

Sjukvårdens utveckling över tid – nationella trender och variationer mellan landstingen komplement till Öppna jämförelser hälso- och sjukvård 2013

2014-02-19



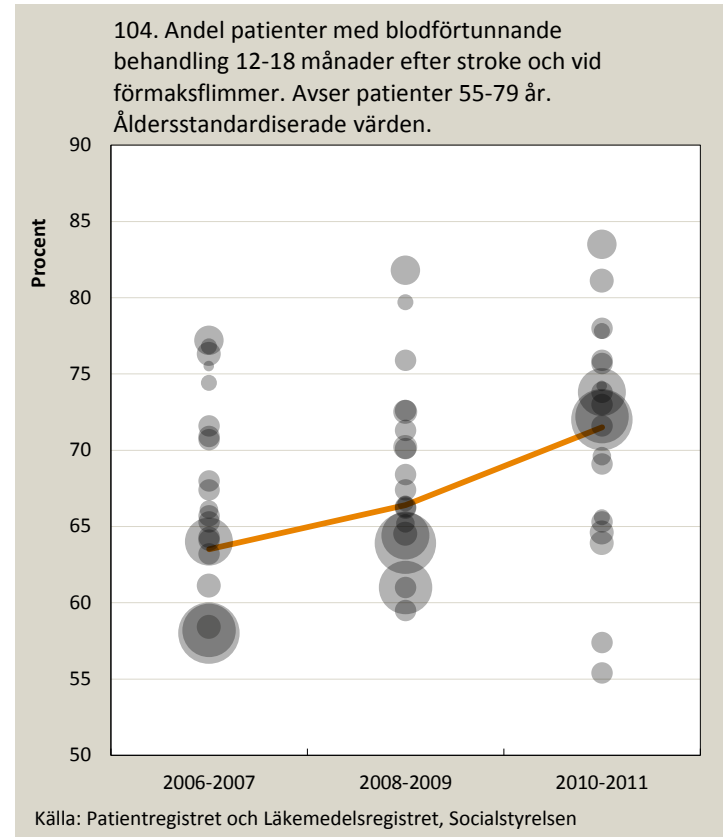
Inledning

- Här får du översiktlig bild av sjukvårdens utveckling över tid. Syftet är att visa nationella trender och ge en bild av variationer mellan landstingen.
- Bilden är inte fullständig, 44 utvalda indikatorer visas inom områdena *övergripande indikatorer, läkemedelsbehandlingar, diabetesvård, hjärtsjukvård, strokesjukvård och cancersjukvård*. En lista över indikatorerna finns i slutet av presentationen.
- Denna presentation är ett komplement till rapporten *Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård 2013* och bilagan *Indikatorbeskrivningar*. Du hittar dem via denna länk: www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-1

Om diagrammen

- Rikets trend visas med ett orange streck
- Landstingen visas som fyllda grå cirklar
- Cirklarnas area motsvarar befolkningens storlek i respektive landsting under 2013
- När fyra cirklar överlappar blir färgen helt svart
- Diagramrubriken innehåller detaljer om hur mätningen är gjord, tex vilka åldersintervall som ingår
- Skalan på den lodräta axeln skiljer sig mellan diagrammen och börjar sällan på noll
- Indikatorernas numrering är densamma som i rapporten Öppna jämförelser hälso- och sjukvård 2013
- För ett tydligare kunna följa enskilda landstings resultat över tid och jämföra med riket hänvisar vi till Socialstyrelsens jämförelseverktyg:
www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/halso-och-sjukvard/jamfor

Exempel på diagram



Om variation

- Variationer kan ha flera olika orsaker. Stora och/eller bestående skillnader bör analyseras närmare för att hitta bakomliggande orsaker.
- Slumpvariationen gör att landsting med liten befolkning oftare än andra uppvisar värden som varierar stort från år till år. Indikatorerna påverkas olika mycket av slumpfaktorn.
- Standardavvikelse är ett mått på variationens omfattning. Standardavvikelsen visas inte i diagrammen men har varit ett stöd för att kommentera variationens utveckling i texten.

Övergripande indikatorer

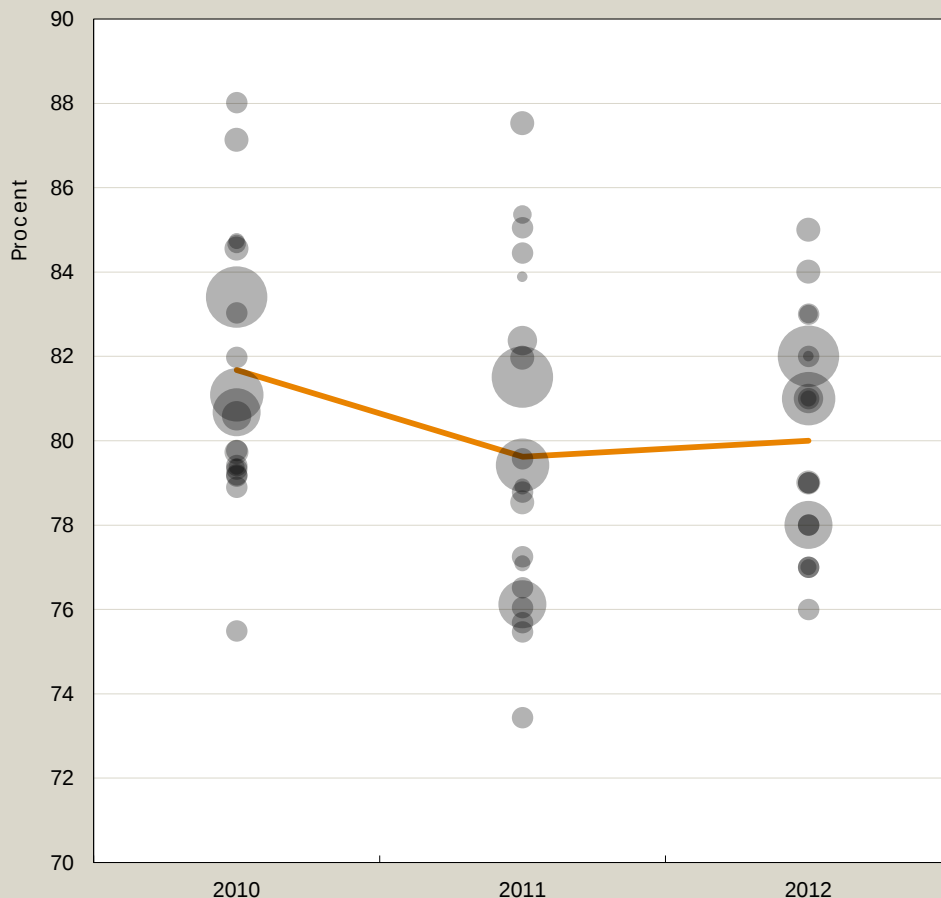
De kommande åtta sidorna visar utvecklingen för åtta övergripande indikatorer i meningen att de inte avser specifika sjukdomsgrupper eller behandlingstyper.

Sida 7-9 berör befolkningens uppfattning om tillgång till vård och förtroende för vård. Data kommer från Vårdbarometern, en årlig telefonintervju med drygt 41 000 slumpvis utvalda personer.

Sida 10-14 berör sjukhusinläggningar och dödsfall som på olika sätt bedöms vara påverkbara med hälsopolitiska eller medicinska insatser. Datakälla är patientregistret och dödsorsaksregistret.

Tillgång till sjukvård

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



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller inte. Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer över 18 år. I ett medelstort landsting genomförs cirka 1000 intervjuer.

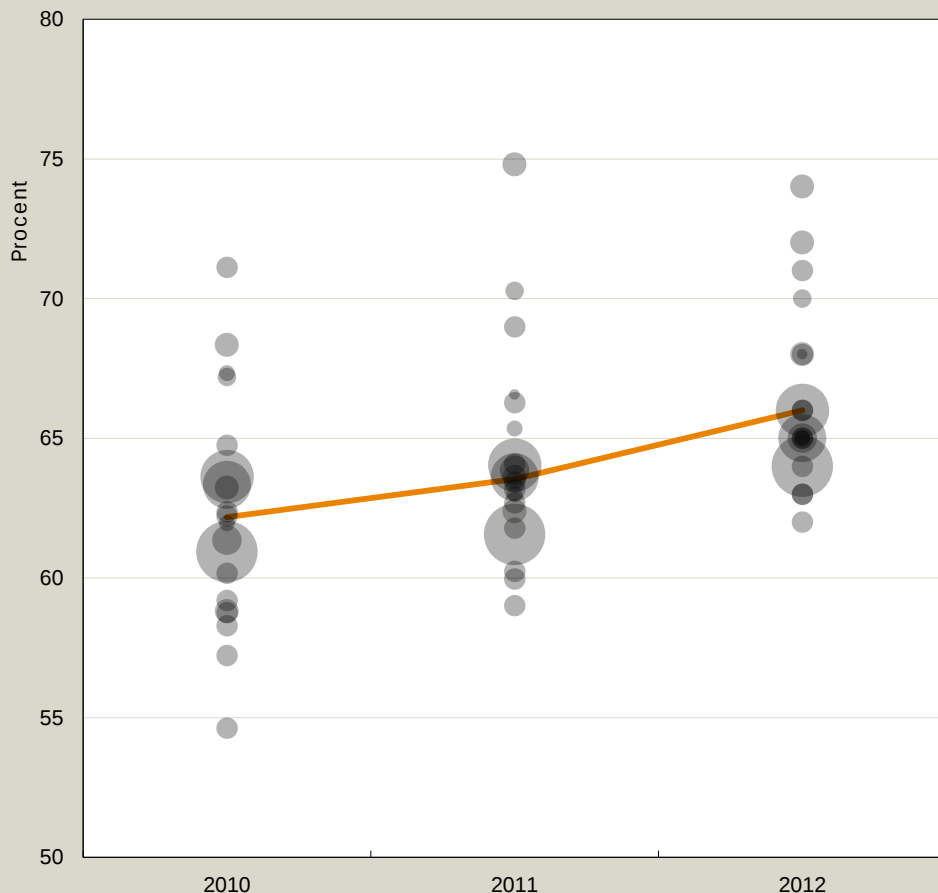
Diagrammet visar andel svarande som *helt eller delvis* instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de anser att de behöver.

Datakällan är Vårdbarometern, en återkommande undersökning som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskap om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård.

Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 76 till 85 procent som *helt eller delvis* instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de anser att de behöver. Ingen tydlig förändring över tid ses för denna indikator.

Förtroende för vårdcentraler

26. Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler/motsvarande.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

I måttet redovisas befolkningens förtroende för vården på vårdcentral oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller inte.

Uppgifterna baseras på årliga telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer över 18 år. I ett medelstort landsting genomförs cirka 1000 intervjuer.

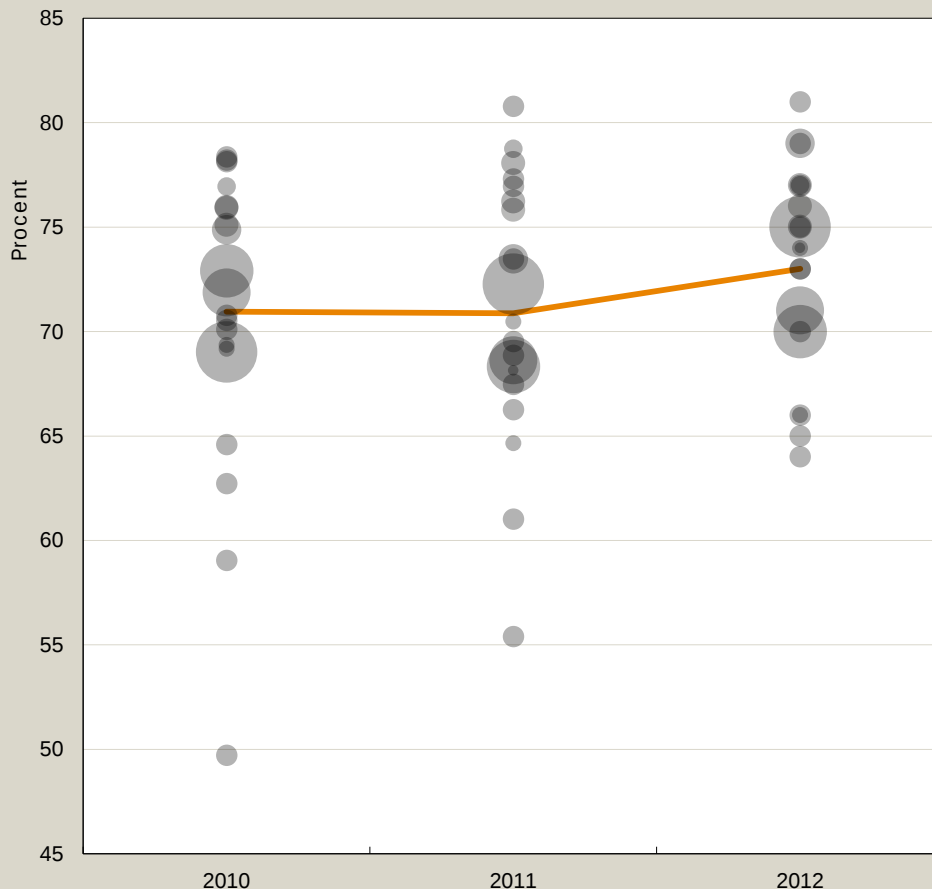
Diagrammet visar andel svarande som uppgett sig ha *mycket stort* eller *ganska stort* förtroende för vården på vårdcentral eller motsvarande.

Datakällan är Vårdbarometern, en återkommande undersökning som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskap om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård.

Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 62 till 74 procent av befolkningen som har ganska stort eller mycket stort förtroende för sin vårdcentral. En svag förbättring ses över tid för denna indikator.

Förtroende för sjukhus

27. Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

I måttet redovisas befolkningens förtroende för vården på sjukhus, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller inte.

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer över 18 år. I ett medelstort landsting genomförs cirka 1000 intervjuer.

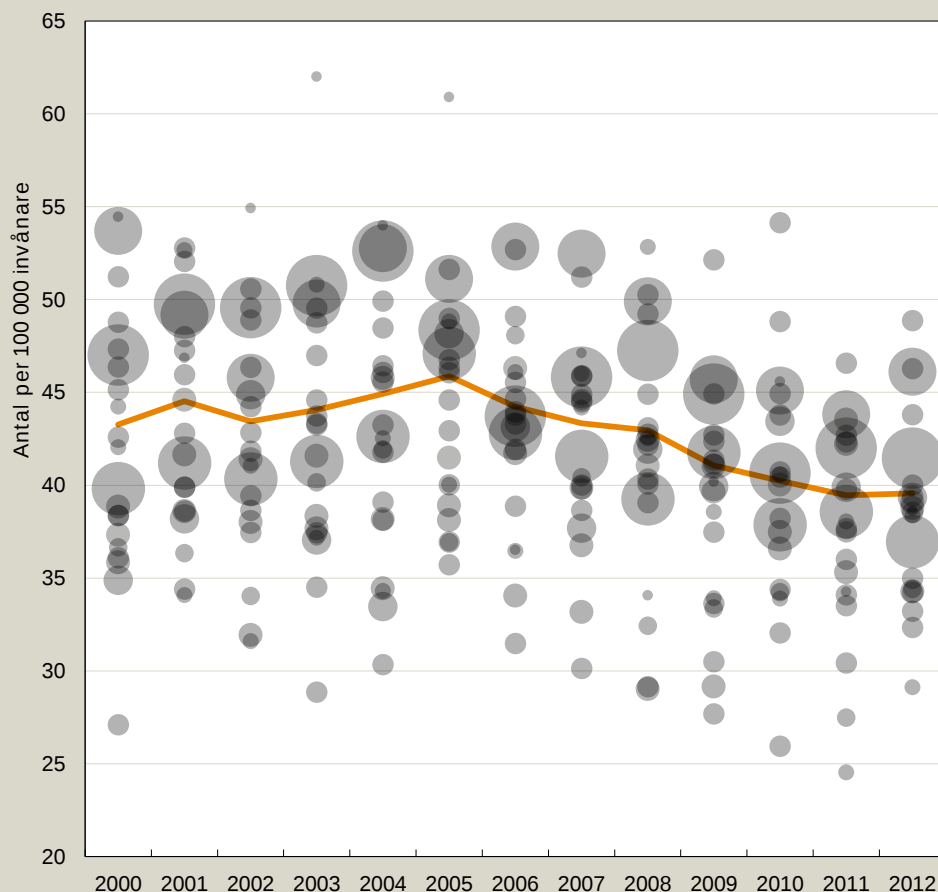
Diagrammet visar andel svarande som uppgett sig ha *mycket stort* eller *ganska stort* förtroende för vården på sjukhus.

Datakällan är Vårdbarometern, en återkommande undersökning som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskap om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård.

Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 64 till 81 procent som uppgett sig ha *mycket stort* eller *ganska stort* förtroende för vården på sjukhus. En svag förbättring ses över tid för denna indikator, men spridningen mellan landstingen är stor.

Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas avlidna i diagnoser och dödsorsaker som bedöms möjliga att påverka med hälsopolitiska insatser, som till exempel kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor.

De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

Datakälla är Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

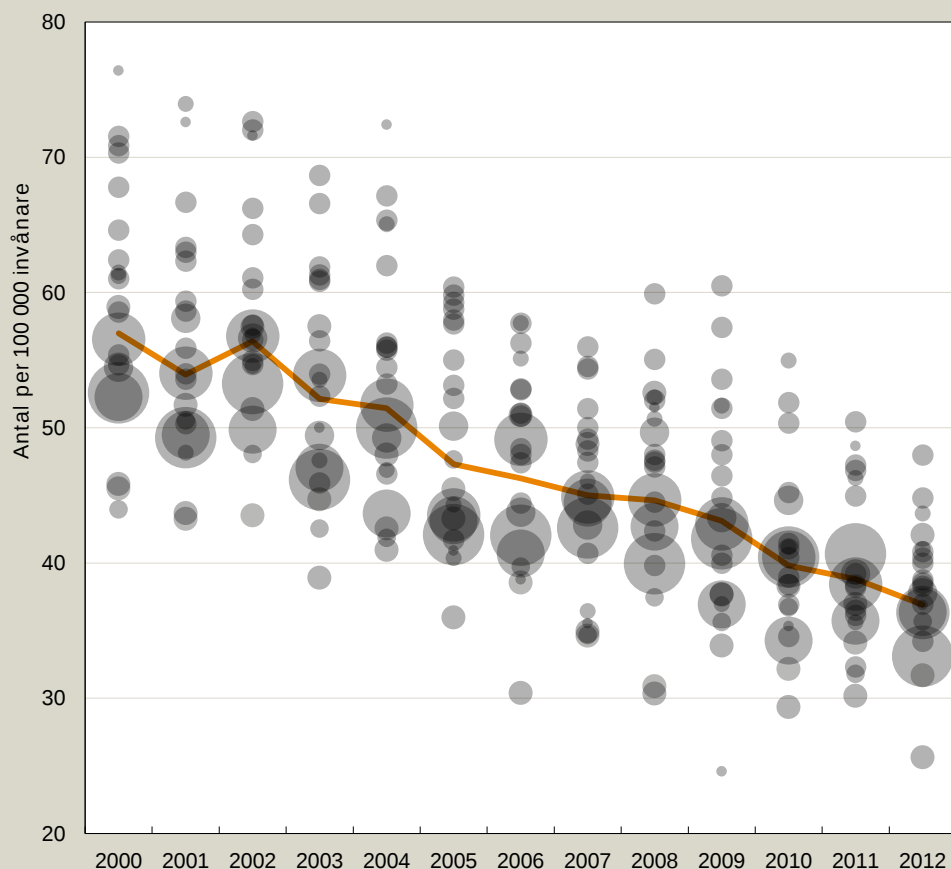
Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 30 till 45 dödsfall per 100 000 invånare. Sedan 2005 ses en svag förbättring över tid för denna indikator. Variationen mellan landstingen är stor, men även den har minskat något.

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då diagnossättning kan variera mellan landstingen. Landstingen tenderar också att ha instabila värden eftersom dataunderlaget är relativt litet för de enskilda årtalen.

I diagrammet redovisas ettårsdata, utrymmet för slumpmässig variation blir därför större här än för den längre mätperiod som redovisas i huvudrapporten.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas avlidna i diagnoser som valts ut därför att de bedöms vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser eller genom tidig upptäckt och behandling.

Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, stroke, livmoderhalscancer, astma och gallstenssjukdom. Stroke och diabetes är de diagnoser som har störst påverkan på utfallet, för kvinnor även livmoderhalscancer.

Datakälla är Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

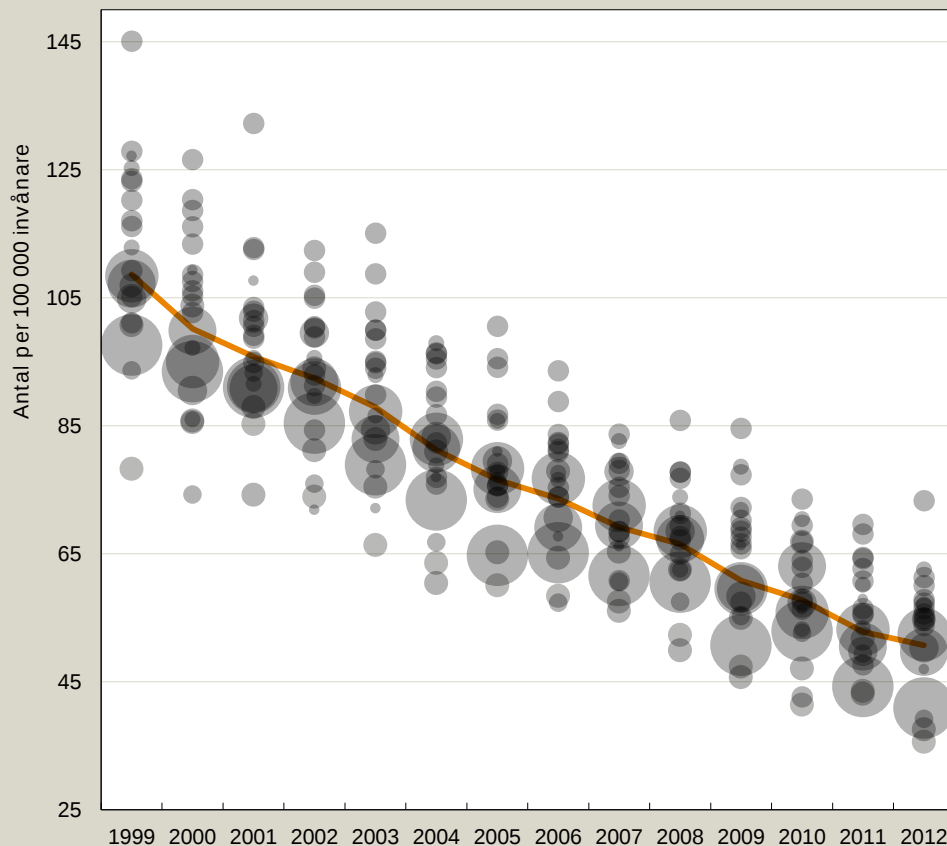
Dödligheten i de aktuella diagnoserna har minskat för både män och kvinnor det senaste decenniet. Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 25 till 48 dödsfall per 100 000 invånare. Variationen mellan landstingen har minskat något över tid.

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Särskilt gäller detta för diabetes.

I diagrammet redovisas ettårsdata, utrymmet för slumpmässig variation blir därför större här än för den längre mätperiod som redovisas i huvudrapporten.

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas antal avlidna i ischemisk hjärtsjukdom, dvs sjukdomar som orsakas av en försämrad syretillförsel till hjärtat. Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken.

Den kraftiga nedgången i dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar under senare år antyder att både de hälsopolitiska och medicinska insatserna på detta område fått genomslag i befolkningen och t ex lett till förbättrade levnadsvanor och effektivare behandlingar.

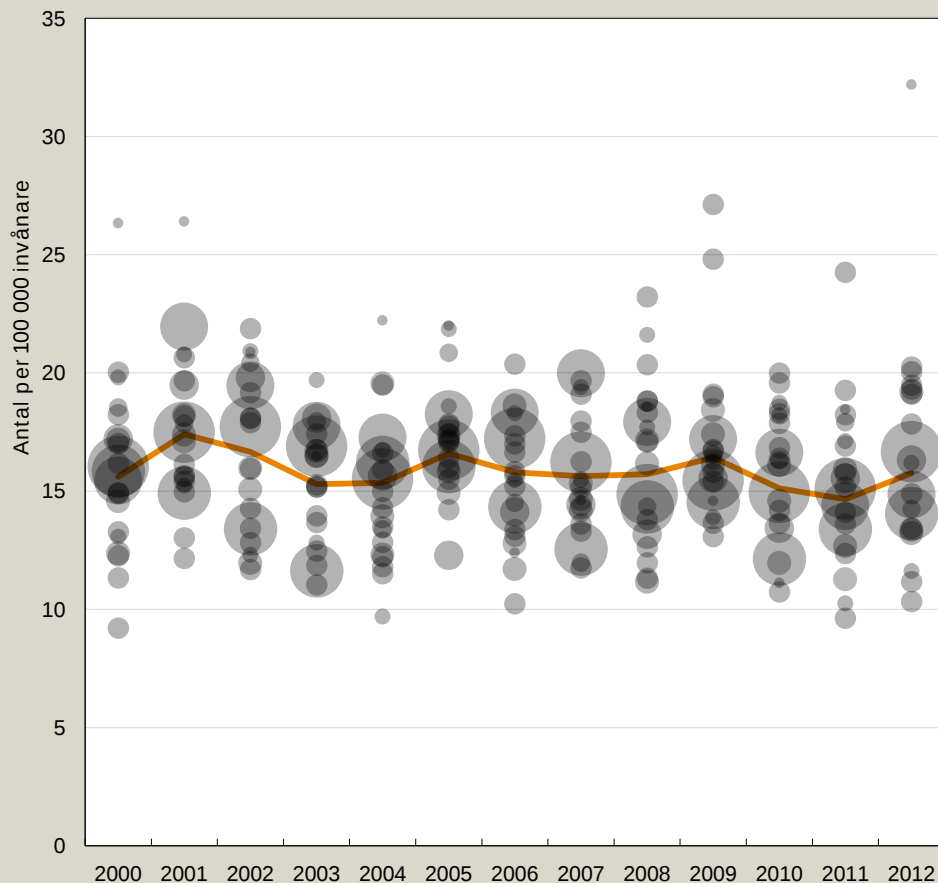
Datakälla är Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Av diagrammet framgår hur dramatisk minskningen av dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom är - på mindre än 15 år har dödligheten halverats. Variationen mellan landstingen har också minskat. Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 37 till 73 dödsfall per 100 000 invånare.

I diagrammet redovisas ettårsdata, utrymmet för slumpmässig variation blir därför något större här än för den längre mätperiod som redovisas i huvudrapporten.

Själv mord i befolkningen

5. Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden



I måttet redovisas antal avlidna i självmord och dödsfall med oklart uppsåt, d v s så kallade säkra respektive osäkra självmord.

Datakälla är Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

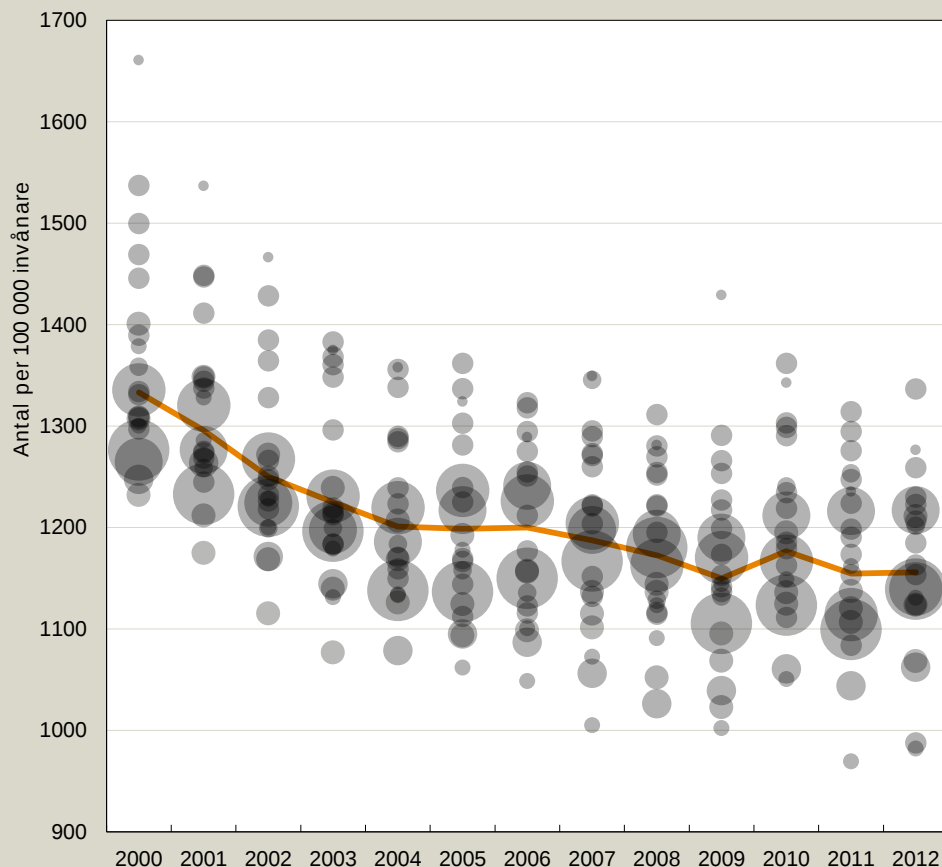
Under 2012 tog 1151 personer sitt liv. Därtill fanns det 379 dödsfall med oklart uppsåt. Drygt två tredjedelar var män. Ingen tydlig förändring ses över tid. Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 10 till 20 dödsfall per 100 000 invånare. Små landsting tenderar att få instabila värden eftersom dataunderlaget är relativt litet.

I diagrammet redovisas ettårsdata, utrymmet för slumpmässig variation blir därför större här än för den längre mätperiod som redovisas i huvudrapporten.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Undvikbar slutenvård

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Måttet visar personer som slutenvårdats för vissa diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka. Antagandet bygger på att om patienter med vissa utvalda diagnoser får optimalt omhändertagande i den öppna vården så kan en del inläggningar på sjukhus förhindras. Öppenvårdsinsatserna kan avse prevention, primärvård och specialiserad öppenvård i olika former.

Både kroniska och akuta diagnoser ingår i indikatorn. De kroniska är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och kärlkramp. De akuta tillstånden är blödande magsår, diarré, epileptiska krampfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammationer och öron-näsa-halsinfektioner.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister.

Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 981 till 1336 slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare. Antal slutenvårdstillfällen har minskat för dessa diagnoser det senaste decenniet men variationen mellan landstingen är fortfarande stor. Variationen kan påverkas av regionala skillnader i sjukdomsförekomst och genom att diagnossättning och registrering kan variera. Även tillgång på vårdplatser kan spela roll.

Läkemedelsbehandling

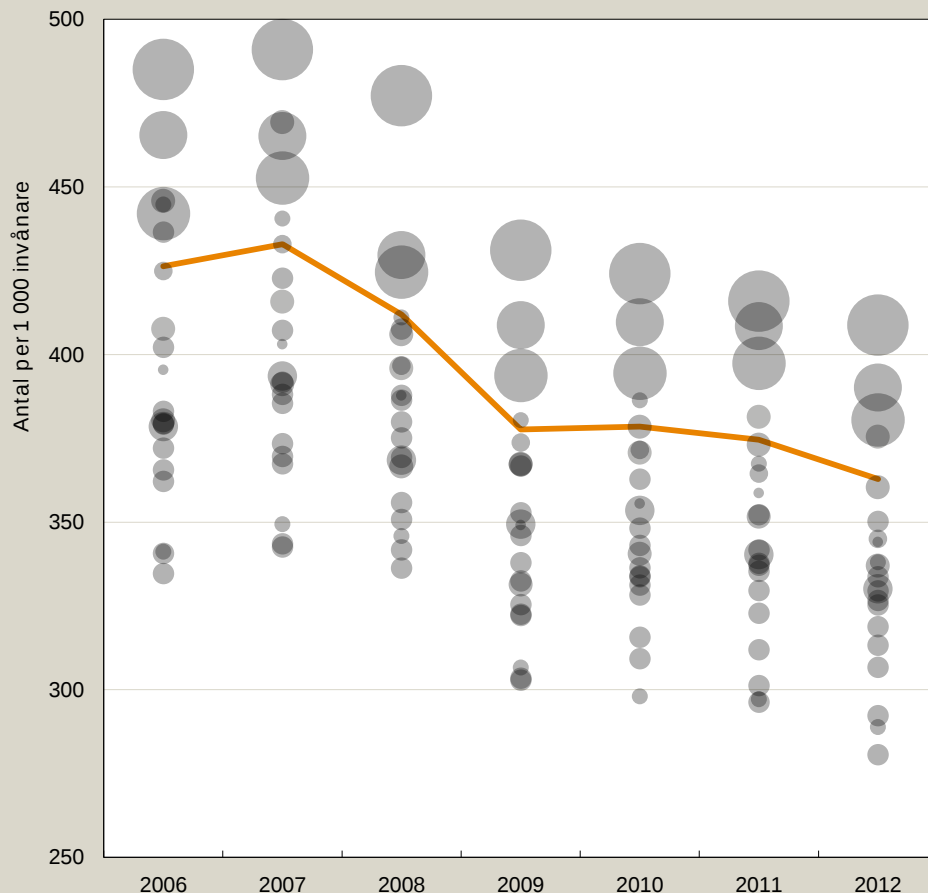
Sida 16-20 berör läkemedelsbehandling med antibiotika, astmaläkemedel eller blodtryckssänkande läkemedel.

Data kommer från läkemedelsregistret som har uppgifter om alla uthämtade läkemedel på recept i Sverige.

Läkemedelsregistret har inga uppgifter om de läkemedel som beställs till läkemedelsförråd t.ex. inom slutenvården, så kallade rekvisitionsläkemedel, och inte heller om receptfria läkemedel.

Förekomst av antibiotikabehandling

18. Antibiotikarecept per 1 000 invånare.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas uthämtade recept på antibiotika från apoteket.

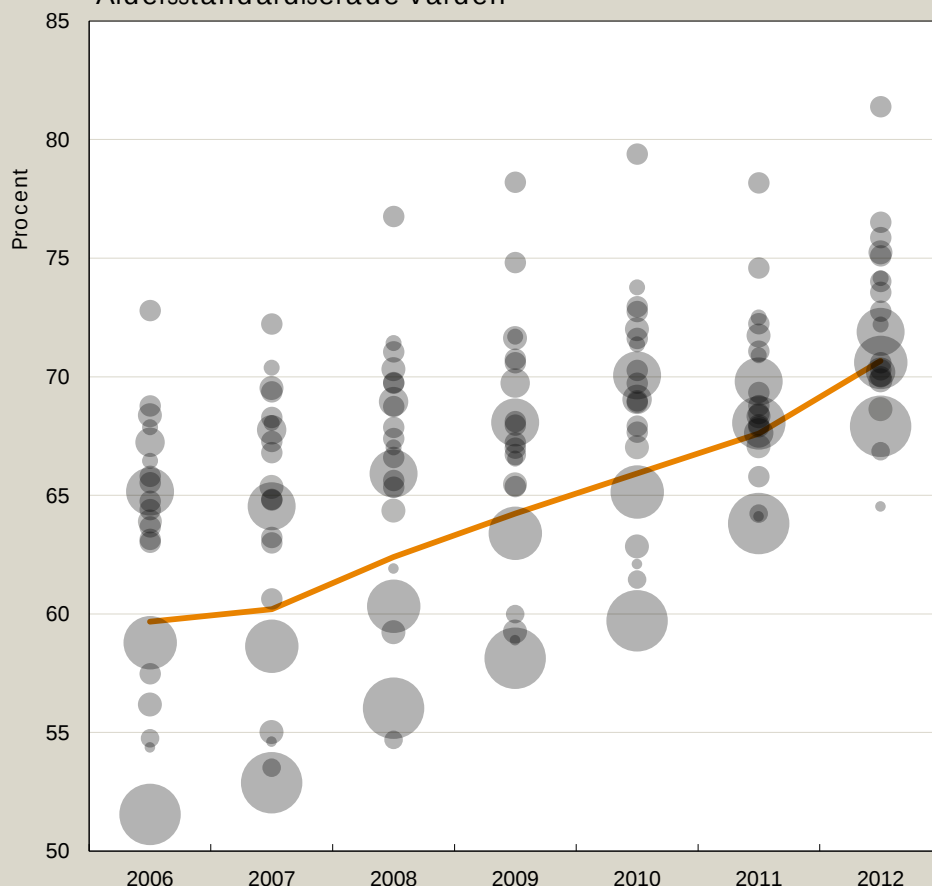
Det finns ett tydligt samband mellan hög antibiotikaförskrivning och resistensutveckling hos bakterier, och antibiotika ska därför inte användas i onödan. STRAMA, strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning, har föreslagit målnivån 250 recept per 1000 invånare och år. Inget landsting når denna nivå idag.

Datakällan är Socialstyrelsens Läkemedelsregister.

Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 280 till 408 recept per 1000 invånare. Antibiotikaförskrivningen har minskat sedan 2006, men den tydligaste förändringen skedde mellan 2006 och 2009. De tre stora landstingen (Stockholm, Skåne och Västra Götaland) har en betydligt högre förskrivning av antibiotika än de små landstingen, en trend som varit konstant sedan 2006.

Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

19. Andel recept med penicillin V av alla recept med luftvägsantibiotika. Avser barn 0-6 år.
Åldersstandardiserade värden



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas uthämtade recept från apoteket på penicillin V förskrivet till barn under 7 år.

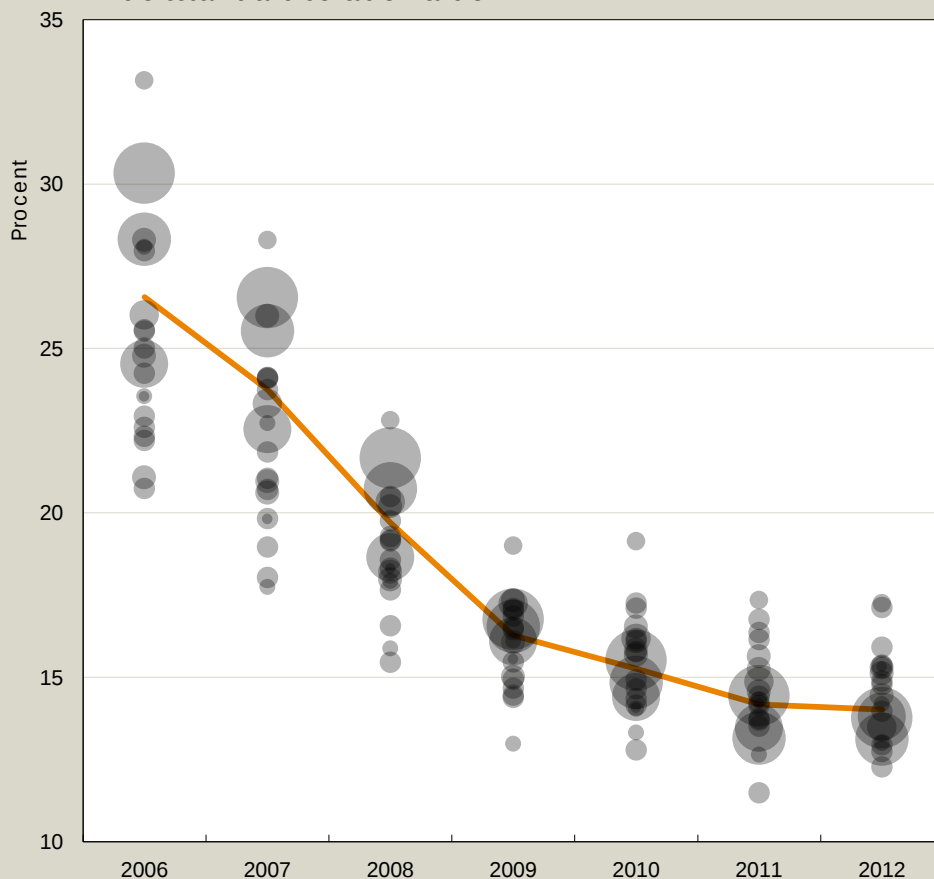
Antibiotika bidrar endast blygsamt till läkningsförloppet för de flesta vanliga luftvägsinfektioner hos barn. Undantaget är lunginflammation. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms behöva behandling med antibiotika är penicillin V, ett smalspektrumantibiotika, i de flesta situationer förstahandsval. Strama uppskattar att penicillin V ska kunna utgöra 80 procent eller mer av alla luftvägsantibiotika som förskrivs till barn mellan 0-6 år.

Datakällan är Socialstyrelsens Läkemedelsregister.

Landstingens resultat för 2012 varierar mellan 64 till 81 procent. Förskrivningen av penicillin V går åt önskvärt håll och variationen mellan landstingen minskar under perioden. Endast Värmland når upp till Stramas föreslagna målnivå 2012.

Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

20. Andel recept med kinoloner av alla recept med urinvägsantibiotika. Avser kvinnor 18-79 år. Åldersstandardiserade värden



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas uthämtade recept på antibiotika inom gruppen kinoloner vid urinvägsinfektioner.

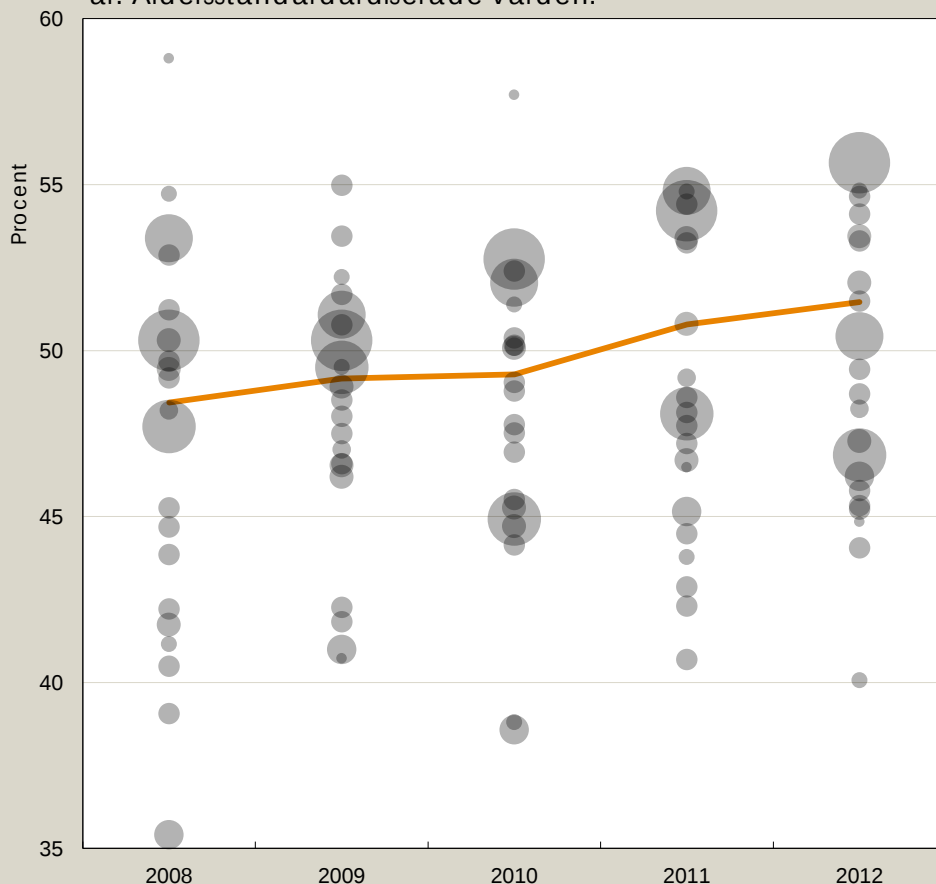
Urinvägsinfektion är i de allra flesta fall ofarligt och många patienter blir spontant symtomfria efter en vecka utan behandling. Kinoloner bör inte förskrivas vid okomplicerad urinvägsinfektion eftersom spektrumet är onödigt brett. Strama anser att kinoloner inte bör utgöra mer än 10 procent av den antibiotika som förskrivs mot urinvägsinfektioner hos kvinnor i åldern 18–79 år.

Datakällan är Socialstyrelsens Läkemedelsregister.

Det senaste decenniet har det skett en markant minskning av förskrivningen av kinoloner till kvinnor. Variationen mellan landstingen har också minskat successivt och varierar mellan 12 till 17 procent för 2012. Inget landsting når därmed Stramas föreslagna målnivå.

Kombinationspreparat vid astma

21. Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel. Avser personer 25-44 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas uthämtade recept på astmakombinationspreparat till patienter som inte prövat något annat astmaläkemedel först.

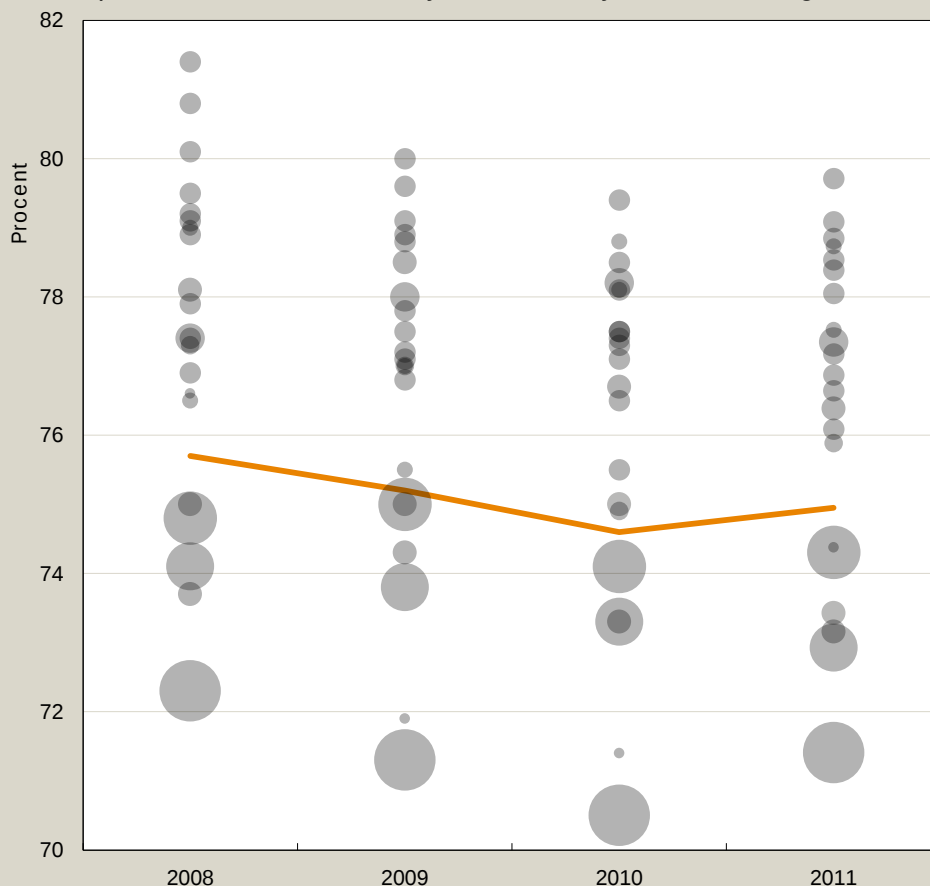
Läkemedelsverkets rekommendationer vid astma innebär att i princip alla personer som förskrivs kombinationsläkemedel ska ha prövat andra astmaläkemedel först.

Datakällan är Socialstyrelsens Läkemedelsregister.

De senaste 5 åren har det skett en liten ökning av förskrivningen av kombinationspreparat som förstagångsterapi, tvärt emot Läkemedelsverkets rekommendationer. Variationen mellan landstingen är dock stor, mellan 40 -56 procent för 2012.

Uttagsföljsamhet vid blodtrycksänkande behandling

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



I måttet redovisas individer som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel och som kvarstår på behandlingen 12-18 månader efter första uttaget.

Många patienter med högt blodtryck behöver läkemedelsbehandling under lång tid. Indikatorn avser att belysa uppföljning och fortsatt omhändertagande efter nyinsatt läkemedelsbehandling och kan belysa kvaliteten i primärvården, den specialiserade öppenvården och apoteksverksamheten samt samspelet dem emellan.

Datakällan är Socialstyrelsens Läkemedelsregister.

Indikatorn inkluderar inte diagnoser. Eftersom läkemedlen kan användas för att behandla andra sjukdomar än högt blodtryck är det svårt att avgöra en optimal målnivå för indikatorn.

Variationen mellan landstingen är relativt stor, mellan 71-80 procent för 2012. De stora landstingen (Skåne, Stockholm och Västra Götaland) har genomgående en lägre uttagsföljsamhet än de små landstingen.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diabetesvård

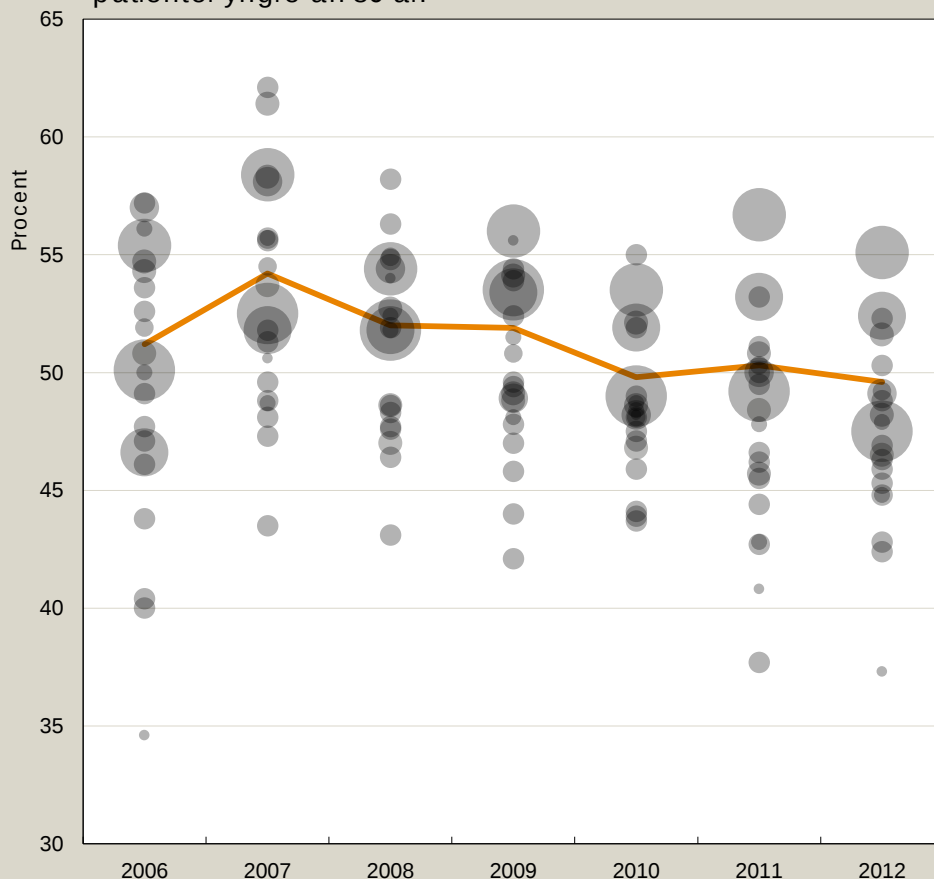
Sida 22-28 berör diabetesvård och visar bland annat hur stor andel av patienterna som når behandlingsmål för blodsockervärde, blodfetter och blodtryck – tre viktiga kvalitetsindikatorer för diabetesvård.

Data kommer från det nationella diabetesregistret(NDR). Täckningsgrad har ökat kraftigt de senaste fem åren, så att data blivit allt mer representativt för diabetesvården i landet.

Merparten av patienterna med diabetes har sin vårdkontakt i primärvården. Patienter med typ 1- diabetes är en jämförelsevis mindre grupp och har huvudsakligen sin vårdkontakt på sjukhusmottagningar. För dessa patienter är täckningsgraden i NDR mycket god.

Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes, primärvård

77. Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c <52 mmol/mol). Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

I måttet redovisas patienter i primärvården med diabetes som når målnivån för långtidsblodsockervärdet HbA1c.

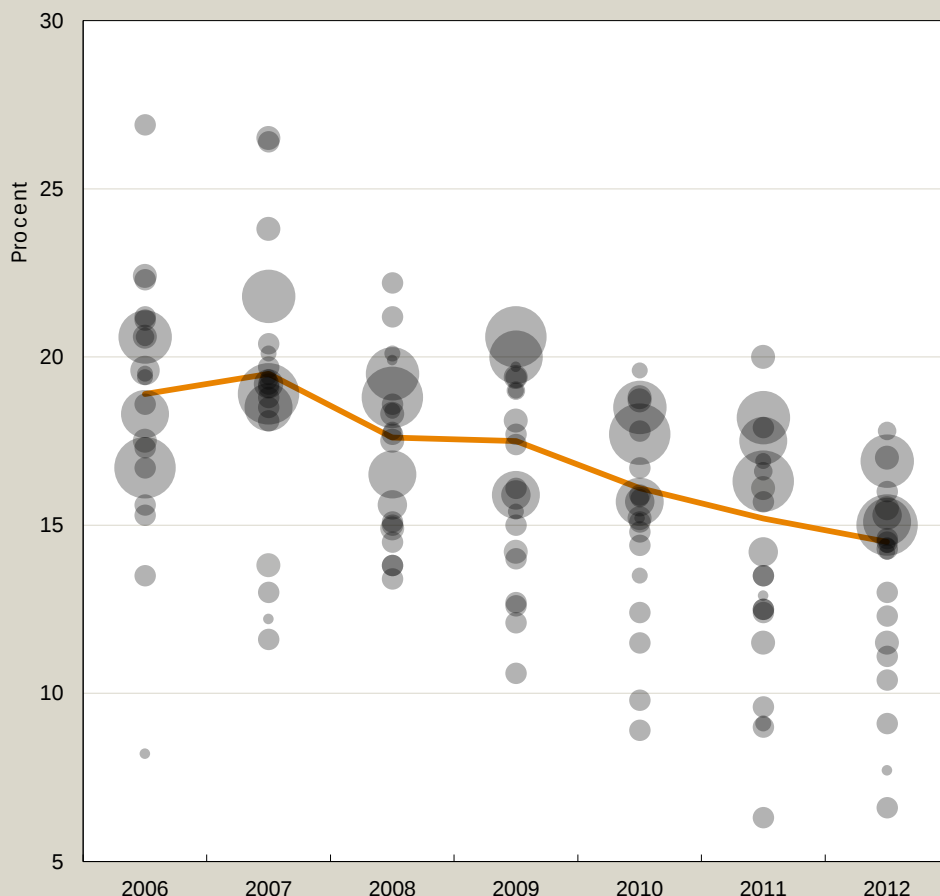
Höga värden för HbA1c har starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målet att HbA1c ska vara lägre än 52mmol/mol, men det betonas också att behandlingen ska individualiseras och att målet inte kan tillämpas på alla patienter.

Datakälla är Nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden för riket är relativt hög men med variationer mellan landstingen. Tolkningen av data måste därför ske med försiktighet.

Cirka 225 000 patienter ingår i jämförelsen för 2012. Cirka hälften av patienterna når målnivån, med en tydlig spridning mellan landstingen. En viss negativ trend ses över tid vilket tyder på att förbättringar är svåra att uppnå.

Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes

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



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

I måttet redovisas patienter med typ 1- diabetes som når målnivån för långtidsblodsockervärdet HbA1c. Dessa patienter har sin primära vårdkontakt på mottagning vid sjukhus.

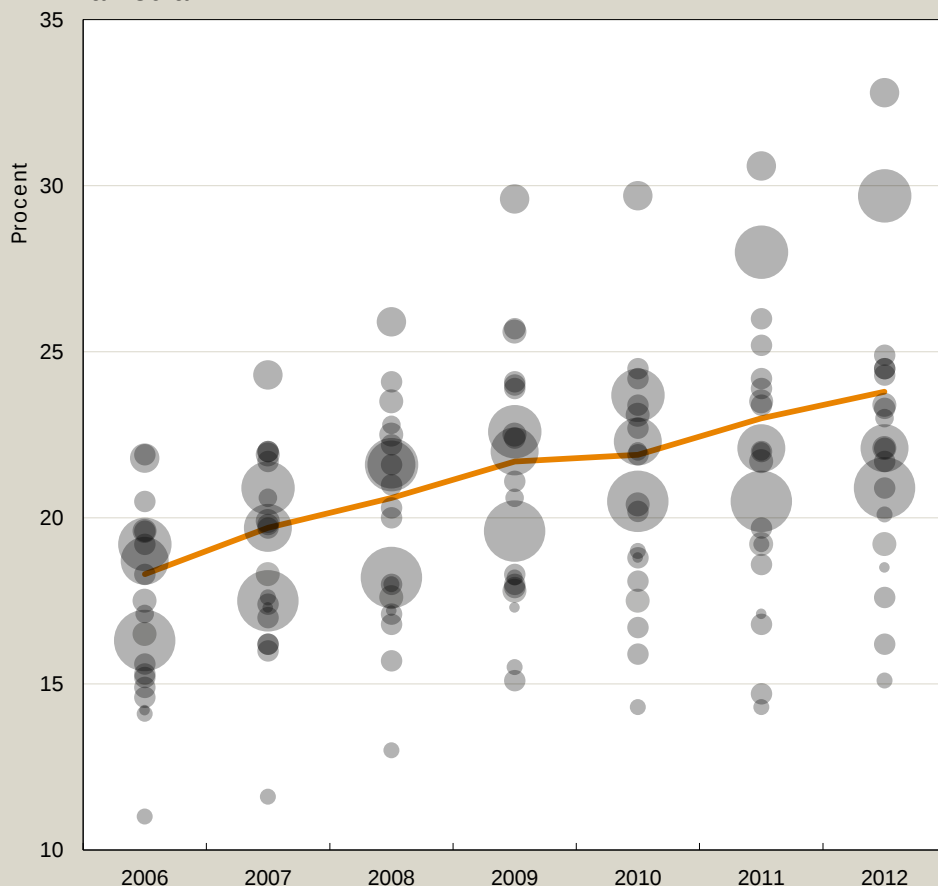
Höga värden för HbA1c har starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målet att HbA1c ska vara lägre än 52mmol/mol, men det betonas också att behandlingen ska individualiseras och att målet inte kan tillämpas på alla patienter.

Datakälla är Nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden för riket är relativt hög men med variationer mellan landstingen. Tolkningen av data måste därför ske med försiktighet.

Endast 14 procent når upp till målnivån, med en variation mellan landstingen mellan 7 och 17 procent. En viss negativ trend ses över tid vilket tyder på att förbättringar är svåra att uppnå, och det finns en stor förbättringspotential i alla landsting.

Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård

79. Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (<130/80 mmHg). Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

I måttet redovisas patienter i primärvården med diabetes som når målnivån för blodtryck.

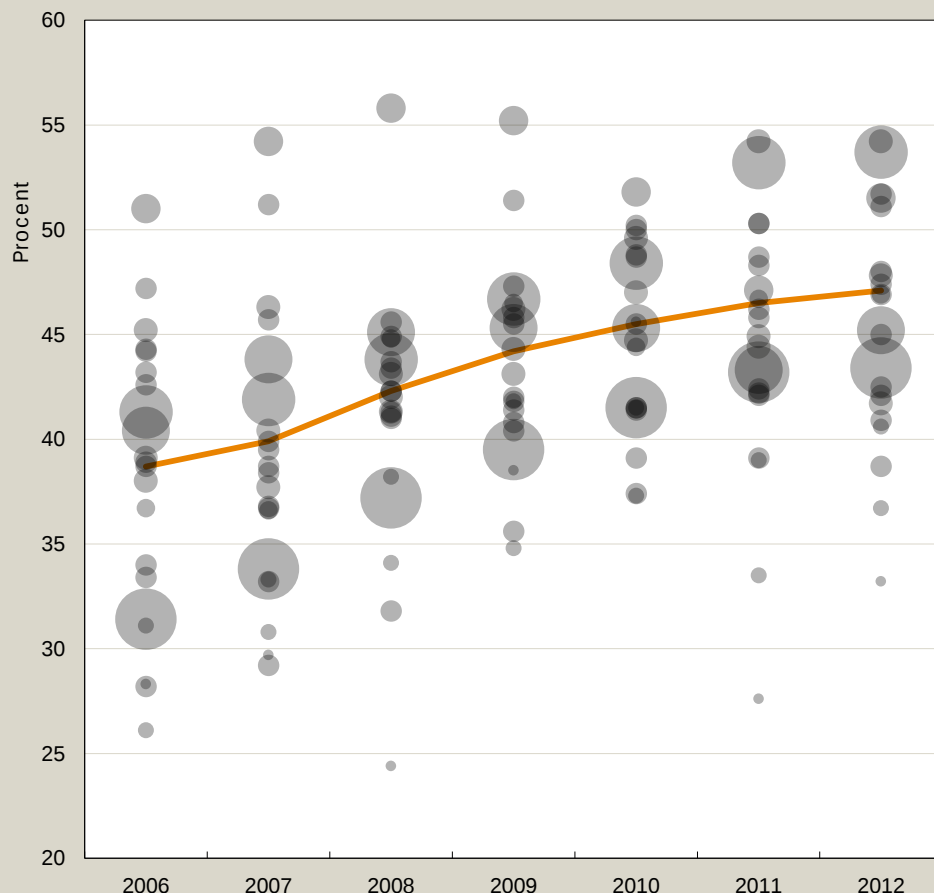
Hos diabetiker är risken för hjärt-kärl sjukdomar två – tre gånger högre än hos personer utan diabetes. Högt blodtryck är en riskfaktor för hjärt-kärl sjukdomar. Gränsen för förhöjt blodtryck för personer med diabetes är i nationella riktlinjerna satt till lika med eller högre än 130/80 mm Hg för personer under 80 år.

Datakälla är Nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden för riket är relativt hög men med variationer mellan landstingen. Tolkningen av data måste därför ske med försiktighet.

En svag positiv trend ses över tid men fortfarande når bara 24 procent av patienterna målet med en variation mellan 15 och 33 procent mellan landstingen. Variationen mellan landstingen förefaller ha ökat. Om man istället mäter andel patienter som har ett blodtryck som är lika med eller under 130/80 når 42 procent av patienterna målnivån, men det finns ändå en stor förbättringspotential i alla landsting.

Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1- diabetes

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



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

I måttet redovisas patienter med typ 1- diabetes som når målnivån för blodtryck. Dessa patienter har sin primära vårdkontakt på mottagning vid sjukhus.

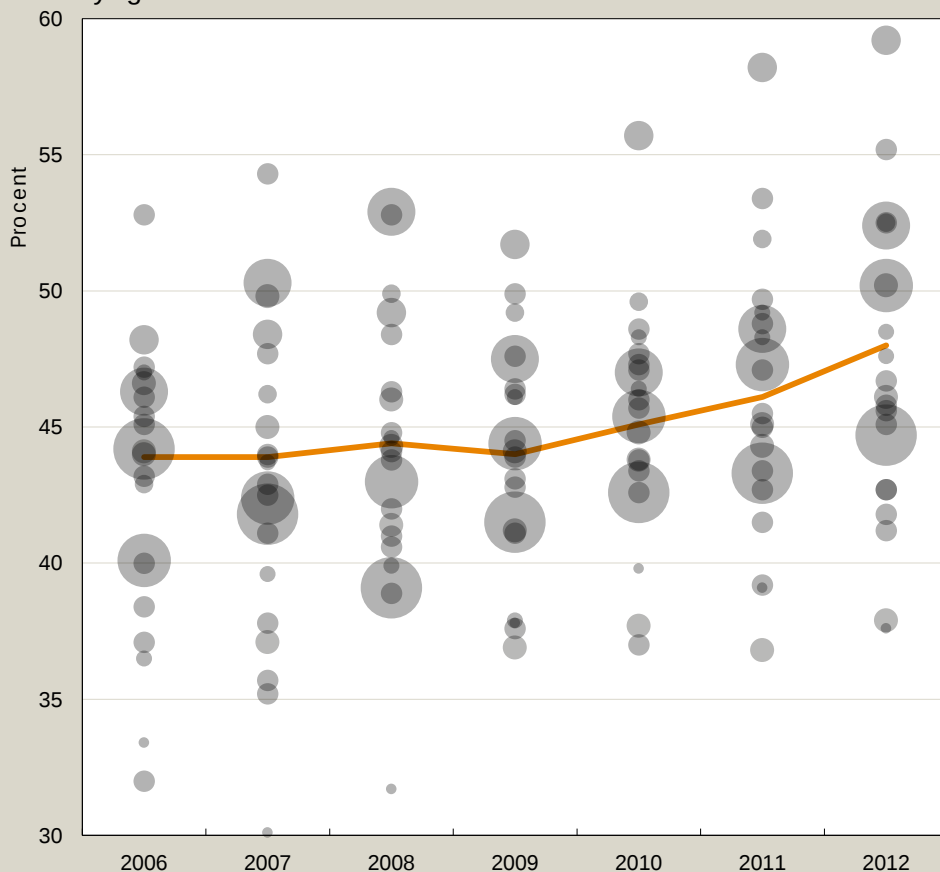
Hos diabetiker är risken för hjärt-kärl sjukdomar två – tre gånger högre än hos personer utan diabetes. Høgt blodtryck är en riskfaktor för hjärt-kärl sjukdomar. Gränsen för förhöjt blodtryck för personer med diabetes är i nationella riktlinjer satt till lika med eller högre än 130/80 mm Hg för personer under 80 år.

Datakälla är Nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden för riket är relativt hög men med variationer mellan landstingen. Tolkningen av data måste därför ske med försiktighet.

En positiv trend ses över tid och år 2012 nådde 47 procent av patienterna målet, med en med en variation från 33 till 54 procent mellan landstingen. Om man istället mäter andel patienter som har ett blodtryck som är lika med eller under 130/80 blir andelen högre. Skillnaderna mellan landstingen är stora, och det finns en stor förbättringspotential i alla landsting.

Måluppfyllelse för LDL-kolesterol vid diabetes- primärvård

81. Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för LDL-kolesterol (<2,5 mmol/l). Avser patienter yngre än 80 år.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

I måttet redovisas andel patienter i primärvården med diabetes som når behandlingsmål för LDL-kolesterol.

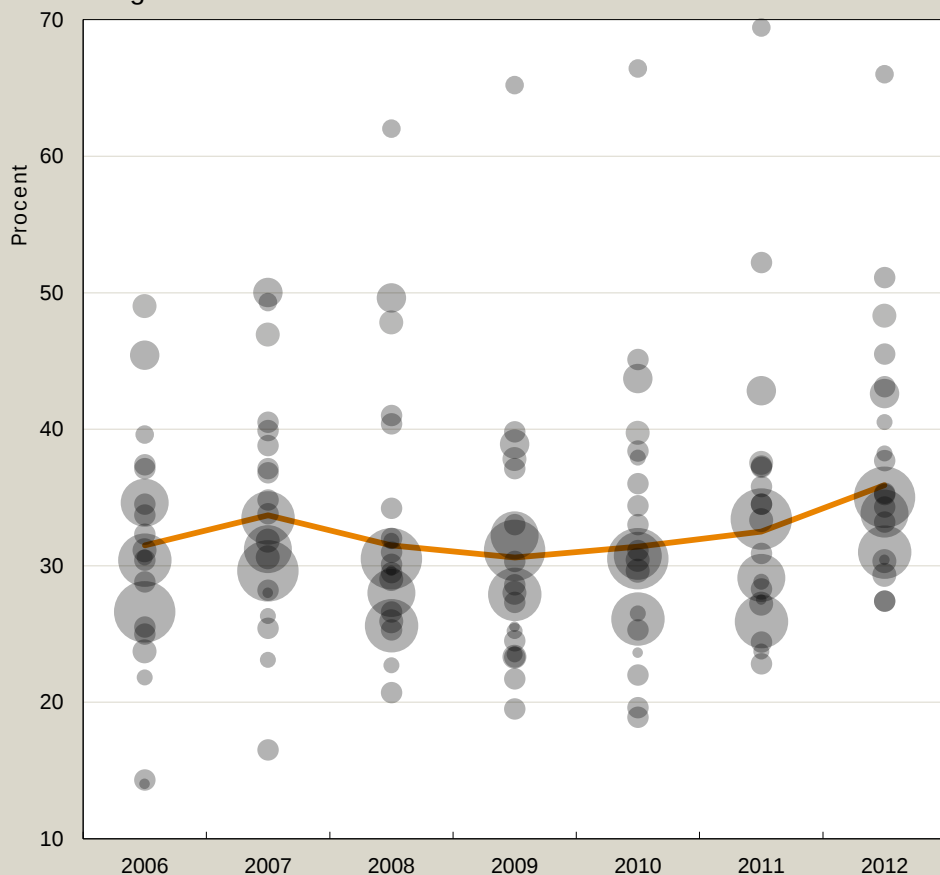
Höga blodfetter hos patienter med diabetes ökar risken för hjärtsjukdom, stroke och för nedsatt cirkulation i benen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målnivån för LDL-kolesterol, "det onda" kolesterolet, satt till ett värde lägre än 2,5 mmol/l. Behandling med blodfettsänkande läkemedel sänker nivåerna av kolesterol.

Datakälla är Nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden för riket är relativt hög generellt sett för NDR, men för denna indikator saknas värden för närmare 30 procent av patienterna, med variationer mellan landstingen. Tolkningen av data måste därför ske med försiktighet.

En svag positiv trend ses över tid och år 2012 nådde 48 procent av patienterna målet, med en variation från 38 till 60 procent mellan landstingen. Det finns troligen en stor förbättringspotential i alla landsting.

Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn med diabetes

82. Andel barn och unga med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 57 mmol/mol). Avser barn och unga under 18 år.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

I måttet redovisas barn och unga med typ 1-diabetes som når målnivån för långtidsblodsockervärdet HbA1c. Dessa patienter har sin primära vårdkontakt på mottagning vid sjukhus.

HbA1c återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen hos individen och höga värden har starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målet att HbA1c hos barn och unga ska vara lägre än 57 mmol/mol, men det betonas också att behandlingen ska individualiseras och att målet inte kan tillämpas på alla patienter.

Datakälla är SWEDIABKIDS/Nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden för riket är hög.

I jämförelsen ingår 6900 barn och unga för 2012. Knappt 36 procent av barnen nådde behandlingsmålet, men med en stor variation mellan landstingen - från 28 till 66 procent. En svag positiv trend ses de senaste tre åren men det finns en stor förbättringspotential i alla landsting. Kronoberg har de senaste fem åren redovisat en betydligt högre andel med måluppfyllelse än övriga landsting.

Amputation vid diabetes

83. Antal förstagångsamputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes. Avser läkemedelsbehandlade diabetiker, 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas diabetespatienter som genomgått en amputation ovan fotled. Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes som i värsta fall kan leda till vävnadsdöd i fötter och ben, ett tillstånd som kräver amputation. Förebyggande information och god fotvård är viktigt för att minska antalet amputationer.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister.

En svag positiv trend ses de senaste tre åren, men måttet avspeglar inte kvaliteten i dagens diabetesvård utan snarare den vård som gavs för 10-15 år sedan. Variationen mellan landstingen är mycket stor och kan delvis förklaras av att antalen fall per landsting och år är relativt få.

Hjärtsjukvård

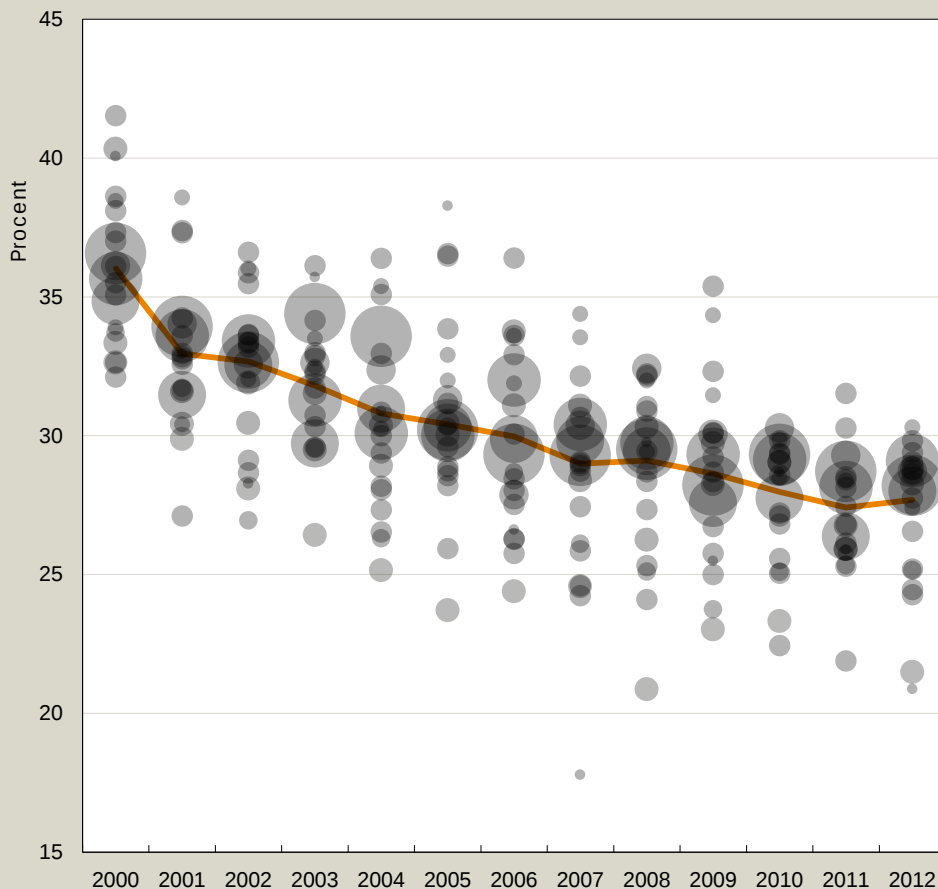
Sida 30-36 berör hjärtsjukvården. Inom området finns det god tillgång på jämförelsevis bra data om utvecklingen över tid för flera viktiga kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som nu ingår i det större hjärtregistret SWEDEHEART, är källa till tre av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarktpatienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Alla landets 70 sjukhus som bedriver akut hjärtsjukvård deltar, men vid alla sjukhus finns också infarktpatienter som inte rapporterats till RIKS-HIA.

Rapporteringen till RIKS-HIA för 2011 har jämförts med den till Patientregistret i en jämförelse av registrens täckningsgrad. 72 procent av hjärtinfarktfallen rapporterades till RIKS-HIA, medan PAR hade 99 procent av fallen. Variationen i täckningsgrad mellan sjukhusen är större än den mellan landstingen.

Dödlighet vid hjärtinfarkt

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



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas andelen patienter som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, oavsett om de sjukhusvårdades eller inte.

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten på hela vårdkedjan, från förebyggande verksamhet till vården i efterförloppet.

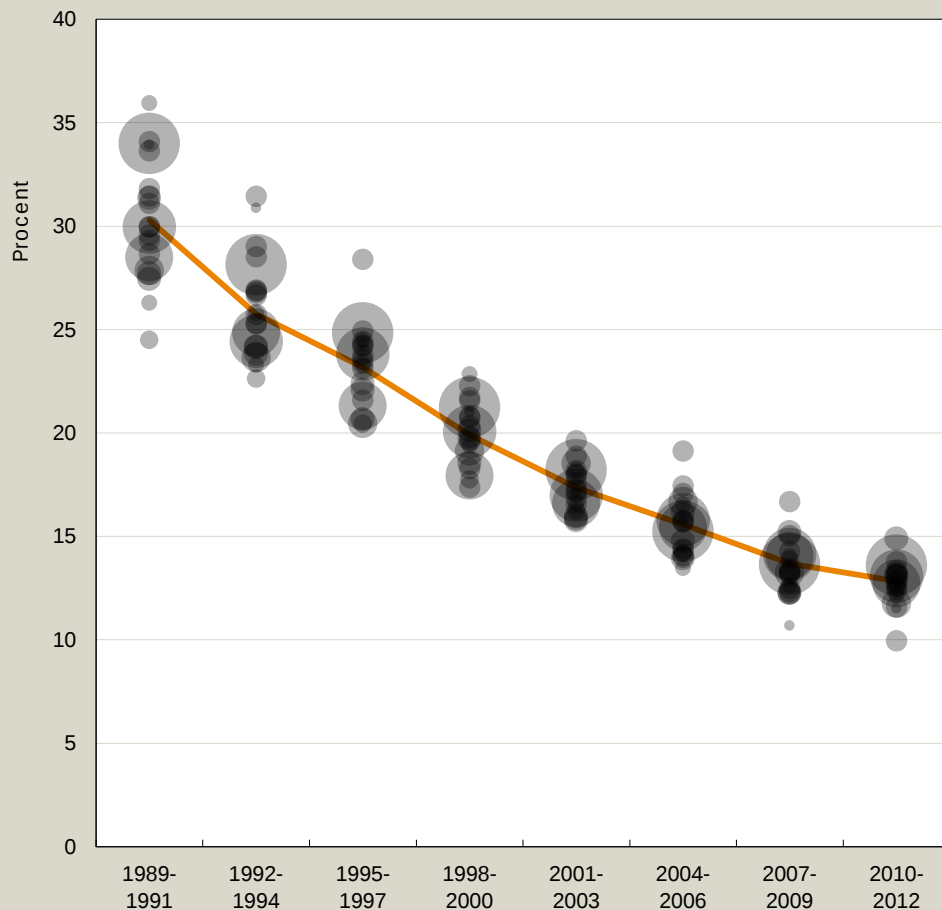
Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

En tydlig positiv trend ses det senaste decenniet men tycks nu ha planat ut. Variationen mellan landstingen förefaller ha minskat något över tid och ligger för 2012 mellan 21 och 30 procent.

I diagrammet redovisas ettårsdata, utrymmet för slumpmässig variation blir därför större här än för den längre mätperiod som redovisas i huvudrapporten.

Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

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



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas andelen patienter som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland dem som vårdats på sjukhus.

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten på vården, från det akuta omhändertagandet till efterförloppet.

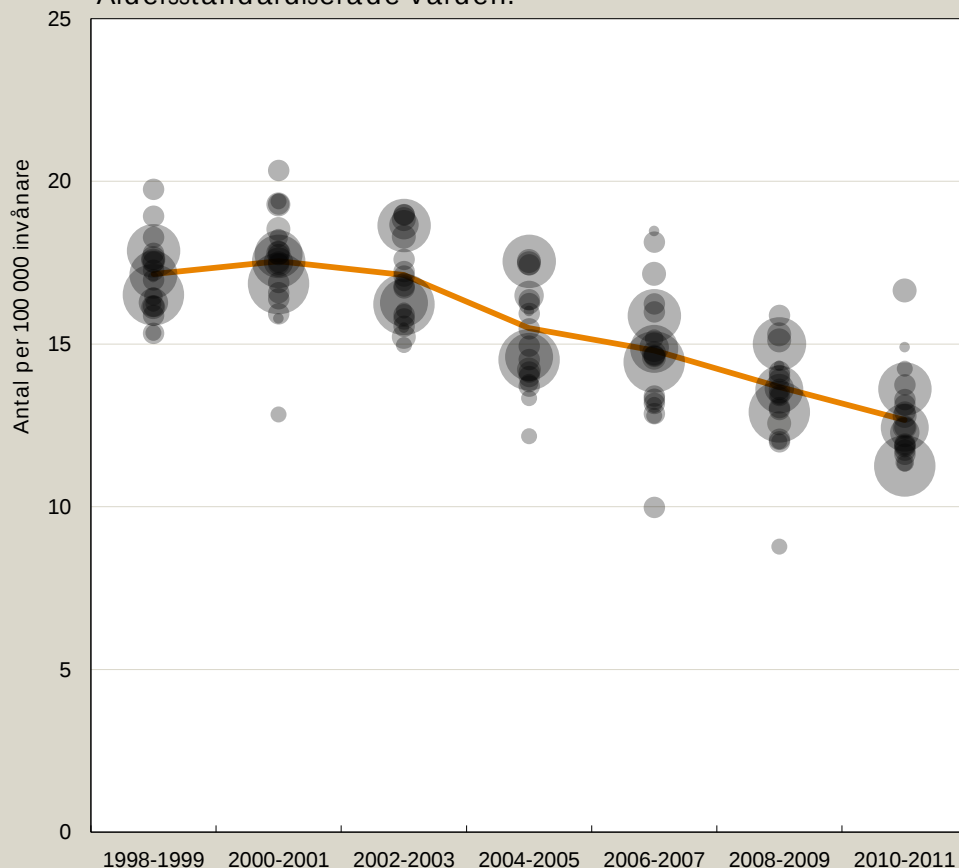
Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

En tydlig positiv trend ses det senaste två decennierna, dödligheten inom 28 dagar har halverats. Variationen mellan landstingen har successivt minskat till att ligga mellan 9 och 14 procent år 2012.

Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom

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

Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas patienter med hjärtinfarkt som drabbas av en ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom ett år.

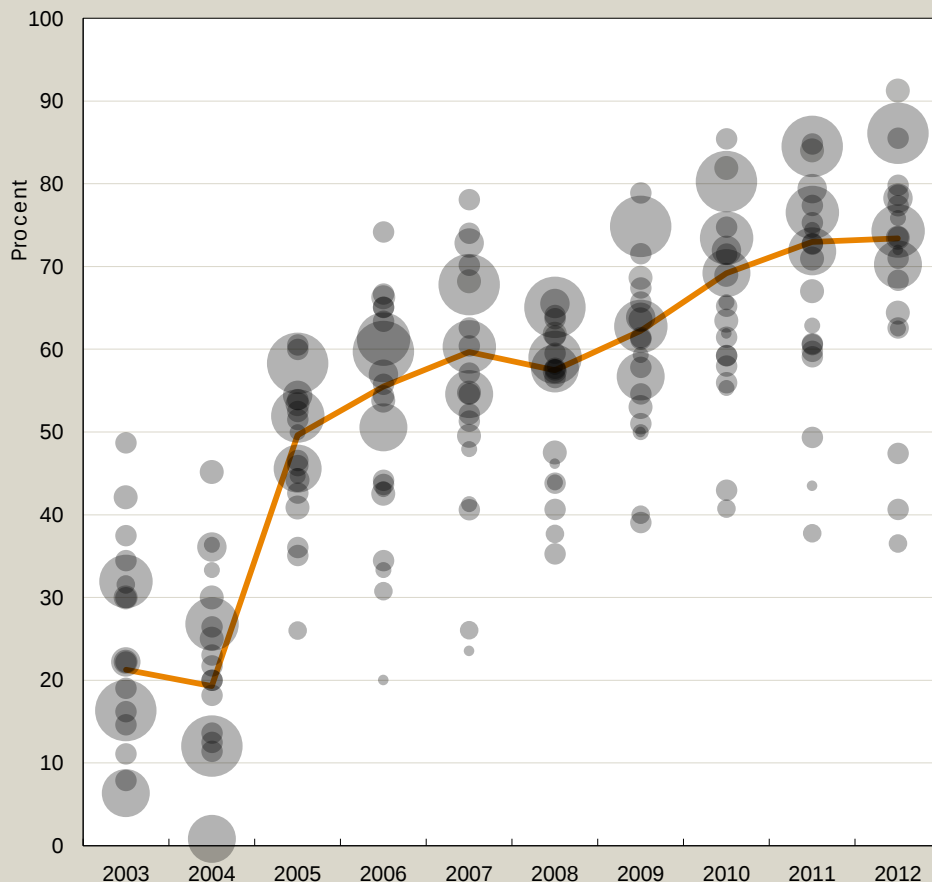
Ischemisk hjärtsjukdom, tex hjärtinfarkt, är sjukdomar orsakade av försämrade syretillförsel till hjärtat. Personer som har haft hjärtinfarkt har en förhöjd risk för död och ny infarkt. Vårdinsatser i det akuta omhändertagandet och sekundärpreventiva åtgärder kan minska denna risk.

Data källa är Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

En positiv trend ses det senaste decenniet. Mellan landstingen varierar andelen år 2011 mellan 11 och 17 procent.

Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

89. Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter 79 år och yngre.



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA

I måttet redovisas patienter med hjärtinfarkt (ST-höjningsinfarkt) som reperfusionsbehandlas inom rätt tidsintervall.

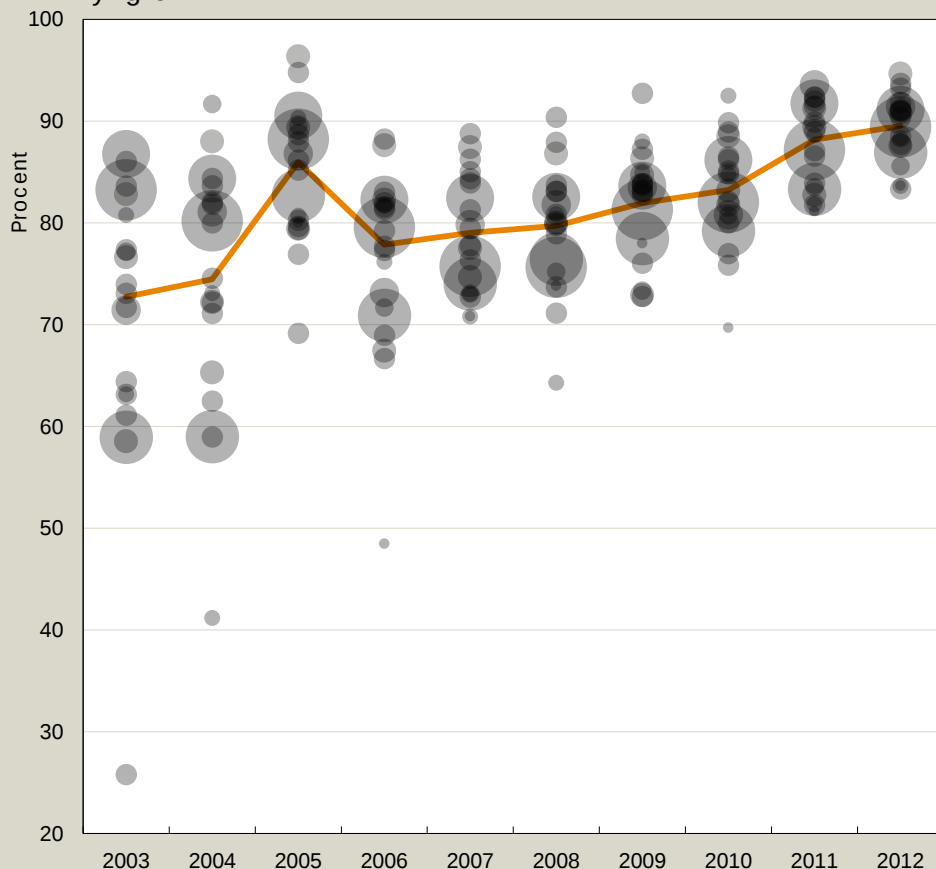
ST-höjningsinfarkter är hjärtinfarkter som orsakas av en akut tilltäppning av ett kranskärl. Reperfusionsbehandling syftar till att omedelbart öppna det tilltäppta kärlet. Behandlingen bör påbörjas så fort som möjligt efter symtomdebut och diagnostik för att minska skadan på hjärtat.

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

En stark positiv trend ses det senaste decenniet och år 2012 behandlades drygt 73 procent av patienterna inom målsatt tid. Variationen mellan landstingen är dock påtaglig och sträcker sig för 2012 mellan 32 och 91 procent. Det indikerar att det fortfarande finns förbättringspotential för de flesta landsting.

Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

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



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA

I måttet redovisas patienter med hjärtinfarkt (icke-ST-höjningsinfarkt) och med riskfaktor för ny hjärthändelse, som genomgått en kranskärlsröntgen.

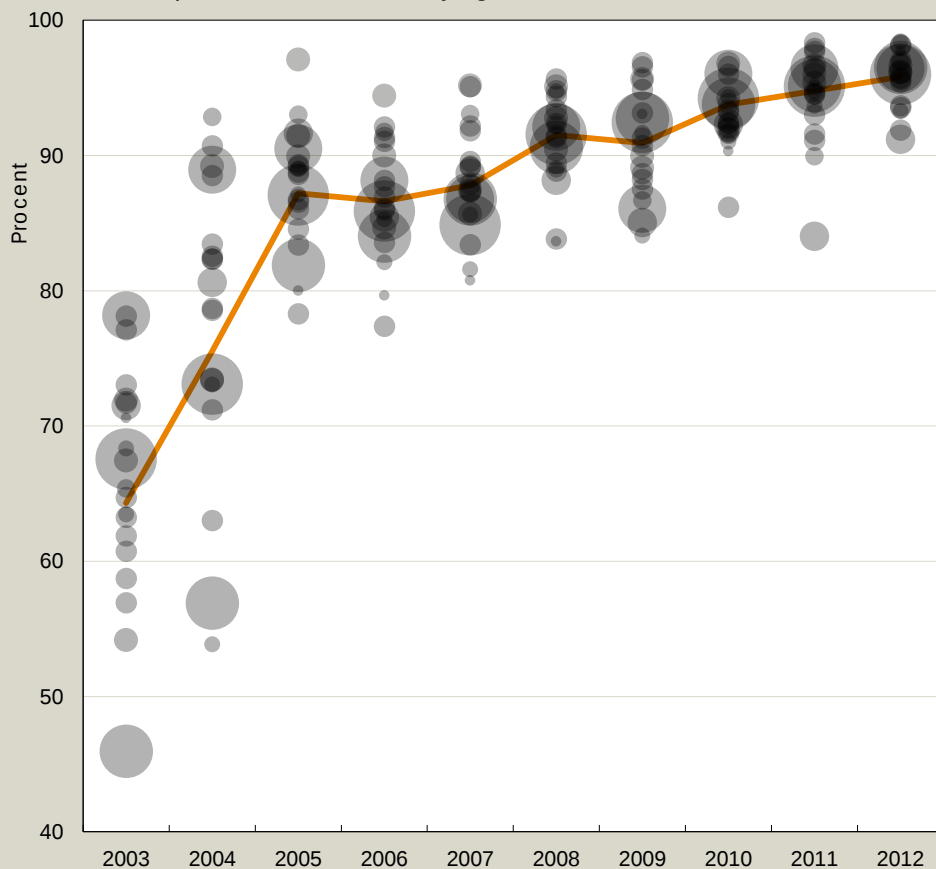
Patienter med icke-ST höjningsinfarkt behandlas vanligen med intensiv blodproppshämmande behandling. De patienter som bedöms ha en måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser bör inom några dygn kranskärlsröntgas för att klargöra behovet av eventuella kranskärlsinsgrepp.

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

En stark positiv trend ses det senaste decenniet och 2012 kranskärlsröntgades över 89 procent av patienterna i målgruppen. Skillnaden mellan landstingen har minskat och ligger mellan 84 och 94 procent. Det finns dock variationer i täckningsgrad mellan landstingen vilket gör att tolkning måste ske med en viss försiktighet.

Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt

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



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA

I måttet redovisas patienter med hjärtinfarkt (icke-ST-höjningsinfarkt) som läkemedelsbehandlades med en specifik grupp av blodproppshämmande medel, så kallade P2Y12-receptorblockerare.

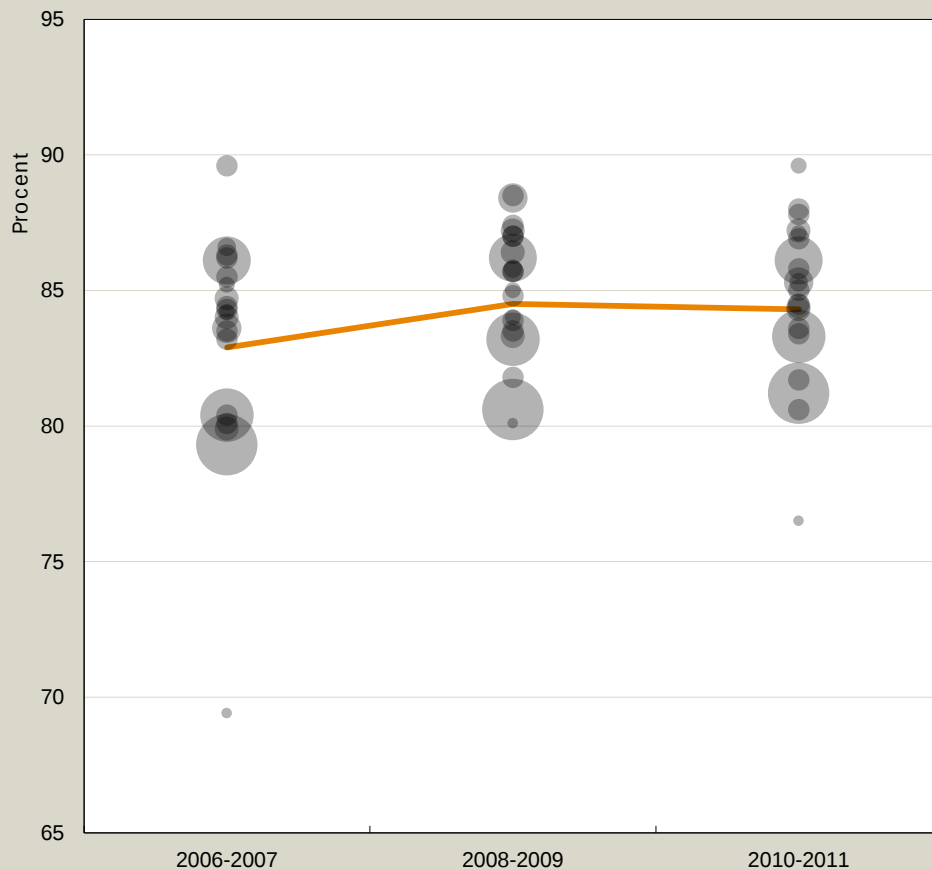
Enligt nationella riktlinjer bör i princip samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas med dessa läkemedel under de första 3-12 månaderna efter infarkten om inte kontraindikationer föreligger.

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

En stark positiv trend ses det senaste decenniet och 2012 behandlades 96 procent av patienterna. Dessutom har skillnaden mellan landstingen successivt minskat och är nu mycket liten, mellan 91 och 98 procent. Det finns dock variationer i täckningsgrad mellan landstingen vilket gör att tolkning måste ske med en viss försiktighet.

Blodfettsänkande behandling efter hjärtinfarkt

92. Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt. Avser patienter 40–79 år. Ålderstandardiserade värden.



I måttet redovisas patienter med hjärtinfarkt som i efterförloppet läkemedelsbehandlats med blodfettsänkande läkemedel.

Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer av blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. Blodfettsänkande läkemedel sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen.

Data källa är Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister.

En oförändrad trend ses sedan mätningarna startades och år 2012 behandlades 84 procent av patienterna. Förutom Gotlands avvikande värden som troligen beror på slumpvariation, är skillnaderna mellan landstingen relativt oförändrad över tid och låg för 2012 mellan 80 och 90 procent.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Strokesjukvård

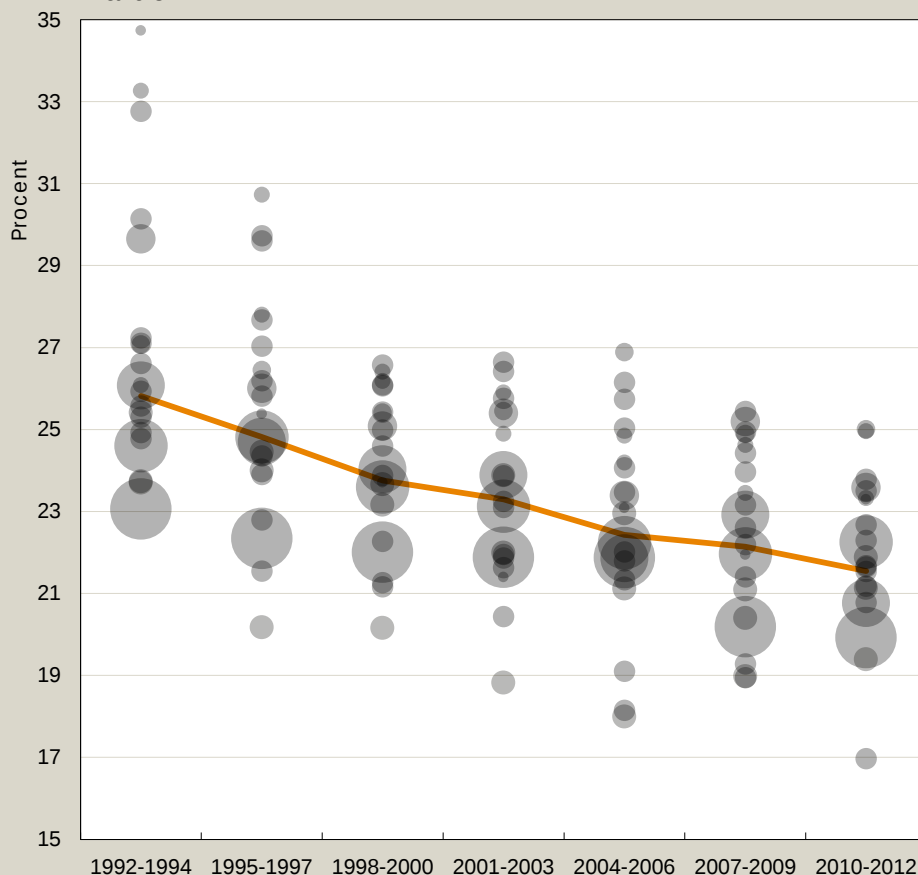
Sida 38-47 berör strokesjukvården.

Nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke är källa till fem av indikatorerna. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2012 knappt 25 000.

Utöver registrering av uppgifter om akutskedet genomförs även en uppföljning efter tre och tolv månader. Täckningsgraden är hög och drygt 89 procent av alla förstagångsfall registrerades 2012, men med viss variation mellan landsting och framförallt mellan sjukhus.

Dödlighet efter förstagångsstroke

99. Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas patienter som avled inom 28 dagar efter stroke.

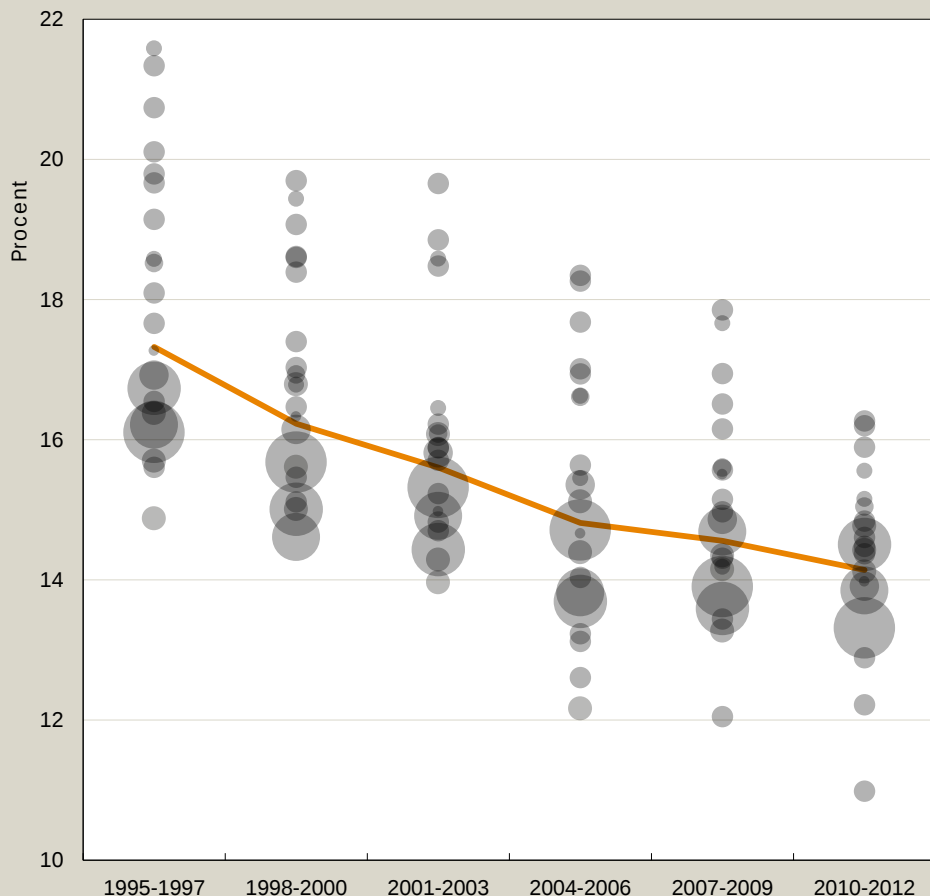
Måttet används i internationella jämförelser som en indikator på sjukvårdens kvalitet. Måttet avser mäta kvaliteten på hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vården.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

2010-2012 avled knappt 22 procent av patienterna inom 28 dagar efter stroke. Dödligheten har minskat under 20-årsperioden. Variationen mellan landstingen har också minskat något mellan åren och ligger för 2010-2012 mellan 17 -25 procent.

Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

100. Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas patienter som vårdats på sjukhus för förstagångsfall av stroke och som avled inom 28 dagar.

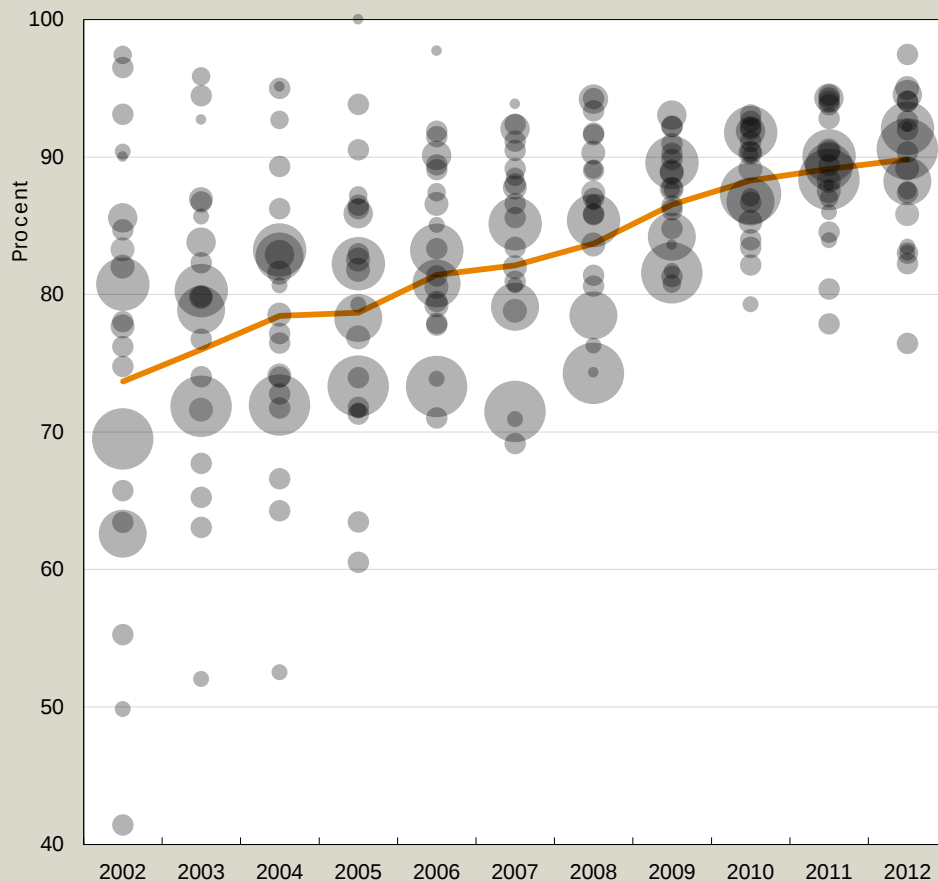
Måttet används i internationella jämförelser som indikator på sjukvårdens kvalitet. Måttet avser mäta kvaliteten på det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården på sjukhus.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

Överlevnaden efter stroke har de senaste femton åren ökat något. 2010-2012 avled knappt 14 procent av de sjukhusvårdade patienterna inom 28 dagar. Spridningen mellan landstingen har minskat något men är fortfarande relativt stor och ligger för 2010-2012 mellan 11-16 procent.

Vård vid strokeenhet

101. Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.



Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

I måttet redovisas patienter med stroke som vårdats på strokeenhet.

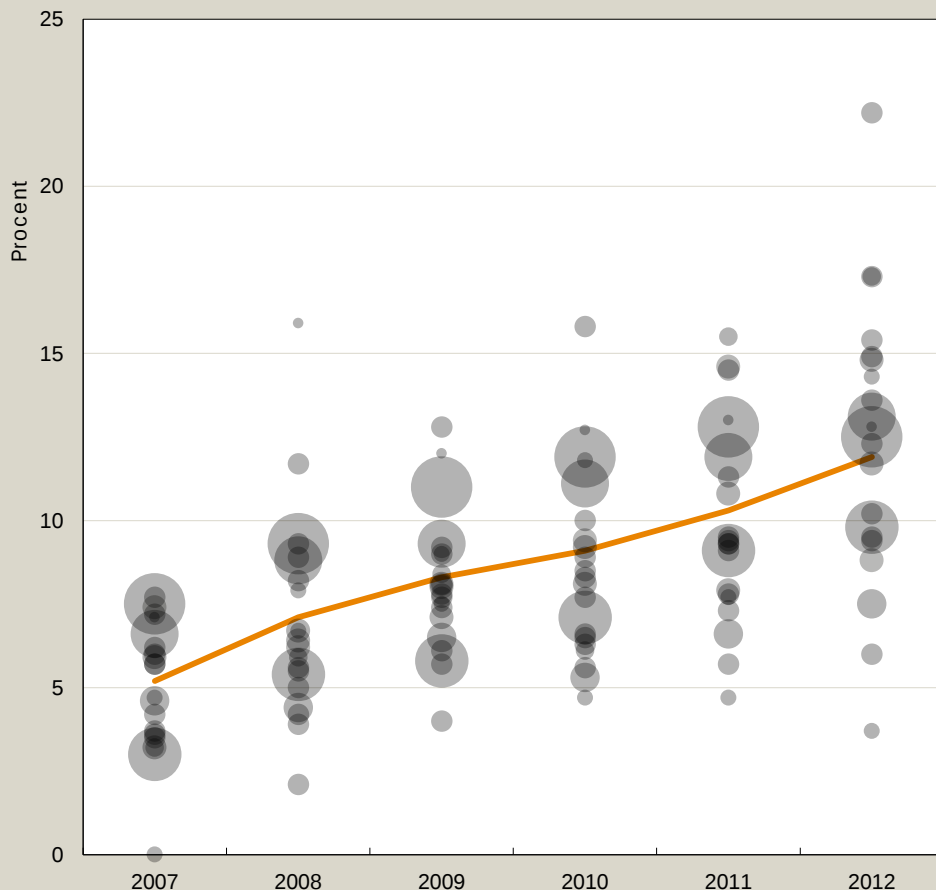
Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter, specialiserade vårdenheter som har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på välfungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende.

Datakälla är nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke

De senaste tio åren har andelen patienter som vårdas på strokeenhet ökat med nästan 20 procent och 2012 vårdades närmare 90 procent av patienterna på strokeenhet. Spridningen mellan landstingen har minskat med åren och ligger för 2012 mellan 76 och 97 procent.

Trombolysbehandling vid stroke

102. Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke.



Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

I måttet redovisas patienter som fått intravenös propplösningsläkemedelsbehandling vid stroke.

Vid hjärninfarkter (propp i hjärnan) har denna typ av behandling en mycket gynnsam effekt genom att risken för död och funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke. Kriterier för insättande av behandling är bland annat att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började. Riks-Stroke anger gränsen för måttlig måluppfyllnad till 10 procent behandlade patienter, medan hög grad av måluppfyllelse anses vara nådd vid 15 procent.

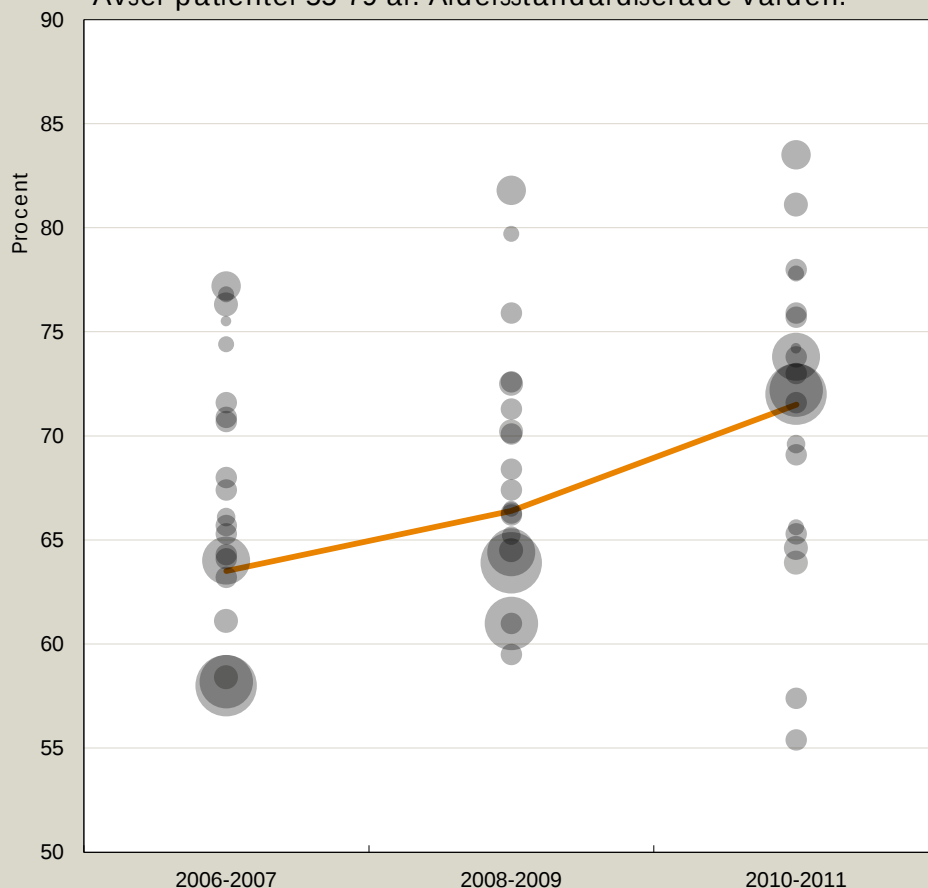
Indikatorn mäter andelen patienter som trombolysbehandlats i åldersgruppen 18-80 år med stroke av typen hjärninfarkt, och som var ADL-oberoende vid insjuknandet.

Datakälla är nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke

De senaste sex åren har andelen strokepatienter som trombolysbehandlats mer än fördubblats och uppgick år 2012 till närmare 12 procent. Skillnaderna mellan landstingen är stora och ligger för 2012 mellan 4 och 22 procent.

Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

104. Andel patienter med blodförtunnande behandling 12-18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer. Avser patienter 55-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas patienter med förmaksflimmer som behandlats med blodförtunnande läkemedel (warfarin eller dabigatran) efter stroke.

Ungefär en procent av befolkningen bedöms ha hjärtrytmrubbningen förmaksflimmer. Detta är en av de vanligaste orsakerna till stroke, och också en viktig riskfaktor för återinsjuknande i stroke.

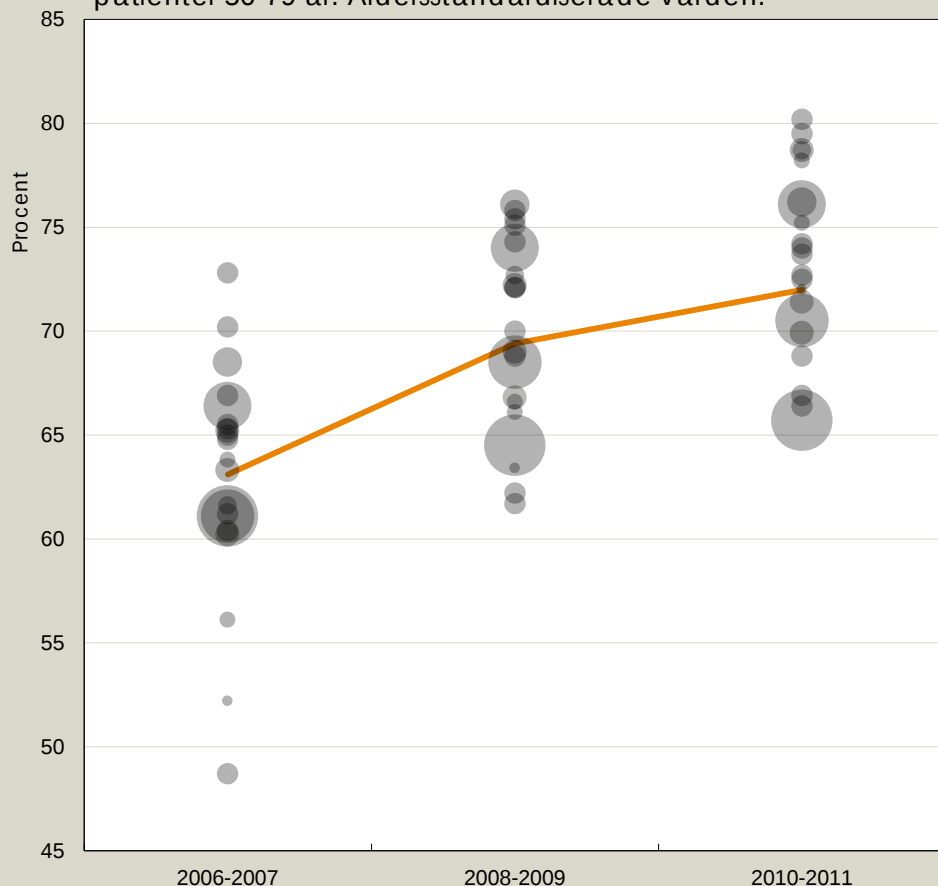
Behandling med blodförtunnande läkemedel efter stroke och vid förmaksflimmer medför en betydligt lägre risk för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärt-kärlsjukdom och är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister.

De senaste sju åren har andelen patienter som behandlas med blodförtunnande läkemedel efter stroke ökat med 8 procentenheter och uppgick år 2012 till 72 procent. Det är dock stora variationer mellan landstingen, från 55 till 83 procent för år 2012.

Blodfettsänkande behandling efter stroke

105. Andel patienter med blodfettsänkande behandling 12-18 månader efter stroke (hjärninfarkt). Avser patienter 50-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas patienter med stroke som i efterförloppet läkemedelsbehandlats med blodfettsänkande läkemedel.

Efter stroke, liksom efter hjärtinfarkt, är för höga nivåer av blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom.

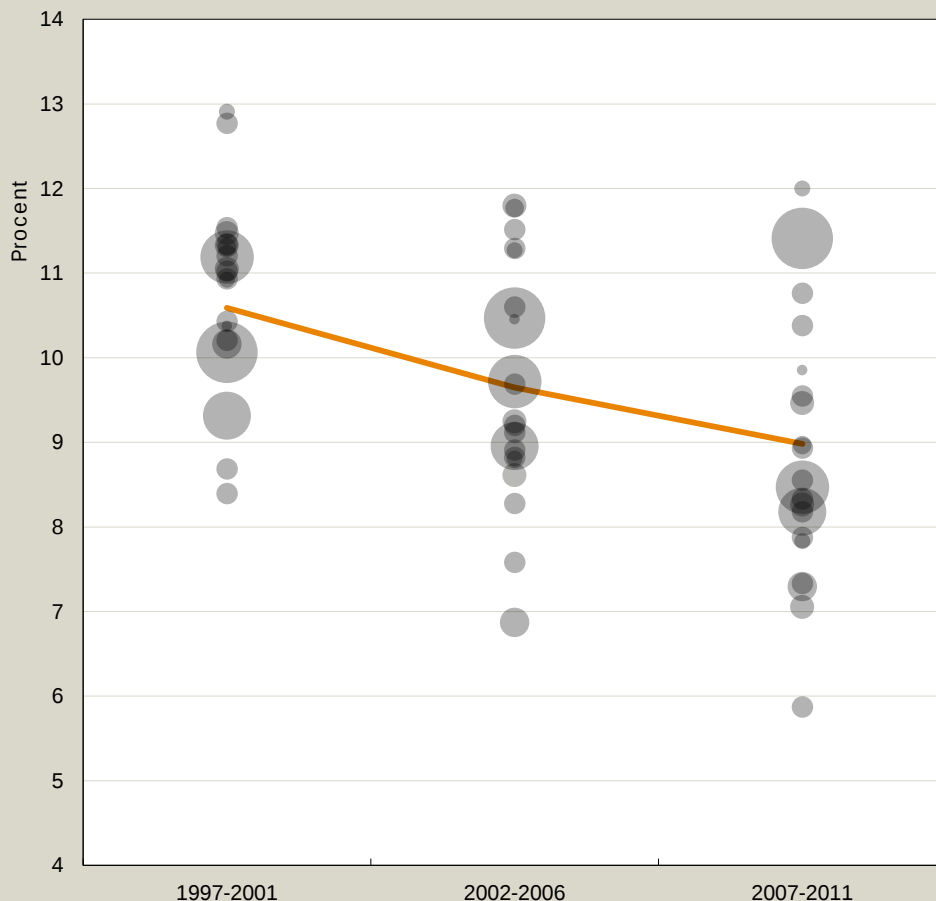
Blodfettsänkande läkemedel sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av blodkärlen. Behandling har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister.

De senaste åren har andelen patienter som behandlas med blodfettsänkande läkemedel efter stroke ökat med 10 procentenheter och uppgick åren 2010-2011 till 72 procent. Det är dock stora skillnader mellan landstingen, mellan 66 och 80 procent för år 2010-2011.

Återinsjuknande efter stroke

106. Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I måttet redovisas strokepatienter som inom ett år skrivs in på sjukhus för ny stroke.

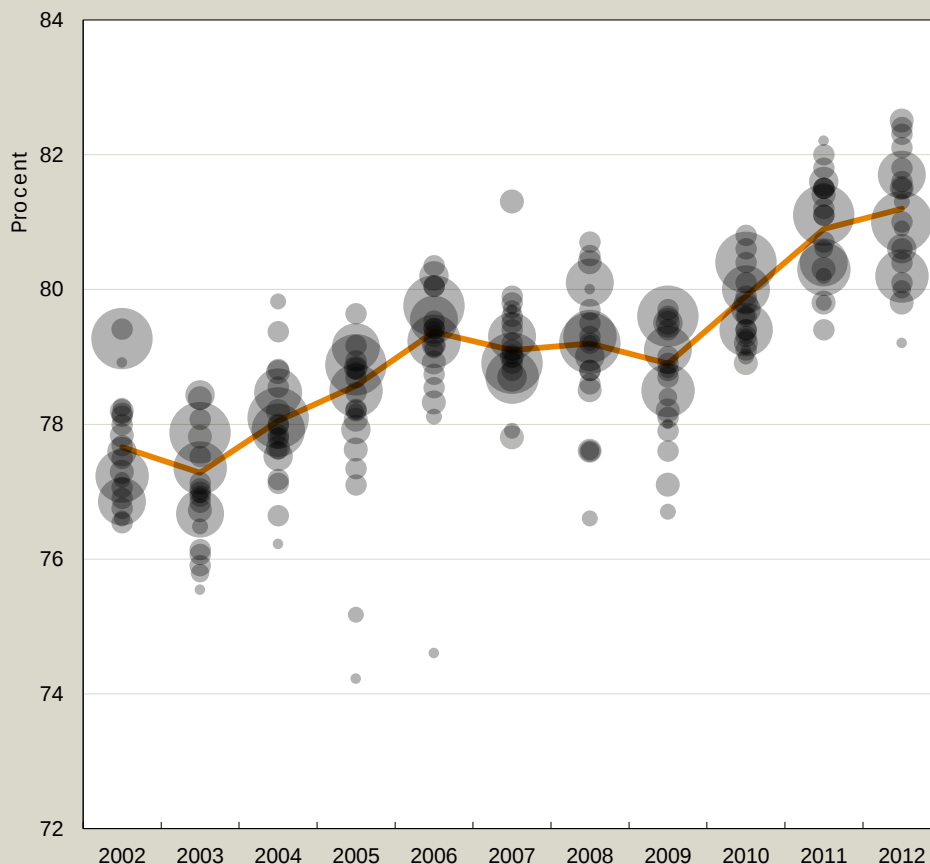
Återinsjuknande kan utgöra ett mått på effekterna av de sekundärpreventiva insatser som görs efter första strokeinsjuknandet. Dessa utgörs bland annat av påverkan på livsstilsfaktorer som rökavvänjning, kostrådgivning och fysisk aktivitet, men också av läkemedelsbehandling och karotiskirurgi vid behov.

Datakälla är Socialstyrelsens patientregister.

I riket var andelen återinskrivna för stroke cirka 9 procent under femårsperioden 2007-2011. De senaste 15 åren har andelen återinskrivningar minskat något, men variationen mellan landstingen har ökat och ligger mellan 6 – 12 procent för den senaste mätperioden. Variationen påverkas troligen delvis av regionala skillnader i diagnossättning och registrering.

Funktionsförmåga efter stroke

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



Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

I måttet redovisas patienter som klarade personliga aktiviteter i dagliga livet (ADL) utan hjälp tre månader efter stroke. Med personlig ADL avses aktiviteterna förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning.

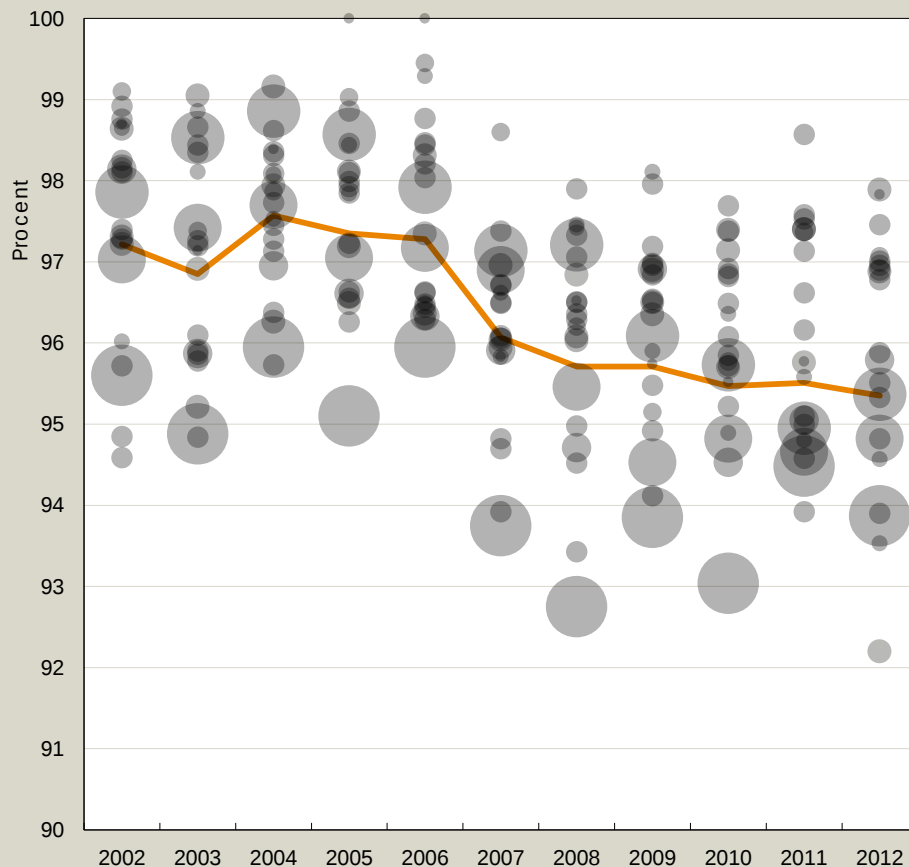
Patienter som överlever stroke återfår i olika grad samma funktion som före insjuknandet. Indikatorn speglar sjukvårdsinsatserna både i akutfasen och i den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivning från akutsjukhus.

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Under det senaste decenniet har andelen ADL-oberoende efter stroke ökat. I riket var andelen för år 2012 81 procent. Variationerna mellan landstingen är små.

Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

108. Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården under sjukhusvistelsen.



Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

I måttet redovisas hur nöjda patienterna var med den sjukhusvård de fick i samband med sjukdomstillfället.

Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar. Frågan avser hela sjukhusvistelsen och innefattar därför även vård på rehabiliteringsklinik.

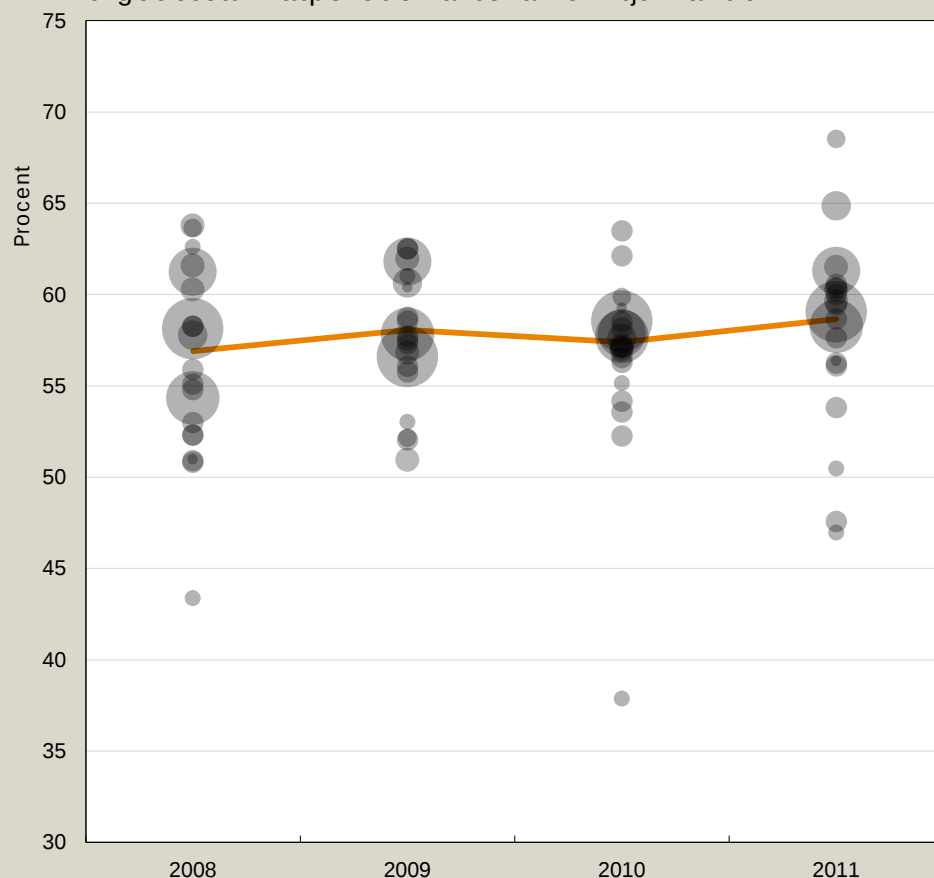
Utfallet avspeglar troligen både patientens förväntningar på vården och det aktuella hälsotillståndet tre månader efter sjukdomen.

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

2012 svarade knappt 15600 patienter på enkäten. I riket svarade drygt 95 procent av patienterna att de är nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården. För riket som helhet har resultatet legat på ungefär samma nivå sedan år 2001. Svaren är dock mera representativa nu eftersom täckningsgrad och svarsfrekvens i registret ökat. Skillnaderna mellan landstingen är små, med som mest drygt fem procentenheter.

Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

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



Källa: Riks-Stroke - Nationella kvalitetsregistret för Stroke

I måttet redovisas hur nöjda patienterna var med den rehabilitering de fick i samband med strokesjukdomen.

Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar. Detta är en indikator som avser att avspegla hur patienten eller anhöriga bedömer insatser från såväl landsting som kommun.

Datakälla är det nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

2012 svarade knappt 6700 patienter på enkäten. I riket var år 2011 drygt 59 procent av patienterna nöjda eller mycket nöjda med sin rehabilitering, en nästintill oförändrad andel sedan 2008. Det finns relativt stora skillnader mellan landstingen med en variation mellan 47-68 procent för år 2011.

Cancersjukvård

Sida 49-55 berör cancersjukvården.

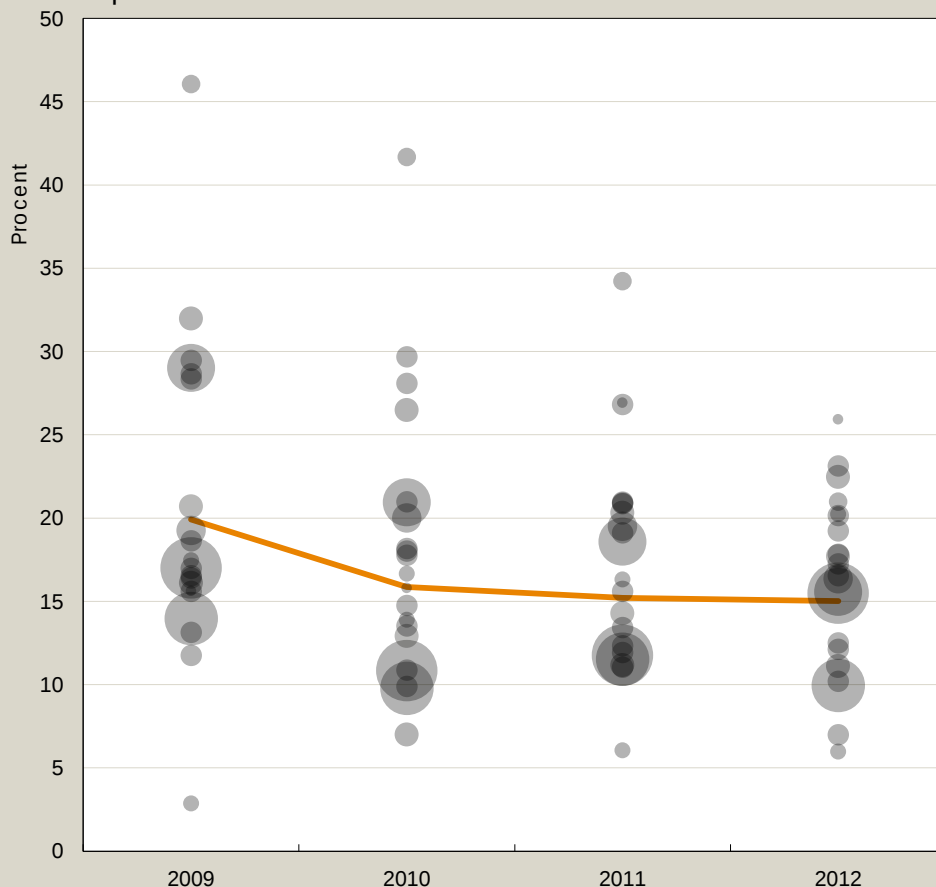
Datakällor är de nationella kvalitetsregistren för bröst-, prostata- och lungcancer. Täckningsgraden för dessa register är hög.

- Nationella bröstcancerregistrets täckningsgrad var i jämförelse med cancerregistret 98 procent 2011.
- Nationella prostatacancerregistrets (NPCR) täckningsgrad i jämförelse med cancerregistret var 96 procent 2011.
- Nationella lungcancerregistrets täckningsgrad gentemot cancerregistret är över 97 procent.

På sida 55 redovisas långtidsöverlevnad för bröst-, prostata- och lungcancer. Källan är Socialstyrelsens cancerregister.

Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata

119. Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata. Avser bröstbevarande operationer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret

I måttet redovisas patienter med bröstcancer som omopererats på grund av att inte all cancer tagits bort vid det tidigare operationstillfället.

Över 90 procent av alla bröstcancerfall opereras. Efter operationen skickas den borttagna bröstvävnaden på analys. Om det är osäkert att all cancer är borttagen rekommenderas omoperation.

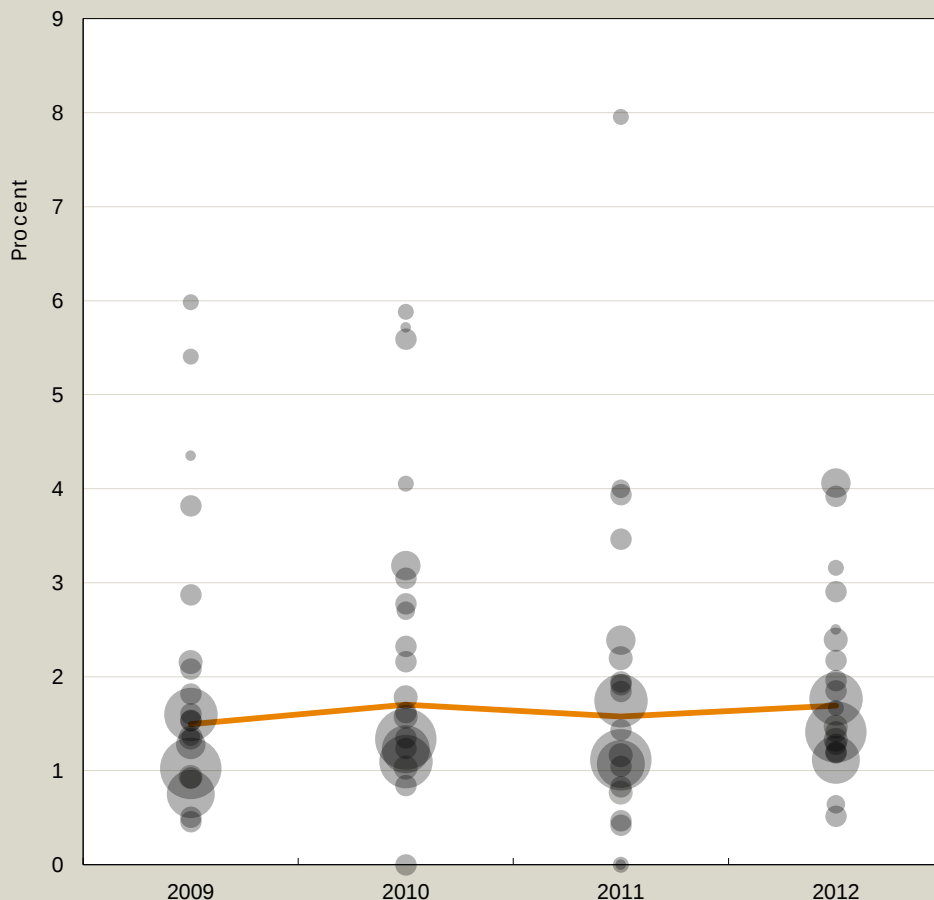
Denna indikator avser att mäta både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och på operationens kvalitet.

Datakälla är det nationella bröstcancerregistret. Täckningsgraden är generellt sett hög.

I riket omopererades drygt 15 procent av kvinnorna år 2012. Variationen mellan landstingen sprider mellan 7–25 procent. Diagnossättning och registrering kan variera och underlaget bygger på relativt få uppgifter vilket ger en viss osäkerhet i utfallet. Andelen i riket är oförändrad sedan 2010.

Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

120. Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret

I måttet redovisas patienter med bröstcancer som omopererats inom 30 dagar på grund av kirurgisk komplikation.

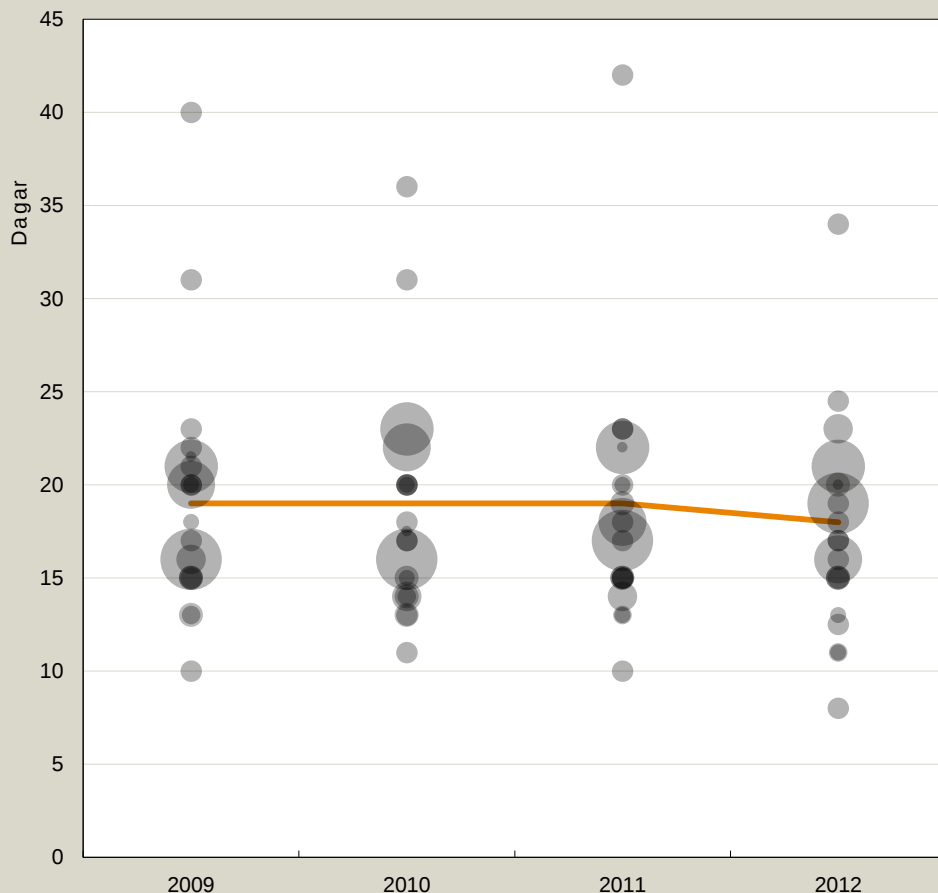
Över 90 procent av alla bröstcancerfall opereras. De flesta omoperationer sker på grund av blödning som oftast inträffar inom det första dygnet efter operation, eller på grund av sårinfektion, vars symtom uppkommer inom en vecka.

Datakälla är det nationella bröstcancerregistret. Täckningsgraden är generellt sett hög.

I riket omopererades 1,7 procent av kvinnorna år 2012 på grund av komplikation. Variationen mellan landstingen ligger mellan 0,5–4 procent. Underlaget bygger dock på relativt få uppgifter vilket gör att den statistiska osäkerhet är stor. Andelen omoperationer i riket har varit i stort sett oförändrat de senaste fyra åren.

Tid till operation vid bröstcancer

121. Tid från beslut om vårdplan till operation vid bröstcancer. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret

I måttet redovisas medianvärdet för hur många dagar en patient behöver vänta från beslut om en vårdplan till operation.

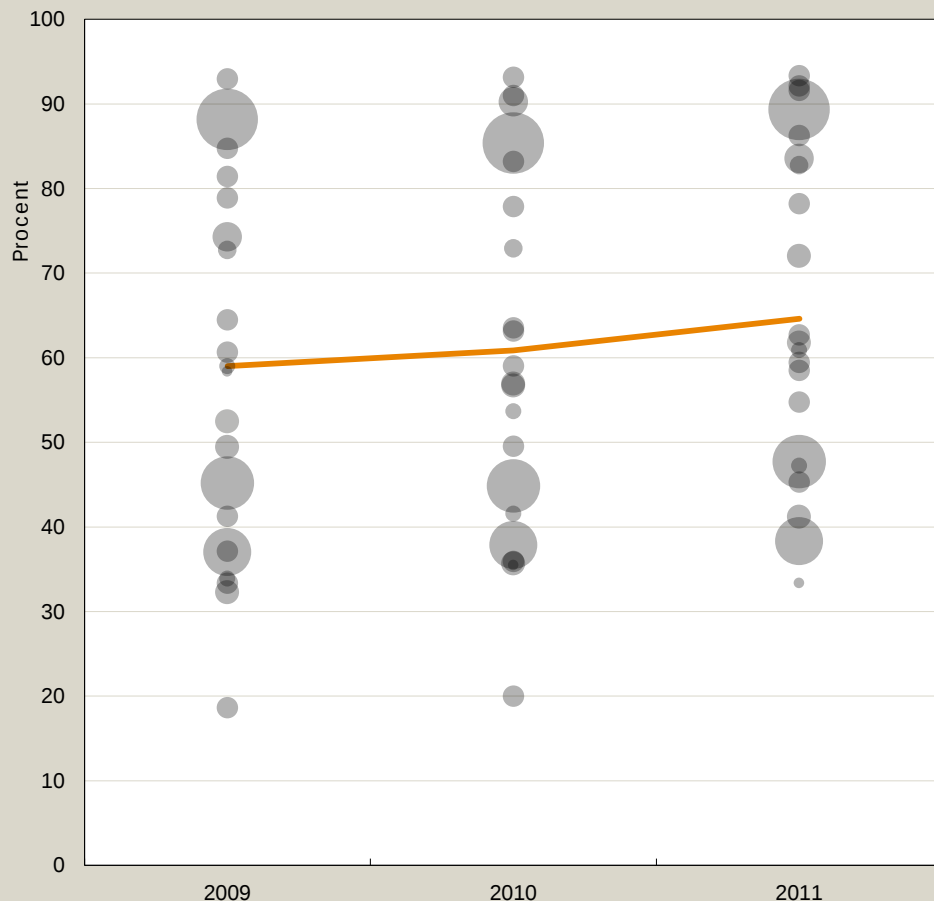
Svensk förening för bröstkirurgi (SFBK) arbetar för att patienterna ska få ett snabbt omhändertagande och har angett som mål att 90 procent av alla patienter med bröstcancer ska erbjudas tid för operation inom tre veckor och att ingen bör vänta mer än fyra veckor.

Datakälla är det nationella bröstcancerregistret. Täckningsgraden är generellt sett hög.

I riket var medianväntetiden 18 dagar under 2012. Variationen mellan landstingen är stor och ligger mellan 8 -34 dagar. Väntetiden kan påverkas av hur vårdkedjan är utformad lokalt. Väntetiderna har varit i stort sett oförändrade de senaste fyra åren.

Multidisciplinär konferens vid lungcancer

123. Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer.



Källa: Nationellt lungcancerregister

I måttet redovisas patienter med lungcancer som genomgår en så kallad multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen inför planerad behandling. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog och lungmedicinsk specialist.

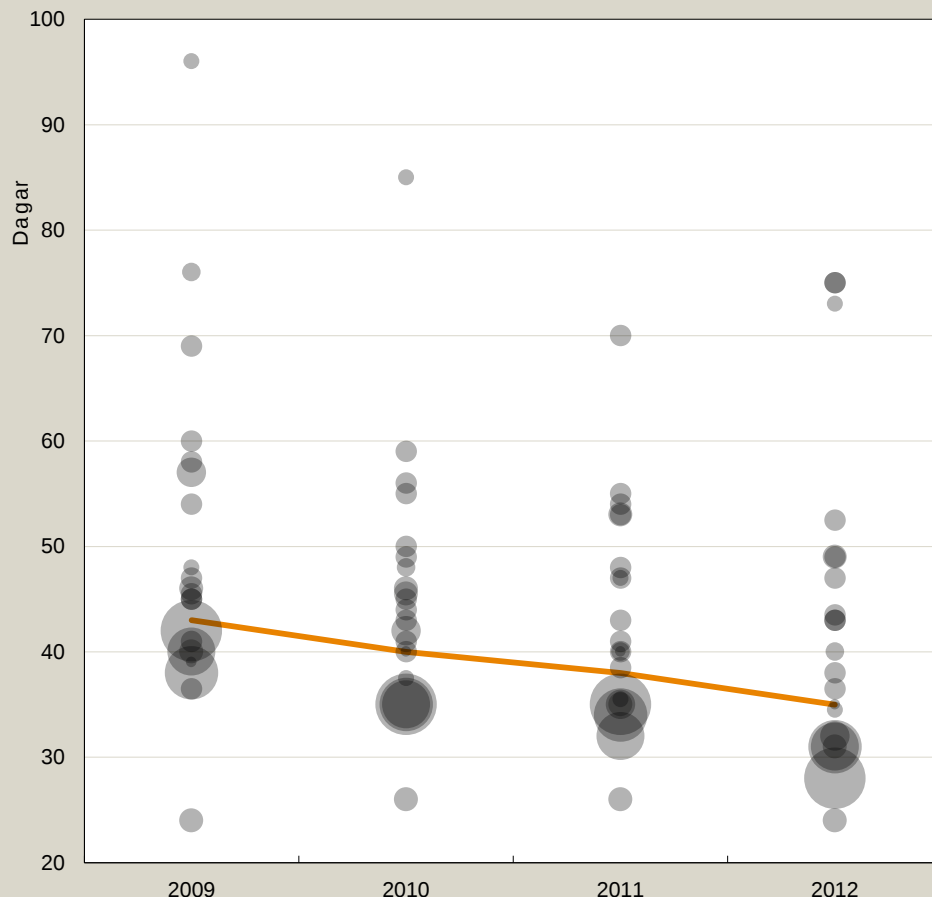
En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten hög prioritet.

Datakälla är det nationella lungcancerregistret
Täckningsgraden är hög.

I riket bedömdes 65 procent av patienterna vid en multidisciplinär konferens år 2011. Andelen har ökat något de senaste åren men variationen mellan landstingen är mycket stor och sträcker sig från 33 till 93 procent.

Tid till besök vid prostatacancer

125. Väntetid från remissdatum till första besök hos specialist vid utredning för prostatacancer.



Källa: Nationella Prostatacancerregistret

I måttet redovisas medianvärdet för väntetid i dagar från det att remissen inkommer till urologkliniken, eller att patienten själv tar kontakt med urologen, till första besök hos en specialistläkare.

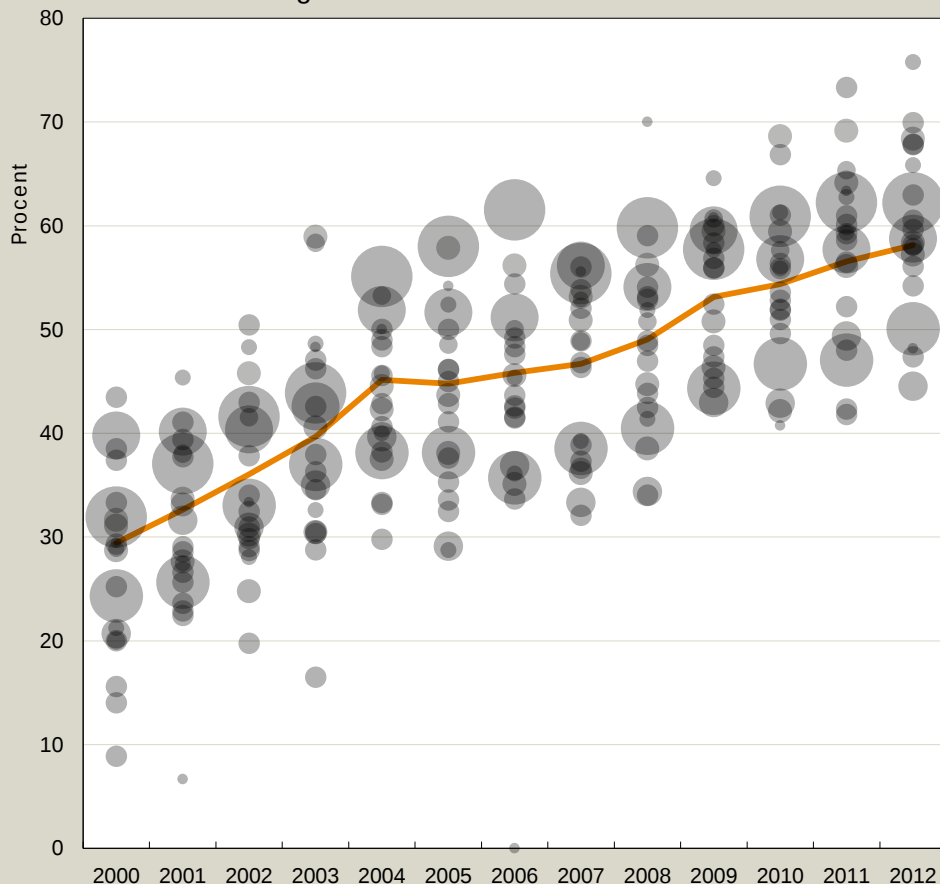
Prostatacancer är oftast en långsamväxande tumör vilket innebär att väntetiden sällan är avgörande för behandlingens resultat. Men det första besöket bör ändå komma till snabbt eftersom en lång väntetid innebär onödig oro för patienten. Enligt den nationella vårdgarantin ska remitterade patienter få sitt första specialistläkarbesök inom 90 dagar från det att remissen skickades.

Datakälla är det nationella prostatacancerregistret. Täckningsgraden är hög.

I riket var medianväntetiden 35 dagar med en variation mellan landsting från 24 till 75 dagar för år 2012. Väntetiden har minskat något de senaste fyra åren men variationerna mellan landstingen är stora.

Kurativ behandling vid prostatacancer

126. Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling. Avser män med lokaliserad mellan- eller högrisktumör.



Källa: Nationella Prostatacancerregistret

I måttet redovisas patienter med prostatacancer som fått botande (kurativ) behandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker.

Kunskapen om utfall vid olika behandlingar av prostatacancer är ofullständig. Vid mellan- och högrisktumörer är dock risken att dö betydligt större än vid lågrisktumörer och därför har kurativ behandling högre prioritet för dessa former av prostatacancer i de nationella riktlinjerna för prostatacancer. Socialstyrelsen har som målnivå angett att över 62 procent av männen med mellan- eller högrisktumörer ska ha kurativt syftande behandling.

Datakälla är det nationella prostatacancerregistret. Täckningsgraden är hög.

I riket fick 58 procent av patienterna med mellan- eller högrisktumörer kurativ behandling år 2012. Variationen mellan landstingen ligger mellan 44 och 76 procent. Andelen män som får kurativ behandling har ökat stadigt under 2000-talet.

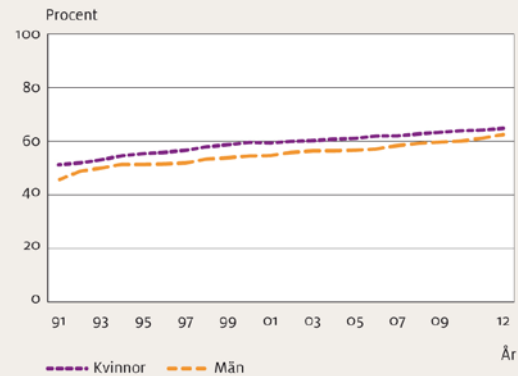
Ökad överlevnad vid cancer: fyra exempel

DIAGRAM 112 – RIKET: 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer.



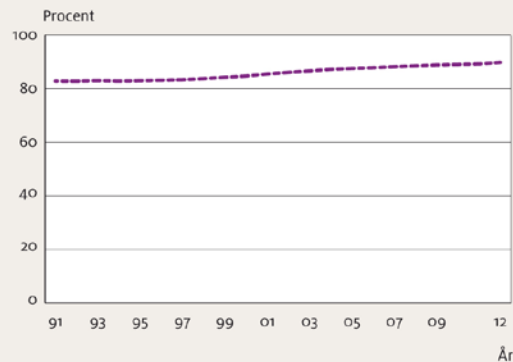
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 115 – RIKET: 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer.



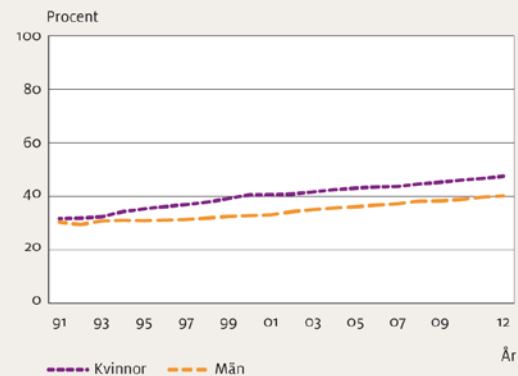
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 118 – RIKET: 5-årsöverlevnad vid bröstcancer.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 122 – RIKET: 1-årsöverlevnad vid lungcancer.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorer som visas

Övergripande indikatorer

- 35 Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare
- 25 Tillgång till sjukvård
- 26 Förtroende för vårdcentraler
- 27 Förtroende för sjukhus
- 2 Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet
- 3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- 4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom
- 5 Själv mord i befolkningen
- 7 Undvikbar slutenvård

Läkemedelsbehandlingar

- 18 Förekomst av antibiotikabehandling
- 19 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika
- 20 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika
- 21 Kombinationspreparat vid astma
- 22 Uttagsföljsamhet vid blodtrycksänkande behandling

Diabetes

- 79 Måluppfyllelse för HbA1c – primärvård
- 80 Måluppfyllelse för HbA1c – typ 1 diabetes
- 81 Måluppfyllelse för blodtryck – primärvård
- 82 Måluppfyllelse för blodtryck – typ 1 diabetes
- 83 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård
- 84 Måluppfyllelse för HbA1c – barn och unga
- 85 Amputationsfrekvens bland diabetiker

Hjärtsjukvård

- 85 Dödlighet vid hjärtinfarkt
- 86 Dödlighet vid sjukhusvårdad hjärtinfarkt
- 87 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom
- 89 Tid till reperfusionsbehandling vid ST-röjningsinfarkt
- 90 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor
- 91 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt
- 92 Blodfettsänkande behandling efter hjärtinfarkt

Indikatorer som visas

Strokesjukvård

- 99 Dödlighet efter förstagångsstroke
- 100 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke
- 101 Vård vid strokeenhet
- 102 Trombolysbehandling vid stroke
- 104 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer
- 105 Blodfettsänkande behandling efter stroke
- 106 Återinsjuknande efter stroke
- 107 Funktionsförmåga efter stroke
- 108 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke
- 109 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke

Cancersjukvård

- 119 Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata
- 120 Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation
- 121 Tid till operation vid bröstcancer
- 123 Multidisciplinär konferens vid lungcancer
- 125 Tid till besök vid prostatacancer
- 126 Kurativ behandling vid prostatacancer

Denna presentation har sammanställts av:

Martin Lindblom: martin.lindblom@socialstyrelsen.se

Birgitta Lindelius: birgitta.lindelius@socialstyrelsen.se

Eva Nyman: eva.nyman@socialstyrelsen.se

**Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se**