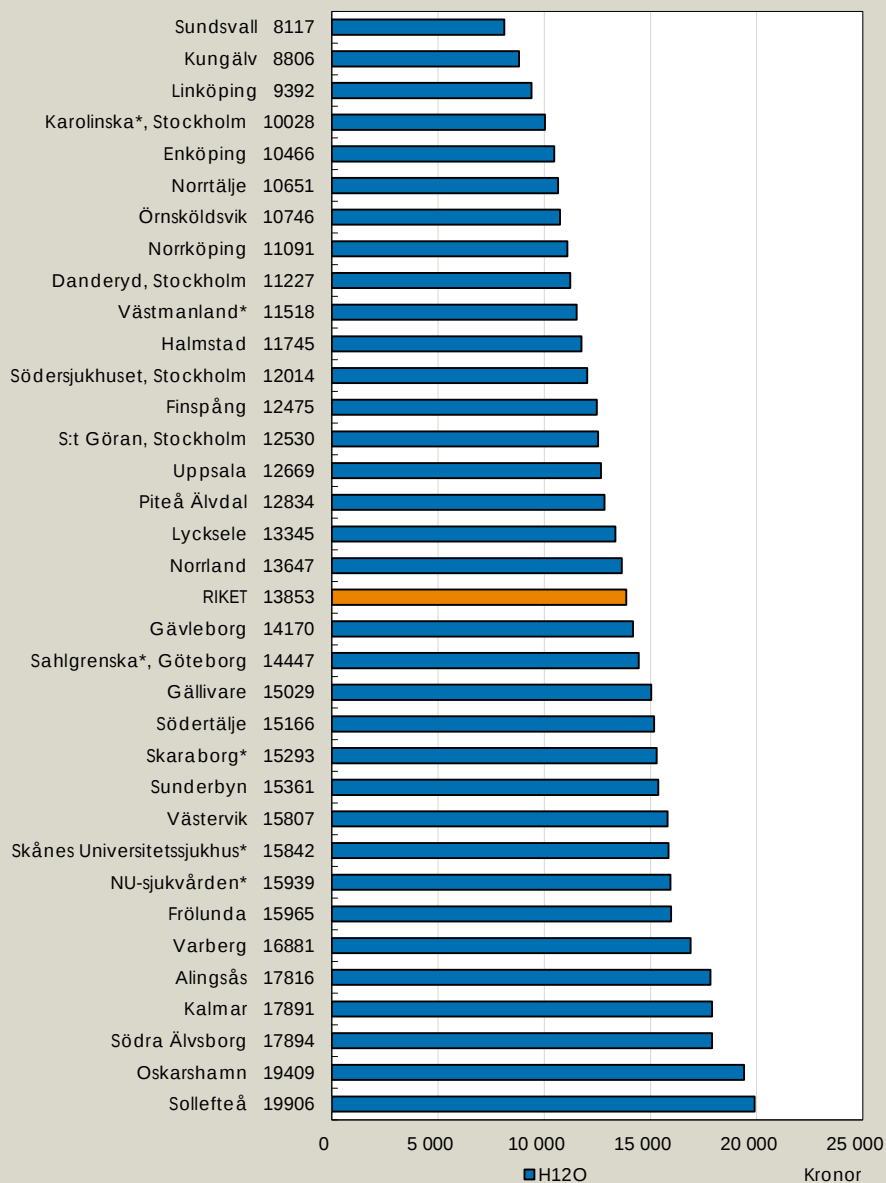


* Grupp av sjukhus med gemensam redovisning.

Källa: KPP-databasen (SKL)

Diagram 6. Kostnad/vårdtillfälle vid andra knäoperationer

Kostnad per vårdtillfälle vid andra knäoperationer (H12O). Enbart sjukhus med 30 eller fler utförda operationer. Exkl ytterfallskostnader inom öppenvården 2012.



* Grupp av sjukhus med gemensam redovisning.

Källa: KPP-databasen (SKL)

Artros i höft och knä

Tabell 14 och 15 visar antalet slutenvårdstillfällen vid artros. I de diagnosrelaterade grupperna H59C och H59E ingår artros i knä, höft, axelled, armbågsled, handled och fotled samt ospecificerad artros. Även andra artros ingår.

I gruppen H59C, som benämns ”med komplikation”, har patienterna förutom artros även någon annan sjukdom (komorbiditet). Under vårdtillfället kan även ytterligare åtgärder ha vidtagits, vilket gjort vårdtillfället mer resurskrävande. I den diagnosrelaterade gruppen, H59E, har patienterna inte haft någon bidiagnos och inga andra åtgärder har vidtagits under vårdtillfället, och därför benämns det ”inte komplicerat” eller ”utan komplikation”.

Flertalet landsting hade färre än 30 slutenvårdstillfällen vid artros och därmed redovisas inte uppgifterna i tabell 15. Samtliga uppgifter från landstingen ingår dock i det totala antalet vårdtillfällen och i rikets genomsnittliga antal vård dagar per vårdtillfälle. De genomsnittliga kostnaderna per vårdtillfälle är hämtade från KPP-databasen, som innehåller färre vårdtillfällen än patientregistret. I kostnadsuppgifterna per landsting ingår samtliga vårdtillfällen, även så kallade ytterfallskostnader.

Tabell 14 visar det totala antalet vårdtillfällen vid artros, antalet vårdtillfällen vid artros i höft (M16) och knä (M17) som huvuddiagnos samt antalet vårdtillfälle där artros i höft och knä förekommer som bidiagnoser.

Nästan 85 procent (597 av 705) av vårdtillfallen vid artros med komplicerande bidiagnos eller åtgärd avsåg artros i höft och knä som huvuddiagnos. Detsamma gällde vårdtillfällen vid artros utan en komplicerande åtgärd eller bidiagnos (1 063/1 252).

Tabell 15 visar att de flesta landsting hade färre än 30 vårdtillfällen avseende artros med komplicerande bidiagnoser eller ytterligare åtgärder (H59C).

Tabell 14 Vårdtillfällen vid artros inklusive artros i höft och knä, riket

Antal slutenvårdstillfälle vid Artros (H59C och H59E) inklusive artros i höft (M16) och knä (M17), riket, 2012.

DRG	Vårdtillfällen			
	Totalt	Huvuddiagnos	Inkl bidiagnoser	Diagnoser
H59C, Komplicerat	705	597	601	M16, M17
H59E, Inte komplicerat	1 252	1 063	1 067	M16, M17
Totalt	1 957	1 660	1 668	

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 15 Vårdtillfällen, vård dagar och kostnader vid artros, landsting

Antal slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal vård dagar per vårdtillfälle (medelvårdtid) och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid artros, komplicerat (H59C) och vid artros, inte komplicerat (H59E), per landsting, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader inom slutenvården.

Landsting	H59C			H59E		
	Artros, komplicerat			Artros, inte komplicerat		
	Vtf	Vårdtid	Kostnad	Vtf	Vårdtid	Kostnad
Blekinge	x	x		x	x	
Dalarna	31	6,1		60	5,4	
Gotland	x	x		x	X	
Gävleborg	x	x	x	42	1,7	22 052
Halland	x	x	x	36	2,8	20 299
Jämtland	x	x	x	51	1,8	14 465
Jönköping	x	x		74	2,4	x
Kalmar	x	x	x	36	1,5	14 957
Kronoberg	x	x		x	-	
Norrbottn	x	x	x	57	1,7	14 877
Skåne	79	5,3	32 816	109	3,2	23 509
Stockholm	271	9,1	41 331	284	5,3	24 549
Sörmland	x	x		x	X	
Uppsala	x	x	x	x	X	x
Värmland	x	x		31	3,8	
Västerbotten	x	x	x	x	X	x
Västernorrland	x	x	x	32	2,0	17 506
Västmanland	x	x	x	x	x	x
Västra Götaland	75	6,4	36 533	240	2,7	19 703
Örebro	x	x	x	31	3,2	20 673
Östergötland	x	x	x	31	1,9	18 654
Okänt	0			3	x	
Riket	705	7	32 104	1 252	3,3	17 884

Noter:

Okänt betyder att patientens hemortslandsting är okänt.

Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. KPP-databasen, SKL.

I diagram 7 nedan presenteras sjukhusens genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle vid artros för år 2012. Till KPP-databasen rapporterades detta år 317 vårdtillfällen vid artros med komplikation (H59C) och 662 vårdtillfällen vid artros utan komplikation (H59E). Kostnadsinnerfallen var 309 respektive 635, vilket innebär att vårdtillfällen med mycket höga eller låga kostnader (kostnadsytterfall) har exkluderats. I diagram 6 presenteras enbart kostnader för artros utan komplikation (H59E), och enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen ingår i presentationen. I diagram 6 ingår enbart kostnadsinnerfall.

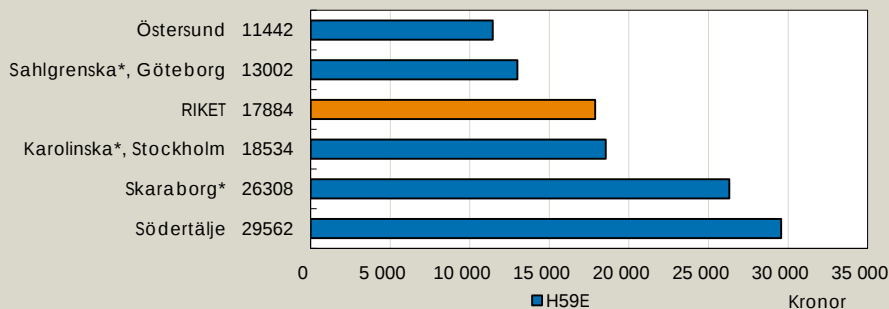
Rikets genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle vid artros uppgick till nästan 17 900 kronor och medelvårdtiden var 2,8 dagar. Sjukhusens genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle varierade, från nästan 11 500 kronor till 29 000 kronor. Även medelvårdtiderna varierade från 2,4 till 5,2 vårddagar.

Kostnaderna varierade avsevärt mellan sjukhusen vilket tyder på att kostnaderna per vårdtillfällen inte är jämförbara. Det är många faktorer som påverkar kostnaderna. Sjukhusen har olika principer när det gäller att redovisa kostnader för till exempel lokaler, administration, material och läkemedel, vilket påverkar kostnadernas storlek. Vidare har vårdkedjans utformning och vårdens organisation betydelse. Olika kostnadsnivåer speglar även verkliga skillnader.

Fördelningen mellan artros med respektive utan komplikation beror på i vilken grad patienterna har någon samsjuklighet samt på hur väl bidiagnoser och åtgärder dokumenteras i patientadministrativa system.

Diagram 7. Kostnad/vårdtillfälle vid artros

Kostnad per vårdtillfälle vid artros utan komplikation (H59E). Enbart sjukhus med 30 eller fler vårdtillfällen. Exkl. ytterfallskostnader inom slutenvården 2012.



* Grupp av sjukhus med gemensam redovisning.

Källa: KPP-databasen (SKL)

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar

För medicinska tillstånd i rörelseorganen används även den sammanfattande benämningen reumatiska sjukdomar. Det finns omkring 80 olika reumatiska diagnoser. En vanlig indelning är inflammatoriska tillstånd (ledsjukdomar eller artrit, och systemsjukdomar) och icke-inflammatoriska tillstånd (smärta och artros). Betydligt fler i befolkningen lider av icke-inflammatoriska besvär än inflammatoriska.

Till de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna hör ankyloserande spondylit, inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit), psoriasis artrit och reumatoid artrit. Sjukdomarna behandlas vanligen i specialiserad öppenvård vid sjukhusen och då ofta vid reumatologiska specialistvårdsenheter samt även i primärvården. Behandling i slutenvård vid sjukhus förekommer, även om det är relativt få slutenvårdstillfällen.

Slutenvårdstillfällen och genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle för de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna återfinns inom den diagnosrelaterade gruppen ”specifika inflammatoriska artropatier”, DRG H57A, C och E.

Det finns dock ingen motsvarande diagnosrelaterad grupp för läkarbesök i den specialiserade öppenvården. Däremot går det att få fram uppgifter på vilken typ av läkarbesök som individer med någon av de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna gjort i den öppna specialiserade vården. Läkarbesöken har då registrerats med en inflammatorisk reumatisk sjukdom som huvuddiagnos samt en eller flera åtgärds-koder som specificerar vilken vård som utförts under läkarbesöket. Uppgifter för både slutenvårdstillfällen och läkarbesök vid den öppna specialiserade vården presenteras för riket år 2012.

Slutenvårdstillfällen

Den diagnosrelaterade gruppen ”specifika inflammatoriska artropatier” (H57) inkluderar flertalet inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Bland annat ingår ankyloserande spondylit, inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit), psoriasis artrit och reumatoid artrit.

Tabell 16 visar det totala antalet slutenvårdstillfällen inom de tre diagnosrelaterade grupperna ”specifika inflammatoriska artropatier” – H57A, H57C, H57E – samt antalet vårdtillfällen vid ankyloserande spondylit (M45.9), inflammatorisk ryggsjukdom/axial spondylartrit (diagnoskod M46), psoriasis artrit (huvuddiagnos L405 psoriasis med ledsjukdom, och L405 med M070–M073, M090 som bidiagnoser) och reumatoid artrit (M05, M06, M08).

Vidare presenteras antalet vårdtillfällen för övriga diagnoser som ingår i DRG H57: gikt (M10), akut reumatisk feber utan hjärtsjukdom (I00), reaktiv artrit (ledinflammation) (M02), ledsjukdom vid psoriasis eller tarmsjukdomar (M07), kristallartropati (ledsjukdom orsakad av kristallutfällning) (M11) och ledinflammation (M13).

Indelningen i H57A, H57C och H57E syftar till att dela in vårdtillfällena vid specifika inflammatoriska artropatier i grupper efter patienternas sjuklighet och/eller ytterligare åtgärder som vidtogs under vårdtillfället. Bokstaven A står för mycket komplicerat, vilket innebär att något inträffade under vårdtillfället som medförde ytterligare åtgärder, eller att patienten hade ytterligare bidiagnoser (samsjuklighet) som gjorde vårdtillfället mer resurskrävande. Bokstaven C indikerar en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd, men mindre resurskrävande än ett vårdtillfälle med bokstaven A. Bokstaven E indikerar avsaknad av en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd, vilket gör vårdtillfället mindre resurskrävande.

Kostnadsuppgifterna i tabell 16 är hämtade från KPP-databasen. Alla vårdtillfällena som registrerats i databasen ingår. Det innebär att även så kallade kostnadsytterfall inkluderats. KPP-databasen innehåller färre antal slutenvårdstillfällena än patientregistret. Anledningen är att vissa sjukhus och landsting inte samlar in uppgifter om kostnader och rapporterar inte till den nationella KPP-databasen. Färre än 30 vårdtillfällena presenteras inte i tabell 16. Dessutom har några summor utgått för att det inte ska vara möjligt att räkna ut antalet vårdtillfällena per diagnos.

Uppgifterna avser riket år 2012. Eftersom indelningen i DRG har ändrats över tid går det inte att presentera jämförbara uppgifter från tidigare år.

Tabell 16 visar i stora drag att 155 slutenvårdstillfällena avsåg ankyloserande spondylit; 285 avsåg inflammatorisk ryggsjukdom; och 1 391 avsåg reumatoid artrit.

Vidare återfanns 188 vårdtillfällena som avsåg psoriasis artrit (diagnoskod L405 psoriasis artropati, både med och utan relevanta bidiagnoser registrerade). Av dessa var 78 slutenvårdstillfällena med psoriasis artrit fullständigt kodade med bidiagnoser (L405 och bidiagnoser M070-M073, M090). År 2012 fanns i hela patientregistret 273 vårdtillfällena med huvuddiagnos L405, av dessa tillhörde alltså 188 stycken DRGH57 (inflammatoriska artropatier).

Inom den diagnosrelaterade gruppen specifika inflammatoriska artropatier utan komplikation (H57E) avsåg nästan 59 procent (1 260 av 2 147) av slutenvårdstillfällena diagnoserna inflammatorisk ryggsjukdom, ankyloserande spondylit, reumatoid artrit och psoriasis artrit.

Det bör noteras att fördelningen mellan ”mycket komplicerade”, ”komplikerade” och ”inte komplicerade” vårdtillfällena beror på hur sjukhusen registrerar bidiagnoser och åtgärder för utförd sjukvård.

Som framgår av tabell 16 kostar ett slutenvårdstillfälle i gikt (M10) i genomsnitt mindre än vårdtillfällena vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Socialstyrelsen kommer inom ramen för det nordiska samarbetet Nord-DRG föreslå att diagnoserna inom DRG H57 ses över, eftersom gikt-diagnoserna avviker både medicinskt- och kostnadsmässigt från övriga diagnoser i denna diagnosrelaterade grupp.

Tabell 16 Vårdtillfällen och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle vid specifika inflammatoriska artropatier, riket

Antal slutenvårdstillfällen och genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle vid specifika inflammatoriska artropatier (H57A, H57C, H57E) inklusive vårdtillfällen vid ankyloserande spondylit (M45.9), inflammatorisk ryggsjukdom/axial spondylartrit (M46), psoriasisartrit (L405 huvuddiagnos och L405 med bidiagnos M070-M073, M090) och reumatoid artrit (M05, M06, M08) samt övriga huvuddiagnoser inom H57, riket, 2012. SEK, inklusive ytterfallskostnader.

Huvuddiagnos	H57A Mycket komplicerat		H57C Komplicerat		H57E Inte komplicerat	
	Antal vtf	Kostnad	Antal vtf	Kostnad	Antal vtf	Kostnad
Ankyloserande spondylit	X	48 704	x	54 349	99	41 282
Inflammatorisk ryggsjukdom	52	124 703	107	89 884	126	48 608
Psoriasis artrit (L405)	X	x	x	59 045	151	43 143
Psoriasis artrit (L405, bidiagnoser)	X		x		64	
Reumatoid artrit	95	83 068	451	48 707	845	39 024
Gikt	71	57 771	811	33 241	412	26 388
Övriga huvuddiagnoser	36	55 332	308	42 619	514	29 358
Alla	273	79 580	1 751	43 287	2 147	34 133

Noter: Färre än 30 vårdtillfällen redovisas inte, markeras med x. Då utrymmet lämnats tomt finns inga kostnadsuppgifter. Övriga huvuddiagnoser inkluderar: gikt M10), akut reumatisk feber utan hjärtsjukdom (I00), reaktiv artrit (ledinflammation)(M02), ledsjukdom med psoriasis eller tarmsjukdomar (M07), kristallartropati, ledsjukdom orsakad av kristallutfällning (M11) och ledinflammation (M13).

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och KPP-databasen, SKL.

Inflammatorisk ryggsjukdom – specialiserad öppenvård

Inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) behandlas oftast med icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID), TNF-hämmare och smärtstillande läkemedel. Parallellt med läkemedelsbehandling får patienten sjukgymnastik eller annan typ av rehabilitering. Patienterna behandlas oftast i sjukhusens specialiserade öppenvård, men även i primärvården. Utan ett nationellt register över diagnoser och åtgärder i primärvården går det inte att få fram uppgifter om det totala antalet vårdkontakter vid inflammatorisk ryggsjukdom. År 2012 avsåg 285 slutenvårdstillfällen inflammatorisk ryggsjukdom (tabell 16 ovan).

Tabell 17 visar antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård för vilka inflammatorisk ryggsjukdom (M46) har registrerats som huvuddiagnos och en eller flera åtgärds-koder som specificerar vilken vård som gavs under läkarbesöket. Därmed är det möjligt att ta fram uppgifter om vilken typ av läkarbesök som individer med inflammatorisk ryggsjukdom gjort under år 2012. Läkarbesöken presenteras som besök i en viss diagnosrelaterad grupp, det vill säga ett öppenvårds-DRG. Färre än 30 läkarbesök redovisas inte separat utan summeras under posten *andra läkarbesök* i tabellen.

Under 2012 gjordes över 10 900 läkarbesök i den specialiserade öppenvården där huvuddiagnosen vid besöket har registrerats som inflammatorisk ryggsjukdom. Nästan 78 procent (8 496/10 916) av läkarbesöken avsåg så kallade övriga besök. Mer än 10 procent (1 143/10 916) av besöken avsåg

läkemedelstillförsel intraartikulärt. Ytterligare 6 procent (691/10 916) av läkarbesöken avsåg läkemedelstillförsel intravasalt. Dessutom registrerades 242 besök som också avsåg läkemedelstillförsel, men som ansågs som mindre resurskrävande. Mer information om så kallade övriga läkarbesök finns i avsnittet Metod.

Tabell 18 visar genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid inflammatorisk ryggsjukdom (huvuddiagnos M46) fördelat på olika typer av besök år 2012. Data hämtades från KPP-databasen, som förutom läkarbesök även innehåller besök till andra yrkeskategorier, varför besöken registrerade i KPP-databasen inte alltid är de samma som i patientregistret. Alla sjukhus samlar in KPP-data.

År 2012 innehöll KPP-databasen över 9 500 besök där huvuddiagnosen var inflammatorisk ryggsjukdom. Ett läkarbesök avseende läkemedelstillförsel intravasalt kostade närmare 13 000 kronor. Läkemedelstillförsel intraartikulärt uppgick till drygt 3 300 kronor. Mindre resurskrävande besök avseende läkemedelstillförsel kostade runt 2 700 kronor. Övriga läkarbesök kostade drygt 3 500 kronor, medan sjuksköterskebesök med team kostade drygt 3 800 kronor.

Det bör noteras att till patientregistret rapporteras enbart läkarbesök, men till KPP-databasen rapporteras besök även till andra yrkeskategorier. Detta förklarar varför det fanns 691 läkarbesök avseende läkemedelstillförsel intravasalt (DRG X70O) i patientregistret medan det i KPP-databasen fanns 1 022 besök. Av besöken som rapporterats till KPP-databasen var 565 besök till läkare medan resterande besök var till sjuksköterskor.

Tabell 17 Läkarbesök i öppen specialiserad vård vid inflammatorisk ryggsjukdom

Totala antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård avseende inflammatorisk ryggsjukdom/axial spondylartrit (huvuddiagnos M46) samt antalet läkarbesök uppdelat på typ av läkarbesök, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra besök.

DRG	MDC	Namn	Antal
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	1 143
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	193
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	8 496
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	43
X63O	40	Vårdadministrativa åtgärder, öppenvård	30
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	691
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	242
		Andra läkarbesök	78
Totalt			10 916

Noter: MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 8 avser sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. MDC avser MDC-övergripande problem i öppenvård. Andra läkarbesök avser besök för vilka antalet inte redovisas separat eftersom de var färre än 30.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 18 Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid inflammatorisk ryggsjukdom

Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård avseende inflammatorisk ryggsjukdom/axial spondylartrit (huvuddiagnos M46) fördelat på typ av besök (per DRG), SEK, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra besök.

DRG	MDC	Namn	Antal	Kostnad
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	739	3 362
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	170	1 766
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	4 165	3 560
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	300	3 495
H99Z	8	Läkarvård per tel vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	833	1 167
X44O	40	Neuromuskulär diagnostik och terapi, övrig, besök	72	1 013
X57O	40	Motorisk funktionsträning, besök	145	989
X62O	40	Information och utbildning, besök	96	1 553
X63O	40	Vårdadministrativa åtgärder, öppenvård	62	2 243
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	1 022	12 944
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	260	2 747
X90Z	40	Annan vård per telefon, öppenvård	32	867
Y77O	50	Övriga kuratorbesök	54	1 652
Y82O	50	Övriga sjukgymnastbesök	799	804
Y82Y	50	Sjukgymnastbesök i grupp el gruppteam	160	586
Y83O	50	Övriga sjuksköterskebesök	250	4 517
Y83X	50	Sjuksköterskebesök med team	95	3 839
Y85O	50	Övriga undersköterskebesök	32	1 213
Y90O	50	Övriga besök annan vårdgivarekategori	103	1 904
		Andra besök	167	
Totalt			9 556	3 875

Noter: MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 8 avser sjukdomar i muskler, skelett och bindväv; MDC 40 MDC-övergripande problem i öppenvård; och MDC 50 vårdgivarberoende grupper i öppenvård. Andra läkarbesök avser besök för vilka kostnader inte redovisas separat eftersom de var färre än 30 till antalet.

Källa: KPP-databasen, SKL.

Ankyloserande spondylit – specialiserad öppenvård

Inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) kan efter fem–tio år leda till skador på skelettet, i form av benförstöring och ökad nybildning av ben i sakroiliakalederna eller mellan kotorna. Sjukdomen benämns då ankyloserande spondylit (tidigare Bechterews sjukdom).

Precis som inflammatorisk ryggsjukdom behandlas ankyloserande spondylit med icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel samt TNF-hämmare. Parallellt med läkemedelsbehandling får patienten sjukgymnastik eller annan typ av rehabilitering. Patienterna behandlas oftast i öppenvården, både i öppen specialiserad vård och i primärvården. Utan ett nationellt register över diagnoser och åtgärder i primärvården går det inte att få fram uppgifter om det totala antalet vårdkontakter vid ankyloserande spondylit. Sjukdomen kan även leda till behov av sjukhusvård. År 2012 var det 155 slutenvårdstillfällen som avsåg ankyloserande spondylit.

Tabell 19 nedan visar det totala antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård med ankyloserande spondylit (M45,9) registrerad som huvuddiagnos och en eller flera åtgärds-koder som specificerar vilken vård som gavs under läkarbesöket. Därmed är det möjligt att ta fram uppgifter om vilken typ av läkarbesök som individer med ankyloserande spondylit gjort under år 2012. Läkarbesöken presenteras som besök i en viss diagnosrelaterad grupp, det vill säga ett öppenvårds-DRG. Färre än 30 läkarbesök redovisas inte separat, men det totala antalet anges som *Andra besök*.

Under 2012 gjordes nästan 9 300 läkarbesök i den specialiserade öppenvården där huvuddiagnosen vid besöket var ankyloserande spondylit. Nästan tre-fjärdedelar (7 001/9 291) av läkarbesöken avsåg så kallade övriga besök. Vid runt 7 procent (651/9 291) av besöken gavs läkemedelstillförsel intraartikulärt och vid nästan 14 procent (1 276/9 291) av läkarbesöken fick patienten läkemedelstillförsel intravasalt. Dessutom gjordes ytterligare 119 besök som också avsåg läkemedelstillförsel, men som ansågs som mindre resurskrävande. Mer information om övriga läkarbesök finns i avsnittet Metod.

Tabell 20 visar genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid ankyloserande spondylit (huvuddiagnos M45.9) fördelat på olika typer av besök 2012. Data hämtades från KPP-databasen, som förutom läkarbesök även innehåller besök till andra yrkeskategorier, varför besöken i KPP-databasen inte alltid är de samma som i patientregistret. Alla sjukhus samlar inte in KPP-data.

År 2012 innehöll KPP-databasen drygt 9 600 besök där huvuddiagnosen var ankyloserande spondylit. Drygt en tredjedel av dem avsåg så kallade övriga läkarbesök. Ett sådant läkarbesök kostade nästan 3 300 kronor. Ett läkarbesök avseende läkemedelstillförsel intravasalt kostade över 12 800 kronor, medan besök där läkemedelstillförsel gjorts intraartikulärt uppgick till drygt 3 500 kronor. Mindre resurskrävande besök avseende läkemedelstillförsel kostade runt 2 700 kronor. Över 1 000 besök hos sjukgymnast fanns registrerade och de kostade drygt 800 kronor i genomsnitt.

Tabell 19 Läkarbesök i öppen specialiserad vård vid ankyloserande spondylit

Totala antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård avseende ankyloserande spondylit (huvuddiagnos M45.9) samt antalet läkarbesök uppdelat på typ av läkarbesök, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra besök.

DRG	MDC	Namn	Antal
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	651
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	71
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	7 001
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	50
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	1276
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	119
		Andra läkarbesök	123
Totalt			9 291

Noter: MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 8 avser sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. MDC 40 avser MDC-övergripande problem i öppenvård. Andra läkarbesök avser besök för vilka antalet inte redovisas separat efter som de var färre än 30.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 20 Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid ankyloserande spondylit

Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård avseende ankyloserande spondylit (huvuddiagnos M45.9) fördelat på typ av besök (per DRG), SEK, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra besök.

DRG	MDC	Namn	Antal	Kostnad
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	363	3 654
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	62	2 114
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	3 276	3 546
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	332	5 208
H99Z	8	Läkarvård per tel vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	634	862
X44O	40	Neuromuskulär diagnostik och terapi, övrig, besök	38	1 020
X57O	40	Motorisk funktionsträning, besök	217	975
X62O	40	Information och utbildning, besök	112	1 888
X63O	40	Vårdadministrativa åtgärder, öppenvård	49	1 650
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	2 035	12 823
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	104	2 722
X90Z	40	Annan vård per telefon, öppenvård	34	905
Y79O	50	Övriga arbetsterapeutbesök	139	1 483
Y79Y	50	Arbetsterapeutbesök i grupp el gruppteam	56	1 092
Y82O	50	Övriga sjukgymnastbesök	1074	823
Y82Y	50	Sjukgymnastbesök i grupp el gruppteam	289	703
Y83O	50	Övriga sjuksköterskebesök	265	2 288
Y83X	50	Sjuksköterskebesök med team	234	4 007
Y85O	50	Övriga undersköterskebesök	30	1 194
Y90O	50	Övriga besök annan vårdgivarekategori	149	1 714
		Andra besök	129	
Totalt			9 621	4 756

Noter: MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 8 avser sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. MDC 40 avser MDC-övergripande problem i öppenvård. MDC 50 avser vårdgivareberoende grupper i öppenvård. Andra besök avser besök för vilka kostnader inte redovisas separat eftersom de var färre än 30 till antalet.

Källa: KPP-databasen, SKL.

Reumatoid artrit – specialiserad öppenvård

Reumatoid artrit, vanligen kallad ledgångsreumatism, behandlas med olika läkemedel och sjukgymnastik. Patienterna behandlas främst i den öppna specialistvården, men behandlas dessutom ofta i primärvård och inom rehabilitering för sin grundsjukdom och för följsjukdomar. Slutenvård vid reumatoid artrit är relativt ovanligt; år 2012 registrerades 1 391 slutenvårdstillfällen.

Tabell 21 nedan visar det totala antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård för vilka reumatoid artrit (M05, M06, M08) är registrerad som huvuddiagnos samt en eller flera åtgärds-koder som specificerar vilken vård som utförts under läkarbesöket. Därmed är det möjligt att ta fram uppgifter om vil-

ken typ av läkarbesök som individer med reumatoid artrit gjort under ett specifikt år. Läkarbesöken presenteras som besök i en viss diagnosrelaterad grupp, det vill säga ett öppenvårds-DRG. Färre än 30 läkarbesök redovisas inte separat men det totala antalet anges under posten *Andra besök*. Uppgifterna avser år 2012.

Under 2012 gjordes över 114 000 läkarbesök i den specialiserade öppenvården där huvuddiagnosen vid besöket var reumatoid artrit. Över 70 procent (80 441/114 226) av läkarbesöken avsåg så kallade övriga besök. Nästan 14 procent (15 537/114 226) av besöken avsåg läkemedelstillförsel intraartikulärt. Vid drygt 10 procent (11 734/114 226) av läkarbesöken gavs läkemedelstillförsel intravasalt. Dessutom gjordes nära 1 400 besök som också innebar läkemedelstillförsel, men som ansågs mindre resurskrävande. Mer information om övriga läkarbesök finns i avsnittet Metod.

Tabell 22 visar genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid reumatoid artrit (M05, M06, M08) fördelat på olika typer av besök 2012. Data hämtades från KPP-databasen, som förutom läkarbesök även innehåller besök till andra yrkeskategorier, varför patientregistret och KPP-databasen inte alltid innehåller samma antal besök. Dessutom samlar inte alla sjukhus in KPP-data.

KPP-databasen innehöll 2012 drygt 99 900 besök där reumatoid artrit registrerats som huvuddiagnos. Mer än 40 procent (40 627/99 924) av dem avsåg så kallade övriga läkarbesök. Ett sådant läkarbesök kostade nästan 3 300 kronor. Ett läkarbesök avseende läkemedelstillförsel intravasalt kostade över 11 700 kronor. Läkemedelstillförsel intraartikulärt uppgick till drygt 3 800 kronor. Mindre resurskrävande besök avseende läkemedelstillförsel kostade runt 3 200 kronor. Över 4 000 övriga besök hos sjukgymnast fanns registrerade och de kostade drygt 900 kronor i genomsnitt.

Tabell 21 Läkarpbesök i öppen specialiserad vård vid reumatoid artrit

Totala antalet läkarpbesök i öppen specialiserad vård avseende reumatoid artrit (huvuddiagnos M05, M06, M08) samt antalet läkarpbesök uppdelat på typ av läkarpbesök, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 läkarpbesök summeras under posten Andra läkarpbesök.

DRG	MDC	Namn	Antal
B75O	2	Ögondiagnostik med större undersökning, besök	58
D75O	4	Lungfunktionsundersökningar, besök	80
E83O	5	Ekokardiografi, besök	31
H06O	8	Ledproteser på nedre extremitet, öppenvård	47
H14O	8	Fotoperationer, öppenvård	261
H30O	8	Hand- och handledsoperationer utom på större leder, öppenvård	149
H38O	8	Operationer på fotled, underben eller överarm, öppenvård	80
H41O	8	Lokal excision och avlägsnande av internt fixationsmaterial utom i höft och lår	121
H44O	8	Bindvävsoperationer, öppenvård	205
H49O	8	Andra operationer på muskler, ben & bindväv	42
H77O	8	Ledpunktion av djupare leder eller ledspolning, besök	69
H78O	8	Punktionsbiopsi rörelseapparatens mjukdelar, besök	181
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	15 537
H82O	8	Extraktion av externt fixationsmaterial, öppenvård	45
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	2 086
H99O	8	Övriga läkarpbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	80 441
H99X	8	Läkarpbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	669
X22O	40	Fördjupad smärtanalys, besök	220
X43O	40	Ultraljud, övrigt, besök	35
X62O	40	Information och utbildning, besök	91
X63O	40	Vårdadministrativa åtgärder, öppenvård	226
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	11 734
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	1 395
X75O	40	Funktionsutredningar, besök	118
		Andra läkarpbesök	305
Totalt			114 226

Noter: MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 2 avser sjukdomar i öga och närliggande organ; MDC 4 Andningsorganens sjukdomar, MDC 5 Cirkulationsorganens sjukdomar; MDC 8 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv; och MDC 40 MDC-övergripande problem i öppenvård. Andra läkarpbesök avser besök för vilka antalet inte redovisas separat efter som de var färre än 30.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 22 Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid reumatoid artrit

Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård avseende reumatoid artrit (huvuddiagnos M05, M06, M08) fördelat på typ av besök (per DRG), SEK, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra besök.

DRG	MDC	Namn	Antal	Kostnad
B77O	2	Ögondiagnostik med annan undersökning, besök	39	1 466
D75O	4	Lungfunktionsundersökningar, besök	47	4 449
H14O	8	Fotoperationer, öppenvård	115	16 170
H30O	8	Hand- och handledsoperationer utom på större leder, öppenvård	84	15 381
H41O	8	Lokal excision och avlägsnande av internt fixationsmtrl utom i höft och lår	75	6 340
H44O	8	Bindvävsoperationer, öppenvård	118	11 304
H77O	8	Sluten ledoperation eller frakturposition, öppenvård	32	3 363
H78O	8	Punktionsbiopsi rörelseapparatens mjukdelar, besök	119	4 441
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	9 263	3 776
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	1 971	1 971
H88O	8	Ortos för övriga leder, besök	79	1 058
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	40	3 315
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	627	
H99Z	8	Läkarvård per tel vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	2 502	3 589
J79O	9	Hudingrepp, övriga, öppenvård	8 249	906
J81O	9	Hudsår, omläggning eller annan behandling, besök	94	1 166
X23O	40	Smärtbehandling med sensorisk stimulering, besök	67	940
X44O	40	Neuromuskulär diagnostik och terapi, övrig, besök	51	1 053
X57O	40	Motorisk funktionsträning, besök	131	929
X62O	40	Information och utbildning, besök	1 847	1 022
X63O	40	Vårdadministrativa åtgärder, öppenvård	1 326	1 773
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	500	1 547
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	17	11 731
X75O	40	Funktionsutredningar, besök	224	
X90Z	40	Annan vård per telefon, öppenvård	1 203	3 220
Y77O	50	Övriga kuratorbesök	600	2 068
Y77X	50	Kuratorbesök med team	796	584
Y79O	50	Övriga arbetsterapeutbesök	304	1 289
Y79X	50	Arbetsterapeutbesök med team	33	1 139
Y79Y	50	Arbetsterapeutbesök i grupp el gruppteam	1 763	1 348
Y82O	50	Övriga sjukgymnastbesök	183	1 050
Y82X	50	Sjukgymnastbesök med team	298	1 362
Y82Y	50	Sjukgymnastbesök i grupp el gruppteam	4 032	894
Y83O	50	Övriga sjuksköterskebesök	177	807
Y83X	50	Sjuksköterskebesök med team	1 167	791
			2 815	3 057
			597	3 362

DRG	MDC	Namn	Antal	Kostnad
Y83Y	50	Sjuksköterskebesök i grupp el gruppteam	58	1 872
Y85O	50	Övriga undersköterskebesök	205	1 148
Y90O	50	Övriga besök annan vårdgivarekategori	590	1 593
		Andra läkarbesök	543	
Total			99 924	4 321

Noter: MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 2 avser sjukdomar i öga och närliggande organ; MDC 4 Andningsorganens sjukdomar, MDC 5 Cirkulationsorganens sjukdomar; MDC 8 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv; MDC 9 Sjukdomar i hud och underhud; MDC 40 MDC-övergripande problem i öppenvård; MDC 50 Vårdgivarberoende grupper i öppenvård. Andra läkarbesök avser besök för vilka kostnader inte redovisas efter som de var färre än 30 till antalet.

Källa: KPP-databasen, SKL.

Psoriasisartrit – specialiserad öppenvård

Personer med hudsjukdomen psoriasis kan även drabbas av inflammation i en eller flera leder, vilket då kallas psoriasisartrit. Sjukdomen behandlas primärt med läkemedel och då vanligen i den öppna specialiserade vården och i primärvården. Utan ett nationellt register över diagnoser och åtgärder i primärvården går det inte att få fram uppgifter om det totala antalet vårdkontakter vid psoriasis artrit.

Få patienter med psoriasisartrit behandlades vid sjukhusens slutenvård. I patientregistret år 2012 fanns 273 vårdtillfällen med psoriasisartrit registrerad som huvuddiagnos, varav 188 vårdtillfällen tillhörde den diagnosrelaterade gruppen "inflammatoriska artropatier" (DRG H57). Då kravet på korrekt registrerade bidiagnoser (M070-M073, M090) läggs till återfanns 145 slutenvårdstillfällen i hela patientregistret, medan 78 av dem återfanns i DRG H57.

Tabell 23 nedan visar det totala antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård vid psoriasis artrit (L405, ofullständigt kodat utan bidiagnoser). För läkarbesöken har en eller flera åtgärds-koder registrerats vilka specificerar vilken vård som utförts under läkarbesöket. Därmed är det möjligt att ta fram uppgifter om vilken typ av läkarbesök som individer med psoriasisartrit gjort under ett specifikt år. Läkarbesöken presenteras som besök i en viss diagnosrelaterad grupp, det vill säga ett öppenvårds-DRG. Färre än 30 läkarbesök redovisar inte separat, utan summeras under posten *Andra besök* i tabellen.

År 2012 gjorde individer med psoriasisartrit (huvuddiagnos L405, utan bidiagnoser) närmre 26 700 läkarbesök i den öppna specialiserade vården, varav runt 12 000 av de här besöken hade kodats med bidiagnoser (M070-M073, M090).

Nästan tre fjärdedelar (19 495/26 674) av läkarbesöken benämndes som övriga läkarbesök. Vid drygt 15 procent (4 020/26 674) av läkarbesöken fick patienten läkemedelstillförsel intraartikulärt, medan vid nästan 6 procent (1 476/26 674) av dem fick patienten läkemedelstillförsel intravasalt. Det fanns ytterligare nästan 700 besök som avsåg läkemedelstillförsel men som ansågs mindre resurskrävande.

Tabell 24 visar genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid psoriasisartrit (L405 som huvuddiagnos utan bidiagnoser) fördelat på

olika typer av besök 2012. Data hämtades från KPP-databasen, som förutom läkarbesök även innehåller besök till andra yrkeskategorier, varför besöken i KPP-databasen inte alltid är de samma som de i patientregistret. Alla sjukhus samlar inte in KPP-data.

I KPP-databasen fanns över 11 300 besök registrerade med psoriasisartrit som huvuddiagnos (L405), enbart 132 av dem var fullständigt registrerade med bidiagnoser. Över 40 procent (4 746/11 355) av besöken avsåg så kallade övriga läkarbesök, vilka i genomsnitt kostade nästan 2 900 kronor. Besök där läkemedelstillförsel gavs intraartikulärt kostade närmre 3 300 kronor. Läkarbesök avseende läkemedelstillförsel intravasalt uppgick till runt 10 900 kronor. Mindre resurskrävande besök avseende läkemedelstillförsel kostade närmre 3 200 kronor.

Tabell 23 Läkarbesök i öppen specialiserad vård vid psoriasisartrit

Totala antalet läkarbesök i öppen specialiserad vård avseende psoriasisartrit som huvuddiagnos (L405, utan bidiagnoser) samt antalet läkarbesök uppdelat på typ av läkarbesök, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra läkarbesök.

DRG	MDC	Namn	Antal
H78O	8	Punktionsbiopsi rörelseapparatens mjukdelar, besök	48
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	4 020
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	528
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	19 495
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	88
X22O	40	Fördjupad smärtanalys, besök	72
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	1 476
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	681
		Andra läkarbesök	266
Totalt			26 674

Noter: Bland de 26 674 läkarbesöken finns 12 049 läkarbesök registrerade med L405 som huvuddiagnos samt bidiagnoserna M070-M073, M090, dvs. fullständigt registrerad psoriasisartrit. MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 8 avser sjukdomar i muskler, skelett och bindväv; och MDC 40 MDC-övergripande problem i öppenvård. Andra läkarbesök avser besök för vilka antalet inte redovisas separat efter som de var färre än 30.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Tabell 24 Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård vid psoriasisartrit

Genomsnittlig kostnad per besök i öppen specialiserad vård avseende psoriasisartrit (huvuddiagnos L405, utan bidiagnoser) fördelat på typ av besök (per DRG), SEK, riket, 2012. DRG:n med färre än 30 besök summeras under posten Andra besök.

DRG	MD C	Namn	Antal	Kostnad
H80O	8	Läkemedelstillförsel intraartikulärt, besök	1 220	3 256
H85O	8	Ledpunktion, övriga leder, besök	289	1 833
H99O	8	Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	4 746	2 885
H99X	8	Läkarbesök i team vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	234	2 968
H99Z	8	Läkarvård per tel vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	1 076	914
J80O	9	Medicinsk badbehandling och smörjning, besök	33	543
X40O	40	Diagnostik och behandling med ljus, övrig, besök	222	487
X44O	40	Neuromuskulär diagnostik och terapi, övrig, besök	32	1023
X57O	40	Motorisk funktionsträning, besök	207	1 027
X62O	40	Information och utbildning, besök	252	1 478
X63O	40	Vårdadministrativa åtgärder, öppenvård	89	1 906
X70O	40	Läkemedelstillförsel intravasalt, öppenvård	900	10 886
X72O	40	Läkemedelstillförsel, övrig mindre resurskrävande, besök	291	3 174
X75O	40	Funktionsutredningar, besök	31	1 295
X90Z	40	Annan vård per telefon, öppenvård	123	679
Y79O	50	Övriga arbetsterapeutbesök	103	1 495
Y82O	50	Övriga sjukgymnastbesök	496	806
Y82Y	50	Sjukgymnastbesök i grupp el gruppteam	130	633
Y83O	50	Övriga sjuksköterskebesök	395	3 928
Y83X	50	Sjuksköterskebesök med team	205	4 009
Y90O	50	Övriga besök annan vårdgivarekategori	121	1 963
		Andra besök	160	
Total			11 355	3 112

Noter: Bland de 11 355 besök som registrerats i KPP-databasen hade 132 besök registrerats med L405 och bidiagnoser M070-M073, M090, dvs. fullständigt registrerad PSA; de är inkluderade i ovan presentation. MDC står för Major Diagnostic Category. MDC 8 avser sjukdomar i muskler, skelett och bindväv; MDC 9 sjukdomar i hud och underhud; MDC 40 MDC-övergripande problem i öppenvård; och MDC 50 Vårdgiv- arberoende grupper i öppenvård. Andra läkarbesök avser besök för vilka kostnader inte redovisas sepa- rat eftersom de var färre än 30 till antalet.

Källa: KPP-databasen, SKL.

Läkemedelskostnader

Socialstyrelsens läkemedelsregister omfattar förskrivna läkemedel som hämtats ut via recept på apotek, men inte alla förskrivna läkemedel. Ett läkemedel kan ha förskrivits av hälso- och sjukvården men inte hämtats ut av patienten. Läkemedelsregistret innehåller inte uppgifter om orsaken till förskrivningen.

Läkemedelsregistret innehåller heller inga uppgifter om patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande. Kostnader för läkemedel som används i slutenvården ingår dock i måttet *kostnaderna per vårdtillfälle* som har presenterats ovan. Likaså ingår läkemedel, som administreras vid operationer eller besök i specialiserad öppenvård, i *kostnader per operation* eller *kostnader per besök* i öppen specialiserad vård – förutsatt att sjukhusen kan fördela dessa kostnader till enskilda patienter.

I presentationen nedan ingår läkemedel vid osteoporos och artros som har hämtats ut på apotek via recept. Dessutom presenteras vilka nationella registeruppgifter som finns vad gäller biologiska läkemedel vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar. I presentationen framgår vilka kostnadsuppgifter som finns samt hur kostnader skulle kunna uppskattas med hjälp av dessa uppgifter.

I metodavsnittet finns mer information om läkemedelsregistret och vilka ATC-koder som har inkluderats i presentationen.

Läkemedel vid osteoporos

I diagram 9 presenteras 2012 års kostnader för de läkemedel som används vid osteoporos och som hämtas ut på apotek via recept: kostnad per invånare för riket och per landsting. Kostnaderna är de som ingår i läkemedelsförmånen exklusive moms. Uppgifterna är hämtade från läkemedelsregistret. I avsnittet Metod finns ytterligare information om vilka läkemedel (ATC-koder) som ingår i redovisningen.

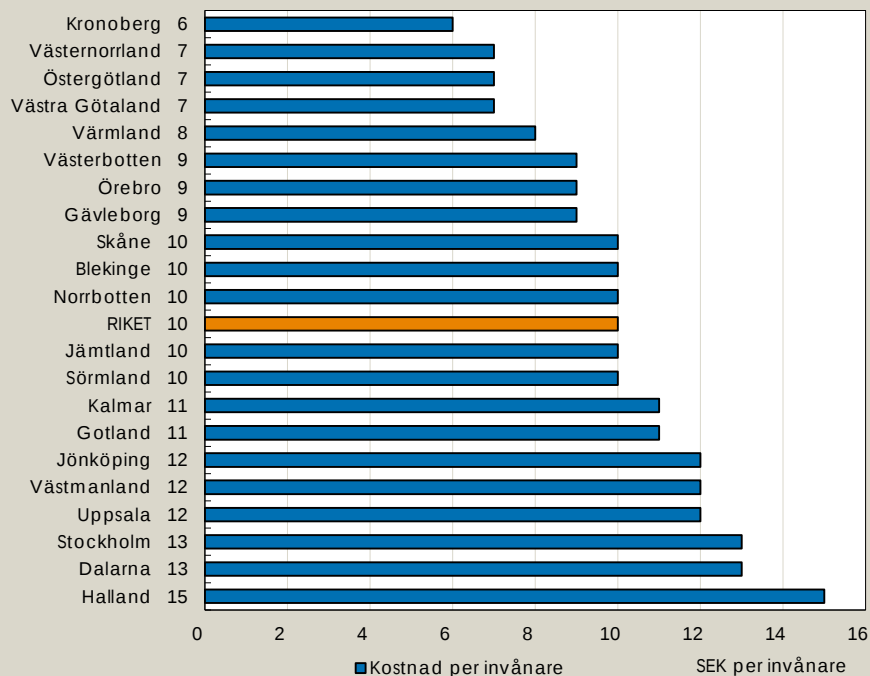
År 2012 var rikets kostnader drygt 96,8 miljoner kronor för läkemedel som används för behandling av osteoporos. Detta motsvarade i genomsnitt 10 kronor per invånare i riket. Kostnaderna för dessa läkemedel varierade mellan landstingen: 6–15 kronor per invånare.

Variationen i landstingens kostnader per invånare beror på hur många personer som använder läkemedlen. Det innebär att befolkningens åldrar och bakomliggande sjuklighet har betydelse.

Det finns några felkällor och tolkningssvårigheter i presentationen. En viss överskattning kan finnas vad gäller kostnaderna för osteoporosläkemedel, eftersom vissa av läkemedlen, till exempel hormoner, även används vid andra sjukdomar än osteoporos. Samtidigt kan en del av patienterna med osteoporos även behandlas för andra sjukdomar. Kostnader för läkemedel som gäller samsjuklighet inkluderas inte i presentationen.

Diagram 9. Kostnad/invånare för osteoporosläkemedel

Kostnad per invånare för läkemedel vid osteoporos. Förmånskostnad exkl. moms, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen),
Befolkningsstatistik (SCB)

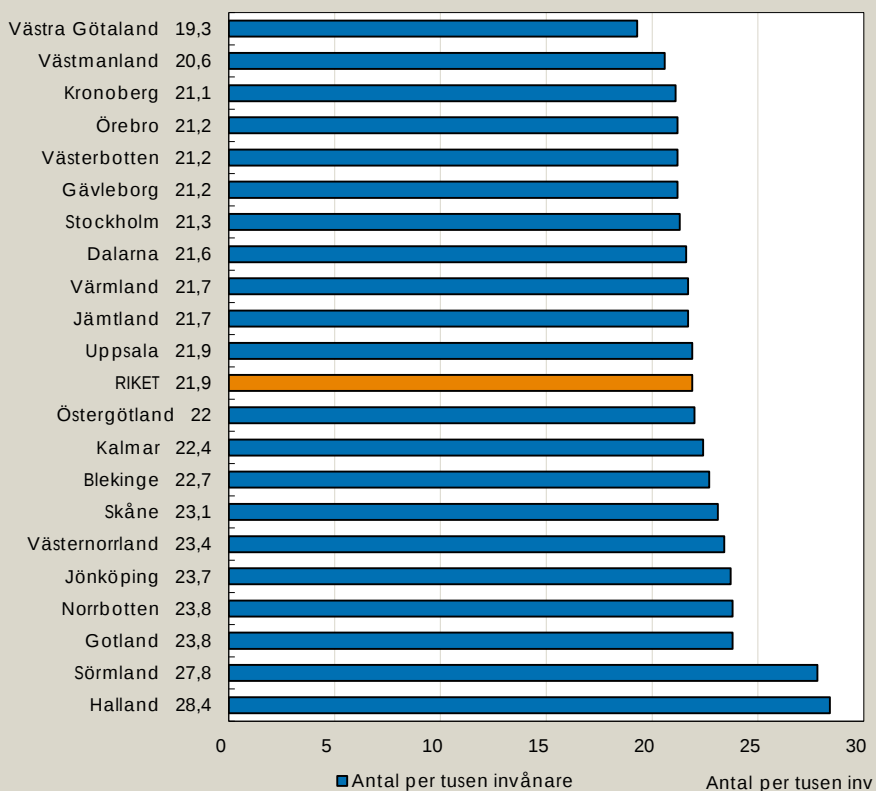
Försäljningen av läkemedel vid osteoporos kan även mätas som antalet individer per 1 000 invånare som gjort minst ett uttag från apoteken av ett eller flera av de utvalda läkemedlen (diagram 10). Uppgifterna är hämtade från läkemedelsregistret och avser år 2012.

År 2012 var det 21,9 individer per 1 000 invånare som hämtade ut något av de läkemedel som används vid osteoporos. Osteoporos drabbar främst kvinnor, varför 40,4 kvinnor per 1 000 hade hämtat ut osteoporosläkemedel, jämfört med 3,3 män per 1 000 män.

Antalet individer som hämtade ut något av de aktuella läkemedlen varierade mellan landstingen: 19,3–28,4 personer per 1 000 invånare. Variationen i antalet individer speglar befolkningarnas åldersstruktur och deras bakomliggande sjuklighet.

Diagram 10. Antal individer som hämtat ut osteoporosläkemedel

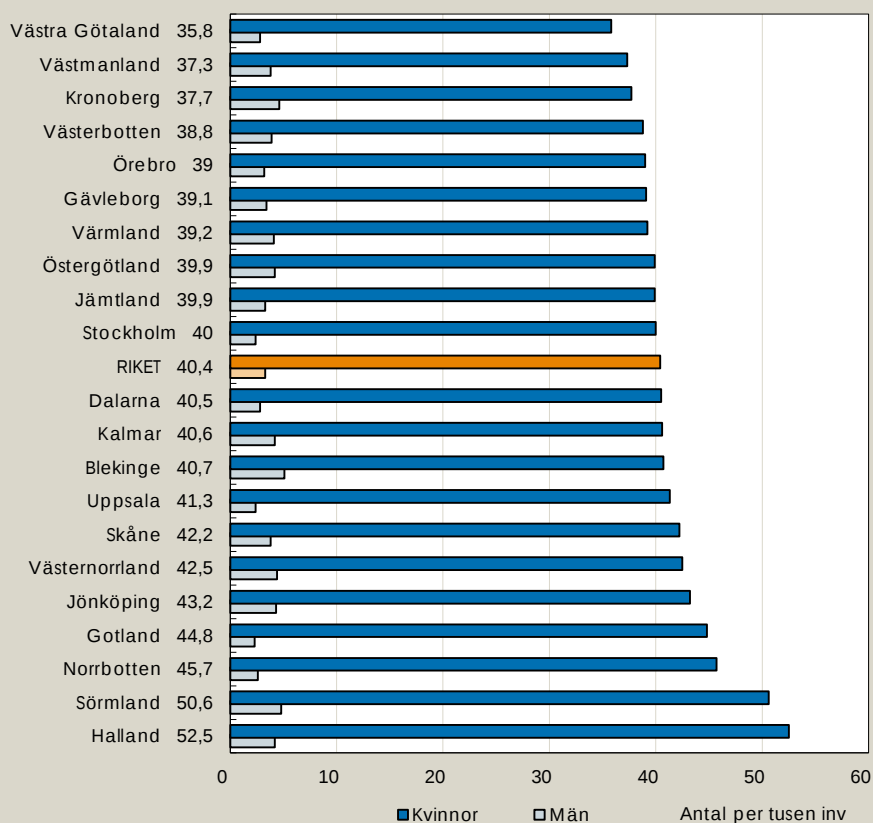
Antal individer per tusen invånare som gjort minst ett uttag från apotek av ett eller flera av läkemedel som används vid osteoporos, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen),
Befolkningsstatistik (SCB)

Diagram 11. Antal individer som hämtat ut osteoporosläkemedel

Antal kvinnor/män per tusen invånare som gjort minst ett uttag från apotek av ett eller flera läkemedel som används vid osteoporos, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen),
Befolkningsstatistik (SCB)

Läkemedel vid artros

Glukosamin och hyaluronsyra är läkemedel som enbart används för att behandla artros. Glukosamin är ett kroppseget ämne som utgör en av byggstenarna i kroppens brosk och ledvätska. Tidigare har glukosamin funnits att köpa som kosttillskott, men 2002 klassificerades det som ett läkemedel.

Godkända glukosaminer i Sverige är lösningar med salter i form av hydroklorid eller sulfat. Sedan 2010 omfattas symtomlindrande läkemedel som innehåller glukosaminer inte av läkemedelsförmånen. Behandling med glukosamin vid artros i knä eller höft är en så kallad icke-göra-rekommendation i riktlinjerna, eftersom läkemedlet inte anses ha någon effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling.

Inte heller hyaluronsyra omfattas av läkemedelsförmånen. Hyaluronsyra är ett ämne som förekommer naturligt i bland annat ledbrosk och ledvätska. Vid artros tror man att halten hyaluronsyra sjunker i ledvätskan och behandlingen innebär att ämnet injiceras i leden. Hyaluronsyra har dock liten eller ingen effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör

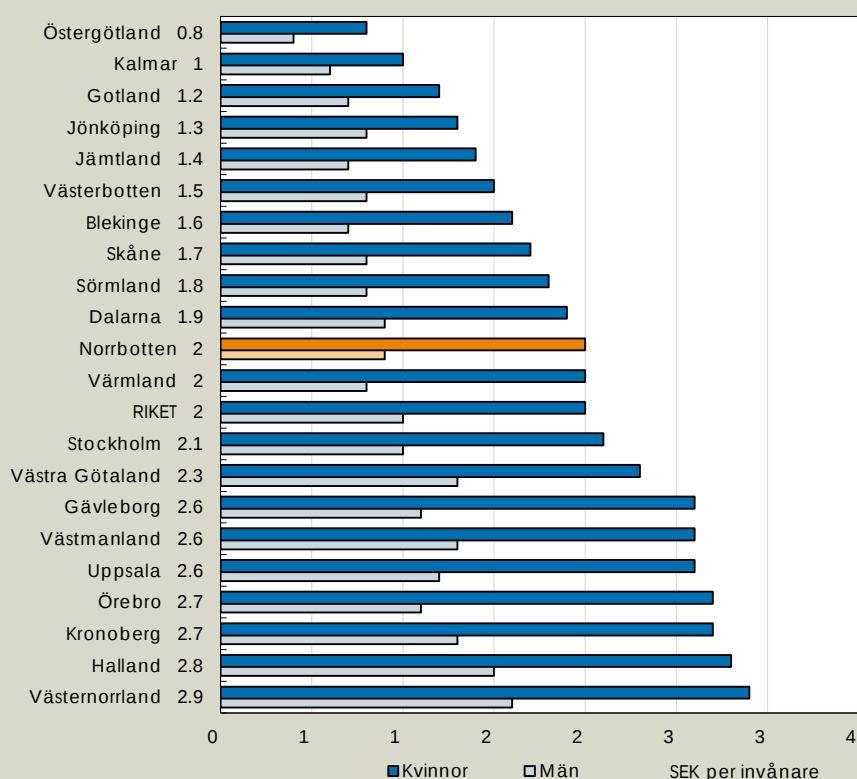
behandla med hyaluronsyra som injektion vid artros i knä eller höft (icke-göra).

Diagram 12 visar kostnaderna per invånare för glukosamin som år 2012 hämtades ut på apotek via recept. Samtliga uttag av läkemedlet ingår i materialet. Information om vilka läkemedel (ATC-koder) som ingår i presentationen finns i avsnittet Metod.

År 2012 uppgick patienternas kostnader för glukosamin till nästan 14,5 miljoner kronor. Kvinnor stod för drygt 67 procent av kostnaderna, och de hade gjort 51 378 uttag av glukosamin från apotek jämfört med 22 125 uttag bland männen. Kostnaderna per invånare var också något högre för kvinnor än för män, 2 kronor jämfört med 1 krona. Kostnaderna för glukosamin varierade mellan landstingen, och som högst kostade glukosamin 2,9 kronor per kvinna och 1,6 kronor per man. Som lägst var kostnaden 0,8 kronor per kvinna och 0,4 kronor per man.

Diagram 12. Kostnad/invånare för glukosamin

Kostnad per kvinna/man för glukosamin. Patienternas kostnader exkl. moms, 2012.



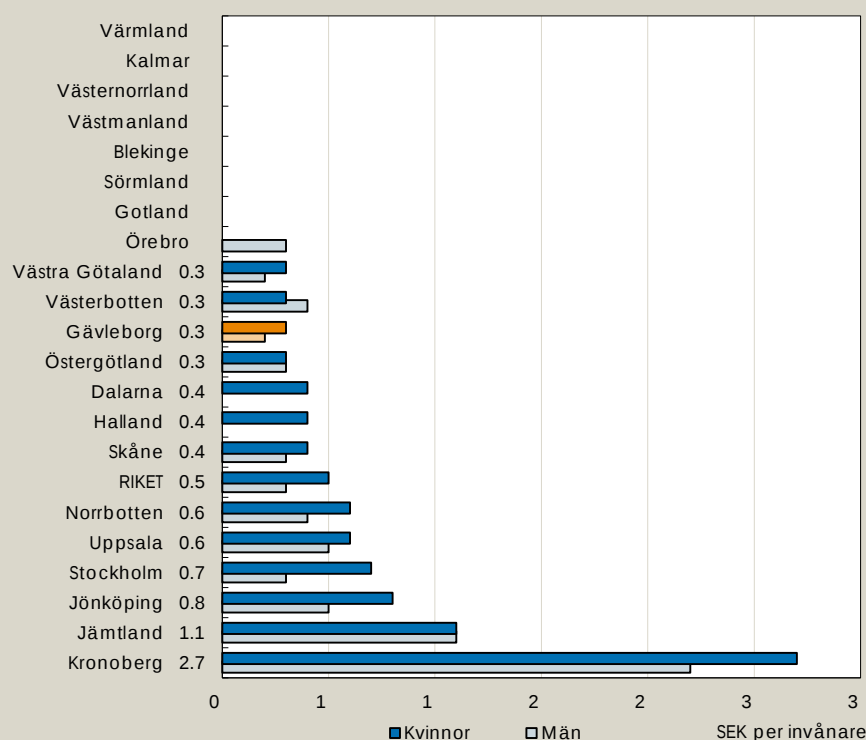
Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen),
Befolkningsstatistik (SCB)

Diagram 13 visar kostnaderna per invånare för hyaluronsyra som hämtades ut via recept på apotek år 2012. De landsting som hade färre än 30 uttag från apotek under det aktuella året ingår inte i presentationen; landstingen inkluderas dock i diagrammet men inga uppgifter presenteras för dem. Samtliga uttag av läkemedlet ingår dock i rikets kostnader.

Patienternas totala kostnader för hyaluronsyra uppgick år 2012 till nästan 3,8 miljoner kronor, och kvinnor stod för drygt 60 procent av kostnaderna. Kvinnor hade vidare 1 635 uttag av hyaluronsyra från apotek jämfört med 1 057 bland männen. Kostnaderna per invånare och år var också något högre för kvinnor än för män, 0,5 kronor jämfört med 0,3 kronor. Kostnaderna för hyaluronsyra varierade mellan landstingen och som högst kostade hyaluronsyra 2,7 kronor per kvinna och 2,2 kronor per man. Som lägst var kostnaden 30 öre per kvinna och 20 öre per man.

Diagram 13. Kostnad/invånare för hyaluronsyra

Kostnad per kvinna/man för hyaluronsyra. Patienternas kostnader exkl. moms, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret (Socialstyrelsen),
Befolkningsstatistik (SCB)

Biologiska läkemedel vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Med biologiska läkemedel avses preparat vars aktiva substans har producerats i eller renats fram ur material av biologiskt ursprung, till exempel levande celler eller vävnad. Biologiska läkemedel kan vara vacciner, blodprodukter eller plasmaderiverade läkemedel, antiserum, monoklonala antikroppar, enzymer, peptider, etc.

Denna typ av läkemedel används bland annat vid reumatoid artrit, inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit), ankyloserande spondylit och psoriasisartrit. Dessutom används de i ökande omfattning vid inflammatoriska tarmsjukdomar, hudpsoriasis samt vissa cancersjukdomar och neurologiska sjukdomar.

Biologiska läkemedel kan förskrivas i öppenvården, både i primärvården och vid läkarbesök i öppen specialiserad vård. De kan också administreras under ett slutenvårdstillfälle eller under ett läkarbesök i öppen specialiserad vård.

Presentationen nedan syftar till att visa vilka registeruppgifter som finns om biologiska läkemedel vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar samt kostnaderna för biologiska läkemedel då det är möjligt att ringa in dem.

Läkemedel i öppen specialiserad vård

Patienter som får sina biologiska läkemedel vid ett läkarbesök i den öppna specialiserade vården finns inte med i läkemedelsregistret. Däremot ingår kostnaderna för sådana läkemedel i kostnad per läkarbesök i öppen specialiserad vård då besöket avser läkemedelstillförsel (t.ex. DRG X700 Läkemedelstillförsel intravasalt). Uppgifterna registreras i KPP-databasen. I KPP-uppgifterna framgår det dock inte vilket läkemedel som har administrerats under läkarbesöket.

Enligt uppgifter ur KPP-databasen år 2012 uppgick kostnaden för ett besök i öppen specialiserad vård avseende läkemedelstillförsel intravasalt vid inflammatorisk ryggsjukdom till 12 944 kronor; vid ankyloserande spondylit till 12 823 kronor; vid reumatoid artrit till 11 731 kronor; och slutligen vid psoriasisartrit till 10 886 kronor.

År 2012 innehöll patientregistret följande antal läkarbesök avseende läkemedelstillförsel i specialiserad öppenvård (DRG X700): 691 vid inflammatorisk ryggsjukdom; 1 276 ankyloserande spondylit; 11 734 vid reumatoid artrit; och 1 476 vid psoriasisartrit.

Om läkarbesöken avsåg tillförsel av just biologiska läkemedel och inte några andra läkemedel skulle man kunna multiplicera kostnaden för besöket med antalet besök och på så sätt få en uppskattning av vad administration av biologiska läkemedel i öppen specialiserad vård vid reumatoid artrit kostade ett visst år. I detta fall skulle då kostnaden uppgå till nästan 137,7 miljoner kronor (11 731 kronor x 11 734 besök) år 2012. Vi kan dock inte vara säkra på att enbart biologiska läkemedel har administrerats under läkarbesöken, varför siffran får ses som en ungefärlig uppskattning.

Biologiska läkemedel uthämtade från apotek

Uppgifterna är hämtade från läkemedelsregistret och redovisar kostnaderna för biologiska läkemedel som hämtats ut på apotek mot recept. De ATC-koder som ingår i redovisningen är biologiska läkemedel som till stor del används vid reumatoid artrit, psoriasis artrit, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit samt några andra inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Några av de valda substanserna används även vid inflammatoriska tarmsjukdomar, autoimmuna sjukdomar och hudpsoriasis. En substans används även vid behandling av Non-Hodgkins lymfom och kronisk lymfatisk leukemi.

Tabell 22 i metodavsnittet visar vilka ATC-koder som ingår i redovisningen, läkemedlens aktiva substans samt indikationerna för vilka läkemedlen används. Kostnaderna är de som ingår i läkemedelsförmånen, exklusive moms, och presenteras som kostnaderna per invånare för riket 2012. Uppgifterna presenteras enbart på nationell nivå då det inte är möjligt att ringa in orsaken till förskrivningen av de biologiska läkemedlen.

År 2012 kostade de valda biologiska läkemedlen som sålts vis recept på apoteken i genomsnitt 183 kronor per invånare i riket. Kostnaderna för kvinnor var något högre, 215 kronor per invånare för kvinnor jämfört med 151 kronor för männen.

Försäljningen av biologiska läkemedel kan även mätas som antalet individer per 1 000 invånare som gjort minst ett uttag från apoteken av biologiska läkemedel. År 2012 var det 1,9 individer per 1 000 invånare som hämtade ut något av de valda biologiska läkemedlen från apotek. Det var fler kvinnor än män som hade hämtat ut biologiska läkemedel från apoteken: 2,2 per 1 000 kvinnor jämfört med 1,5 per 1 000 män.

Antalet individer som hämtat ut biologiska läkemedel från apotek via recept är också beroende av i hur stor omfattning sjukhusen administrerar biologiska läkemedel vid läkarbesök i öppen specialiserad vård, eftersom sådan läkemedelsanvändning inte ingår i läkemedelsregistret.

Det bör noteras att kostnaderna för biologiska läkemedel som hämtats ut på apotek via recept inte exakt överensstämmer med kostnaderna för biologiska läkemedel vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar, eftersom läkemedlen även används vid några andra sjukdomstillstånd.

Metod

Datakällor

I denna bilaga används data från Socialstyrelsens hälsodataregister, patientregistret och läkemedelsregistret. Vidare har kostnadsuppgifter hämtats från Kostnad per patient-databasen, som vanligen kallas KPP-databasen och som administreras av SKL.

Rapporteringen till Socialstyrelsens nationella register är obligatorisk och lagreglerad medan det är frivilligt att rapportera kostnadsdata till KPP-databasen. Det innebär att sjukhus själva väljer om de vill ansluta sig till registret.

De lokala KPP-uppgifterna är baserade på personnummer men inte uppgifterna i den nationella databasen. Det går därför inte att samköra personnummerbaserade uppgifter ur exempelvis patientregistret med data ur KPP-databasen.

Patientregistret och diagnosrelaterade grupper, DRG

Patientregistret ska i dag omfatta all slutenvård samt alla läkarbesök i öppen vård som inte betecknas som primärvård. I registret ingår så kallade patient-administrativa data kring varje vårdtillfälle men inga kostnadsdata. Registret uppdateras årligen och när denna bilaga färdigställdes fanns rikstäckande data för åren 1987–2012.

Cirka 1,6 miljoner slutenvårdsbesök och 12 miljoner öppenvårdsbesök registreras årligen i patientregistret. Slutenvårdsdelen har en jämn och bra kvalitet över tid vad gäller centrala variabler såsom huvuddiagnos, sjukhus och datum för vården. Bortfallet av huvuddiagnos är litet, knappt 1 procent. År 2012 saknades cirka 1,6 miljoner öppenvårdsbesök i patientregistret jämfört med SKL:s statistik. Det innebär att registret saknar 12 procent av besöken, varav större delen är gjorda hos privata vårdgivare.

DRG är en förkortning för diagnosrelaterade grupper och innebär att patienter med likartade diagnos- och åtgärds-koder grupperas till en och samma grupp med ett dataprogram, en så kallad grupperare.

De nordiska länderna har utvecklat ett gemensamt DRG-system som kallas NordDRG. Systemets högsta indelningsgrund är en indelning av alla huvuddiagnoser i 24 (år 2012) huvudsakligen organspecifika grupper kallade Major Diagnostic Categories (MDC). Till varje MDC hör ett varierat antal DRG. Utförlig information om NordDRG finns i Socialstyrelsens *Vägledning till NordDRG 2012* [2].

År 2012 fanns det i NordDRG totalt 1 212 DRG, varav 773 avsåg DRG i slutenvård [2]. Övriga DRG avsåg öppenvård. Öppenvård definieras här som dagsjukvård, 215 DRG (dagkirurgi, dagmedicin samt endoskopier) samt övrig öppenvård, 224 DRG.

Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdtillfällen, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva sjukhusets patientsammansättning (*case-mix*) på ett mycket mer överskådligt sätt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärds-koder.

Varje DRG har tilldelats en vikt som anger den relativa resursåtgången för en viss DRG i förhållande till samtliga DRG. För att beräkna DRG-vikter används kostnadsuppgifterna ur KPP-databasen.

Rörelseorganens sjukdomar ingår i gruppen MDC 08 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, och har beteckningarna DRG H01–H99. Vissa DRG delas in i undergrupper för att bättre beskriva patientsammansättningen vid ett sjukhus. Till exempel grupperas vårdtillfällen som rör höft- och bäckenfrakturer till tre olika grupper – H51A, H51C eller H51E – efter patienternas sjuklighet och ytterligare vidtagna åtgärder. Bokstaven A står för mycket komplicerat, vilket innebär att något inträffade under vårdtillfället som medförde ytterligare åtgärder, eller att patienten hade bidiagnoser (samsjuklighet) som gjorde vårdtillfället mer resurskrävande. Bokstaven C indikerar en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd, men mindre resurskrävande än ett vårdtillfälle med bokstaven A. Bokstaven E indikerar avsaknad av en komplicerande bidiagnos och/eller åtgärd, vilket gör vårdtillfället mindre resurskrävande. Hur väl *case-mixen* bland patienter reflekteras i statistiken beror således på registreringen av bidiagnoser och åtgärds-koder.

Slutenvårdstillfällen och genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle för de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna återfinns inom den diagnosrelaterade gruppen ”specifika inflammatoriska artropatier”, DRG H57A, H57C och H57E.

Det finns dock ingen motsvarande diagnosrelaterad grupp för läkarbesök i den specialiserade öppenvården avseende ”specifika inflammatoriska artropatier”. Däremot går det att ta fram uppgifter på vilken typ av läkarbesök som individer med någon av de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna gjort i den öppna specialiserade vården. Läkarbesöken har då registrerats med en inflammatorisk reumatisk sjukdom som huvuddiagnos och en åtgärds-kod som specificerar vilken vård som getts under läkarbesöket. Uppgifter för både slutenvårdstillfällen och läkarbesök vid sjukhusens öppna specialiserade vård presenteras för riket år 2012.

Det finns omkring 20 öppenvårdsbesök som benämns som ”Övriga läkarbesök” t.ex. DRG H99O ”Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv”. Från och med år 2015, kommer de här 20 DRG:n att indelas i 125 diagnosrelaterade grupper. Avsikten med förfinad indelningen i diagnosrelaterade grupper är att ge mer detaljerad information om läkarbesöken.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som har hämtats ut på apotek via recept sedan 1 juli år 2005. Uppgifterna är personnummerbaserade. Motsvarande data finns från och med 1999 men utan personnummer. Registret uppdateras månadsvis med cirka två veckors fördröjning.

I dag hämtas närmare 100 miljoner recept ut varje år. Registret omfattar inte läkemedel som ges i slutenvård, dispenserar ur läkemedelsförråd eller köps utan recept, och bland data finns inte heller orsaken till förskrivningen. I denna bilaga redovisas kostnaderna för läkemedel som används vid osteoporos. I redovisningen ingår följande ATC-koder för osteoporosläkemedel: G03CA03, G03CB01, G03CC05, G03CX01, G03FA01, G03FA12, G03FA15, G03FA17, G03FB03, G03FB05, G03FB06, G03FB09, G03FB11, G03XB02, G03XC01, M05BA01, M05BA02, M05BA03, M05BA04, M05BA05, M05BA06, M05BA07, M05BA08, M05BB01, M05BB02, M05BB03, M05BC01, M05BC02, M05BX03, M05BX04.

I redovisningen ingår även ATC-kod M09AX01 för hyaluronsyra och M01AX05 för glukosamin.

Slutligen redovisas även kostnaderna för biologiska läkemedel som används vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, ankyloserande spondylit, axial spondylartrit, psoriasisartrit) men som även används vid vissa cancersjukdomar såsom Non-Hodgkins lymfom och kronisk lymfatisk leukemi, inflammatoriska tarmsjukdomar och autoinflammatoriska syndrom (kryopyrinassocierade periodiska syndrom, CAPS) samt vissa hudsjukdomar t.ex. psoriasis. Tabell 22 visar vilka ATC-koder som ingår i redovisningen, läkemedlens aktiva substans samt indikationerna för vilka läkemedlen används.

Tabell 22 ATC-koder för valda biologiska läkemedel

Läkemedlets ATC-kod, aktiv substans i läkemedlet och indikationer för användning av de biologiska läkemedlen som inkluderats.

ATC-kod	Aktiv substans	Indikationer
L01XC02	Rituximab	reumatoid artrit, granulomatös med polyangit och mikroskopisk polyangit, Non-Hodgkins lymfom, kronisk lymfatisk leukemi,
L04AA24	Abatacept	reumatoid artrit
L04AB01	Etanercept	reumatoid artrit, juvenil idiopatisk artrit, psoriasisartrit, axial spondylartrit, ankyloserande spondylit, plaquepsoriasis
L04AB02	Infliximab	reumatoid artrit, Crohns sjukdom, ulcerös kolit, ankyloserande spondylit, psoriasisartrit, psoriasis
L04AB04	Adalimumab	reumatoid artrit, polyartikulär juvenil idiopatisk artrit, axial spondylartrit, ankyloserande spondylit, psoriasisartrit, psoriasis, Crohns sjukdom, ulcerös kolit
L04AB05	Certizumabpegol	reumatoid artrit, axial spondylartrit, ankyloserande spondylit, psoriasisartrit
L04AB06	Golimumab	reumatoid artrit, psoriasisartrit, ankyloserande spondylit, ulcerös kolit
L04AC03	Anakinra	reumatoid artrit, kryopyrinassocierade periodiska syndrom (CAPS)
L04AC07	Tocilizumab	reumatoid artrit

Källa: FASS, 2014.

Kostnad per patient – KPP-databasen

KPP-metoden (kostnad per patient) innebär att sjukvårdens diagnostiska och behandlande åtgärder och dess kostnader knyts till den enskilda patientens resursförbrukning, vilket gör det möjligt att redovisa kostnader per vårdtillfälle. Genomsnittliga kostnader per vårdtillfälle kan redovisas för de sjukhus

som rapporterar till den nationella KPP-databasen. KPP kompletterar den individbaserade verksamhetsstatistiken med kostnadsdata som förs till varje vårdkontakt.

KPP-beräkningar bygger i huvudsak på uppgifter som redan har registrerats i verksamheten, till exempel i operationsplanerings- och ekonomisystem. Det medför att vissa sjukhus inte kan fördela overheadkostnader för administration, lokaler etc. till specifika patienter. Systemens utformning påverkar således kostnadernas storlek. Dessutom påverkas kostnadernas storlek av vårdkedjans utformning och vårdens organisation. Avsikten med KPP är dock att spegla faktiska vårdkedjor.

Den nationella KPP-databasen administreras av SKL och det är i dag frivilligt att rapportera och använda KPP. Uppgifterna i de lokala databaserna är personnummerbaserade, men inte uppgifterna i den nationella databasen. Dagens KPP-system omfattar främst den slutna somatiska specialistvården och den somatiska specialiserade öppenvården, och i mindre omfattning den psykiatriska vården. Dessutom används i begränsad omfattning även metoden Kostnad per brukare (KPB) inom vård och omsorg i kommunerna. Primärvården omfattas inte av KPP.

Tabell 23 visar de sjukhus som år 2012 rapporterade till KPP-databasen, varav de flesta rapporterade både slutenvårds- och öppenvårdskostnader. Örebro rapporterade dock inte öppenvårdskostnader. Blekinge, Dalarna, Gotland, Jönköping, Kronoberg, Sörmland och Värmland rapporterade inte till KPP-databasen. Dalarna har dock under tidigare år rapporterat KPP-data.

Tabell 23 Sjukhus som rapporterar KPP-data

Sjukhus som rapporterade kostnadsuppgifter till KPP-databasen år 2012 och kortnamn som används i diagrammen i denna bilaga.

Sjukhus, KPP-databasen	Kortnamn
S:t Görans sjukhus	S:t Göran, Stockholm
Södersjukhuset	Södersjukhuset, Stockholm
Karolinska universitetssjukhuset	Karolinska*, Stockholm
Danderyds sjukhus	Danderyd, Stockholm
Södertälje sjukhus	Södertälje
Norrtälje sjukhus	Norrtälje
Akademiska sjukhuset	Uppsala
Lasarettet i Enköping	Enköping
Universitetssjukhuset i Linköping	Linköping
Finspångs lasarett	Finspång
Vrinnevisjukhuset	Norrköping
Motala lasarett	Motala
Västerviks sjukhus	Västervik
Länssjukhuset Kalmar	Kalmar
Oskarshamns sjukhus	Oskarshamn
Skåne universitetssjukhus	Skånes Universitetssjukhus*
Länssjukhuset Halmstad	Halmstad
Varbergs sjukhus	Varberg

Sjukhus, KPP-databasen	Kortnamn
Kungsbacka sjukhus	Kungsbacka
Frölunda Specialist sjukhus	Frölunda
Sahlgrenska universitetssjukhuset	Sahlgrenska*, Göteborg
Kungälv sjukhus	Kungälv
NU-sjukvården	NU-sjukvården*
Alingsås lasarett	Alingsås
Skaraborgs sjukhus	Skaraborg*
Universitetssjukhuset i Örebro	Örebro
Karlskoga lasarett	Karlskoga
Lindesbergs lasarett	Lindesberg
Västmanlands sjukhus	Västmanland*
Gävleborg	Gävleborg
Sundsvalls sjukhus	Sundsvall
Örnsköldsviks sjukhus	Örnsköldsvik
Sollefteå sjukhus	Sollefteå
Östersunds sjukhus	Östersund
Norrlands Universitetssjukhus	Norrland
Skellefteå lasarett	Skellefteå
Lycksele lasarett	Lycksele
Gällivare lasarett	Gällivare
Piteå Älvdals sjukhus	Piteå Älvdal
Kalix lasarett	Kalix
Kiruna lasarett	Kiruna
Sunderbyns sjukhus	Sunderbyn

Källa: KPP-databasen, SKL.

År 2012 hade några sjukhus gemensam inrapportering till KPP-databasen (markeras* i tabellen ovan). I NU-sjukvården ingår sjukhusen i Uddevalla och Trollhättan, och i Skaraborgs sjukhus ingår Skövde, Mariestad, Falköping och Lidköping. I Sahlgrenska universitetssjukhuset ingår sjukhusen Mölndal, Östra och Sahlgrenska. Skånes universitetssjukhus har verksamhet i Lund och Malmö. Till Västmanlandssjukhus hör Västerås, Köping, Sala och Fagersta. Slutligen redovisar Karolinska Huddinge och Karolinska Solna samt även vissa andra kliniker gemensamt under namnet Karolinska universitetssjukhuset.

Definitioner

Vårddagar

Vid en DRG-gruppering används termen vårddagar som motsvarar vårdtiden plus en dag. Vårdtider anges som dagar och är beräknade enligt den gängse definitionen utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. Om en patient skrivs in i slutenvård och skrivs ut samma dag kommer det alltså att registreras som en vårddag enligt DRG-logiken.

Referenser

[1] Neovius M. Reumatoid artrit, biologisk behandling och förlorade arbetsdagar – exempel på användning av svenska hälsodataregister. Rapport från SNS forskningsprogram Värde av nya läkemedel. Stockholm: 2013.

[2] Socialstyrelsen. Vägledning till NordDRG, Svensk CC-version 2012. Stockholm: 2012.