

ÖPPNA JÄMFÖRELSE 2014



Hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar

Öppna jämförelser 2014

Hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE R MELLAN LANDSTING

Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar

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

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

Socialstyrelsen: Artikelnummer 2014-12-5, ISBN 978-91-7555-241-5
SKL: 978-91-7585-157-0

Foto: Image Source/Johnér

Produktion: Edita Bobergs AB

Tryck: Edita Bobergs AB, december, 2014



MILJÖMÄRKET Trycksak lic nr 341 359

Innehåll

- Ny indikator
- Förändrad indikator

Inledning	7
Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård	8
■ 49 Tidiga aborter	8
50 Dödfödda barn	9
51 Neonatal dödlighet	10
● 52 Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård	11
53 Låg apgar-poäng hos nyfödda	13
54 Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	14
55 Kejsarsnitt bland förstföderskor	15
56 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning	18
Kvinnosjukvård	19
■ 57 Svarfrekvens för patientenkät	19
■ 58 Klinikbedömning av patientens enkätsvar	22
59 Önskade händelser efter borttagande av livmoder	24
60 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder	25
■ 61 Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik	27
62 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation	29
63 Patientrapporterad framfallssymtom efter operation	31
64 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	33
65 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation	35
66 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation	37
■ 67 Patientrapporterade komplikationer efter adnexoperation	39
■ 68 Adnexoperation med laparoskopisk teknik	41
69 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder	43
■ 70 Besök inom 90 dagar – kvinnosjukvård	44
■ 71 Operation eller behandling inom 90 dagar för framfall	45

Ortopedisk sjukvård – rörelseorganens sjukdomar	46	
72 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	46	
73 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	50	
74 Omoperation efter total höftprotesoperation	52	
75 Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation	53	
76 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	55	
77 Patienttillfredsställelse efter total höftledsoperation	57	
78 Väntetid inför höftfraktur operation	59	
79 Protesoperation vid höftfraktur	61	
80 Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation	63	
81 Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	65	
82 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	66	●
83 Återfraktur efter benskörhetsfraktur	68	■
84 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis	69	
85 Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck	71	
86 Utbytesoperation inom 2 år efter korsbandsoperation	74	
87 Patientskattat resultat av korsbandsoperation	74	■
88 Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation	76	
89 Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation	77	
90 Besök inom 90 dagar – ortopedi	78	■
91 Operation inom 90 dagar för knäprotes	79	■
92 Operation inom 90 dagar för höftprotes	80	■
Reumatoid artrit	82	
93 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	82	
94 Effekt vid första behandling med biologiska läkemedel	84	●
95 Patientrapporterad hälsa vid behandling av med biologiskt läkemedel	85	
96 Besök inom 90 dagar – reumatologi	86	■
Diabetesvård	88	
97 Blodsockerkontroll vid typ 2 diabetes	88	●
98 Blodtryckskontroll vid typ 2 diabetes	90	●
99 Påtagligt högt blodtryck vid typ 2 diabetes	91	■
100 Ldl-kolesterol vid typ 2 diabetes	91	●
101 Fotundersökning vid typ 2 diabetes	93	■
102 Ögonbottenundersökning vid typ 2 diabetes	94	■
103 Blodsockerkontroll vid typ 1 diabetes	95	
104 Blodtryckskontroll vid typ 1 diabetes	97	
105 Högt blodtryck vid typ 1 diabetes	99	■
106 Fotundersökning vid typ 1 diabetes	101	■
107 Ögonbottenundersökning vid typ 1 diabetes	102	■
108 Blodsockerkontroll hos barn och unga vid typ 1 diabetes	104	
109 Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1 diabetes	106	■

Hjärtsjukvård	108
110 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus	108
111 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	110
112 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	113
113 Reperfusionsbehandling vid st-höjningsinfarkt	114
114 Tid till reperfusionsbehandling vid st-höjningsinfarkt	115
115 Kranskärlsröntgen vid icke st-höjningsinfarkt	116
116 Blodproppshämmande behandling vid icke st-höjningsinfarkt	119
■ 117 Raas-hämmande behandling efter hjärtinfarkt	121
118 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	123
119 Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI	124
120 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	126
■ 121 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol	127
■ 122 Måluppfyllelse för blodtryck	130
123 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	131
124 Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt	133
■ 125 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor	134
126 Komplikationer efter pacemakerinsättning	135
127 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid hjärtinfarkt	136
Strokesjukvård	137
128 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	137
■ 129 Direktintag på strokeenhet	141
● 130 Reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke	143
■ 131 Tid till trombolys	145
132 Test av sväljförmåga vid akut stroke	147
133 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	149
134 Blodfettssänkande behandling efter stroke	150
■ 135 Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke	152
136 Återinsjuknande efter stroke	154
● 137 Funktionsförmåga efter stroke	155
■ 138 Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke	157
139 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	158
Psykiatrisk sjukvård	160
140 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos	160
141 Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni	161
142 Återinskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni	162
143 Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri	163
144 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri	164
145 ECT vid slutenvårdad svår depression	165
146 Depressionsskattning efter ECT	166
■ 147 Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression	167
148 Återfall i brottslig gärning	168
149 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård	169
■ 150 Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni	170

Kirurgisk behandling	172
151 Omoperation vid ljumskbräck	172
152 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck	174
153 Dödlighet efter vård för blödande magsår	175
154 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi	177 ●
155 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi	179
156 Kostnad per drg-poäng vid obesitaskirurgi	180
157 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa	181
158 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa	183
159 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa	184
160 Kostnad per drg-poäng vid galloperation	185
161 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	186
162 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	187
163 Död efter planerad operation för aortaaneurysm	189
164 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben	190
165 Besök inom 90 dagar – allmän kirurgi	190 ■
166 Operation inom 90 dagar – magsäck, tarm vid övervikt	191 ■
167 Operation inom 90 dagar – ljumskbräck	192 ■
Intensivvård	195
168 Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA	195
169 Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning	198
170 Oplanerad återinskrivning till intensivvårdsavdelning	200
Ögonsjukvård	201
171 Synfel vid kataraktoperation	201
172 Självskattad nytta av kataraktoperation	204
173 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	205
174 Besök inom 90 dagar – ögonsjukvård	207 ■
175 Operation inom 90 dagar – gråstarr	208 ■
Vård i livet slutskede – palliativ vård	209
176 Smärtskattning under sista levnadsveckan	209
177 Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede	210
178 Brytpunktssamtal i livets slutskede	211
179 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	212 ■
180 Förekomst av trycksår av grad 2–4	213 ■
181 Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel	214 ■
Annan vård	216
182 Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS	216
183 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS	217
184 Andelen barn med CP som bedömts av fysioterapeut	218 ■
185 Andelen barn med god knästräckningsförmåga	220 ■
186 God viruskontroll vid HIV	220

Inledning

Denna rapport är Öppna jämförelser 2014 Hälso- och sjukvård del 2. I denna del samlas indikatorer som rör olika sjukdomsområden och behandlingar. Även området graviditet och förlossning ingår. Årets rapport har fått en ny disposition och består av två delar. I del 1 ingår de övergripande indikatorerna, som till exempel dödlighet, tillgänglighet, patienterfarenheter och hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Utöver det återfinns i del 1 bland annat inledande texter om öppna jämförelserns bakgrund och syfte, allmänt om indikatorer och datakällor, beskrivning av resultatredovisning och hur indikatorerna presenteras samt texter om tolkning och statistiska aspekter. Några viktiga punkter som där lyfts upp är

- Jämförelserna ska vara underlag för förbättring och är inte ensamma tillräckliga för att värdera om ett landstings resultat är bäst eller sämst
- Rangordningen av landstingen är en signal om att resultaten bör analyseras vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat och hitta förbättringsmöjligheter
- Varken rikets medelvärde, eller ett högt värde i diagrammen behöver vara ett bra resultat. I vissa fall har alla landsting ett bra resultat medan i andra fall har inget landsting ett bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga målnivåer satta, men oftare är det mer otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå
- Resultat med breda konfidensintervall är osäkra. Djupare analyser om vad som ligger bakom skillnaderna bör göras
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till och är inte utformade för att stödja patienternas val av vårdgivare.

Generellt gäller att varje indikator beskrivs och resultatet presenteras i diagram, med stöd av en kort text. Sjukhusdata och trender för riket och ibland ytterligare tilläggsinformation redovisas i samband med respektive indikator. I de flesta fall visas även en stapel för en jämförelseperiod. Utfallet kommenteras, till exempel vad gäller variation mellan landsting, kön och önskat utfall utifrån målnivåer eller rekommendationer i nationella riktlinjer där sådana finns.

Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård

Inom detta område redovisas sju indikatorer. Två av de indikatorer som fanns med i förra årets rapport under denna rubrik har flyttats till avsnittet om hälsoinriktad hälso- och sjukvård. För indikatorer om graviditet, förlossning och nyfödda barn har uppgifterna hämtats från Mödrälsösvårdsregistret, Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister och från Medicinska Födelseregistret (MFR), vid Socialstyrelsen. MFR innehåller data om i stort sett samtliga förlossningar i Sverige. Uppgifter saknas för Värmland 2012, då de inte har levererat data till MFR. Vid beräkningar för riket har Värmlands data för 2011 använts. Riksvärdet blir därmed skattat. För uppgifter om kostnader vid förlossning är källan KPPdatabasen (Kostnad Per Patient) vid SKL.

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

49 TIDIGA ABORTER

Indikatorn visar andelen aborter som utfördes i tidig graviditet, före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, fördelat på medicinsk respektive kirurgisk metod, för perioden 2011–2012. I genomsnitt utfördes 79,0 procent av alla aborter i tidig graviditet, med en variation mellan landstingen från 73,6 till 84,3 procent, vilket skiljer sig marginellt från föregående period.

Av de tidiga aborterna utfördes majoriteten med medicinsk metod, men med stor variation mellan landstingen.

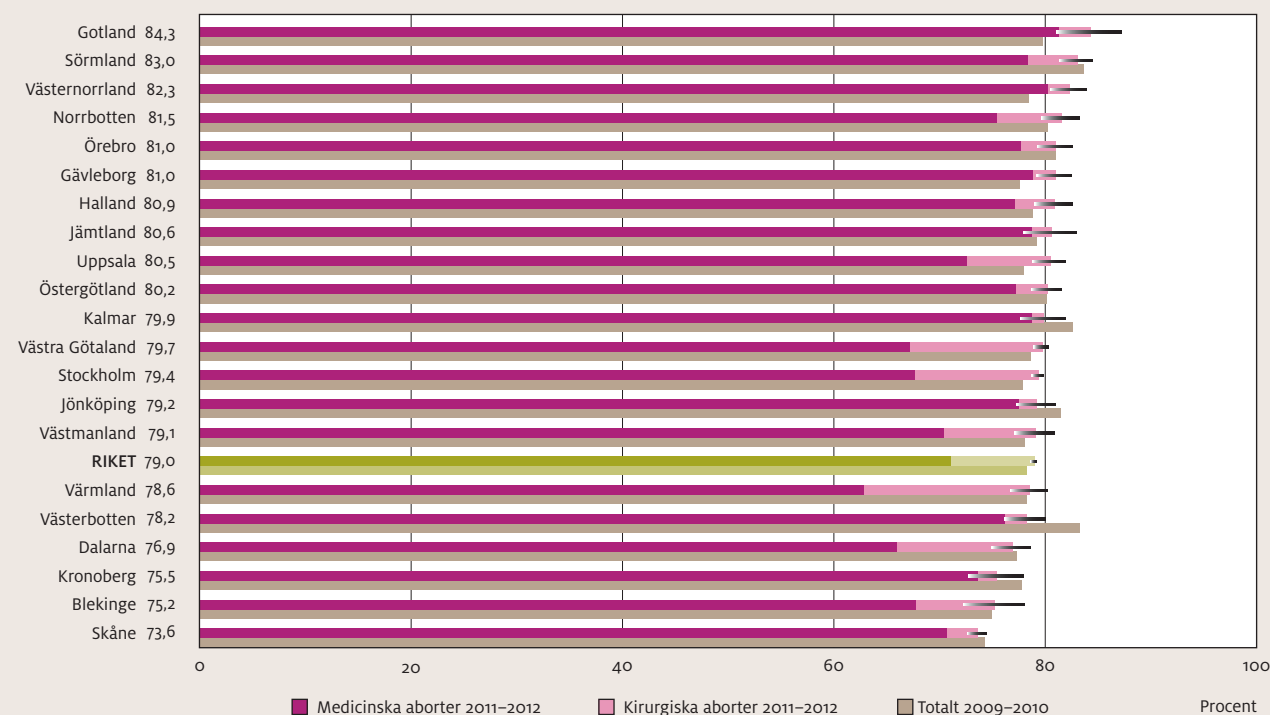
De landsting som har störst andel tidiga aborter har också en mycket stor andel medicinska aborter. År 2012 gjordes totalt 37 366 aborter i Sverige. Av dessa utfördes 29 504 i tidig graviditet, det vill säga före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor. Inga större skillnader ses mellan åren. Tidigt utförd abort är säkrare ur medicinskt perspektiv. Det är ovanligt med komplikationer vid abort, men risken ökar med graviditetslängden. Det är därför viktigt att minimera väntetiderna till abort.

Före 9:e graviditetsveckan kan både medicinsk och kirurgisk abort utföras. Kvinnan kan fram till vecka 9 själv, i samråd med läkare, välja metod under förutsättning att inga medicinska hinder finns. Efter vecka 9 sker aborterna vanligen med kirurgisk metod. Detta innebär att en skyndsamt handläggning av aborten är en förutsättning för att kvinnan ska ha möjlighet att välja metod.

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

Medicinsk abort kan utföras direkt efter positivt graviditetstest, medan kirurgisk abort sällan utförs före graviditetsvecka sju. Andelen medicinska aborter har ökat i Sverige under senare år och vid 90,3 procent av alla tidiga aborter användes medicinsk metod år 2012.

DIAGRAM 49 – KVINNOR: Andel tidiga (<9 graviditetsveckor) aborter med fördelning på medicinska och kirurgiska, 2011–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Abortstatistik, Socialstyrelsen.

50 DÖDFÖDDA BARN

Indikatorn redovisar antal dödfödda barn efter utgången av 28:e veckan (>28+0) per 1 000 födda, under perioden 2008–2012. I riket som helhet var antalet dödfödda barn 2,9 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen är från 2,1 till 3,6 dödfödda barn per 1 000 födda, vilket skiljer sig marginellt från föregående period. Av diagrammet framgår att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små. Detta är också skälet till att siffrorna redovisas för 5 år sammantaget. Ingen säker trend kan ses på riksnivå när det gäller antalet dödfödda barn.

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

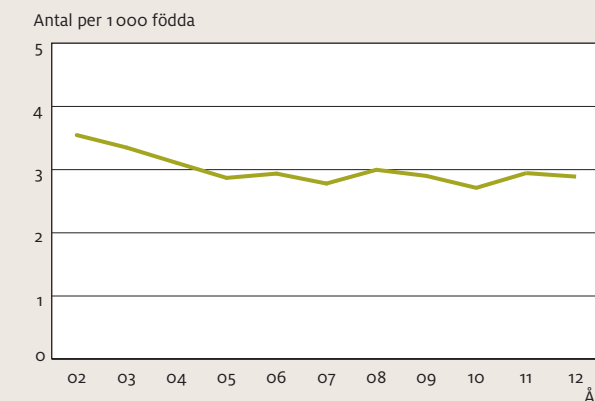
Fosterdöd kan inträffa innan förlossningen startat eller under pågående förlossning, vilket är ovanligare. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10–15 procent av fallen.

Årligen föds det cirka 300 dödfödda barn efter utgången av 28 vecka i Sverige. Sedan 1970 har andelen dödfödda

barn mer än halverats. En faktor som kan komma att öka antalet dödfödda barn är att mammorna blir allt äldre. Kvinnor i åldern 35 år och äldre har en ökad risk, jämfört med kvinnor mellan 20 och 34 år. Även förstföderskor har en större risk för att fostret dör i livmodern, jämfört med omföderskor.

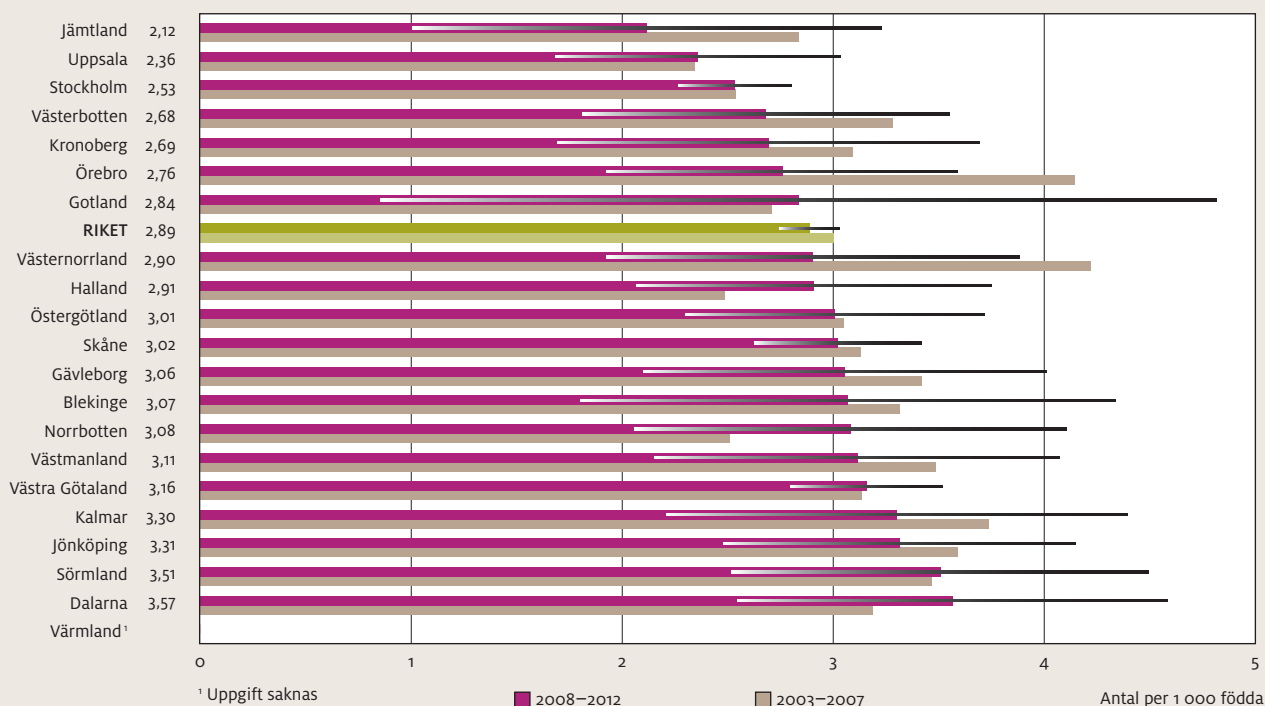
Rökning och övervikt hos modern tillhör de viktigaste kända förebyggbara riskfaktorerna för fosterdöd. Mödrahälsovården bör genom övervakning och regelbundna kontroller minska riskerna genom tidiga åtgärder. Enligt de jämförelser som WHO Europa gjort har Sverige en mycket låg andel dödfödda barn.

DIAGRAM 50 – RIKET: Antal dödfödda barn (≥28 fullgångna graviditetsveckor) per 1 000 födda barn. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 50 – TOTALT: Antal dödfödda barn (≥ 28 fullgångna graviditetsveckor) per 1 000 födda barn, 2008–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

51 NEONATAL DÖDLIGHET

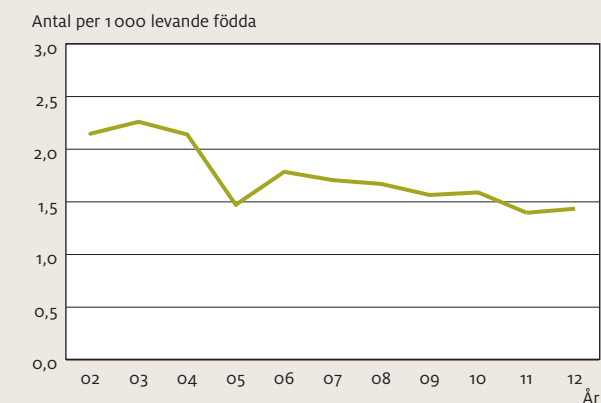
Indikatorn redovisar antal neonatalt döda barn, per 1 000 levande födda, under perioden 2008–2012 med åldersstandardiserade värden. I riket som helhet var den neonatala dödligheten 1,5 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar cirka 170 barn per år. Antalet varierade mellan 0,9 och 2,9.

Neonatal dödlighet definieras som det antal levande födda barn som avlidit inom 28 dagar efter födelsen.

Nivån på den neonatala dödligheten kan vara en effekt av både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet. Över tid har i Sverige den neonatala dödligheten minskat, från nivåer på cirka 5 barn per 1 000 levande födda i början av 1980-talet till cirka 1,5 barn per 1 000 levande födda för den perioden som här redovisas i diagrammet. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små.

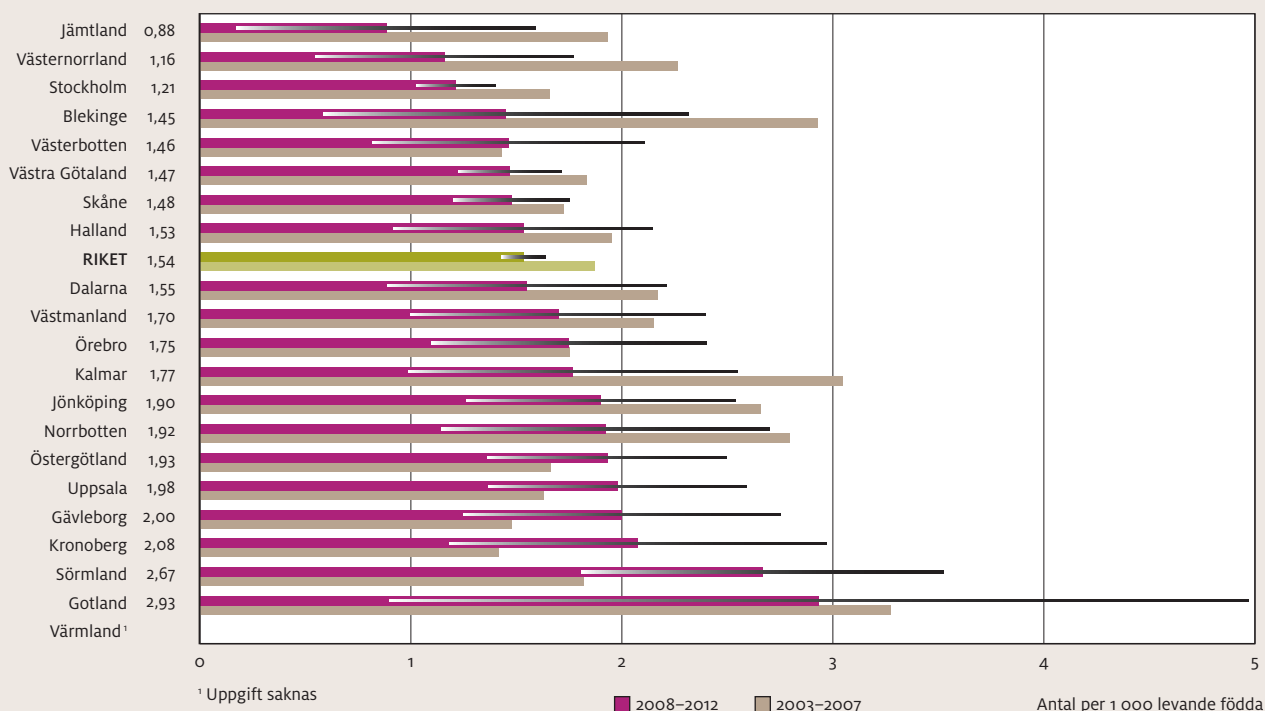
Den neonatala dödligheten är låg i Sverige, jämfört med övriga Europa. Enligt WHO Europas sammanställningar hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten sedan 2004.

DIAGRAM 51 – RIKET: Antal döda barn inom 28 dygn efter födelsen per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 51 – TOTALT: Antal döda barn inom 28 dygn efter födelsen per 1 000 levande födda barn, 2008–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen.

52 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER HOS BARN I NEONATALVÅRD

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

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

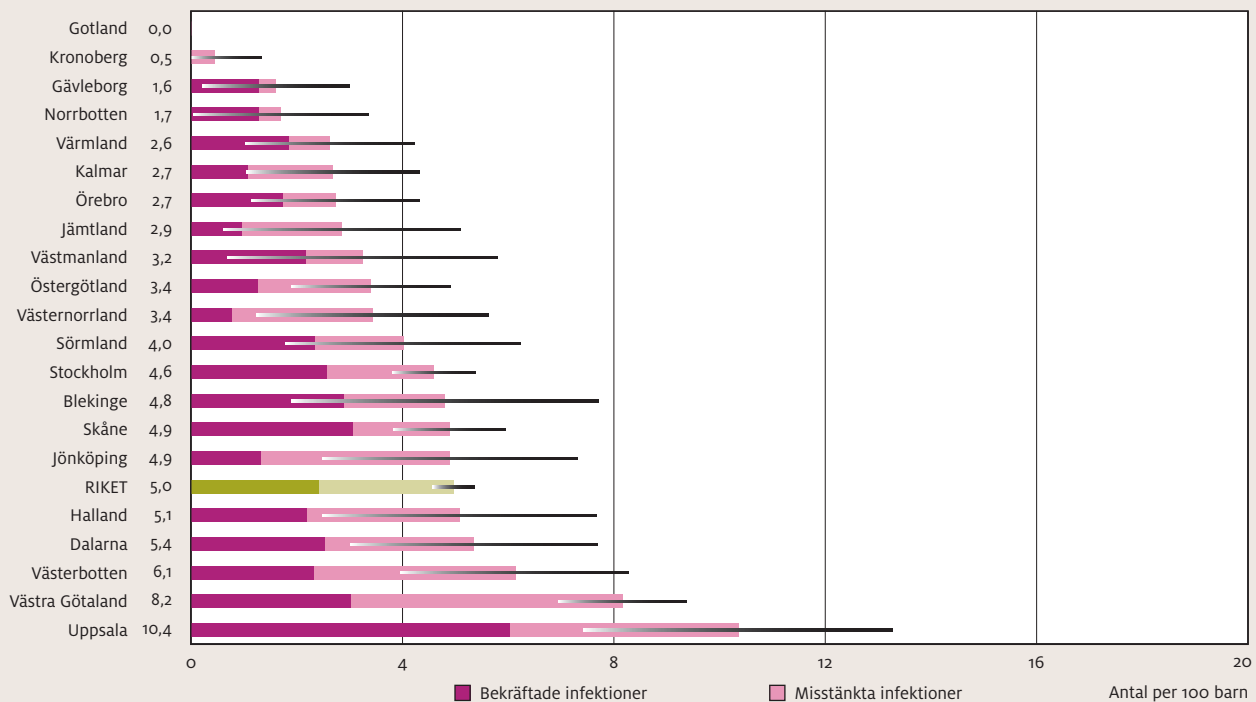
Till det neonatala kvalitetsregistret för neonatologi, SNQ, www.snq.se, rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och -rutiner varierar över landet, samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret SNQ som har samordnats med det medicinska födelserregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

Indikatorn visar antalet bekräftade eller misstänkta vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 vårdade barn på neonatalavdelning. Ingår gör fall med kliniskt misstänkt (symtom och positiva laboratorieprover) eller bekräftad infektion (påvisande av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det andra vård dygnet efter inskrivning hos barn som är vårdade i neonatalvård, och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingår 11 750 barn i jämförelsen, redovisade per landsting efter klinikkens lokalisering, inte moderns hemort.

I riket fick fem procent av de vårdade barnen en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion 2013, med en spridning mellan landsting från noll till 10 procent. Antalet vårdade barn är många, men den låga förekomsten av infektioner gör att den statistiska osäkerheten ändå är stor.

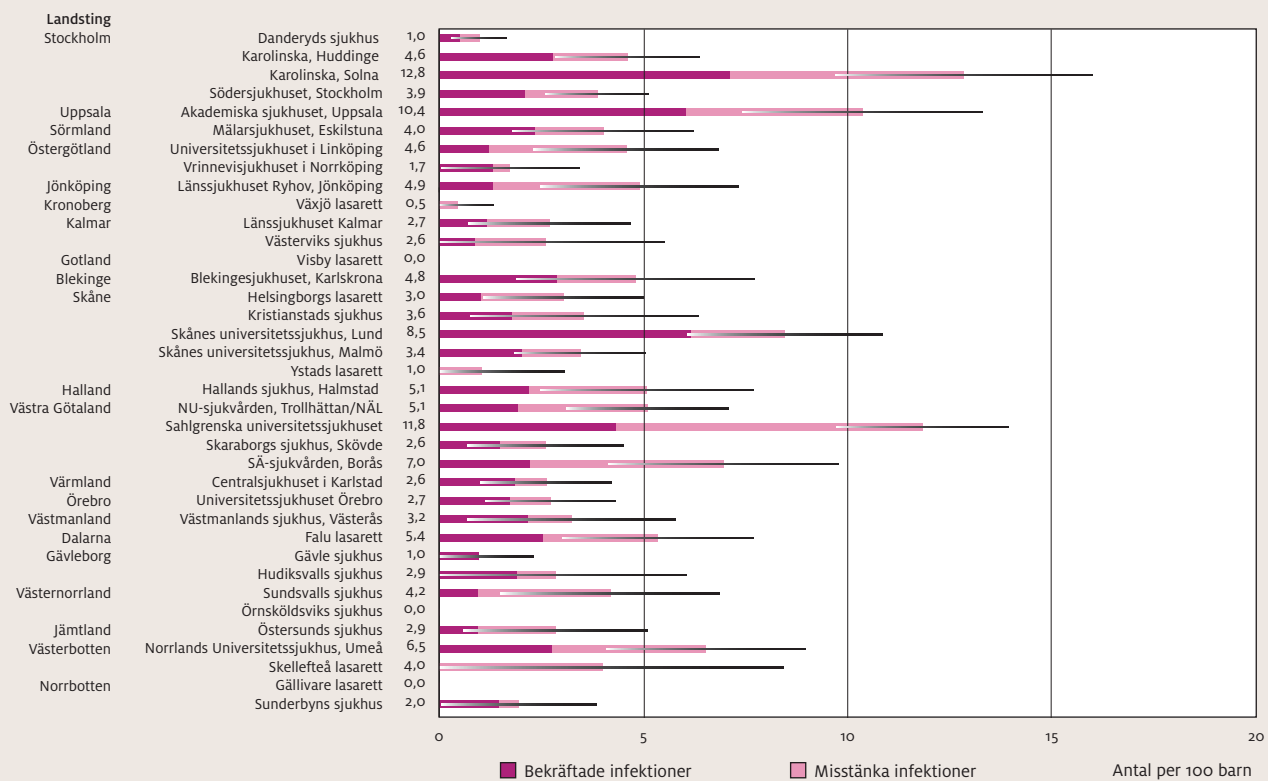
Skillnader mellan enheter kan bero på många olika faktorer. En faktor är efterlevnad av goda hygienrutiner. Hög belägningsgrad påverkar infektionsrisken i negativ riktning. Enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens. Rutiner för att utföra blododling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

DIAGRAM 52 – TOTALT: Antal vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård, 2013.



Källa: Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ.

DIAGRAM 52 – SJUKHUS: Antal vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård, 2013.



Källa: Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ.

53 LÅG APGAR-POÄNG HOS NYFÖDDA

Indikatorn redovisar andelen barn som efter födelsen har låga Apgar-poäng, som är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet.

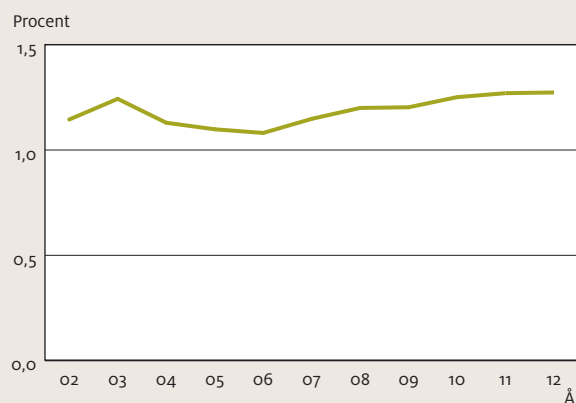
Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier: hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Den totala poängsumman kan variera mellan noll och 10 poäng. Bedömningen görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Lägsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är noll och högsta möjliga poäng är tio. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under fyra poäng eller under sju poäng vid fem minuters ålder.

Värdena är åldersstandardiserade och presenteras med fem år sammanslagna för att få en större säkerhet i siffrorna.

Andelen barn med Apgar-poäng mindre än sju vid fem minuter var 1,2 procent under den studerade perioden 2008–2012. Mellan landstingen var variationen mellan 0,9 och 1,9 procent.

Flera faktorer kan leda till låg Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Apgar-bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Syrebristen kan vara orsakad av komplikationer i moderkakan, navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband

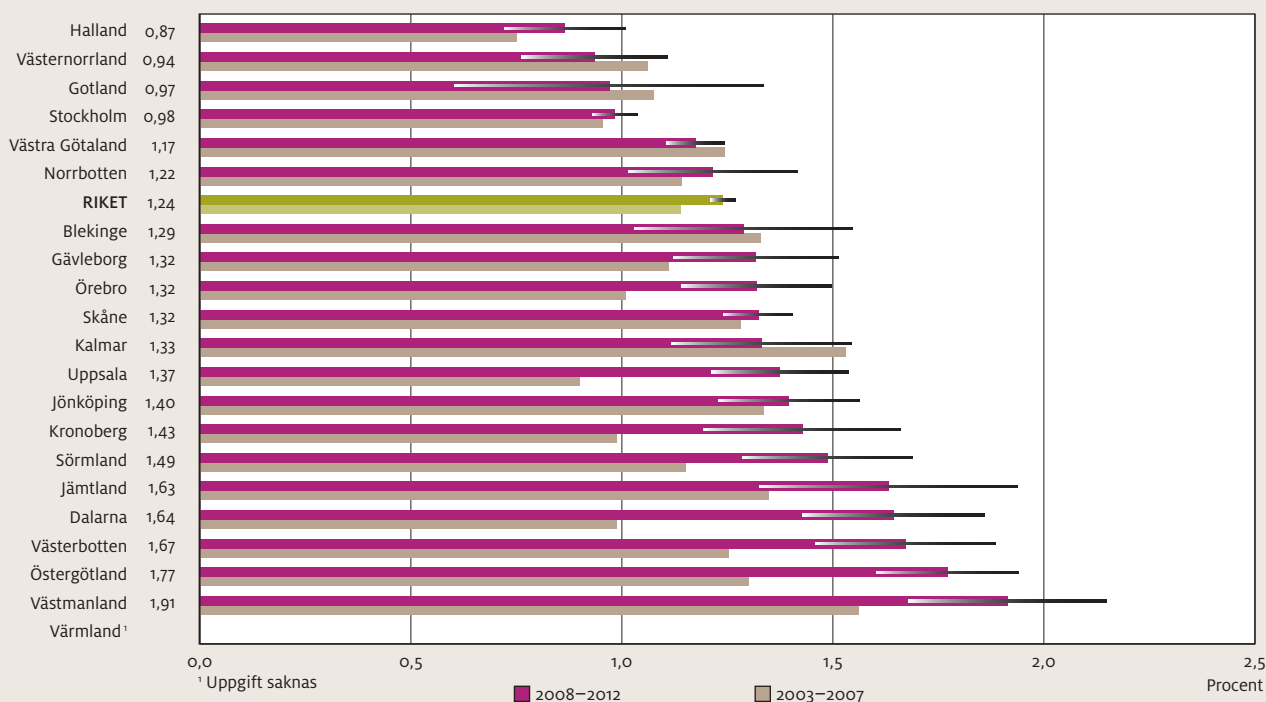
DIAGRAM 53 – RIKET: Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning. Orsaken kan också vara att barnet påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel, som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga.

DIAGRAM 53 – TOTALT: Andel födda barn med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, 2008–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

54 BRISTNINGAR VID FÖRLOSSNING BLAND FÖRSTFÖDERSKOR

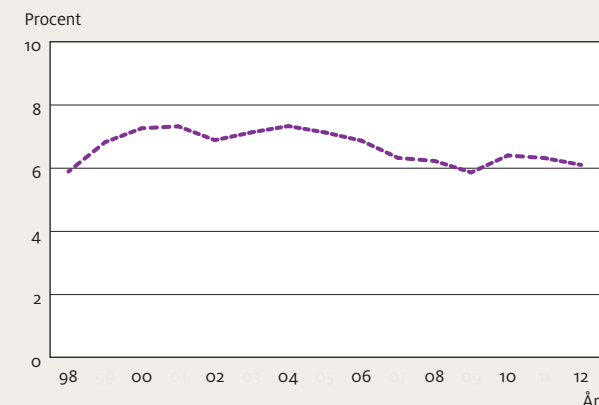
Indikatorn redovisar andel bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under perioden 2008–2012. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Den skuggade stapeln visar förekomsten av grad III och IV-bristningar under perioden 2003–2007 och visar att en minskning har skett. Enbart förstföderskor är inkluderade i analyserna. Värdena är åldersstandardiserade.

I riket som helhet medförde 6,2 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV. Den totala andelen grad III och IV bristningar varierade mellan 4,5 och 7,3 procent mellan olika landsting under den studerade perioden 2008–2012, vilket innebär att mellan 2 000–2 500 förstföderskor drabbas årligen. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

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

Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn eller att

DIAGRAM 54 – RIKET: Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.

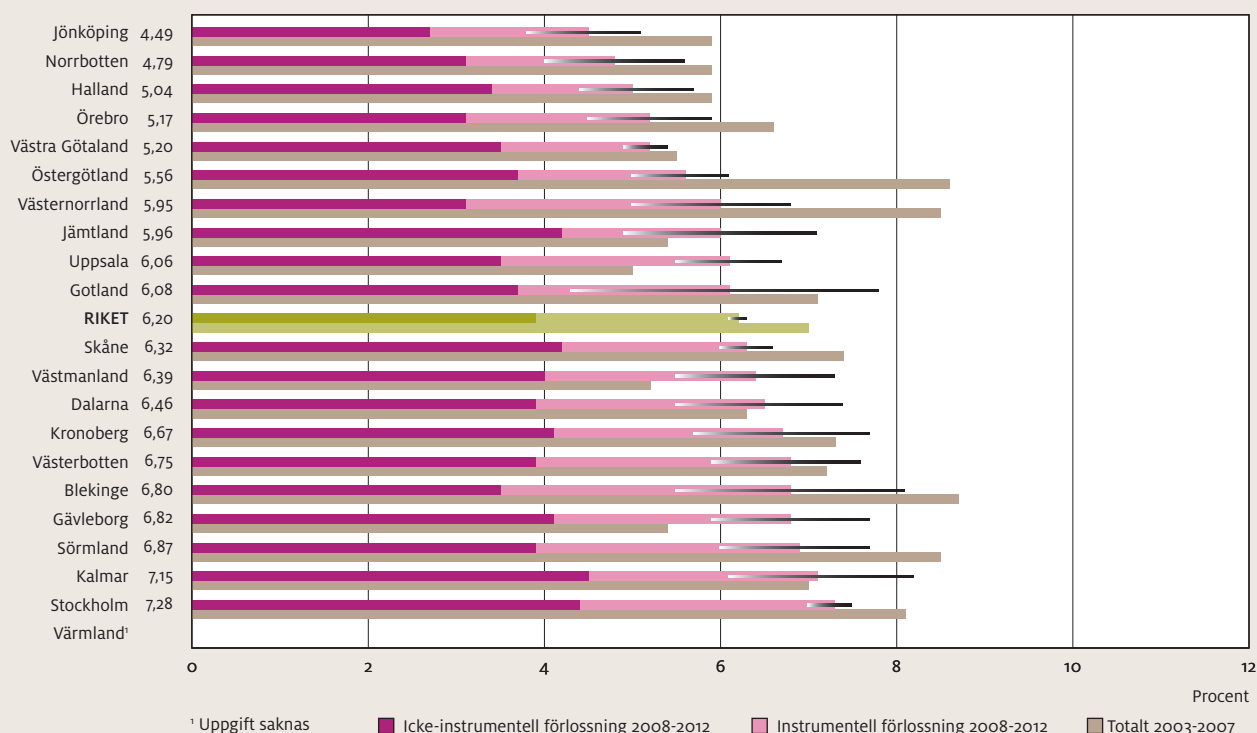


Källa: Medicinska födeleregistret, Socialstyrelsen.

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

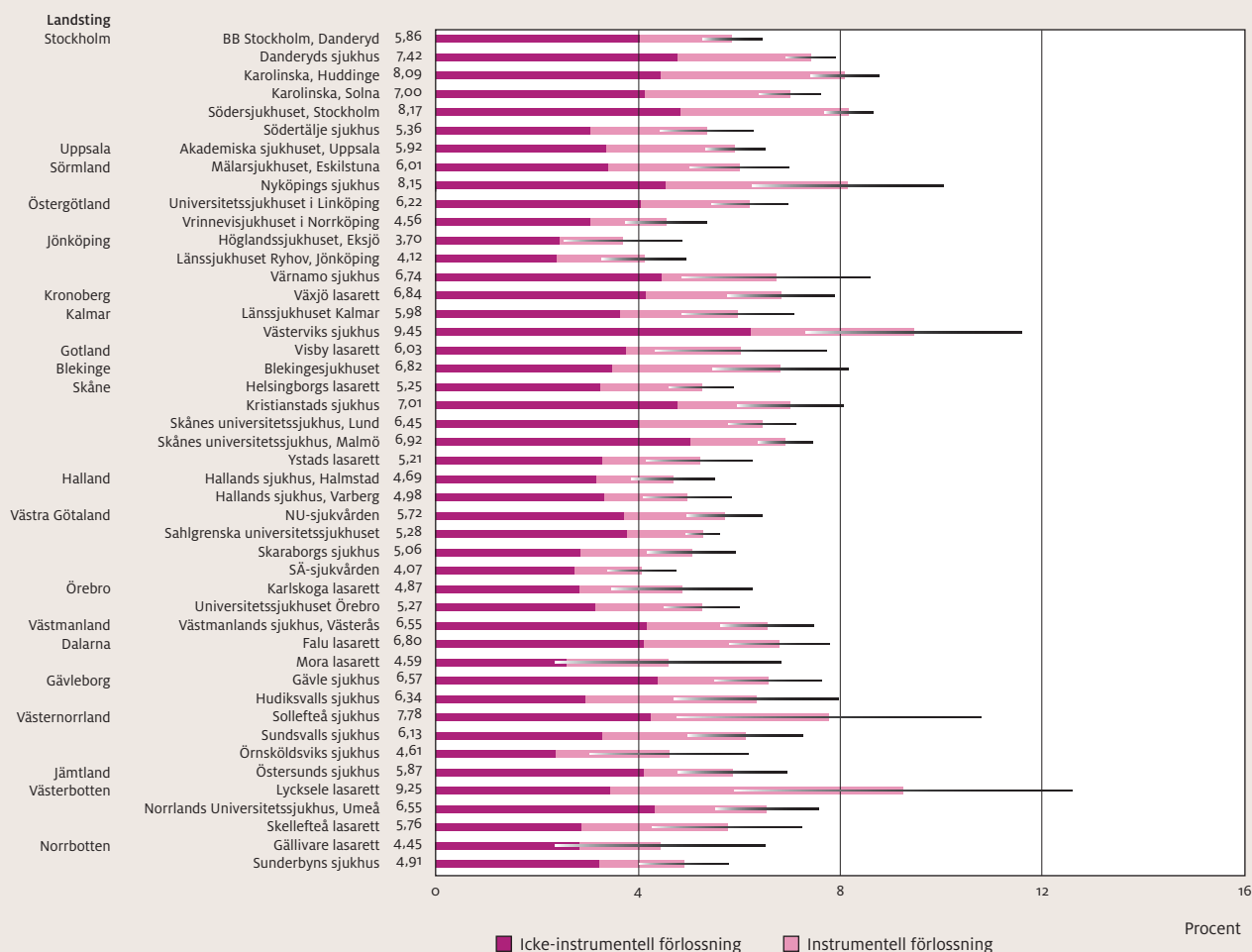
De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida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

DIAGRAM 54 – KVINNOR: Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella, 2008–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födeleregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 54 – SJUKHUS: Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella, 2008–2012. Åldersstandardiserade värden.



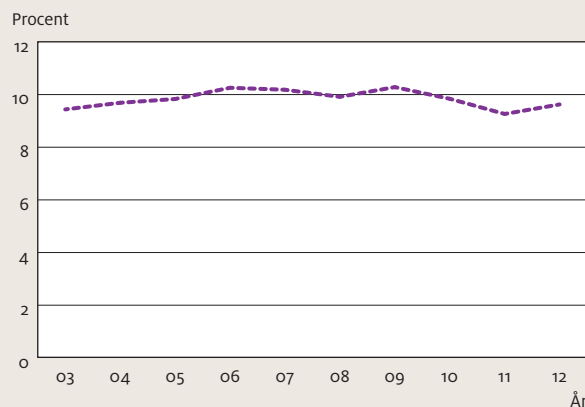
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

55 KEJSARSNITT BLAND FÖRSTFÖDESKOR

Indikatorn redovisar andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 1, det vill säga förstföderskor med fullgången graviditetslängd (≥ 37 veckor), enkelbörd med huvudbudning samt spontan förlossningsstart. För detaljer – se vidare Bilaga 1. Det är framförallt i denna kategori förlossningar som man ur medicinsk synvinkel bör önska att kejsarsnitten är få. I den tryckta rapporten visas även andelen kejsarsnitt enligt Robson grupp 2. I riket var kejsarsnittsfrekvensen för Robson 1 gruppen 1, 9,8 procent 2008–2012, vilket motsvarar 9,3 som lägst och 10,3 procent som högst under hela perioden.

Motsvarande frekvens kejsarsnitt under perioden 2003–2007 uppgick till 9,9 procent (visas ej i diagram). Den längre stapeln i diagrammet visar andelen kejsarsnitt hos

DIAGRAM 55 – RIKET: Andel kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

samma grupp förstföderskor (fullgången graviditetslängd, enkelbörd med huvudbjudning) i en betydligt större jämförelsepopulation. I den gruppen inkluderas även igångsatta förlossningar och planerade kejsarsnitt (Robson 2). Kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen låg på 16,3 procent i riket 2008–2012, att jämföra med 16,1 procent föregående femårsperiod (visas ej i diagram).

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt har ökat i Sverige. År 1990 var andelen kejsarsnitt 10,6 procent och år 2012 17,1 procent. Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar. Kejsarsnittsfrekvensen kan därmed inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrahälsovård och förlossningsvård. Däremot innebär en ökad förekomst av kejsarsnitt att kostnaderna för förlossningar ökar. Både kostnadsaspekten och variationen i medicinsk praxis mellan olika sjukhus och landsting gör frågeställningen intressant.

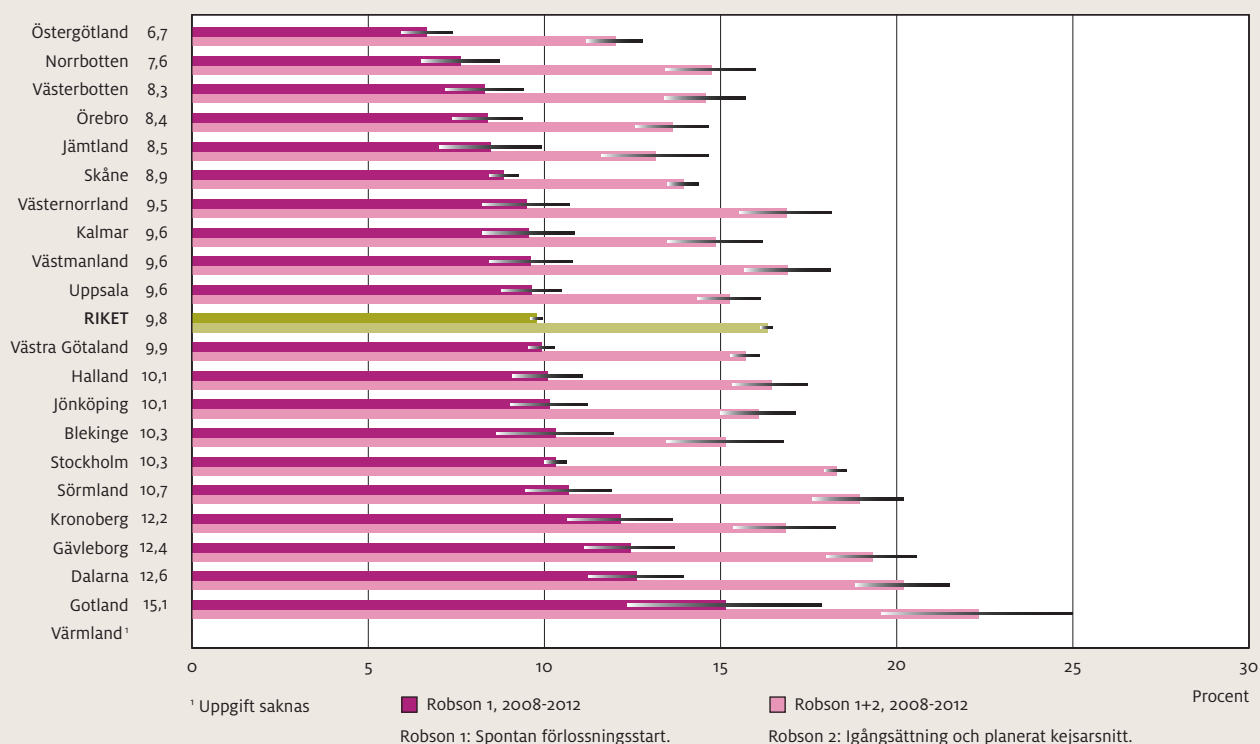
Vid en akut risksituation är ett beslut om en akut åtgärd inte kontroversiell, men då riskminskningarna för barnen är mer måttliga måste en rad aspekter vägas in. Det har under de senaste åren identifierats nya riskgrupper, exempelvis sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskas vid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

således att medverka till att kejsarsnittsfrekvensen ökar.

Samtidigt har det publicerats studier som visar att planerat kejsarsnitt inte är helt riskfritt för moder och barn. Barn som är förlösta med planerat kejsarsnitt har en ökad förekomst av tidig andningsstörning, jämfört med barnen vid vaginal förlossning. För modern ökar kejsarsnitt risken för riklig blödning, infektion och blodpropp i samband med förlossningen. Däremot minskar risken för bristningar i underlivet och senare urininkontinens. Vid nästföljande graviditet har kvinnan som har blivit förlöst med kejsarsnitt en ökad risk för problem med moderkakans läge och att livmodern brister vid förlossningen.

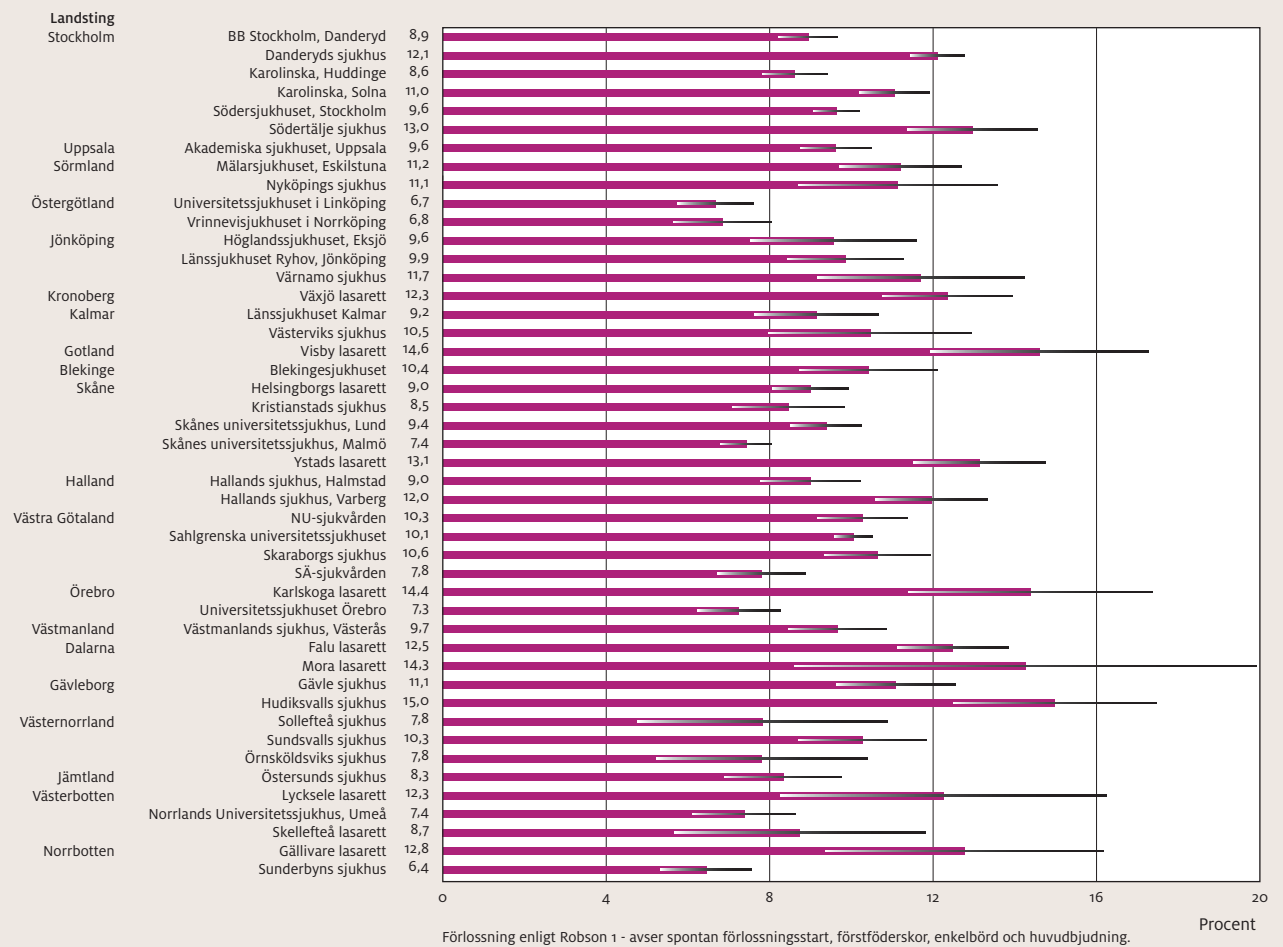
När man ska jämföra kejsarsnittsfrekvens mellan sjukhus så bör man veta att äldre kvinnor, kvinnor som är kortare än det svenska genomsnittet, rökande kvinnor, och kvinnor med högt BMI förhållandevis ofta brukar förlösas med kejsarsnitt. Det innebär att ett sjukhus upptagningsområde eller population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

DIAGRAM 55 – KVINNOR: Andel kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet, 2008–2012. Avser förstföderskor, enkelbörd och huvudbjudning. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 55 – SJUKHUS: Andel kejsarsnitt vid fullgången (≥ 37 veckor) graviditet, 2008–2012. Avser förstföderskor, enkelbörd och huvudbjudning. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen.

56 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID FÖRLOSSNING

Under 2013 rapporterade 30 sjukhus i 15 landsting kostnadsdata om förlossningar till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL.

Indikatorn visar kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG (DiagnosRelaterade Grupper) 370-373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt.

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

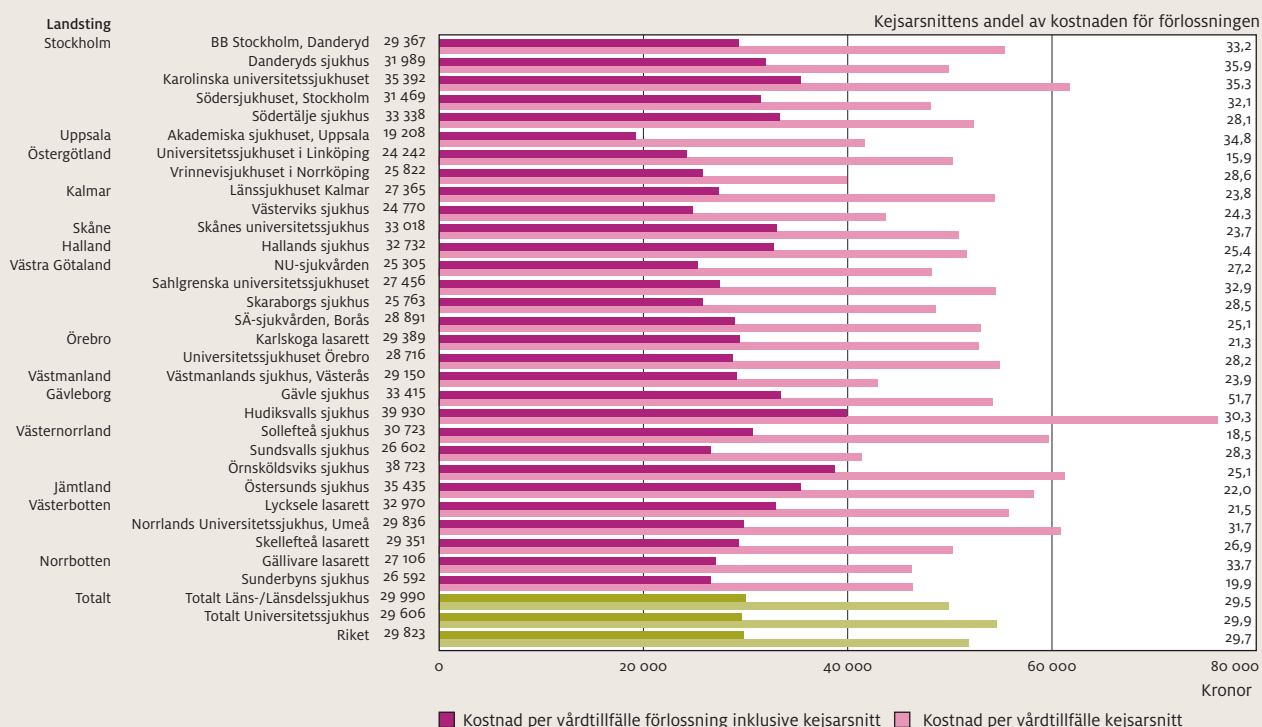
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Kostnader för totalt 85 975 förlossningar rapporterades till KPP-databasen 2013. Antalet förlossningar per sjukhus varierar stort. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2013 till 29 823 kronor. Det finns en variation mellan sjukhusen från drygt 19 000 kronor till knappt 40 000 kronor.

Kostnadsskillnaderna kan inte enbart förklaras av medelvårdtiden, som ligger på 2-3 dagar för alla sjukhusen. En faktor som påverkar kostnaderna är andelen kejsarsnitt. Kejsarsnitt utförs på operationssal och är bland annat därför mer resurskrävande. Knappt en tredjedel av samtliga förlossningar utgjordes av kejsarsnitt, som kostade i genomsnitt knappt 52 000 kronor, medan de vaginala förlossningarna kostade drygt 22 000 kronor, det vill säga knappt hälften av kostnaden för kejsarsnitt.

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

DIAGRAM 56 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning, 2013. Avser både vaginal förlossning och kejsarsnitt.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Kvinnosjukvård

Här visas 15 indikatorer, som alla speglar vanliga sjukdomstillstånd i kvinnosjukvård och operationer vid dessa: Borttagande av livmoder, framfallsoperation och operation vid urininkontinens. Två av indikatorerna baseras på patientregistret vid Socialstyrelsen. Den ena avser oönskade händelser, komplikationer som leder till återinläggning efter borttagande av livmoder, medan den andra speglar resursanvändning och visar andelen framfallsoperationer som utförs som dagkirurgi. Ytterligare en indikator illustrerar resursanvändning och visar kostnaden per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder. Även två indikatorer som speglar tillgänglighet visas, avseende besök på mottagning och operation för framfall.

Övriga tio indikatorer speglar främst patientens erfarenheter av behandlingen eller i vilken mån mer skonsam, mininvasiv, operationsmetod används. De är hämtade från det nationella registret för gynekologisk kirurgi (Gynop) samt från Gyn-Kvalitetsregistret (GKR). Mått som avser patienterfarenheter rör dels komplikationer och oväntade besvär efter operationen, dels hur nöjda kvinnorna är eller i vilken grad operationen ledde till frihet från sjukdomssymtom. Patienternas uppfattning har inhämtats via enkät som skickats till patienterna två månader respektive ett år efter operationen. Två ytterligare indikatorer speglar svarsfrekvens samt i vilken mån enkätsvar läkarbedömts.

Nationella kvalitetsregistret inom Gynekologisk kirurgi (Gynop) med sex självständiga delregister samlar data från 46 kliniker. Gyn-Kvalitetsregistret (GKR) avser kliniker i Stockholm, Karlstad och Visby. Gynop-registret importerar data från GKR och databasen täcker då alla utom tre kliniker i landet.

Inklusionen av patienter i registret sker av operationsplanerare och av läkare vid akut kirurgi. Studier av klinikers rapportering visar att över 90 procent av de planerade operationerna rapporteras. Bristande registrering beror på organisatoriska förhållanden, och har inte medicinska orsaker (ingen medveten selektion). Den akuta kirurgin har större bortfall. En täckningsgradsjämförelse med patient-

registret avseende urininkontinensoperationer 2012 visade att Gynop-registret hade en täckningsgrad för dessa på 87 procent. Data från GKR är konverterade till GynOp och eftersom registrens variabler inte är helt identiska, måste direkta jämförelser mellan kliniker som deltar i skilda registreringar göras försiktigt.

57 SVARSFREKVENNS FÖR PATIENTENKÄT

Kvalitetsuppföljning av de gynekologiska operationer som ingår i Gynop-registret är starkt beroende av patientrapporterade resultat. Tillstånden är benigna/godartade och utfall som död eller svåra komplikationer är ovanliga. Återbesök efter operation vid benign åkomma har till största delen upphört inom gynekologin. Uppföljningen sker i huvudsak istället genom att kvinnorna erbjuds att besvara enkäter om den genomgångna operationen, efter två månader respektive ett år.

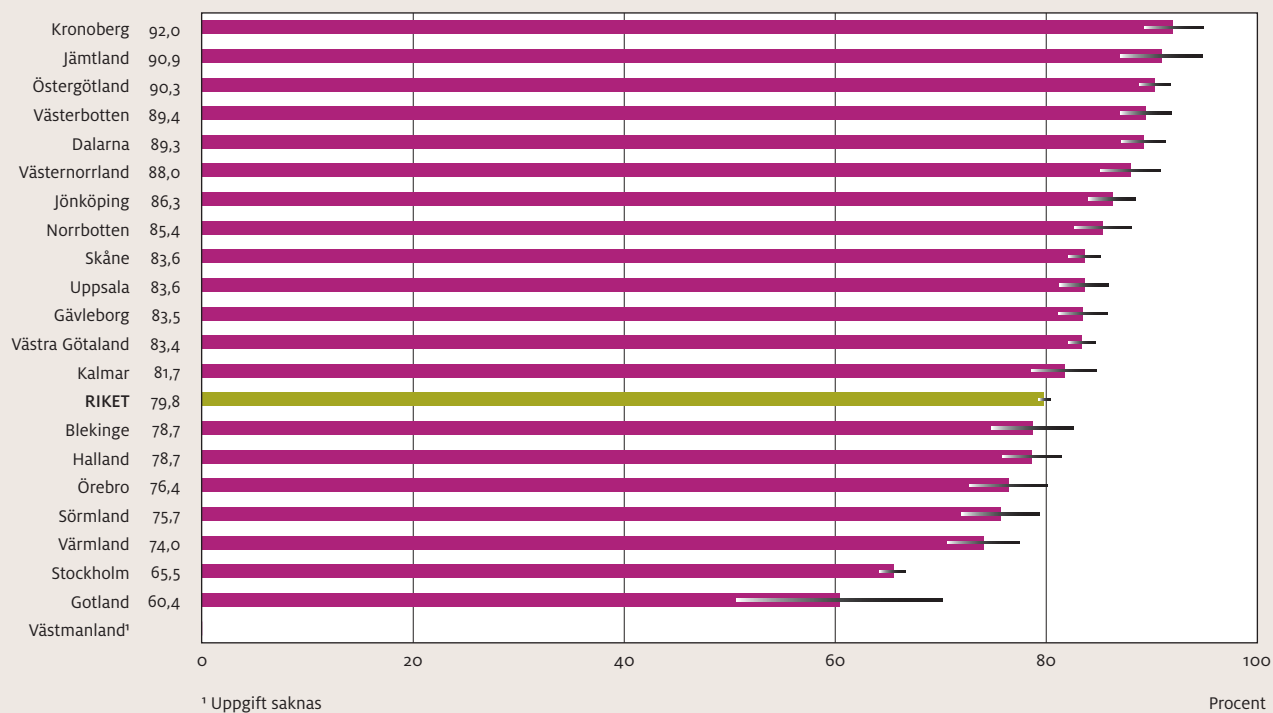
Erfarenheten visar att vid utskick och påminnelser med totalt tre enkätutskick nås svarsfrekvens på över 90 procent. Utan fullgoda rutiner för enkätutskick blir svarsfrekvensen lägre och uppföljningen bristfällig. Svarsfrekvensen är till stor del beroende på klinikens rutiner för enkätutskick.

Indikatorn visar i vilken omfattning patienterna besvarar utskickade patientenkäter, svarsfrekvensen, för alla de operationer som ingår i Gynop-registret. Indikatorn avser enkäten efter två månader. Även om ett enkätsvar är inkommet, kan det finnas enskilda uppgifter i svaret som saknas. Detta så kallade interna bortfall redovisas inte här.

I riket var andelen besvarade enkäter efter två månader knappt 80 procent, med en variation mellan landsting från drygt 60 till 92 procent. Jämförelsen baseras på närmare 22 200 utsända enkäter, där totalt i riket 4 600 inte besvarades.

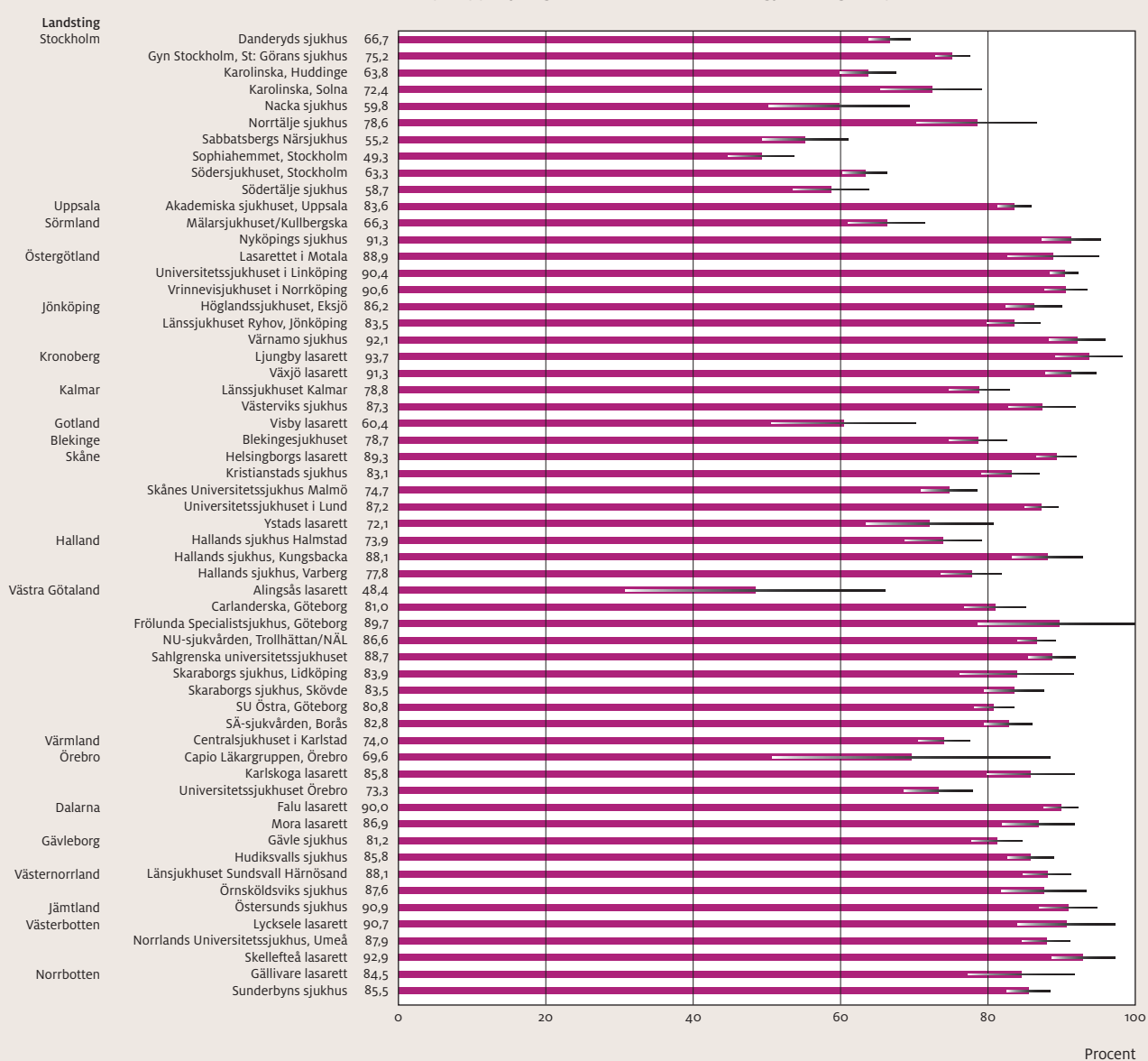
Eftersom samtliga kliniker/landsting som rapporterar via Gyn-Kvalitetsregistret (Stockholm, Karlstad och Visby) ligger signifikant under önskade värden är det troligt att en del av bortfallet betingas av strukturella problem med datainsamlingen inom detta register.

DIAGRAM 57 – KVINNOR: Andel kvinnor som svarade på uppföljningsenkät två månader efter gynekologisk operation, 2013.



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

DIAGRAM 57 – SJUKHUS: Andel kvinnor som svarade på uppföljningsenkät två månader efter gynekologisk operation, 2013.



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

58 KLINIKBEDÖMNING AV PATIENTENS ENKÄTSVAR

Två månader efter operationen besvarar patienterna en enkät avseende det postoperativa förloppet, om kvarvarande besvär och om de önskar en kontakt med behandlande klinik, om de inte haft det efter operationen. Enkäten skickas med E-mail om sådan finns, annars med post. Funktion med utskick via "Mina vårdkontakter" är snart i funktion. Enkäten skickas från opererande klinik i operationens namn.

En förutsättning för att hänsyn skall kunna tas till patientens önskemål och/eller komplikationer där förnyad kontakt behövs, är att man gör en bedömning av enkätsvaret på kliniken. De flesta kliniker har rutinen att läkarsekreterarna gör denna bedömning vid enkätregistreringen, förutsatt att patienten inte önskar kontakt och inte markerat komplikation.

Bland de registrerade men inte bedömda enkätsvaren finns en klar överrepresentation av patienter som önskat kontakt alternativt uppgivit komplikation, vilket tyder på att enkätbedömningen lämnats vidare, men inte åtgärdats. Detta problem har diskuterats i möte med samtliga landets verksamhetschefer och det finns en enighet om att enkätsvaren skall bedömas.

Indikatorn visar andelen enkätsvar vid två-månadersuppföljning efter operation som registrerats som bedömda av kliniken. I riket uppgår andelen bedömda svar till närmare 90 procent, med en variation mellan landsting från 79 till 98 procent. Jämförelsen baseras på 17 597 enkätsvar, varav i riket 1251 inte bedömts av kliniken.

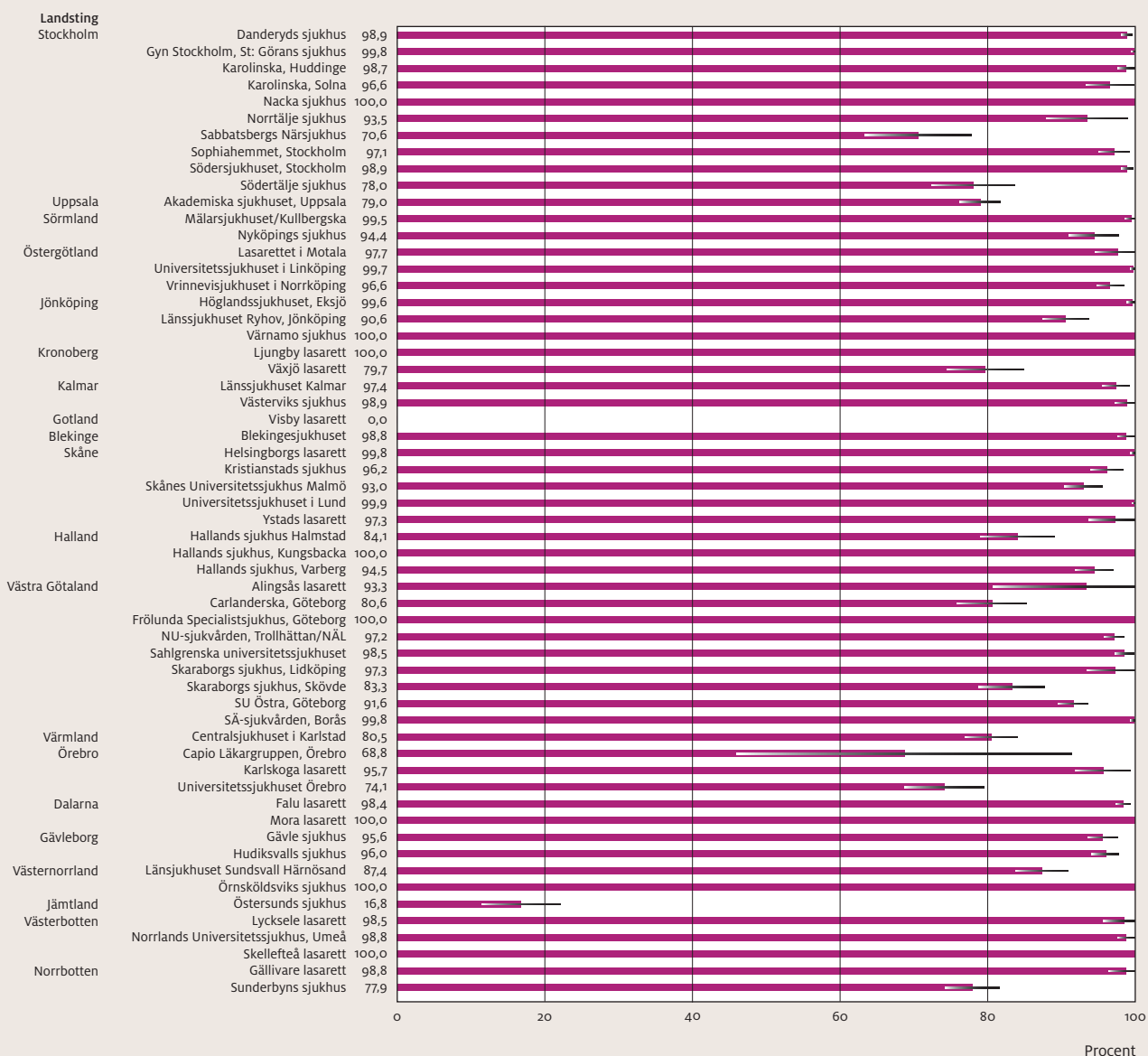
Inom Gynop-registret har målet satts att 97 procent av enkätsvaren skall bedömas. Sju av landstingen och 30 av 62 kliniker har en registrerad bedömning som överstiger 97 procent. Det finns sannolikt även en underskattning i det redovisade värdet: Enkätsvaret kan ha bedömts utan att bedömningen registrerats.

DIAGRAM 58 – KVINNOR: Andel kvinnor vars enkätsvar efter gynekologisk operation bedömts av kliniken, 2013. Avser enkät efter 2 månader.



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

DIAGRAM 58 – SJUKHUS: Andel kvinnor vars enkätsvar efter gynekologisk operation bedömts av kliniken, 2013.
Avser enkät efter 2 månader.



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

59 OÖNSKADE HÄNDELSE EFTER BORTTAGANDE AV LIVMODER

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

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

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

postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen eller svårighet att tömma urinblåsan.

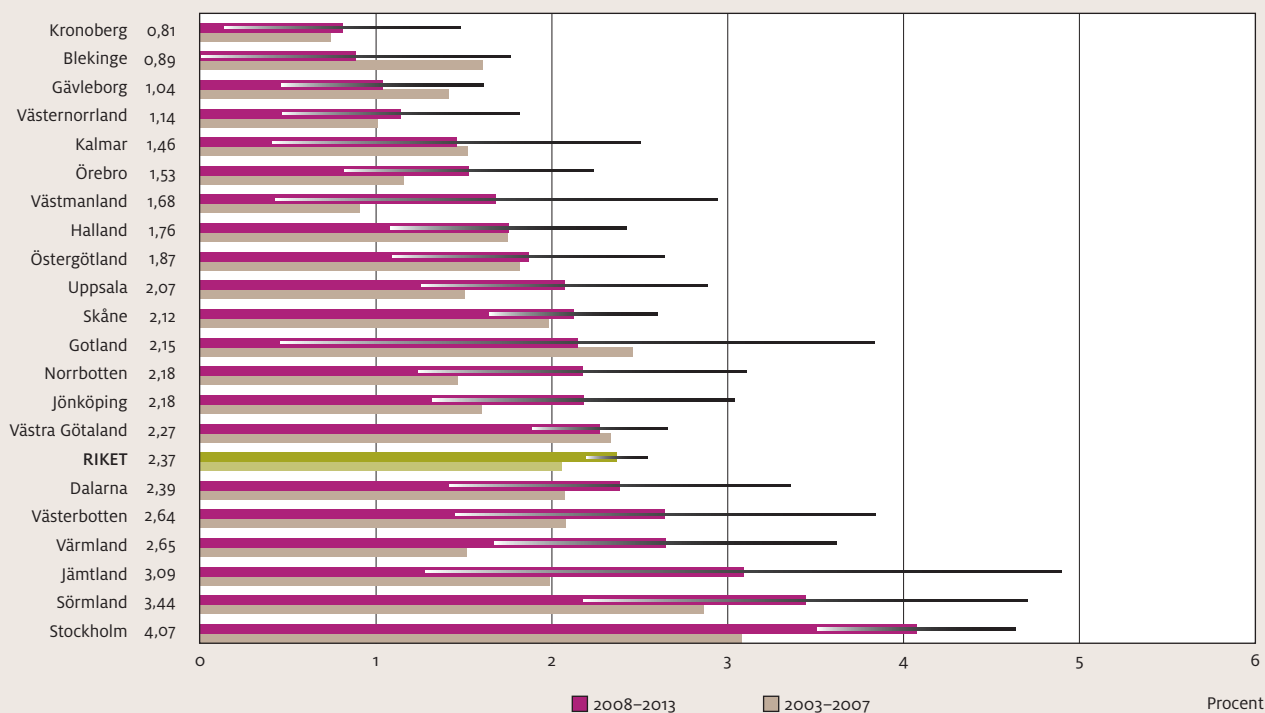
I riket återinskrivs 2,4 procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation. Andelen varierade från knappt 1 till 4 procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Den helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för mer än 80 procent av återinskrivningarna.

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

Indikatorn formulerades och användes först i Kanada, Canadian Institute of Health Information. Man har där funnit återinskrivningar till sjukhusvård på mellan 1,0 och 1,2 procent. De svenska resultaten förefaller ligga på en något högre nivå.

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

DIAGRAM 59 – KVINNOR: Önska händelser efter borttagande av livmoder, 2008–2013. Avser kvinnor 15–84 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

60 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER BORTTAGANDE AV LIVMODER

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

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

Bortsett från vid cancer består utvärderingen efter hysterektomi i huvudsak av att följa upp förekomsten av komplikationer. Patienterna är i stort sett friska, fränsett de livskvalitetssänkande besvär eller symtom de söker lindring för. Allvarliga komplikationer, som kräver återinläggning, reoperation och sjukskrivning längre än 4 veckor, är också sällsynta och drabbar endast några få procent av patienterna.

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

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppgav att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär, eller att de haft lindrigare besvär, men som inte krävt vårdkontakt. Jämförelsen baseras på knappt 3 900 kvinnor som svarade på denna enkätfråga, i den enkät som sändes ut två månader efter operationen. Redovisningen

DIAGRAM 60 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder, 2013.



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

per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte på patientens hemort.

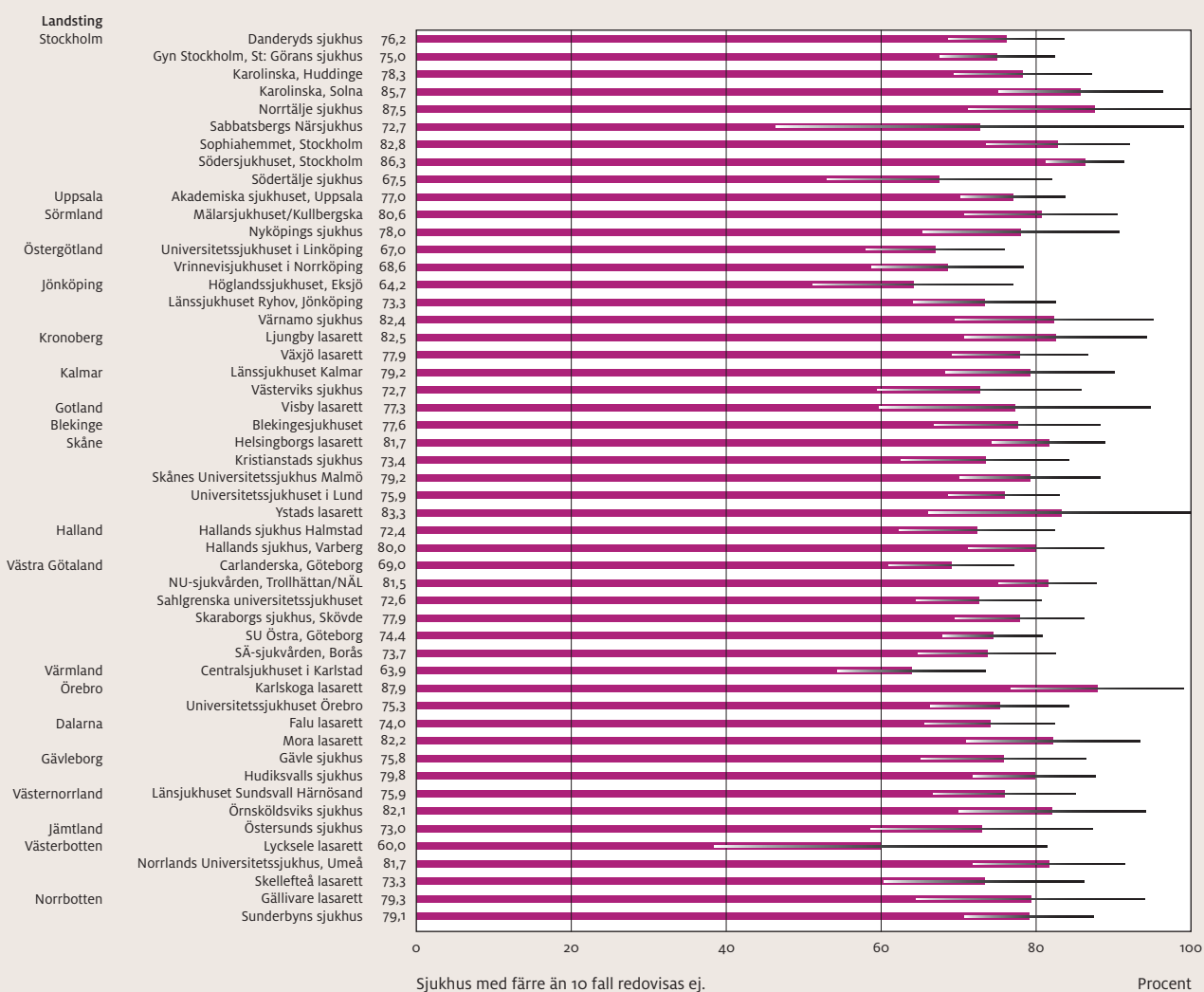
I riket var 2013 över 75 procent av kvinnorna komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operationer, med en spridning mellan landstingen från drygt 60 till 80 procent.

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

kationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier.

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

DIAGRAM 60 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter borttagande av livmoder, 2013.



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

61 BORTTAGANDE AV LIVMODER MED MINIMALINVASIV TEKNIK

I början av 1990-talet opererades de flesta livmödrar bort via ett större buksnitt, om det inte samtidigt förelåg ett framfall. Nu används istället oftare mindre invasiva metoder. Framför allt har den vaginala metoden etablerats, men även titthålskirurgi (laparoskopi) används idag allt mer. Undvikandet av ett stort buksnitt medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion (Activities of Daily Living).

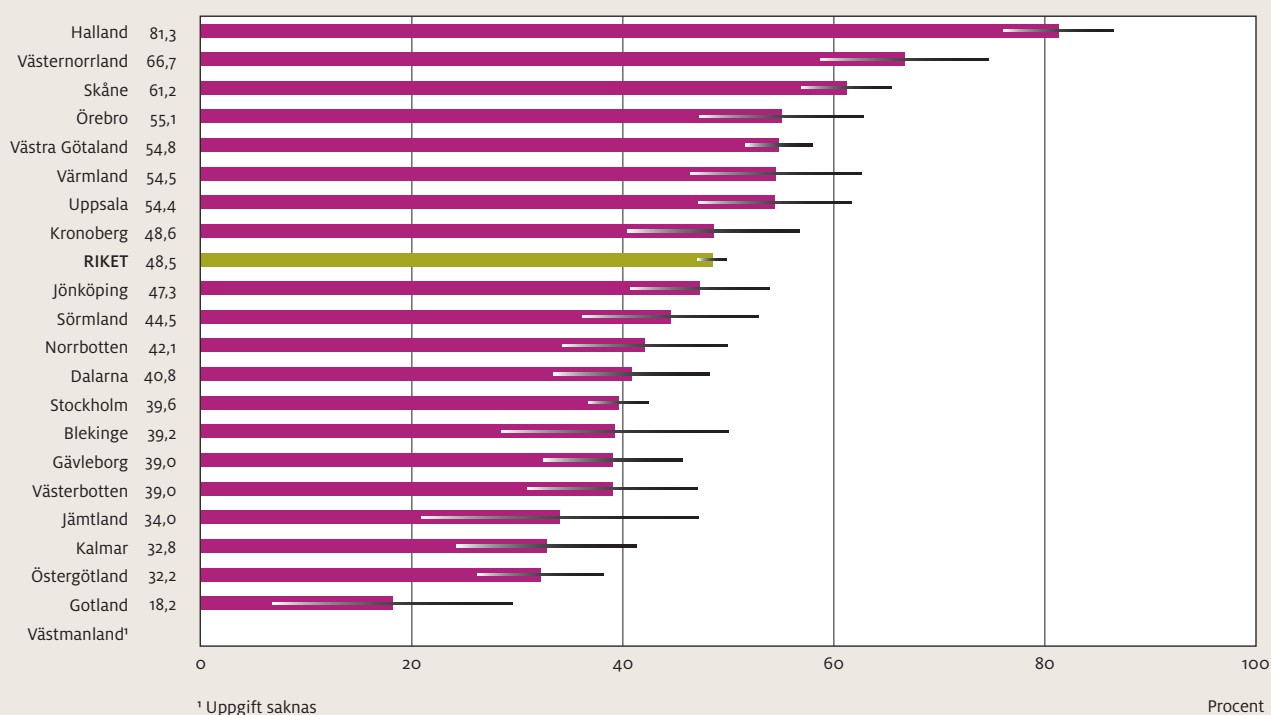
De flesta hysterektomier utfördes under år 2013 via öppen bukkirurgi, detta trots att en Cochrane-rapport visat att då livmodern bedöms väga under 300 gr borde operationen kunna utföras med minimalinvasiv kirurgi, det vill

säga vaginalt eller laparoskopiskt. Följdes den rekommendationen skulle minst hälften av hysterektomierna utföras med minimalinvasiv teknik. Det finns därför goda möjligheter för många kliniker att minska operationstraumat, en förbättring som direkt kommer patienterna till godo. En ny indikator har därför skapats.

Indikatorn visar andelen av samtliga hysterektomier som utförs med minimalinvasiv kirurgi. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte på patientens hemort.

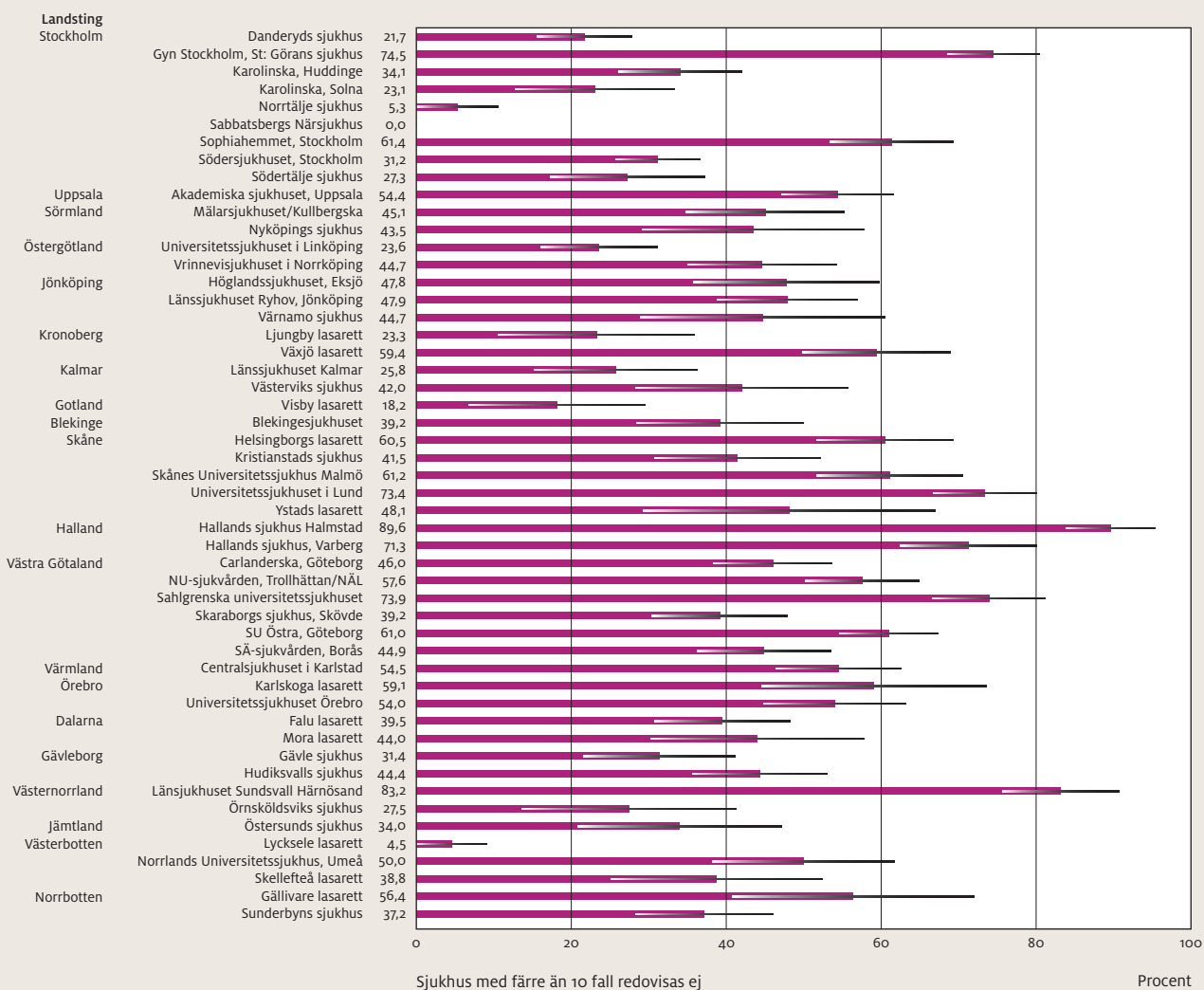
I riket uppgår andelen andelen minimalinvasiva operationer till knappt 50 procent, med en variation mellan landsting från knappt 20 till drygt 80 procent. Mellan kliniker varierar andelen från 5 till 90 procent. Jämförelsen baseras på drygt 5 100 registrerade operationer.

DIAGRAM 61 – KVINNOR: Andel hysterektomier (borttagande av livmoder) som utförs med miniinvasiv teknik, 2013. Avser titthålskirurgi och vaginal operation.



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

DIAGRAM 61 – SJUKHUS: Andel hysterektomier (borttagande av livmoder) som utförs med miniinvasiv teknik, 2013. Avser titthålskirurgi och vaginal operation.



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

62 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER FRAMFALLS-OPERATION

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

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket anger drygt 81 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. Det finns vissa skillnader mellan landsting, med en spridning från 76

till 86 procent. Variationen mellan olika kliniker är något större, men bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen. Jämförelsen baseras på 5 032 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkätfrågan två månader efter operationen.

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

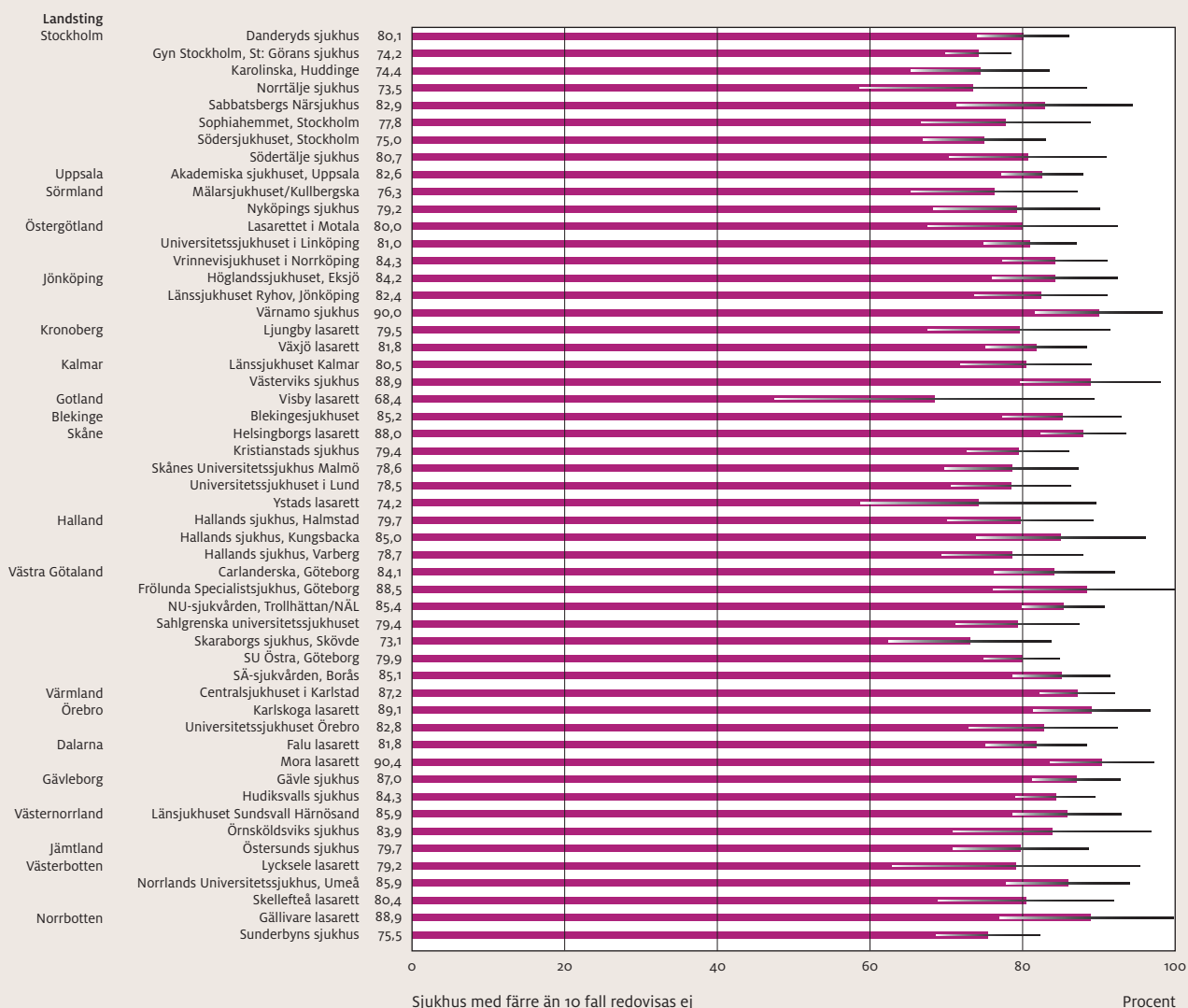
Troligen spelar även information om det normala postoperativa förloppet stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och därmed för hur man svarar på enkätfrågan.

DIAGRAM 62 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 2013.



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

DIAGRAM 62 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 2013.



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

63 PATIENTRAPPORTERAD FRAMFALLSSYMTOM EFTER OPERATION

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

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att man aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom. Jämförelsen baseras på 4 377 kvinnor som svarade på enkätens fråga. I riket var andelen som aldrig eller nästan hade framfallssymtom cirka 77 procent, med en variation mellan landsting från 66 till 88 procent.

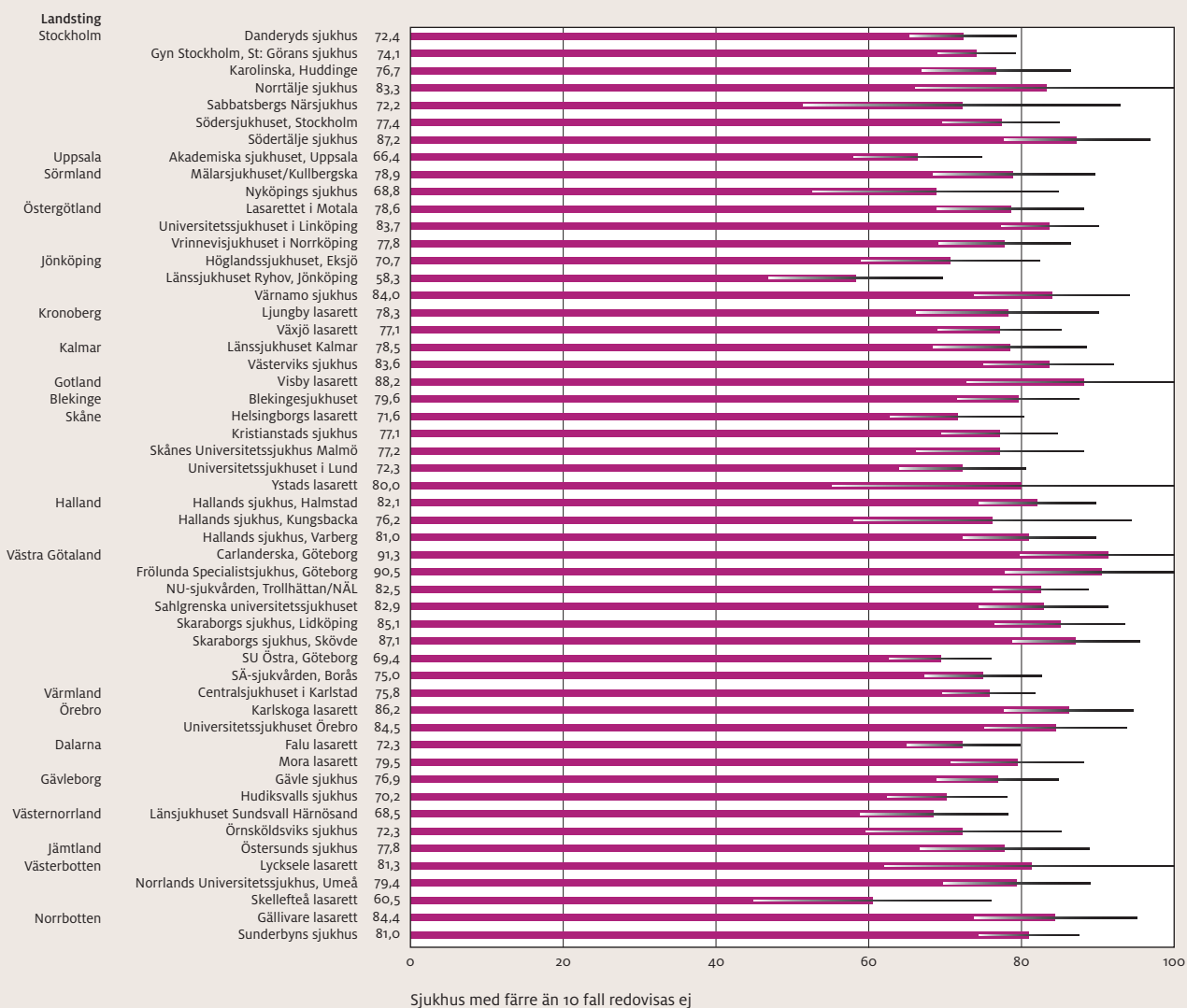
Rättvisande jämförelser på framförallt klinisk nivå förutsätter att hänsyn tas till varierande casemix.

DIAGRAM 63 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 2013. Mätperioden avser tid för uppföljning.



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

DIAGRAM 63 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen, 2013. Mätperioden avser tid för uppföljning.



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

64 DAGKIRURGISKA OPERATIONER VID LIVMODERFRAMFALL

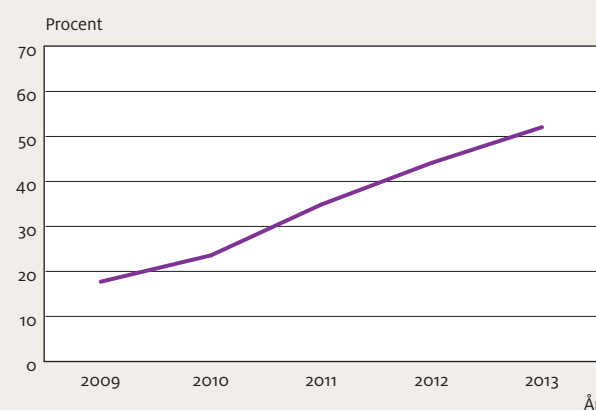
År 2013 opererades enligt patientregistret vid Socialstyrelsen cirka 7 100 kvinnor för livmoderframfall. Operationen kan göras som dagkirurgi om man har möjlighet till postoperativ övervakning tillräckligt antal timmar och om det finns tillgång till slutenvårdsresurser, som kan tas i anspråk vid behov. Diagnosen prolaps (framfall) är bred och kan avse helt olika svårighetsgrader. Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp.

Indikatoren visar hur stor andel av framfallsoperationerna som utfördes som dagkirurgi. Måttet är inte primärt ett kvalitetsmått, utan en spegling av skillnader i medicinsk praxis, som har påverkan på resursanvändningen. Landstingens resultat baseras på kvinnornas hemort, oavsett vid vilken klinik operationen utförts. Det finns ingen orsak att tro att kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting. Jämförelser mellan sjukhus kan dock inte tolkas utan kunskap om arbetsfördelning mellan sjukhus.

2013 utfördes i riket närmare 3 700 eller 52 procent av framfallsoperationerna som dagkirurgi. Variationen mellan landsting är som för tidigare år stor, och sträcker sig från 29 till 82 procent, om man bortser från ett landsting med påtagligt låg andel. I riket har andelen påtagligt ökat sedan 2009.

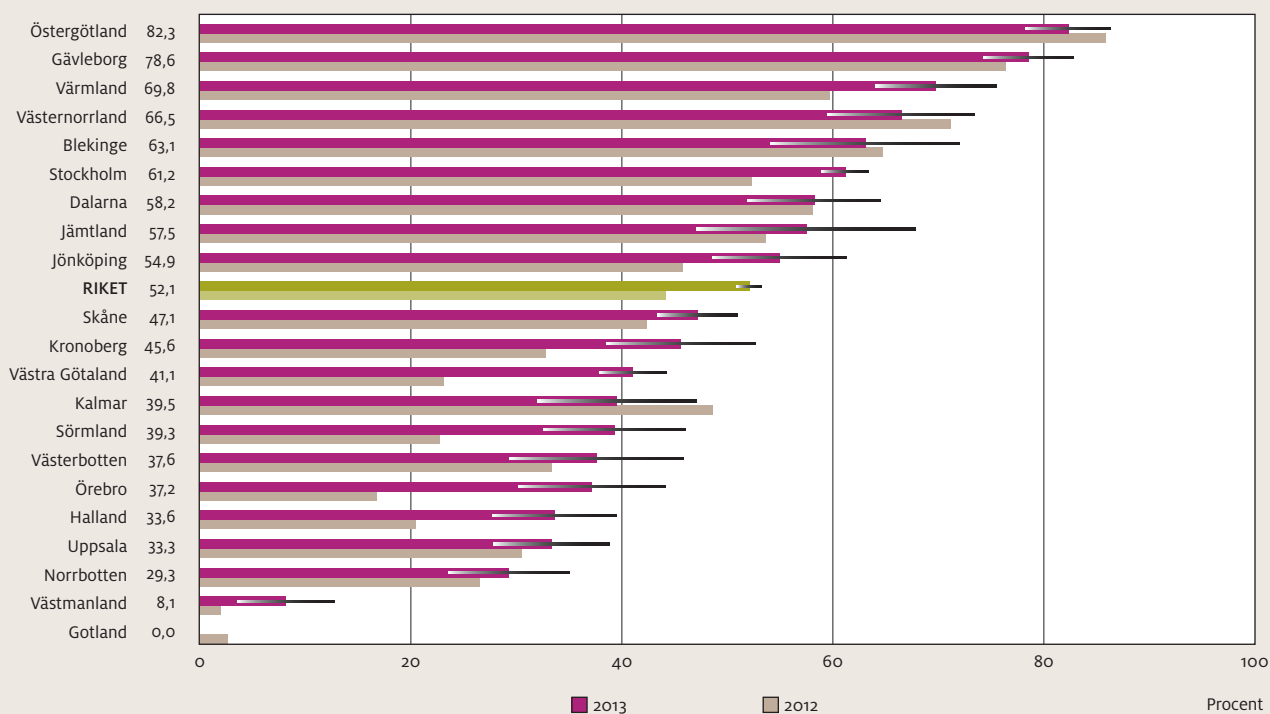
Olikartade svårighetsgrader, patientens ålder och allmäntillstånd är alla faktorer som kan påverka vårdtidens längd och hur stor andel av operationerna som sker utan inskrivning i slutenvård, således i dagkirurgi. Men att det även finns andra aspekter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade,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

DIAGRAM 64 – RIKET: Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi.



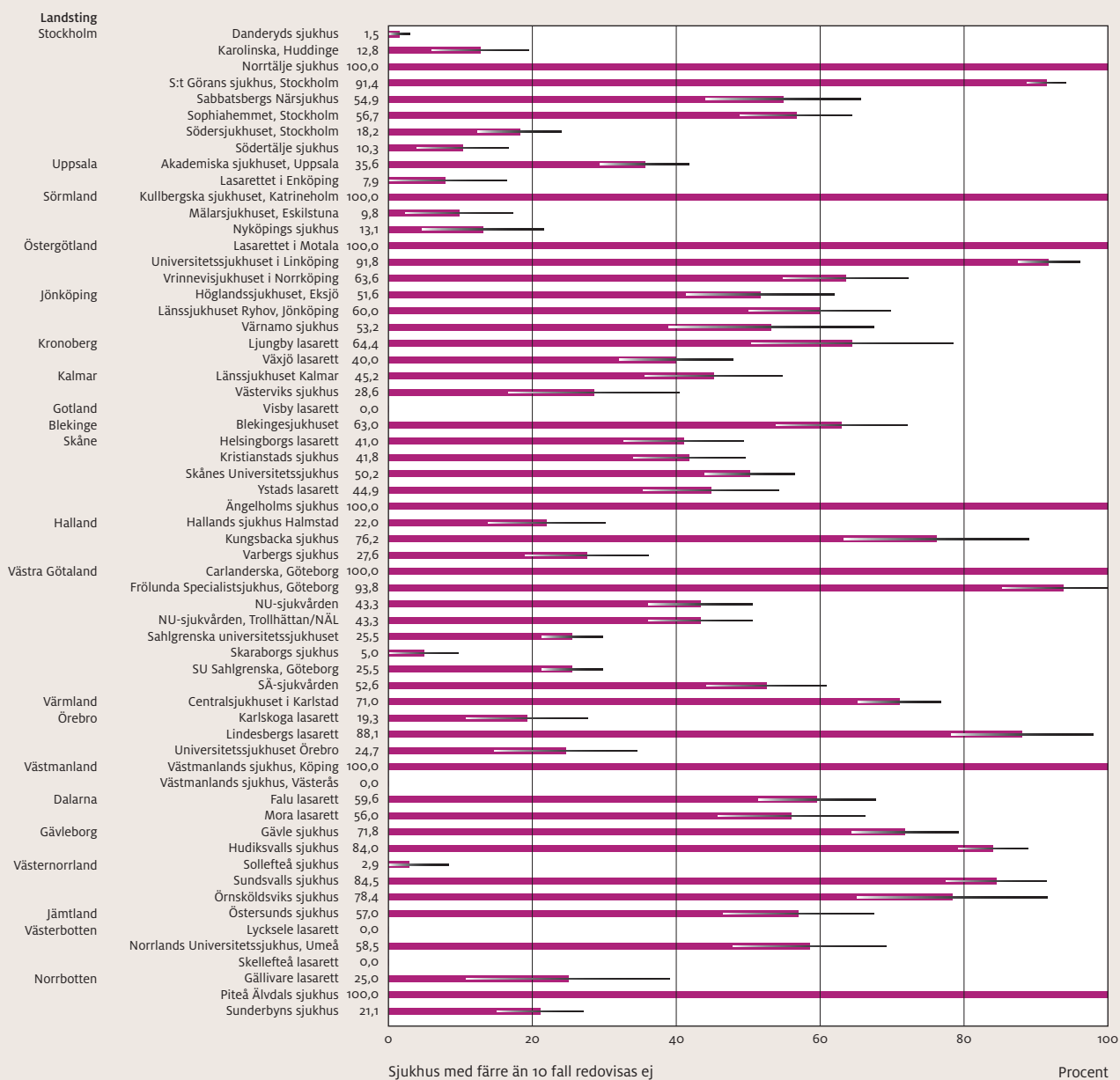
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 64 – KVINNOR: Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 64 – SJUKHUS: Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

65 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER INKONTINENS-OPERATION

Över 3 500 svenska kvinnor opereras varje år för urininkontinens. Tidigare opererades nästan alla inkontinenta kvinnor med metoder som innebar buksnitt, öppen kirurgi. Vid 1990-talets början påbörjades en utveckling, som innebar ökad användning av minimalinvasiva metoder som nu till största utsträckning är dagkirurgiska ingrepp. Inkontinensregistret har en viktig roll för att utvärdera olika operationstyper och nya slyngor som marknadsförs. Detsamma gäller analyser för att identifiera högriskpatienter och lämpliga preoperativa utredningar

Syftet med operation är att göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngningsinkontinens, men har även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage, så kallad blandinkontinens.

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

jämförelser mellan kliniker skall vara rättvisande. I avsikt att korrigera för denna case-mix har begreppet standardpatient införts i registrets årsrapport. I Öppna jämförelser ingår däremot samtliga patienter.

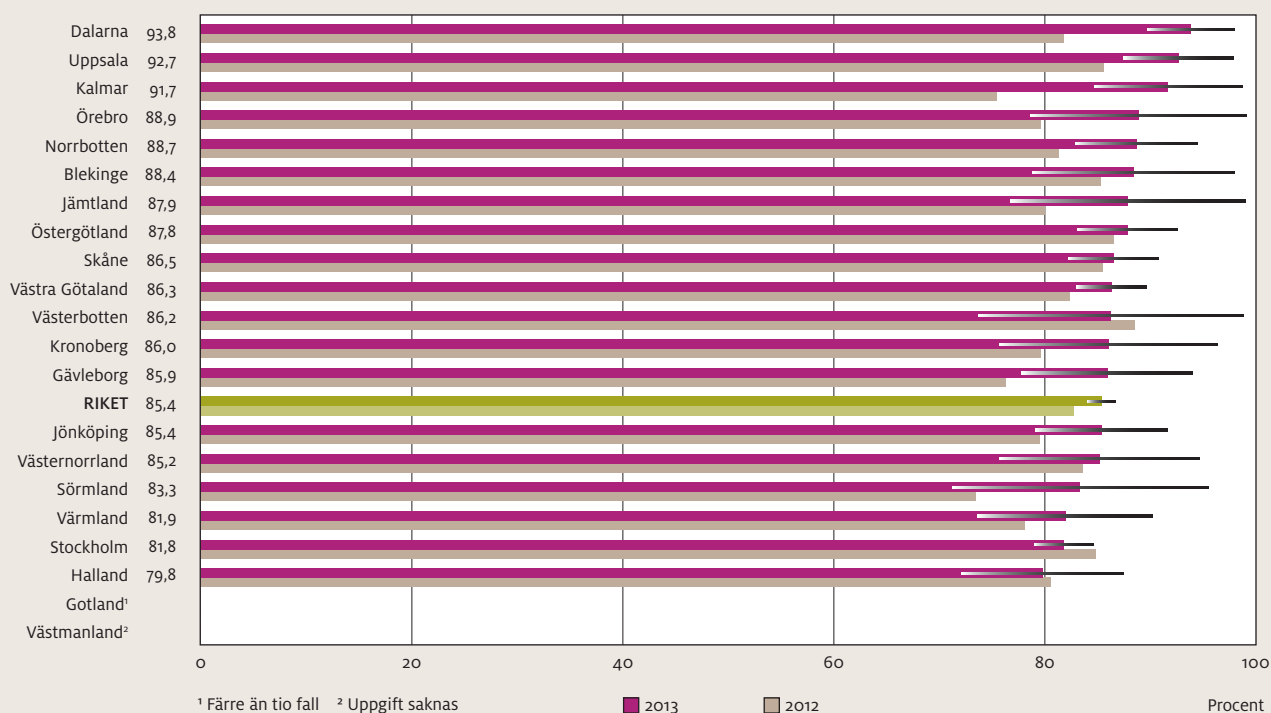
Indikatorn visar andelen patienter som i en enkät två månader efter operationen anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök. Jämförelsen baseras på 2 647 opererade patienter som besvarade denna fråga i patientenkäten. Svarsfrekvensen för denna fråga i enkäten är i riket 78 procent.

Andelen patienter som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär är i riket drygt 85 procent, med en variation mellan landstingen från 80 till närmare 94 procent, vilket motsvarar de senaste årens variation.

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

Troligen spelar information om det normala förloppet efter operationen stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom. Hänsyn till så kallad case mix, patienternas olika förutsättningar, måste tas för att jämförelser mellan kliniker ska vara rättvisande.

DIAGRAM 65 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för urininkontinens, 2013.



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

DIAGRAM 65 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter operation för urininkontinens, 2013.



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

66 PATIENTRAPPORTERAD KONTINENS EFTER INKONTINENSOPERATION

Syftet med operation är göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngningsinkontinens, men har även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage.

Hög ålder (> 75 år), tidigare inkontinens- eller framfallsoperationer och fetma (BMI > 35) och förekomst av trängningsläckage försämrar behandlingsresultaten. Mer än 80 procent av de opererade har minst en sådan riskfaktor och andelen medel- och högriskpatienter kan variera avsevärt mellan olika kliniker. Hänsyn till detta måste tas, för att jämförelser mellan kliniker skall vara rättvisande. I den senaste årsrapporten för inkontinensregistret har begreppet "standardpatient" införts, i vilket 80 procent av patienterna utan de största riskfaktorerna omfattas.

Indikatorn visar andelen patienter som anger att de är kontinenta ett år efter operation för urininkontinens.

Gynop-registret ställer även frågan om patienterna är nöjda med operationen, men indikator här speglar patientens bedömning av operationens resultat.

I riket är andelen kvinnor som uppger att de är kontinenta efter ett år drygt 68 procent, medan motsvarande siffra för "standardpatienter" är 75 procent. Det är stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 57 till 81 procent. Jämförelsen baseras på 2 525 patienter som svarade på enkätfrågan.

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

Jämförelser både mellan landsting och mellan kliniker försvåras av att andelen högriskpatienter varierar. För de kliniker och landsting som har låg svarsfrekvens är resultaten mera osäkra.

DIAGRAM 66 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens, 2013. Mätperioden avser tid för uppföljning.

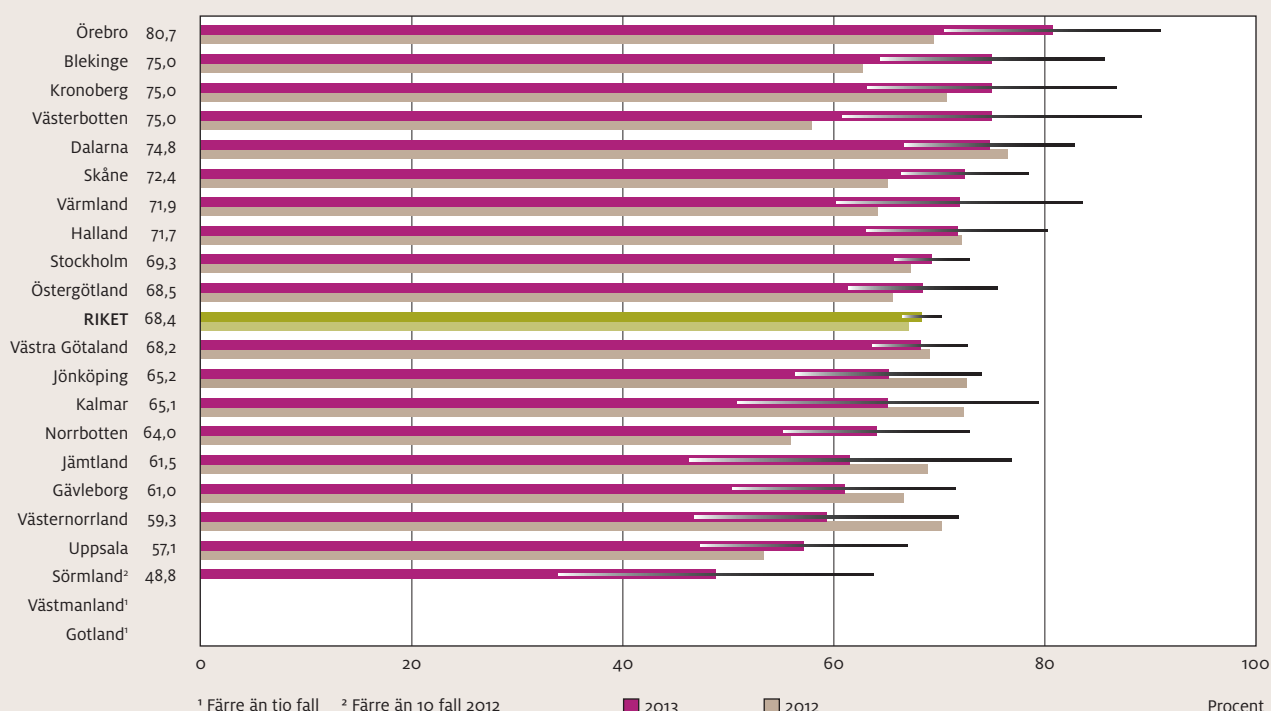
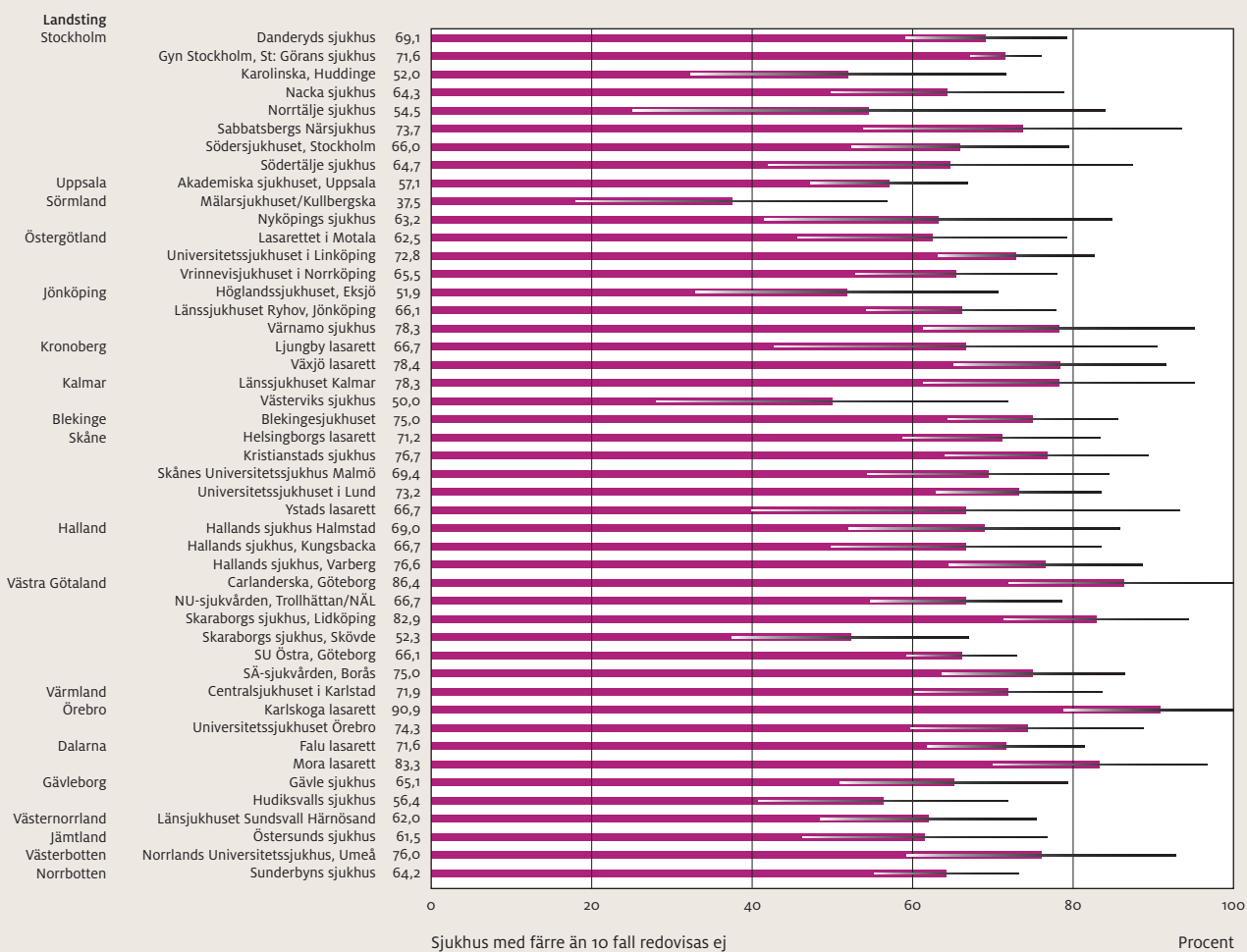


DIAGRAM 66 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens, 2013. Mätperioden avser tid för uppföljning.



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

67 PATIENTRAPPORTERADE KOMPLIKATIONER EFTER ADNEX-OPERATION

Adnexoperationer är operationer på äggstockar och äggledare.

Indikatorn visar andelen kvinnor som angett att de var komplikationsfria eller utan oväntade besvär efter adnexoperation, i enkätuppföljning två månader efter operationen. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket anger drygt 82 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. Det finns vissa

skillnader mellan landsting, med en spridning från 70 till 92 procent. Jämförelsen baseras på 2 791 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkätfrågan två månader efter operationen.

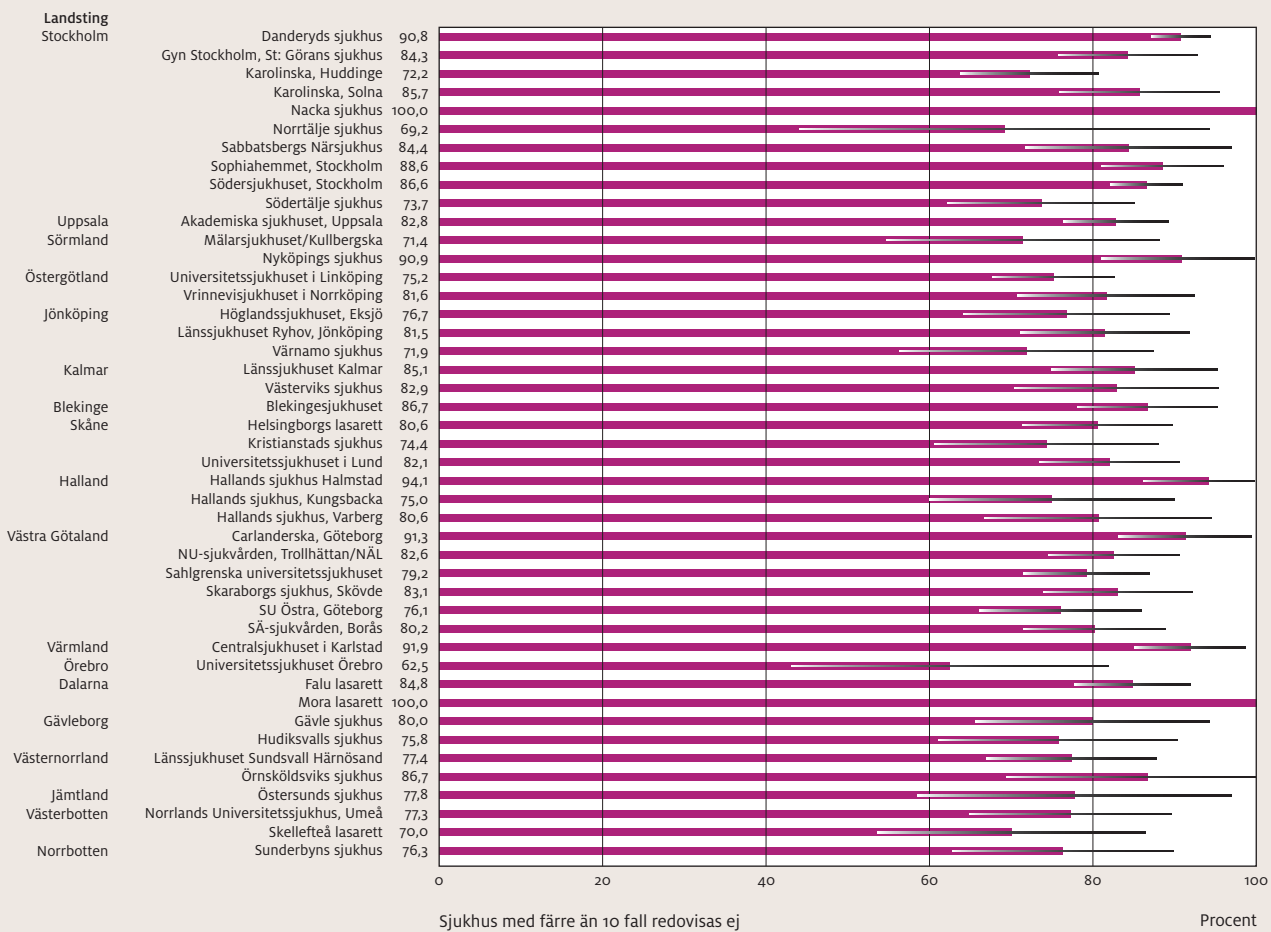
Variationen mellan landsting och framförallt mellan kliniker bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen, som till exempel andelen akut opererade kvinnor. Även svarsbortfallet kan spela roll för resultatet.

DIAGRAM 67 – KVINNOR: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter adnexoperation, 2013. Avser operation på äggledare eller äggstock.



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

DIAGRAM 67 – SJUKHUS: Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter adnexoperation, 2013. Avser operation på äggledare eller äggstock.



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

68 ADNEXOPERATION MED LAPAROSKOPISK TEKNIK

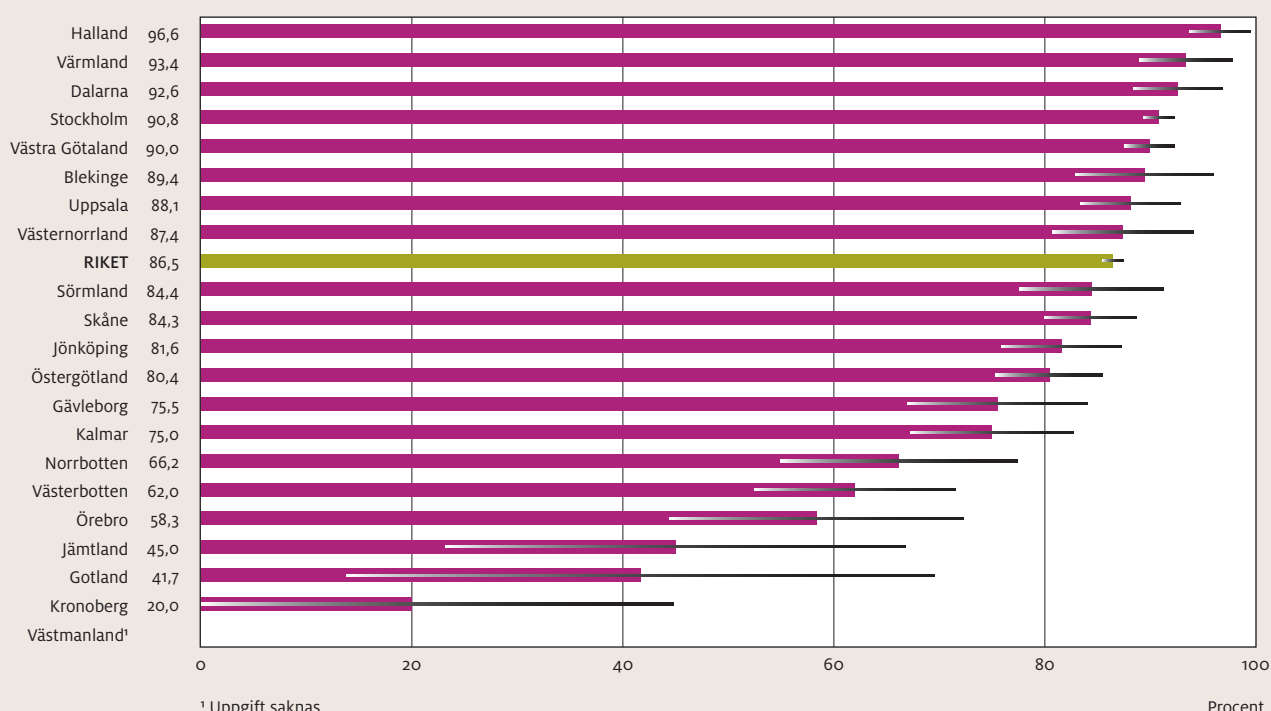
Adnexoperationer är operationer på äggstockar och äggledare. Laparoskopisk teknik är så kallad minimalinvasiv och orsakar ett mindre operationstrauma än öppen buk-kirurgi. Benign adnexkirurgi lämpar sig synnerligen väl för minimalinvasiv kirurgisk teknik och det finns väl dokumenterade fördelar för patienten med att få sitt ingrepp utfört med minimalinvasiv teknik. Framförallt kortare vårdtider och snabbare återhämtning med kortare sjukskrivningstider syns bland fördelarna, men det finns också vetenskapliga belägg att tekniken medför färre komplikationer. Det är därför eftersträfvansvärt med en hög andel minimalinvasiv kirurgi.

Indikatorn visar andelen operationer som påbörjats med laparoskopisk teknik, vid adnexoperationer utan samtidig livmoder-, inkontinens- eller prolapsoperation och där tillståndet före operationen bedömts vara benign.

I riket uppgick andelen laparoskopiska operationer till drygt 86 procent. Vissa landsting har påtagligt lägre andel och det är klara skillnader mellan kliniker. Jämförelsen baseras på närmare 4 200 operationer.

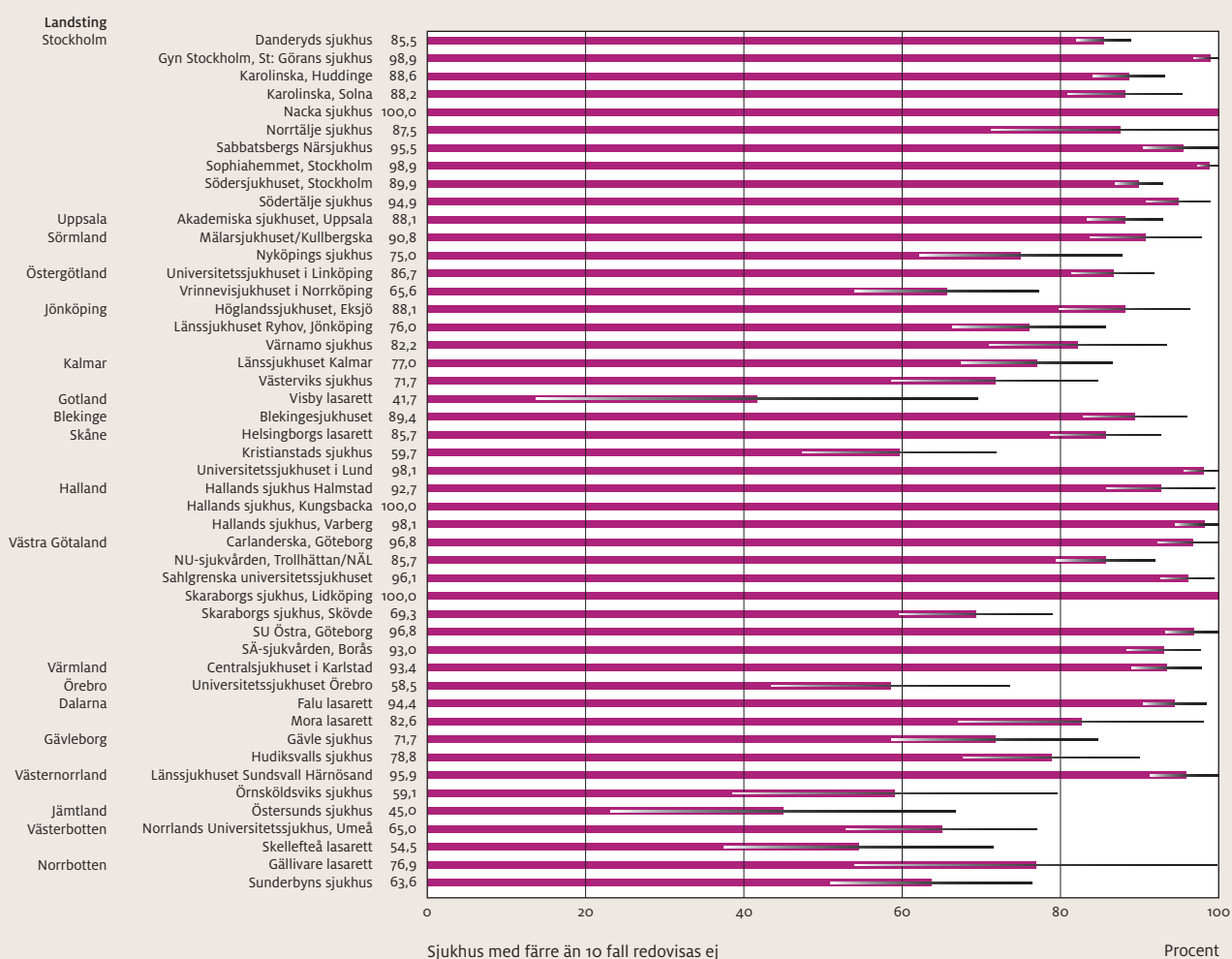
Uppgifterna är hämtade ur de båda kvalitetsregistren GynOp och GKR, vilket i riket som helhet ger en mycket god täckningsgrad. Skillnader finns dock mellan kliniker avseende hur väl alla patienter inkluderas. En relativt stor andel av adnexkirurgin är akut och det är stor skillnad mellan kliniker i vilken grad just denna kategori patienter inkluderas.

DIAGRAM 68 – KVINNOR: Andel adnexoperationer (operation på äggledare och äggstock) som påbörjats med laparoskopisk teknik, 2013.



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

DIAGRAM 68 – SJUKHUS: Andel adnexoperationer (operation på äggledare och äggstock) som påbörjats med laparoskopisk teknik, 2013.



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

69 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID BORTTAGANDE AV LIVMODER

Under 2013 rapporterades 3 611 vårdtillfällen till KPP-databasen med en åtgärdskod för hysterektomi, borttagande av livmoder.

I diagram 69 visas kostnaden per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi. Patientgruppen och operationen är densamma som den för vilken oönskade händelser.

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

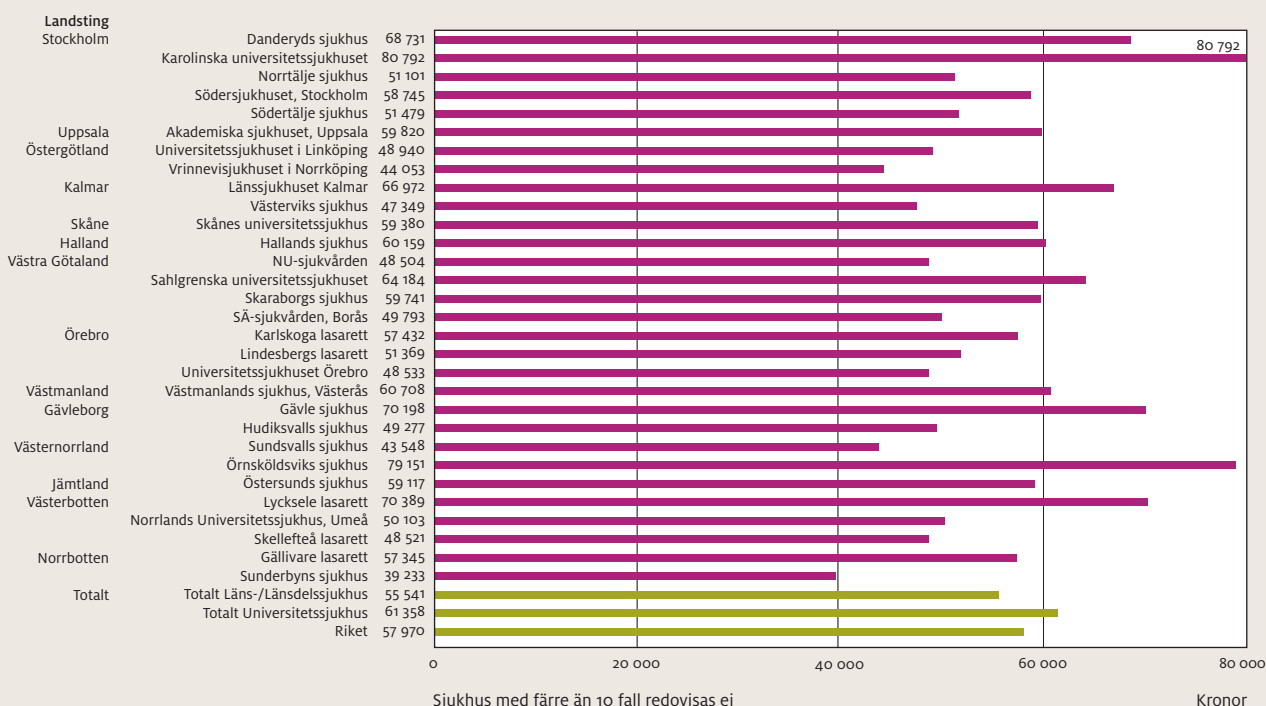
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kost-

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

KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2013 till 57 970 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, från drygt 39 000 kronor till drygt 80 000 kronor, för sjukhus med fler än 10 fall. Medelvårdtiden är 2,5 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker, utöver vårdtidens längd. De kan dels spegla tiden för själva operationen, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset. De kan också återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset. Kostnaden påverkas även av valet av teknik vid genomförandet av denna operation. Slutligen kan det även finnas redovisningsmässiga skillnader mellan sjukhusen.

DIAGRAM 69 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

70 BESÖK INOM 90 DAGAR – KVINNOSJUKVÅRD

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till kvinnosjukvård.

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

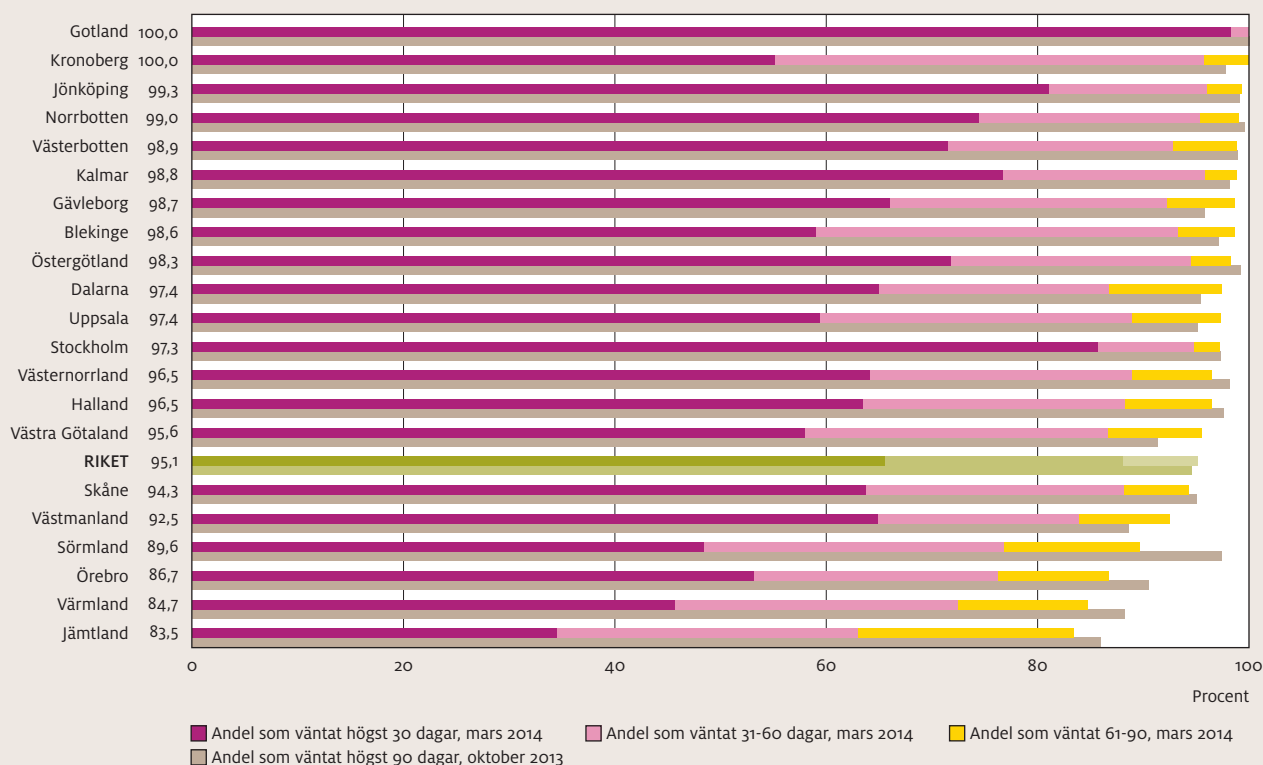
Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till besök på en kvinnoklinik uppgick till 17 867 kvinnor i mars 2014.

Diagram 70 visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 95 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2014. Detta är samma andel som i oktober 2013. Av de som väntat i högst 90 dagar har knappt två av tre väntat i högst 30 dagar och cirka 80 procent i högst 60 dagar.

I arton landsting har minst 90 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. Övriga landsting har en variation på 83 till 87 procent för andelen som väntat högst 90 dagar. I dessa landsting är det knappt hälften som väntat i högst 30 dagar.

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

DIAGRAM 70 – TOTALT: Andel kvinnor som väntat högst 90 dagar på besök i kvinnosjukvård, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

71 OPERATION ELLER BEHANDLING INOM 90 DAGAR FÖR FRAMFALL

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation/ behandling för framfall.

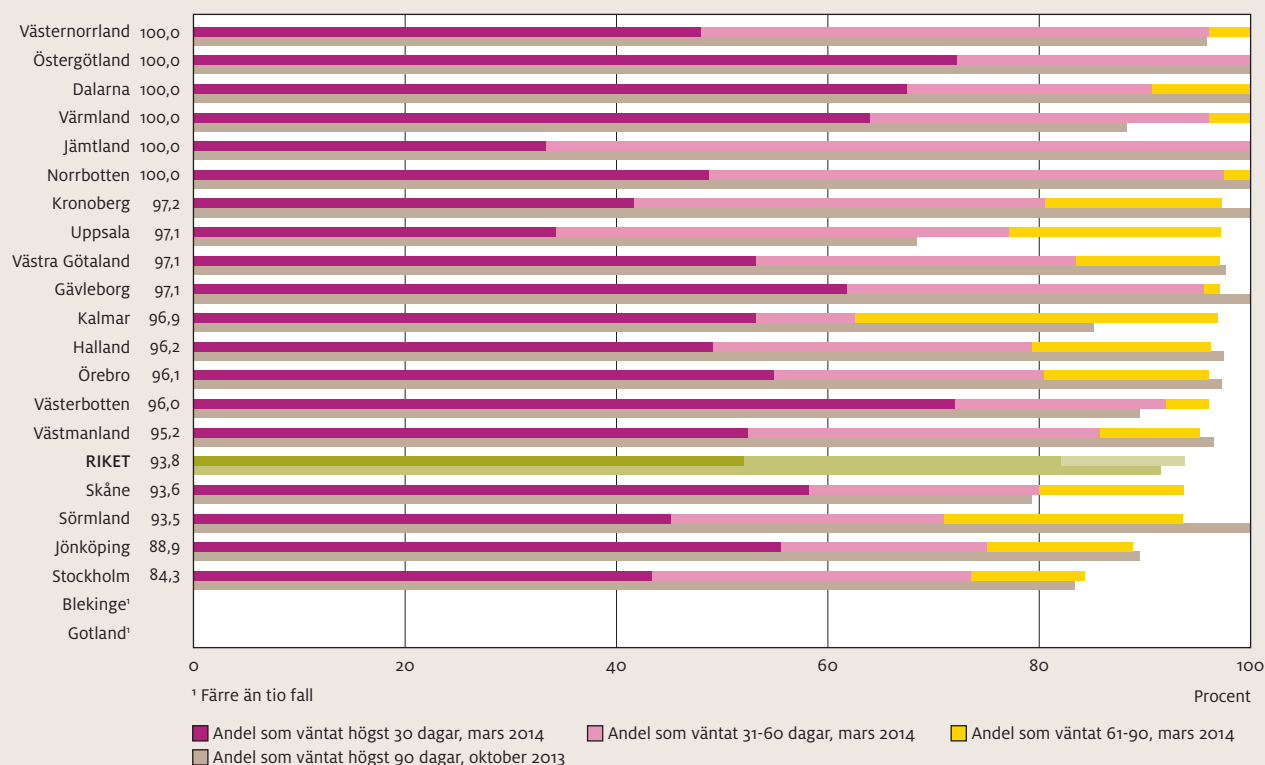
Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Totalt i riket är det endast 1 137 kvinnor som är uppsatta på vänte- eller planeringslista för operation/behandling av framfall.

I diagram 71 kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling för framfall var 94 procent i riket, vilket är en ökning med tre procentenheter sedan oktober 2013. Av de 1 137 kvinnorna har drygt hälften väntat i högst 30 dagar. I flera landsting är antalet kvinnor som väntar få och i sex landsting får samtliga kvinnor sin behandling inom 90 dagar.

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

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

DIAGRAM 71 – TOTALT: Andel kvinnor som väntat högst 90 dagar på framfallsoperation, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Ortopedisk sjukvård – rörelseorganens sjukdomar

Sjukdomar och besvär i rörelseorganen är i Sverige den vanligaste anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning. En tredjedel av all ohälsa och sjukfrånvaro beror på rörelseorganens sjukdomar och kostar därför samhället stora summor årligen, utöver det lidande som blir följden för de drabbade.

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och är ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar som karaktäriseras av en sviktande ledfunktion med varierande grad av nedbrytning av ledbrosk och ombyggnad av lednära ben. Sjukdomen har oftast en långsamt fortskridande sjukdomsprocess. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsbördan orsakas av artros i knä och höft.

Förekomsten av artros är starkt åldersrelaterad, men förekommer även hos yngre och medelålders personer och har då ofta samband med övervikt, fetma eller en tidigare leddskada. Vid skador på menisken eller korsbandet ökar risken för artros i knäleden. Även den ärftligt betingade risken att utveckla artros är betydande.

Också benskörhet, osteoporos är ett vanligt tillstånd i Sverige. Osteoporos eller benskörhet innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet blir därmed skörare och lättare att bryta. Osteoporos gör i sig inte ont, men de resulterande frakturerna ger smärta. Höft- och kotfrakturer är de allvarligaste och leder ofta till funktionsnedsättning, ökad sjuklighet och för tidig död. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män beräknas få en osteoporosrelaterad fraktur under sin livstid.

Varje år inträffar i Sverige cirka 70 000 frakturer som har samband med osteoporos varav 18 000 är höftfrakturer. Incidensen för höftfrakturer i Sverige är bland de högsta i världen. Många personer med en höftfraktur får en bestående funktionsnedsättning, vilket kan innebära utökade hjälpinsatser i hemmet eller behov av annat boende.

Inom området Ortopedisk sjukvård redovisas 22 indikatorer. Indikatorerna avser operationer vid artros i höft- eller knäled, höftfraktur, läkemedelsbehandling efter benskörhetsfraktur och operationer vid andra sjukdoms-

tillstånd, som ryggkirurgi vid diskbräck och spinal stenos och operation vid korsbandsskada.

Indikatorerna speglar utöver medicinsk kvalitet, som i flera fall är patientskattade resultat PROM, även väntetider och kostnader. Källorna är olika ortopediska nationella kvalitetsregister, patientregistret och läkemedelsregistret på Socialstyrelsen samt KPP-databasen på SKL.

72 IMPLANTATÖVERLEVNAD VID TOTAL KNÄPROTESOPERATION

Artros i knäleden är relativt ovanligt före 50 års ålder men blir vanligare med stigande ålder. Kvinnor drabbas av knäledsartros betydligt oftare än män, särskilt bland äldre personer. Ökad förekomst av övervikt i befolkningen har bidragit till att antalet operationer ökat. Under 2013 utfördes drygt 13 300 primära knäprotesoperationer på 74 kliniker. Kvinnor svarade för knappt 60 procent av dessa.

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

De uppgifter som redovisas här är hämtade från Svenska Knäprotesregistret, som är Sveriges äldsta nationella kvalitetsregister. Alla knäprotesopererande enheter från alla landsting ingår i registret och täckningsgraden är på över 97 procent, enligt en samkörning med patientregistret 2012. Kliniker lokaliserade inom ett visst landsting redovisas under detta, oavsett från vilket landsting patienten kommer.

Indikatorn visar andelen knäproteser som inte är reviderade (utbytesoperation) inom 10 år, oavsett vilken orsaken till detta är. Indikatorn avser total knäprotesoperation vid artros, operationer utförda under perioden 2003–2012. Antalet operationer under denna period var drygt 98 000.

Analysen är gjord med så kallad Kaplan-Meierstatistik, och beskriver en skattning av hur många knäproteser av 100 som finns kvar i patienter som är opererade under den senaste 10-årsperioden och där patienten fortfarande lever. Den andel som anges är strikt sett ett beräknat värde då den statistiska metoden inkluderar patienter som un-

der observationstiden har avlidit eller emigrerat. Dessa så kallade drop-outs anses i metoden ha samma risk för att bli omopererade som övriga gruppen.

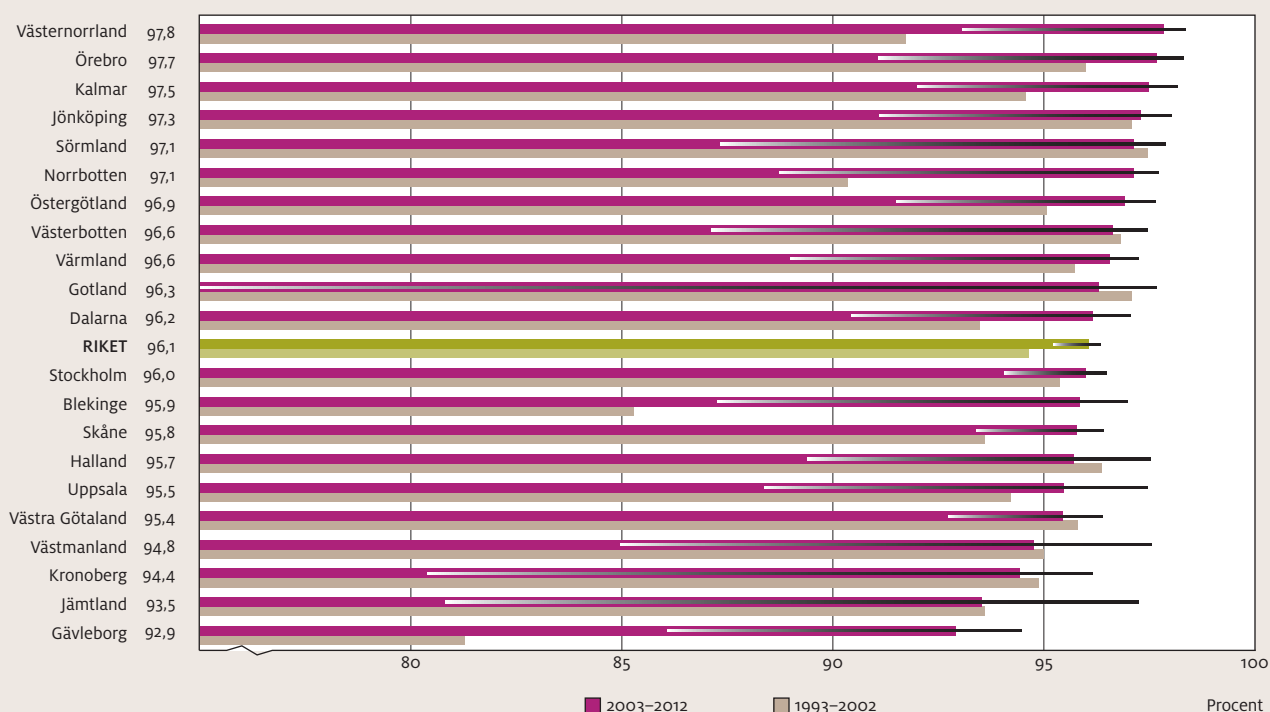
Riksmedelvärdet för perioden var 96 procent för både kvinnor och män, med en spridning mellan landstingen från 93 till 98 procent. För riket skattades således för den aktuella 10-årsperioden att fyra av 100 patienter skulle behöva omopereras (revision) om de levde i tio år, med byte av proteserna eller borttagning eller addering av protesdelar. Det finns ingen skillnad mellan könen.

Revision, utbyte av delar av eller hela proteserna, kan bero på patientrelaterade faktorer men kan också vara tecken

på olämpligt protesval eller kirurgisk teknik. Resultaten gäller de senaste tio årens operationer och behöver därför inte helt återspegla den aktuella situationen. Indikatorn är således relativt trög, men den är viktig därför att den redovisar långtidsresultaten av denna vanliga typ av ortopedisk kirurgi.

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

DIAGRAM 72 – TOTALT: Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 2003–2012.



Källa: Svenska Knäprotesregistret.

Relativ revisionsrisk vid knäprotesoperation, 2003–2012. Avser cementerade totalknäplastiker vid artros.

Sjukhus	Relativ risk (RR)	95% KI för RR	Rang	95% KI för rang
Alingsås lasarett	0,37	0,22–0,61	1	1 till 12
Sabbatsbergs Närsjukhus	0,44	0,24–0,82	2	1 till 28
Lasarettet i Enköping	0,47	0,31–0,71	3	1 till 28
Högländssjukhuset, Eksjö	0,57	0,35–0,95	4	1–37
Hallands sjukhus, Varberg	0,61	0,41–0,91	5	2–33
Karolinska, Huddinge	0,61	0,38–0,97	6	2–38
Örnsköldsviks sjukhus	0,61	0,40–0,93	7	2–35
Movement, Halmstad	0,62	0,41–0,95	8	2–36
Carlanderska, Göteborg	0,64	0,34–1,24	9	1–52
Spenshults reumatikersjukhus	0,65	0,37–1,14	10	2–48
Oskarshamns sjukhus	0,67	0,48–0,94	11	4–36
Gällivare lasarett	0,68	0,40–1,15	12	2–49
Ängelholms sjukhus	0,69	0,46–1,04	13	4–42
Universitetssjukhuset Örebro	0,7	0,45–1,09	14	3–46
SÅ-sjukvården, Skene	0,71	0,44–1,15	15	3–49
Helsingborgs lasarett	0,73	0,36–1,45	16	2–60
Lycksele lasarett	0,73	0,42–1,29	17	3–55
Elisabethsjukhuset, Uppsala	0,73	0,45–1,20	18	3–52
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	0,73	0,40–1,36	19	2–58
Löwenströmska sjukhuset	0,74	0,55–1,00	20	7–40
Kullbergska sjukhuset, Katrineholm	0,74	0,53–1,04	21	6–44
Värnamo sjukhus	0,74	0,50–1,11	22	5–47
Länssjukhuset Kalmar	0,75	0,49–1,14	23	5–48
Karolinska, Solna	0,75	0,53–1,06	24	6–44
Nacka Närsjukhus	0,76	0,42–1,37	25	3–58
Skaraborgs sjukhus, Lidköping	0,76	0,50–1,17	26	5–50
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	0,76	0,51–1,14	27	6–48
Lindesbergs lasarett	0,77	0,50–1,16	28	5–50
Karlskoga lasarett	0,78	0,50–1,21	29	5–51
Sundsvalls sjukhus	0,8	0,53–1,20	30	6–52
S:t Görans sjukhus, Stockholm	0,82	0,65–1,03	31	13–42
Cantralsjukhuset i Karlstad	0,83	0,60–1,15	32	10–49
Lasarettet i Motala	0,84	0,66–1,07	33	14–45
Västmanlands sjukhus, Västerås	0,86	0,59–1,25	34	10–53
Sollefteå sjukhus	0,89	0,60–1,32	35	10–56
Frölunda Specialistsjukhus, Göteborg	0,92	0,62–1,37	36	12–58
SÅ-sjukvården, Borås	0,94	0,64–1,39	37	13–59
Nyköpings sjukhus	0,98	0,65–1,47	38	14–61
Södertälje sjukhus	0,98	0,68–1,40	39	16–59
Hässleholms sjukhus	0,99	0,81–1,20	40	26–52
Växjö lasarett	1,01	0,69–1,48	41	17–61
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	1,02	0,73–1,44	42	19–60
Danderyd sjukhus	1,03	0,75–1,42	43	21–60
Södersjukhuset	1,03	0,79–1,35	44	24–57
Falu lasarett	1,06	0,81–1,39	45	26–59
Västerviks sjukhus	1,06	0,74–1,53	46	20–63
Hallands sjukhus, Halmstad	1,07	0,79–1,45	47	24–60
Skaraborgs sjukhus, Skövde	1,08	0,72–1,63	48	19–64
Blekingesjukhuset, Karlshamn	1,1	0,84–1,46	49	28–60
Visby lasarett	1,14	0,76–1,70	50	22–66
Mora lasarett	1,16	0,84–1,60	51	29–64
Torsby sjukhus	1,16	0,79–1,69	52	25–66
Sophiahemmet, Stockholm	1,19	0,84–1,67	53	29–65
Östersunds sjukhus	1,23	0,87–1,72	54	31–66
Piteå Älvdals sjukhus	1,25	0,97–1,60	55	38–64
Skellefteå lasarett	1,27	0,88–1,84	56	31–68
Ortho Center IFK klinik, Göteborg	1,33	0,91–1,92	57	34–69
Gävle sjukhus	1,35	0,90–2,01	58	33–70
Vrinnervisjukhuset i Norrköping	1,36	0,92–2,00	59	35–70
Trelleborgs lasarett	1,39	1,17–1,65	60	50–66
Arvika sjukhus	1,41	1,04–1,92	61	43–69
SU Mölndal	1,43	1,04–1,96	62	43–69
NU-sjukvården, Uddevalla	1,46	1,12–1,89	63	47–69
Bollnäs sjukhus	1,62	1,30–2,01	64	55–70
Hudiksvalls sjukhus	1,66	1,16–2,38	65	50–71
Ortopediska huset, Stockholm	1,69	1,42–2,01	66	59–70
Skånes Universitetssjukhus, Lund	1,69	1,00–2,86	67	40–71
Ljungby lasarett	1,71	1,24–2,34	68	53–71
Akademiska sjukhuset, Uppsala	1,71	1,31–2,24	69	56–71
Norrköping sjukhus	1,96	1,45–2,64	70	60–71
Kungälv sjukhus	2,02	1,60–2,56	71	64–71

RELATIV REVISIONSRISK VID KNÄPROTESOPERATION

I tabellen visas per klinik den så kallade relativa risken för revision (utbyte av hela eller delar av proteserna) vid primär knäprotesoperation under tioårsperioden 2003–2012. Enbart cementerade totalknäplastiker vid artros, gjorda på sjukhus som fortfarande är verksamma, ingår. Underlaget för jämförelsen är över 91 801 operationer utförda under tidsperioden och som registrerades i Svenska Knäprotesregistret.

Istället för att som i diagram 72 visa andelen icke-omopererade proteser visar indikatorn den relativa risken för omoperation där värdet per klinik är justerat för skillnader i köns- och åldersfördelning samt för skillnader i fördelning av proteser med och utan patellaknapp. Det kan finnas ytterligare skillnader mellan de olika klinikernas patienter som kan påverka risken för revision, exempelvis fetma och patienternas fysiska aktivitet.

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

Alingsås har revisionsrisken 0,37, där det sanna värdet med 95 % säkerhet ligger inom intervallet 0,22–0,61. Kliniken har rankingplats 1. Med 95 % säkerhet har man en rankingplats mellan 1–12. Även Varberg med rankingplats 5 har en låg RR, men eftersom antalet operationer där är färre, har man dels ett vidare konfidensintervall, dels ett vidare intervall för sin ranking: Den ligger med 95 % säkerhet inom intervallet position 1–33.

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

73 IMPLANTATÖVERLEVNAID VID TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

Höftprotesregistret registrerade 16 330 primära totala höftproteser under 2013, vilket är en viss ökning jämfört med tidigare år. I ett tioårsperspektiv har antalet protesoperationer ökat kraftigt. Fler kvinnor än män opereras. Ungefär 60 procent av operationerna görs på kvinnor. Under 2013 rapporterades därtill 2 299 reoperationer.

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

Till Svenska Höftprotesregistret rapporterar samtliga berörda kliniker, offentliga som privata. En jämförelse med patientregistret visade att höftprotesregistret på individnivå hade en täckningsgrad på nästan 98 procent verksamhetsåret 2013.

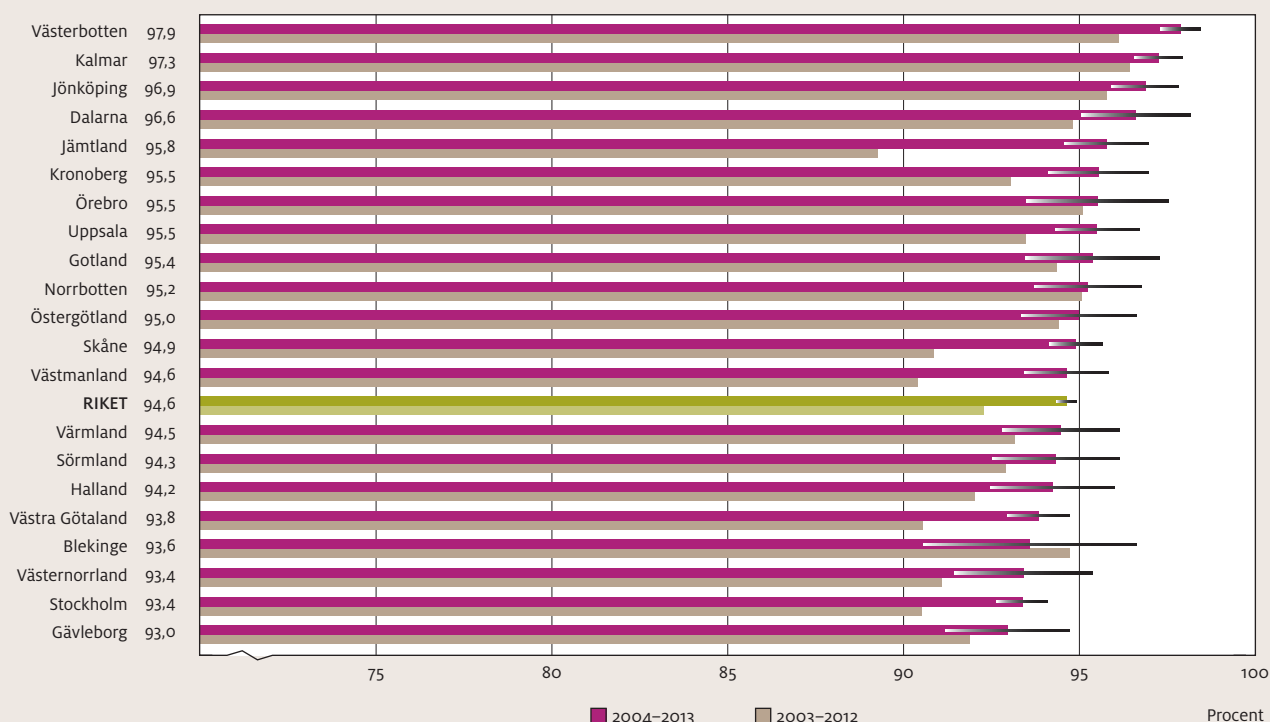
Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som tio år efter total höftprotesoperation har kvar det inopererade höftimplantatet ("implantatöverlevnad"), en beräkning som baseras på så kallad Kaplan-Meier statistik. Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesens eller borttagande av hela protesens genom en revisionsoperation. Uppgifterna här avser 150 168 operationer utförda under senaste 10-årsperioden 2004–2013. Alla diagnoser är inkluderade.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högsta rapporterade nationella 10-årsresultat. Landstingens resultat varierar från 93 till 98 procent, för båda könen sammantagna. Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än männens. Denna könsskillnad beror sannolikt på männens högre fysiska aktivitet, som ger ett högre långtidsslitaget av protesdelarna, vilket i sin tur kan orsaka lossning av protesens.

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

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

DIAGRAM 73 – TOTALT: Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2004–2013.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

DIAGRAM 73 – SJUKHUS: Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 2004–2013.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

74 OMOOPERATION EFTER TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

10-årsöverlevnad av höftprotes är en central kvalitetsvariabel, men det behövs även indikatorer som kan ge en snabbare återkoppling till kliniker och som kan initiera kliniskt förbättringsarbete utan alltför lång fördröjning.

En sådan "snabbare" indikator är andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation är ett vidare begrepp än utbytesoperation eller revision och innefattar all form av ytterligare kirurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer, som djup infektion och revision på grund av upprepade urledvridningar av höftledsprotesen, luxationer. Arbetsföra patienter som omopereras på grund av protesrelaterad infektion eller luxationer får inte sällan ett sämre slutresultat och kan för sjukvården och försäkringskassan kosta miljonbelopp per komplikation.

Indikatorn visar andelen patienter som omopereras inom två år efter total höftprotesoperation. Bara komplikationer som är kirurgiskt åtgärdade är inkluderade. Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiskt behandlade urledvridningar ingår inte. Patienter som opere-

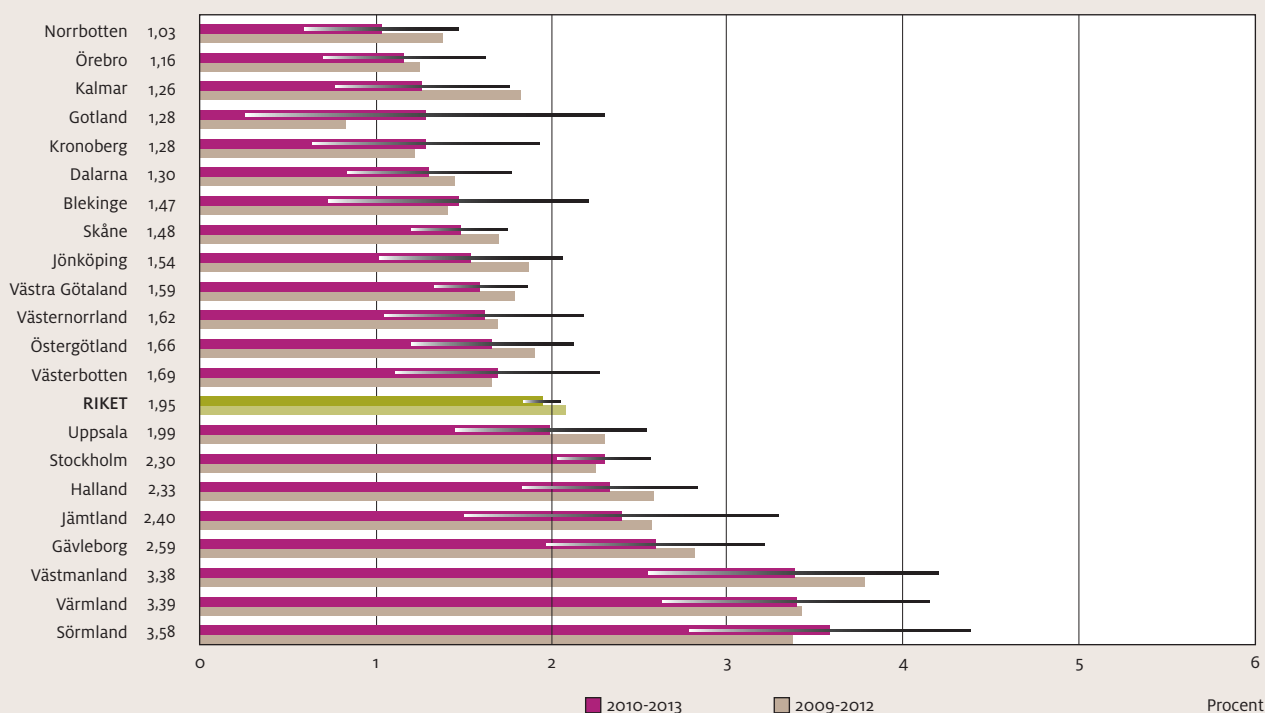
ras upprepade gånger, som följd av samma komplikation, anges som en komplikation. Patienter som omopereras på annan klinik än primärkliniken tillräknas ändå primärkliniken.

I riket som helhet omopererades två procent av patienterna inom två år, under mätperioden 2010-2013. Detta motsvarar 1 248 patienter. Jämförelsen baseras på närmare 64 200 operationer under mätperioden. Variationen mellan landsting sträcker sig från cirka 1 till 3,6 procent. Komplikationsfrekvensen är lägre bland kvinnor än för män, dock är skillnaden liten. De allra flesta landsting har förbättrat sina resultat, jämfört med jämförelseperioden.

Komplikationstalen är generellt låga. Patientsammansättning och slumpmässig variation har stor påverkan på resultaten. Resultatet kan egentligen bara värderas över tid, det vill säga om klara trender föreligger.

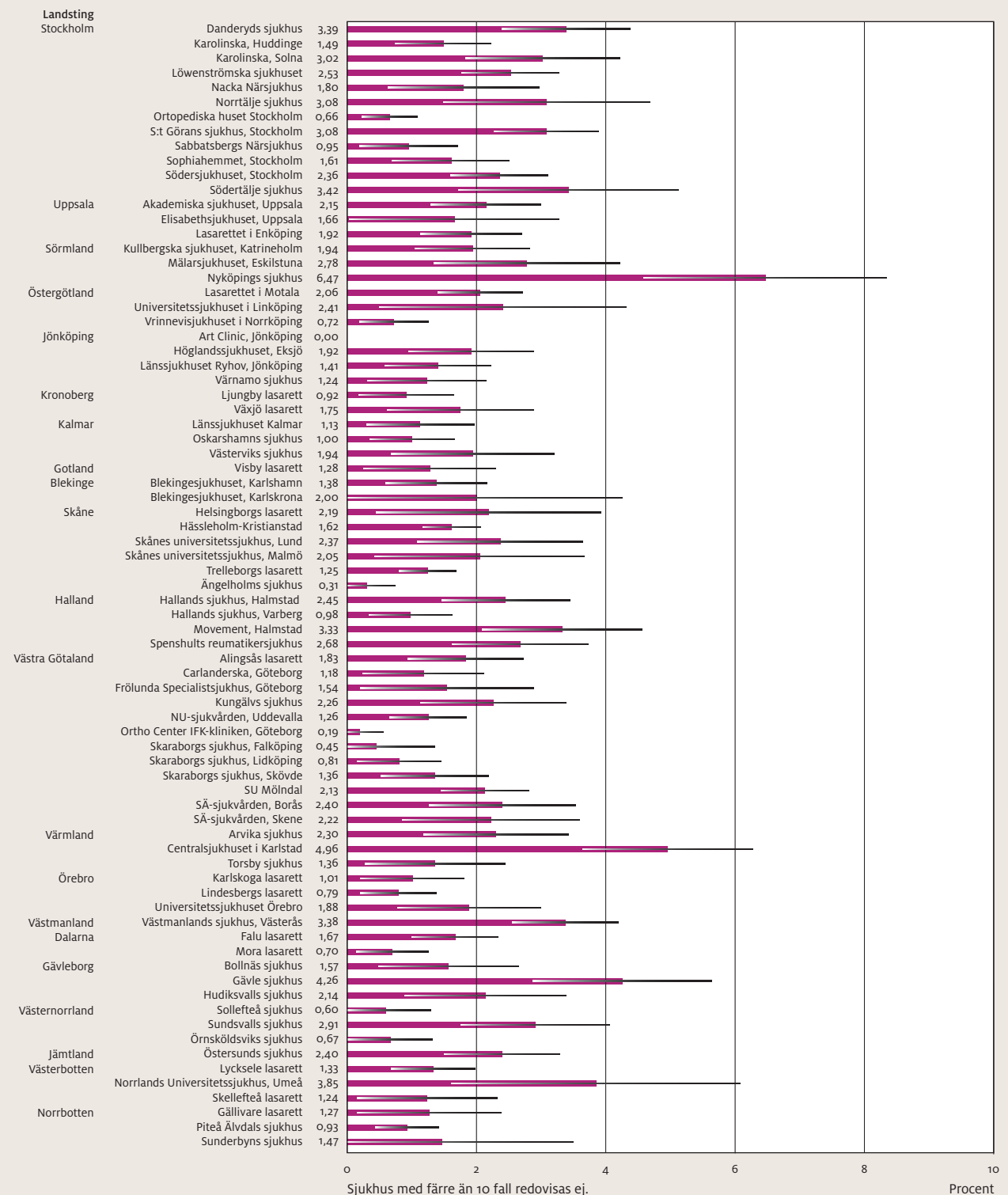
En nollvision är inte realistisk vad gäller komplikationer efter en kirurgisk operation. Riksgenomsnittet har de senaste åren legat något över eller runt två procent omoperationer inom två år. Men som framgår av vissa landstings och klinikers resultat är än lägre komplikationsfrekvenser möjliga. Den större spridningen på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete.

DIAGRAM 74 – TOTALT: Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, 2010–2013.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

DIAGRAM 74 – SJUKHUS: Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation, 2010–2013.



Källa: Svenska Höftprotosregistret

75 ÖÖNSKADE HÄNDELSEER EFTER KNÄ- OCH HÖFTPROTESOPERATION

I Sverige utförs årligen cirka 13 000 knäprotosoperationer och 16 000 höftprotosoperationer. Därtill kommer omoperationer och revisionsoperationer, där protesen byts ut.

Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi gäller det stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesilogi, noggrann

medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser.

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

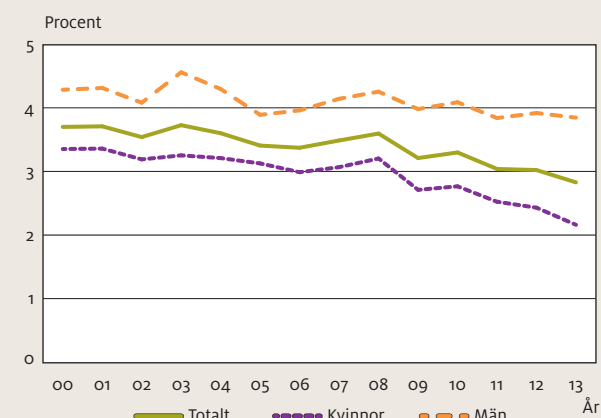
Indikatorn visar andelen patienter som återinskrivs på sjukhus eller avled inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Knappt 80 000 operationer utförda under 2011–2013 ingår i jämförelsen, med patientregistret som källa. Orsaker till återinläggning är bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna till tre procent. De specifika proteskomplikationerna står för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från drygt två till närmare fem procent. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden. Andelen återinskrivna eller döda är högre bland män än bland kvinnor.

Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, men också på andra med-

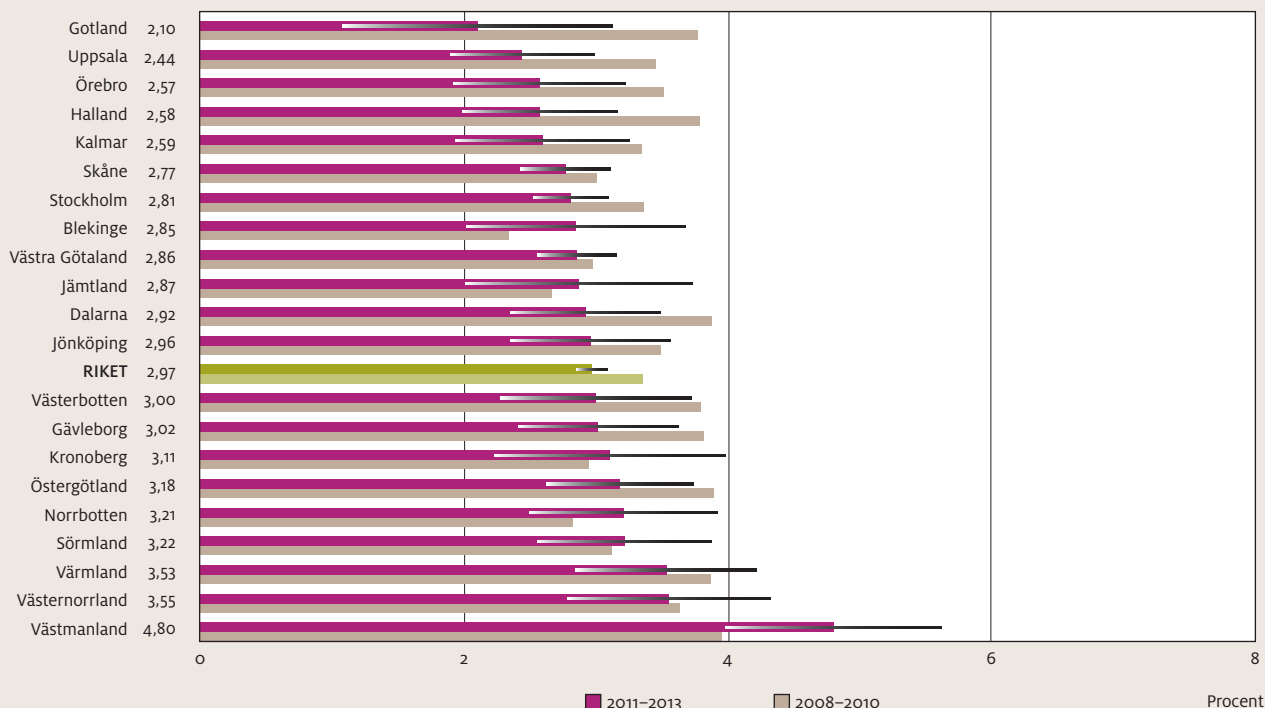
icinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av reoperation. Dessa register fångar dock inte de övriga medicinska komplikationerna. Med patientregistret som källa kan flera oönskade händelser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

DIAGRAM 75 – RIKET: Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 75 – TOTALT: Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

76 PATIENTRAPPORTERAT RESULTAT AV TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

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

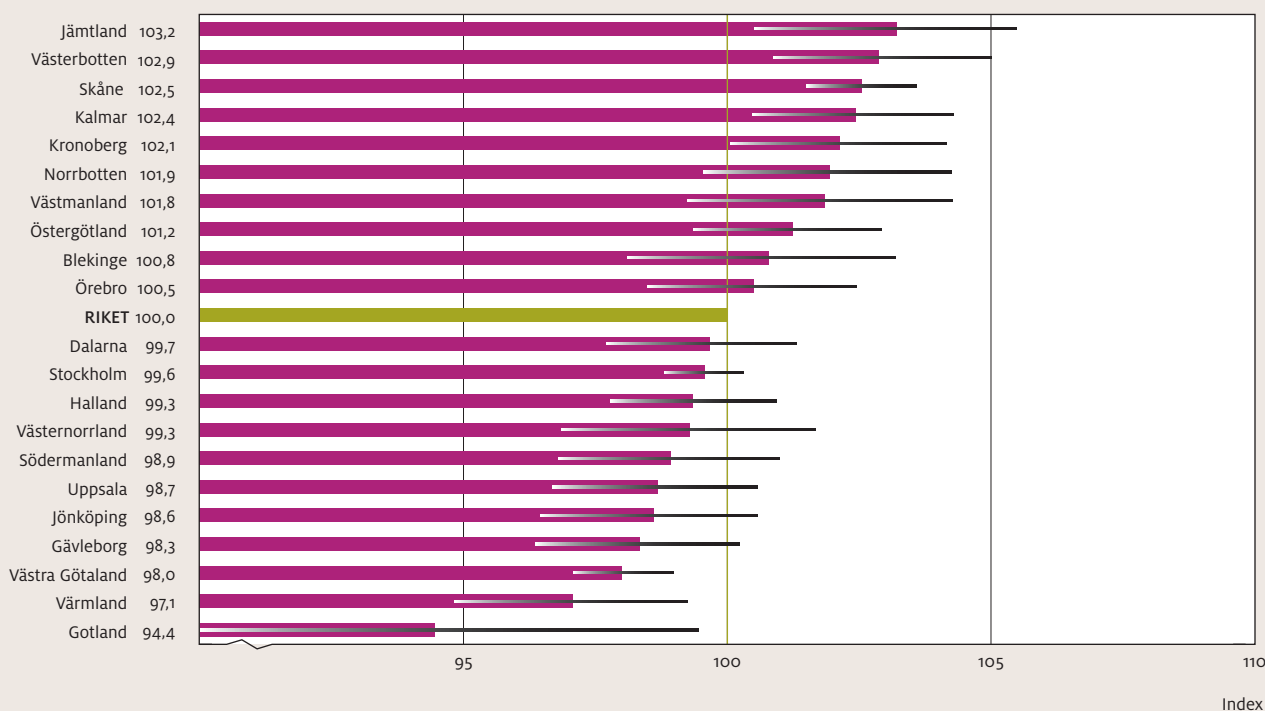
Indikatorn visar den faktiska hälsorelaterade livskvaliteten ett år efter operationen, jämfört med den förväntade, per klinik och landsting. Värdet uttrycks som ett index, där ett värde över 100 anger att det faktiska snittvärdet för EQ-5D index är större än det förväntade, och vice versa.

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

Indikatorn sätter fokus på variationen mellan landsting, genom att rikets värde är satt till 100. Värdet för landstingen varierar från 94,4 till 103,2, medan skillnaderna mellan sjukhus är något men inte påtagligt större, om man bortser från enstaka kliniker med klart avvikande värden. Jämförelsen baseras på 21 089 operationer utförda under 2011–2012, med 1-årsuppföljning till och med 2013.

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

DIAGRAM 76 – TOTALT: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2011–2012. Indexvärde för relationen mellan förväntad och faktisk hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) efter ett år. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

DIAGRAM 76 – SJUKHUS: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2011–2012. Indexvärde för relationen mellan förväntad och faktisk hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) efter ett år. Mätperioden avser operationsår.



Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej.

Index

Källa: Svenska Höftprotesregistret.

77 PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSE EFTER TOTAL HÖFTLEDSOPERATION

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

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att de är nöjda med höftprotesoperationen, genom att ha angivit värden på 0 till 40 på en VAS-skala. VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Svarsfrekvensen är knappt 90 procent och alla sjukhus rapporterar. Jämförelsen baseras på drygt 25 000 patienter som opererades under 2011-2012 och följes upp till och med 2013.

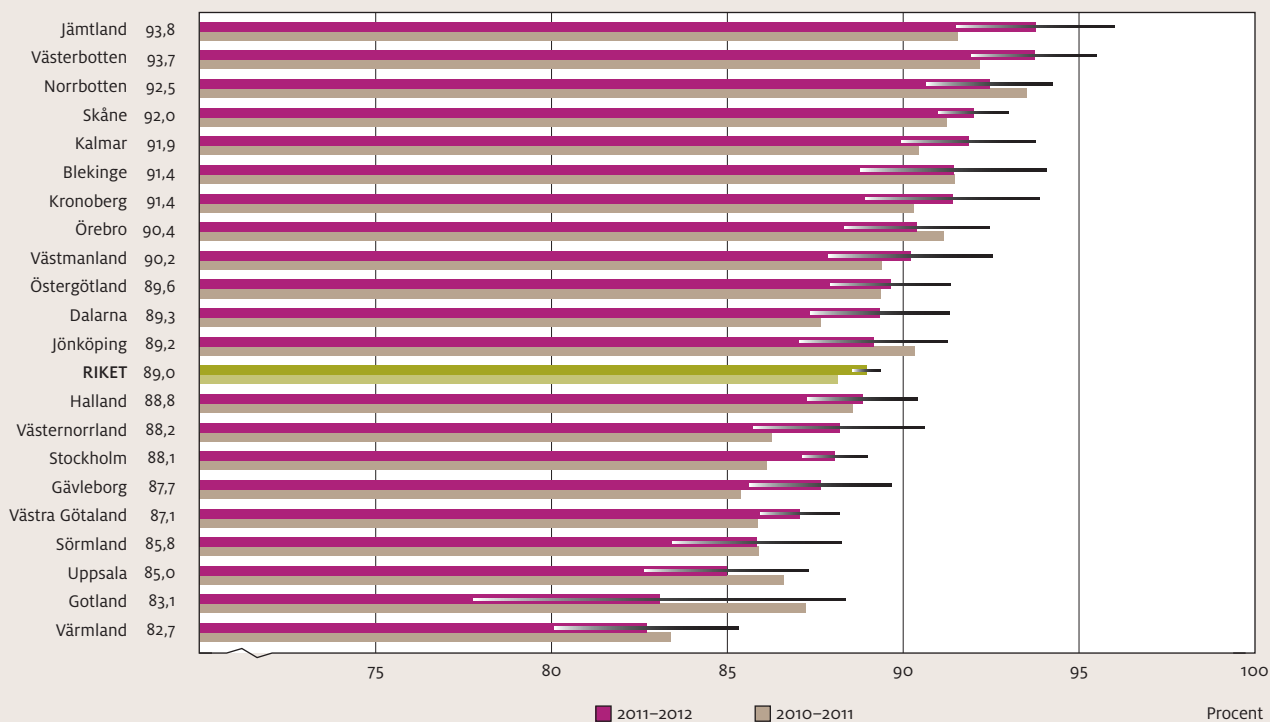
Med den använda definitionen för nöjdhet anger i riket 89 procent av alla patienter att de var nöjda med resultatet, med en variation mellan landsting från 83 till närmare 94 procent. På kliniknivå är variationen något större.

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

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

DIAGRAM 77 – TOTALT: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2011–2012.

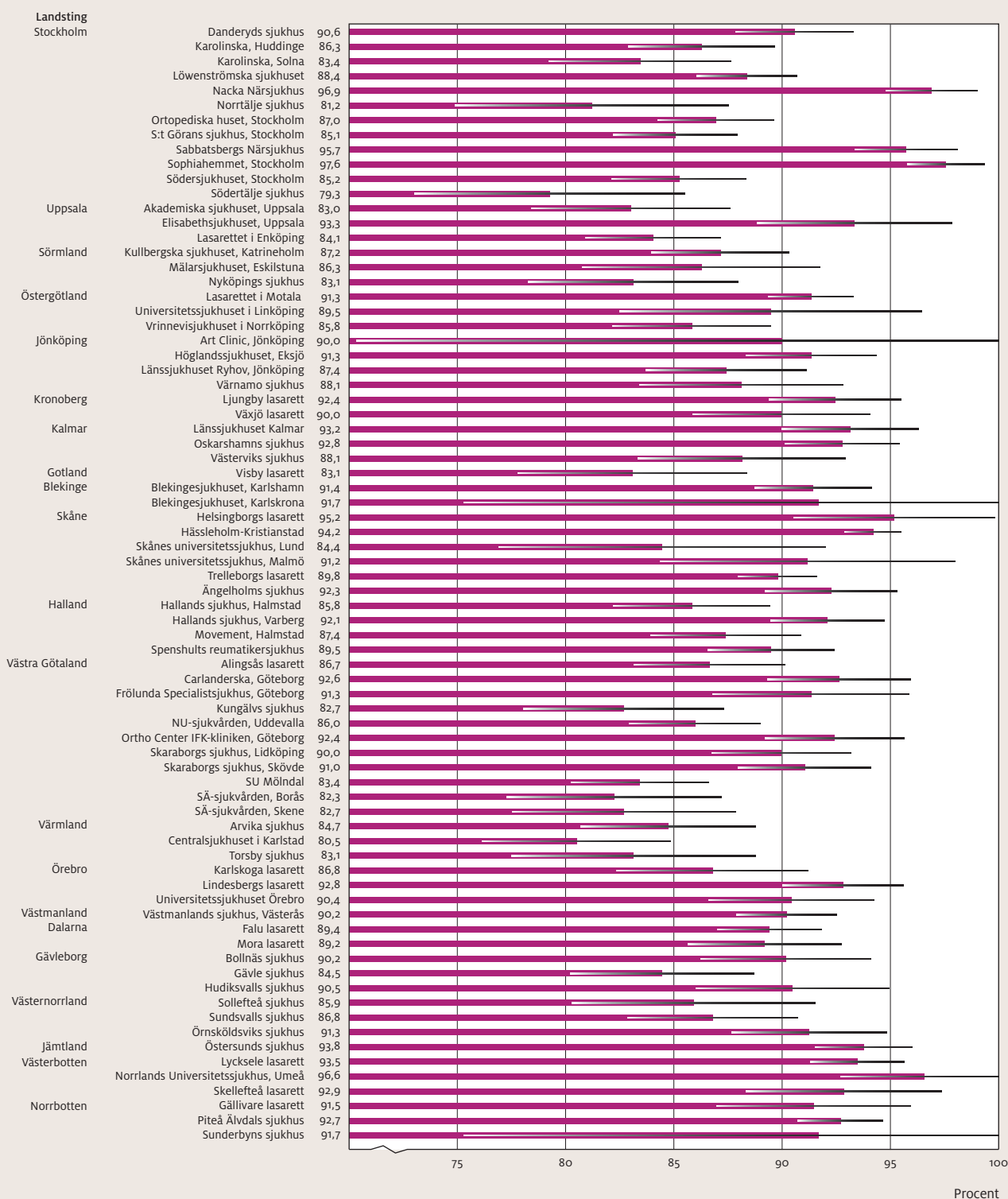
Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

DIAGRAM 77 – SJUKHUS: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2011-2012.

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



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

78 VÄNTETID INFÖR HÖFTFRAKTUR-OPERATION

Årligen inträffar drygt 17 000 höftfrakturer i Sverige. Alla höftfrakturpatienter förs till akutsjukhus och opereras, även om valet av operationsmetod varierar. Behandlingsmodellen vid felställda lårbenshalsbrott har radikalt förändrats i Sverige under de senaste tio åren. Allt fler patienter opereras för sitt felställda lårbenshalsbrott med höftprotes, vilket har medfört en ökad belastning på ortopediska operationsavdelningar. Artroplastikoperation är mera resurskrävande än operation med skruvar eller pinnar.

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

Väntetiden till operation är därför en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats och attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också ett internationellt vanligt förekommande kvalitetsmått.

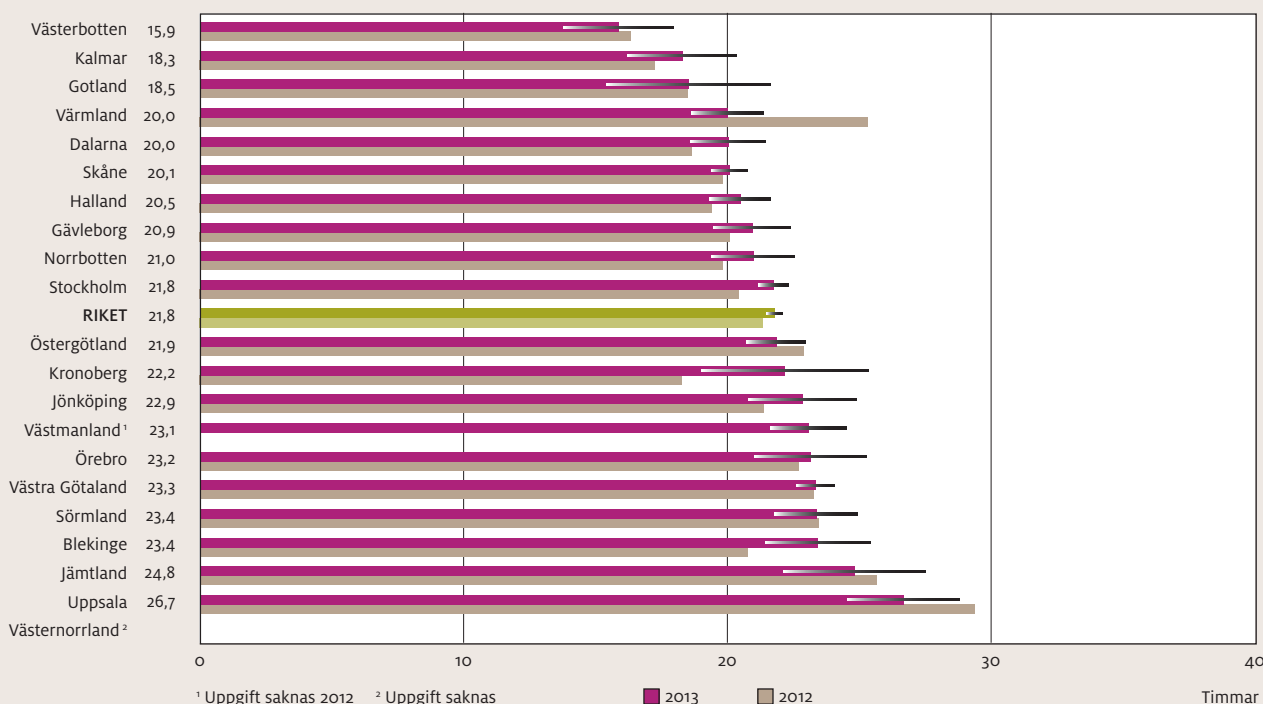
Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RIKSHÖFT, som samlar data om värden av patienter med höftfraktur. Beroende på omorganisationer inom svensk ortopedi, med uppdelning i planerad och akut verksamhet, opereras i dagsläget patienter med höftfraktur på enbart 53 sjukhus. Av dessa saknas år 2013 uppgifter för tre sjukhus. Underlaget till jämförelsen utgörs av 15 434 patienter med uppgift om väntetid.

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

Medelväntetiden var 2013 i riket närmare 22 timmar, med en spridning mellan landstingen från 16 till 27 timmar. Det finns inga egentliga skillnader mellan könen. Sedan 2007 har medelväntetiden sjunkit, från över 30 timmar till dagens 22.

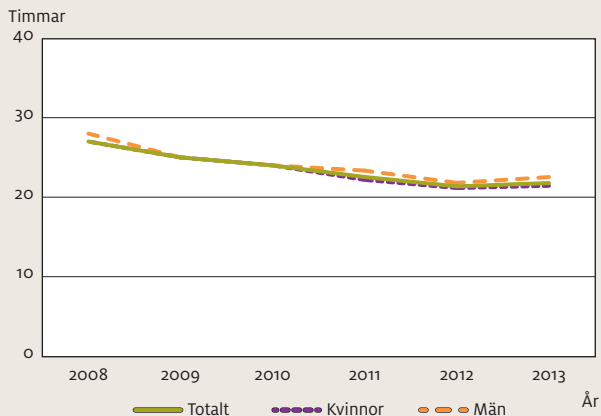
Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger som sin rekommendation att operation bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Några landsting ligger över 24 timmars medelväntetid, vilket kan resultera i förlängda vårdtider och en förhöjd komplikationsfrekvens hos denna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

DIAGRAM 78 – TOTALT: Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2013.



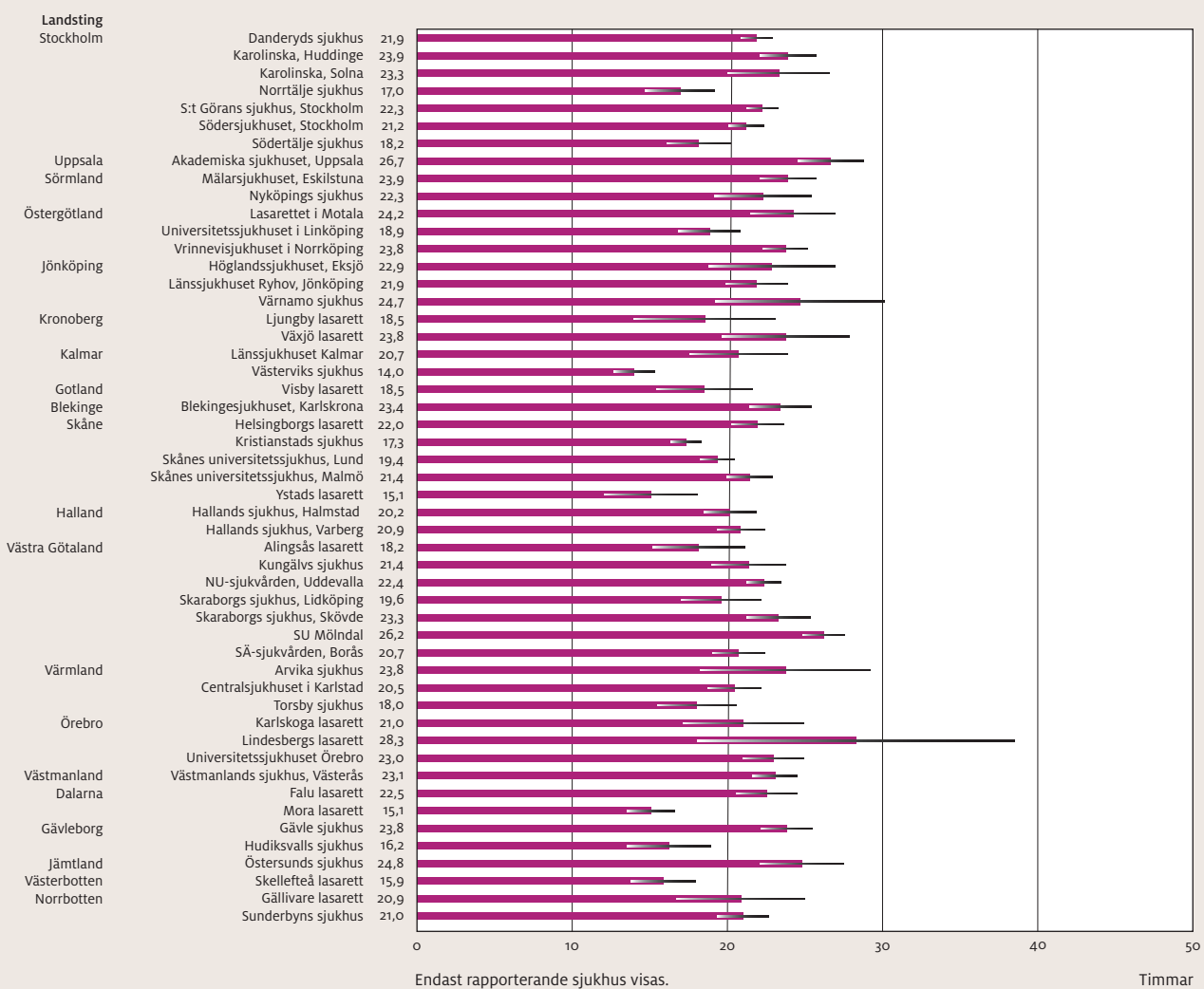
Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

DIAGRAM 78 – RIKET: Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus.



Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

DIAGRAM 78 – SJUKHUS: Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2013.



Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

79 PROTESOPERATION VID HÖFTFRAKTUR

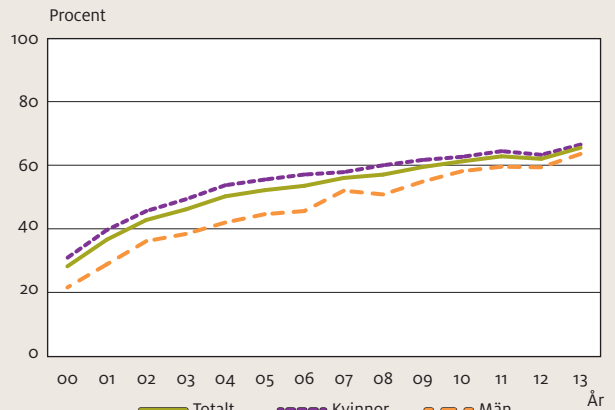
Tidigare har cervikala höftfrakturer, brott på lårbenshalsen och där benet vridits ur läge, vanligen behandlats genom spikning, så kallad osteosyntes. Detta är en snabb operation som är lätt att utföra, men som har en hög frekvens av komplikationer i form av att frakturen glider, inte läker eller att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

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

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

Indikatoren visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protosopererades under 2013. Källan är patientregistret med drygt 7 000 patienter som

DIAGRAM 79 – RIKET: Andel protosopererade patienter vid höftfraktur. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

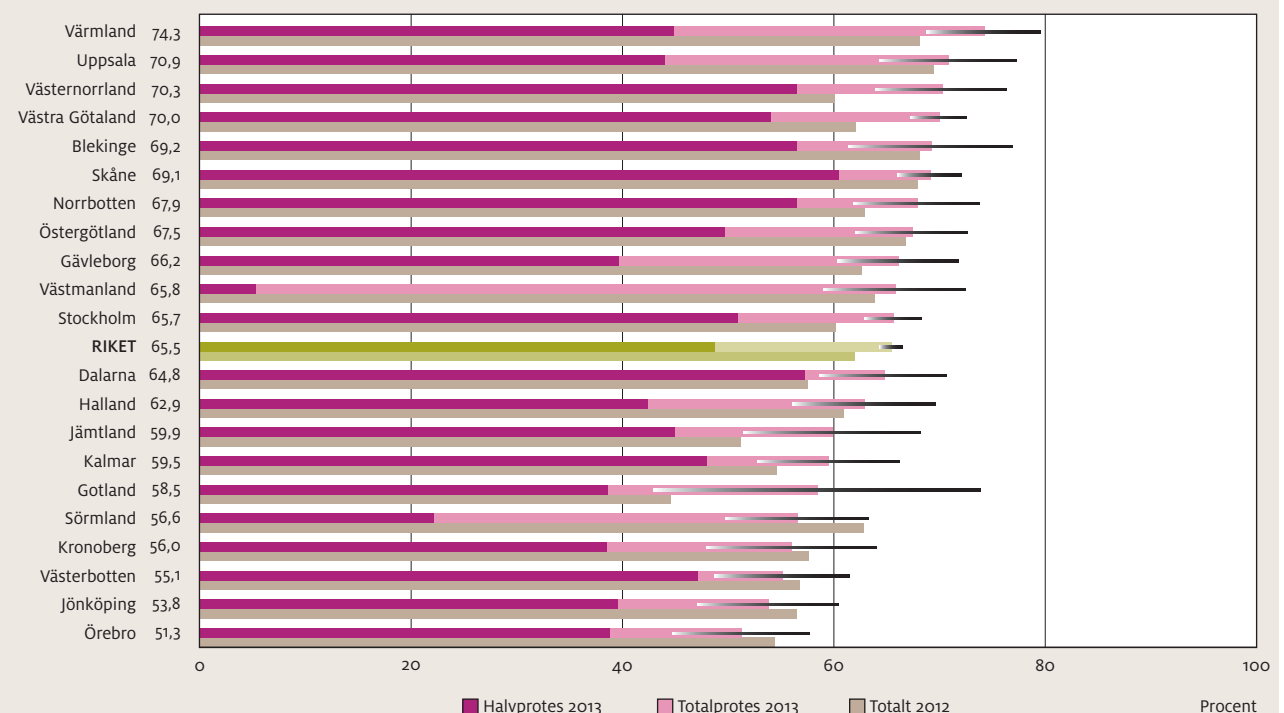


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

underlag för denna jämförelse. Åldersstandardisering har gjorts och enbart förstagångsfall ingår. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket protosopererades knappt 65,5 procent av patienterna, med en spridning mellan landsting från 51 till 74 procent. Andelen protosopererade har ökat påtagligt den senaste 10-årsperioden. Andelen är drygt tre procentenhe-

DIAGRAM 79 – TOTALT: Andel protosopererade patienter vid höftfraktur, 2013. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



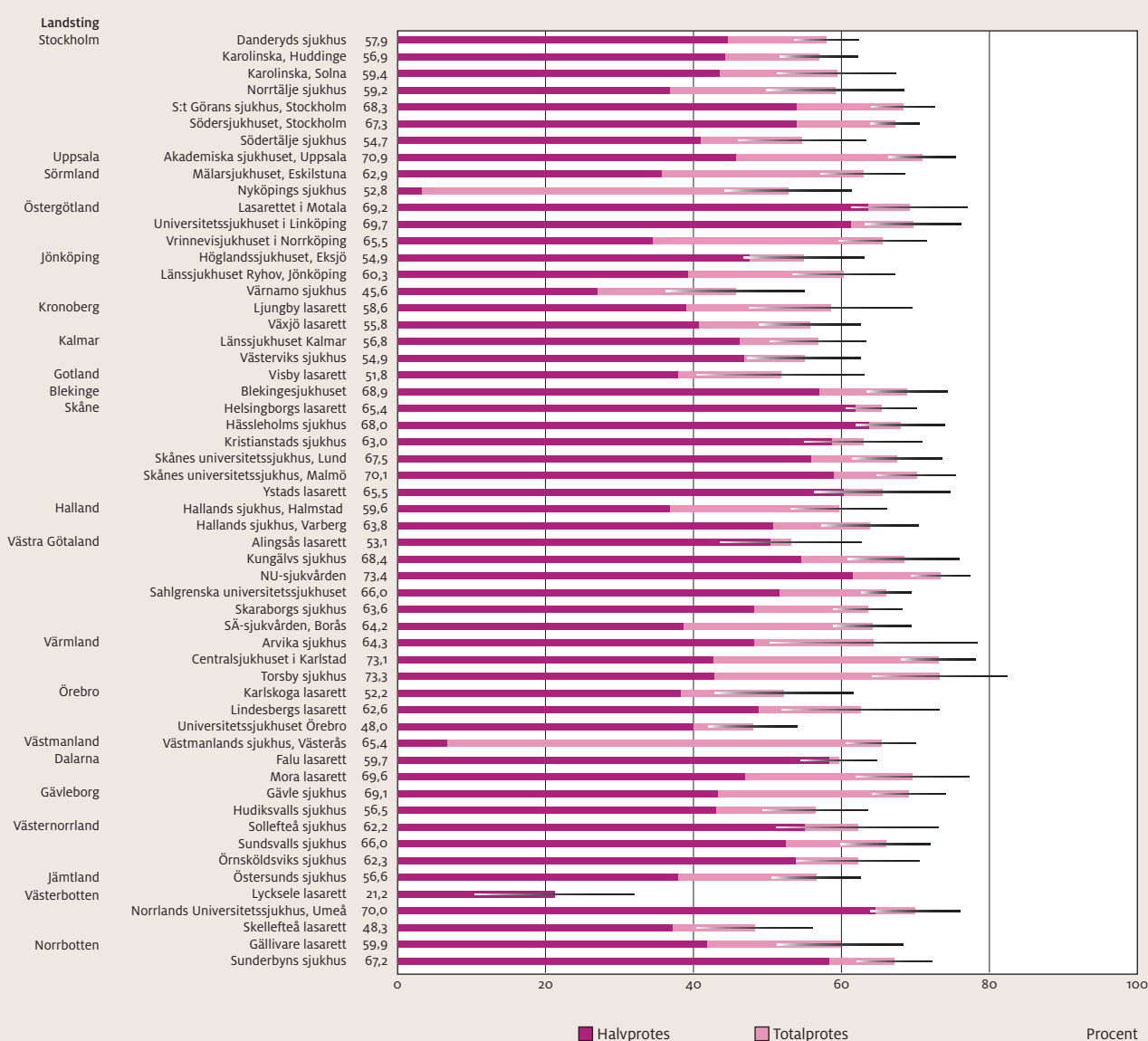
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

ter högre bland kvinnor än bland män, men skillnaderna mellan könen har minskat.

Elva landsting når över nivån 65 procent. Det finns således möjligheter till ytterligare förbättringar. Att protesoperera 65–70 procent av alla patienter med cervikala höftfrakturer ställer stora krav på klinikerna, med omorganisation av jourarbete och krav på ökad kirurgisk kompetens. En ytterligare anledning till att man i vissa landsting/kliniker inte fullt ut tillämpar den nya behandlingsmodellen kan vara att man uppfattar att kostnaderna är för höga.

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

DIAGRAM 79 – SJUKHUS: Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2012–2013. Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

80 IMPLANTATÖVERLEVNAD VID HALV-PROTESOPERATION

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

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

Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som ett år efter halvprotesoperationen har kvar det inopererade höftimplantatet ("implantatöverlevnad"), en skattning som baseras på så kallad Kaplan-Meier statistik. Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesen eller borttagande av hela protesen genom en revisionsoperation. Uppgiften baseras på knappt 13 200 operationer utförda under den treåriga mätperioden. Alla diagnoser är inkluderade.

På riksnivå var protesöverlevnaden 96 procent med en spridning mellan landsting från 94 till drygt 98 procent. Liksom vid totalprotesoperation har kvinnorna ett något bättre resultat än männen. Variationen är måttlig även på

kliniknivå, bara en klinik har en överlevnad under 90 procent.

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

DIAGRAM 80 – RIKET: Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

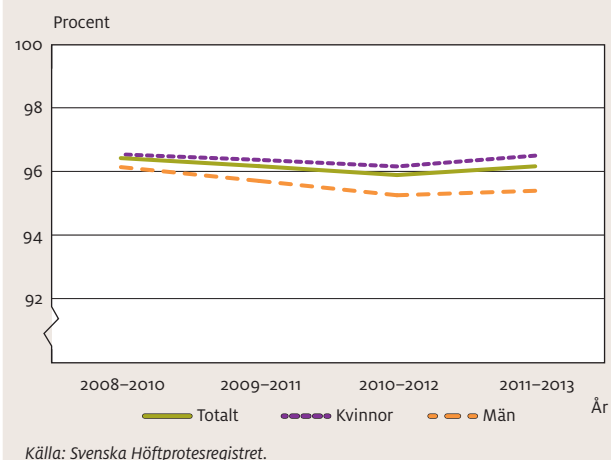


DIAGRAM 80 – TOTALT: Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2011-2013. Avser vanligen höftfrakturpatienter.

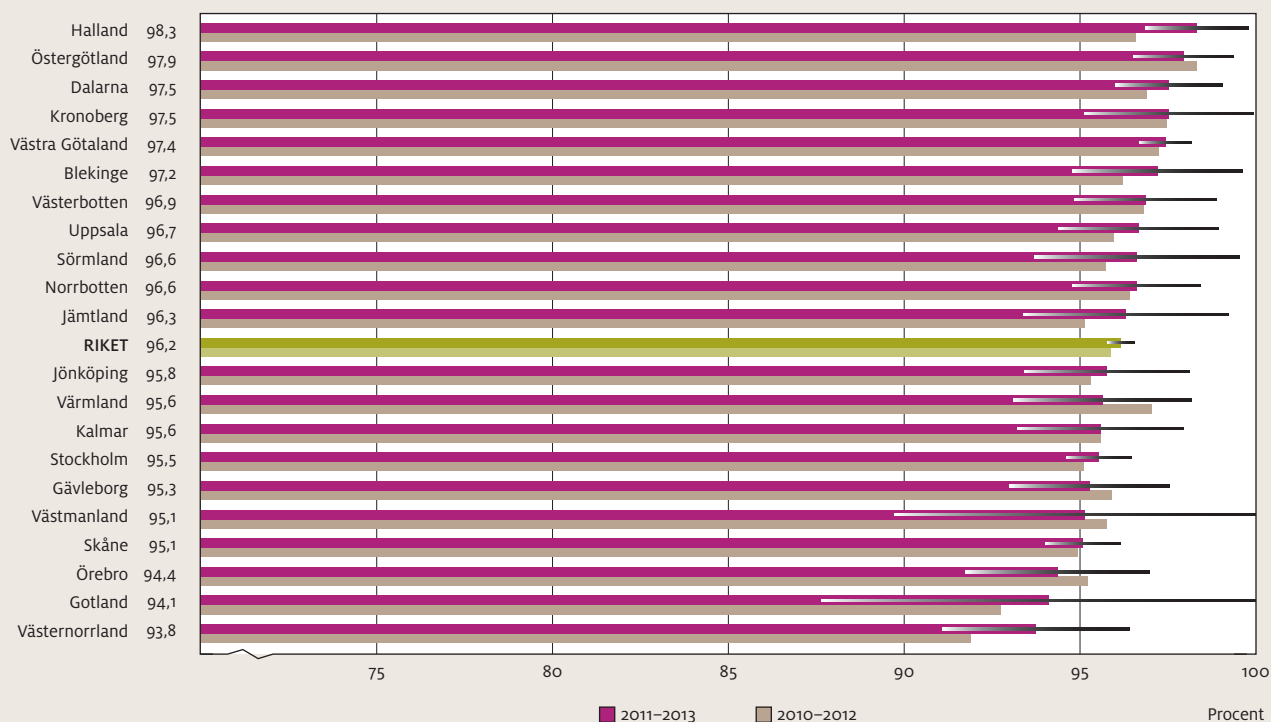


DIAGRAM 80 – SJUKHUS: Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation, 2011–2013. Avser vanligen höftfrakturpatienter.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

81 ÅTER TILL URSPRUNGLIGT BOENDE EFTER HÖFTFRAKTUR

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

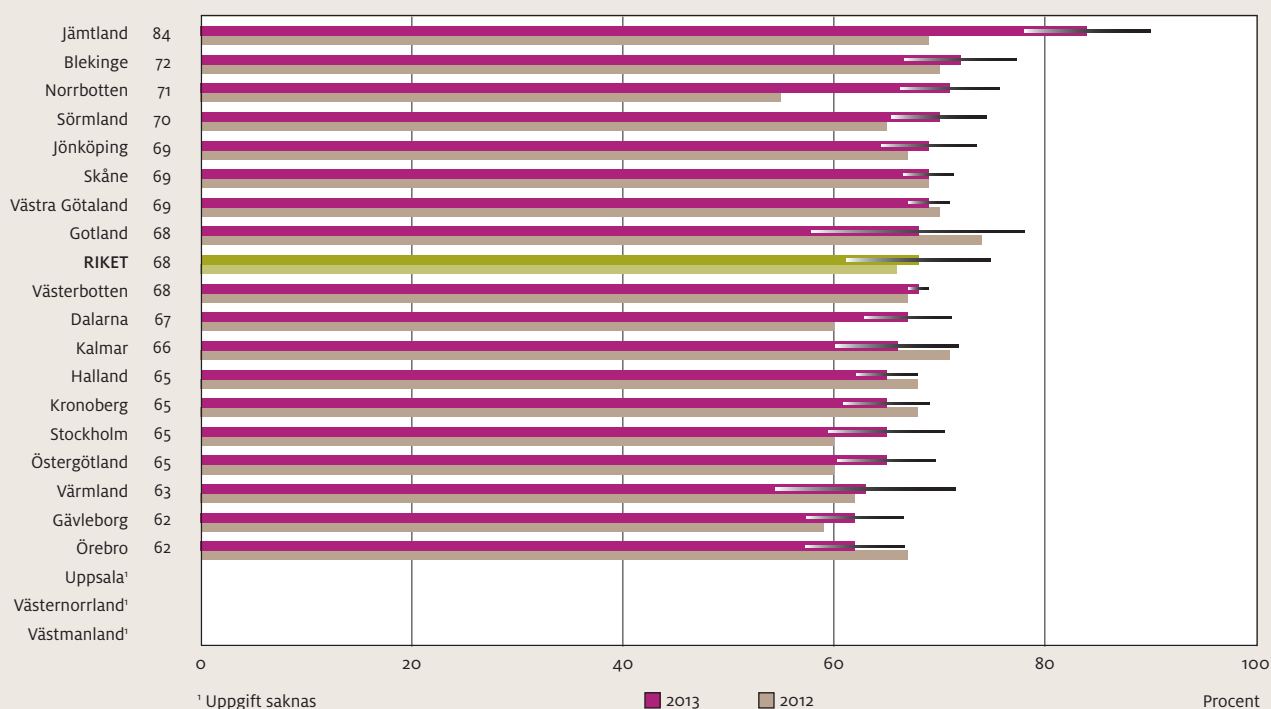
Indikatorn visar andelen patienter som fyra månader efter höftfraktur är åter i det ursprungliga boendet. Enbart

patienter 50 år och äldre med icke patologisk fraktur ingår. Även patienter som är avlidna ingår i underlaget. Jämförelsen baseras på 9 481 fall av höftfraktur år 2013, för vilka det fanns uppgift om boende vid fyra-månadersuppföljningen, av totalt drygt 15 400 fall i RIKSHÖFT detta år.

I riket var 68 procent av patienterna åter till ursprungligt boende efter fyra månader, med en variation mellan landstingen från 62 till 84 procent.

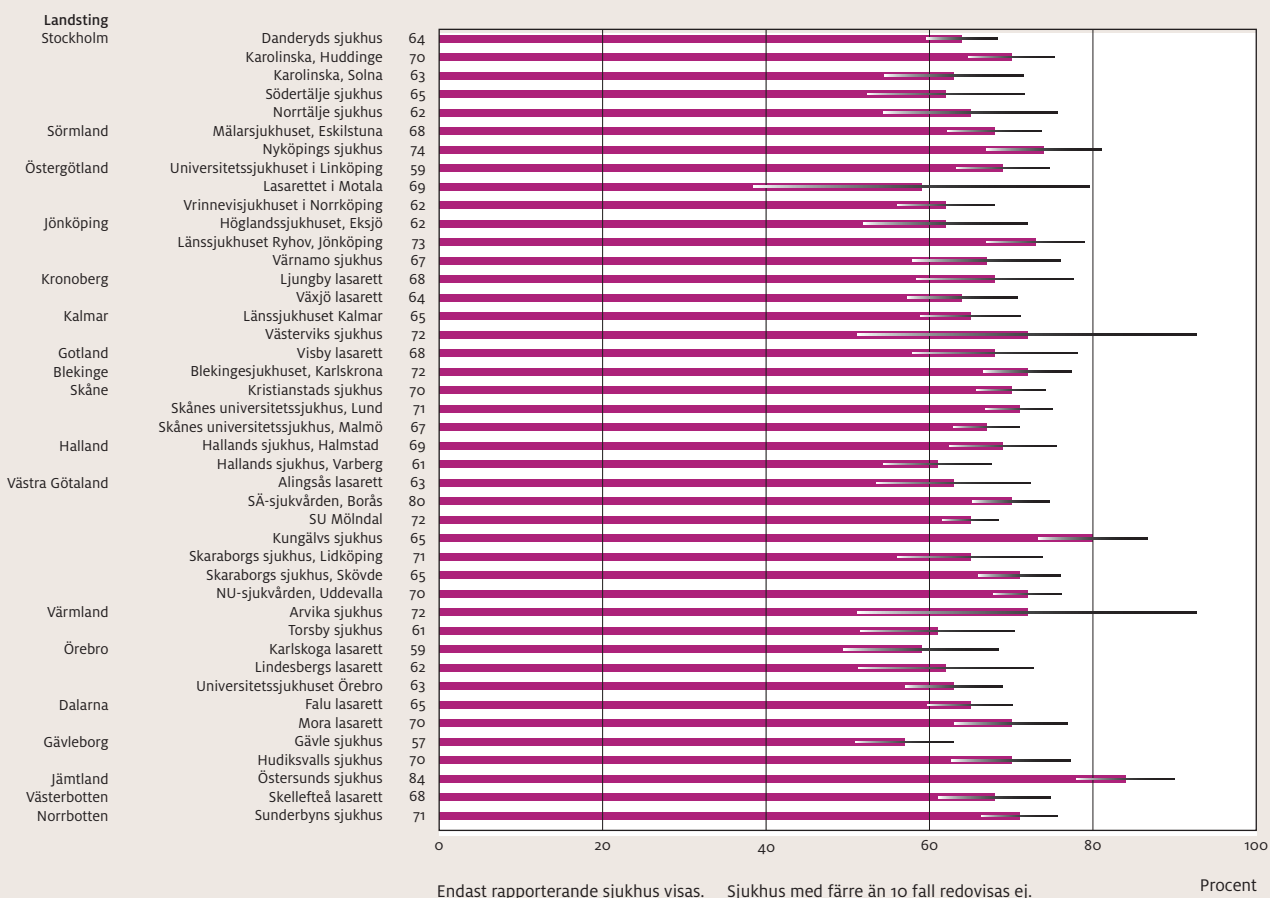
Utöver insatser i den akuta vårdfasen och den efterföljande rehabiliteringen kan resultatet även vara påverkat av kommunala beslut om erbjudande om äldreboende respektive hemtjänst i den egna bostaden.

DIAGRAM 81 – TOTALT: Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur, 2013. Avser patienter 50 år och äldre.



Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

DIAGRAM 81 – SJUKHUS: Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur, 2013. Avser patienter 50 år och äldre.



Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret.

82 LÄKEMEDEL MOT BENSKÖRHET EFTER FRAKTUR

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

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

Behandling med läkemedel, som dämpar utvecklingen av benskörhet, är aktuell för många i patientgruppen. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och

Läkemedelsverket har i flera genomgångar under senaste åren konstaterat att läkemedelsbehandling av äldre med osteoporos och frakturer är väl dokumenterad och att behandlingen minskar risken att få fler frakturer. Det är därför angeläget att studera om diagnosen osteoporos ställs och behandlas efter det att äldre kvinnor vårdats på grund av en fraktur.

Indikatorn visar andelen frakturdrabbade kvinnor som efter sjukhusvård behandlades med läkemedel mot benskörhet. Som förebyggande läkemedelsbehandling räknas bisfosfonater eller hormonbehandling. Uppföljningen avsåg 48 000 kvinnor i åldrarna 50 år och äldre som slutenvårdats för ett urval av frakturer under 2010–2012, med uppgifterna hämtade från patientregistret. Kvinnornas läkemedelsuttag 0 till 12 månader efter sjukhusvården studerades via läkemedelsregistret.

I riket fick drygt 15 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling, de flesta behandlade med bisfosfonater. Det är stora skillnader mellan landstingen. Andelen behandlade varierar mellan 9 och 22 procent, vilket antyder att lands-

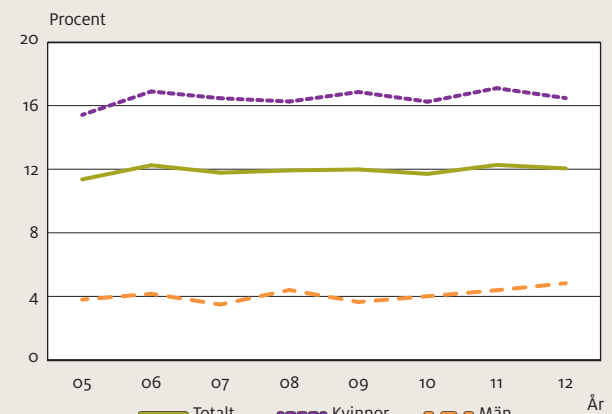
ting och vårdgivare i olika grad och olika snabbt tagit till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem. I riket har andelen behandlade kvinnor varit oförändrad sedan 2005.

Det finns i nuläget i Socialstyrelsens riktlinjer inga målnivåer eller rekommendationer, men de flesta vetenskapliga studier i sammanhanget anger att 60–70 procent av dessa patienter med hög risk för fragilitetsfraktur bör behandlas med benspecifika läkemedel. För denna indikator finns således en stor förbättringspotential för alla landsting.

Ur läkemedelsregistret går inte att utläsa på vilken indikation olika preparat sätts in. Det är sannolikt att en del av de hormonbehandlade kvinnorna inte behandlas för att minska risken för nya frakturer, utan för behandling av klimakteriebesvär. Detta förstärker bilden av en generell underbehandling med benspecifika läkemedel.

Andelen patienter som hormonbehandlas är liten jämfört med andelen bisfosfonatbehandlade, drygt 1,5 procent av frakturpatienterna. Detta är förenligt med behandlingsrekommendationerna från Läkemedelsverket. Hormonbehandling bör reserveras till postmenopausala kvinnor med hög risk för framtida fraktur, och som inte tål eller har kontraindikationer mot andra läkemedel godkända för att behandla osteoporos.

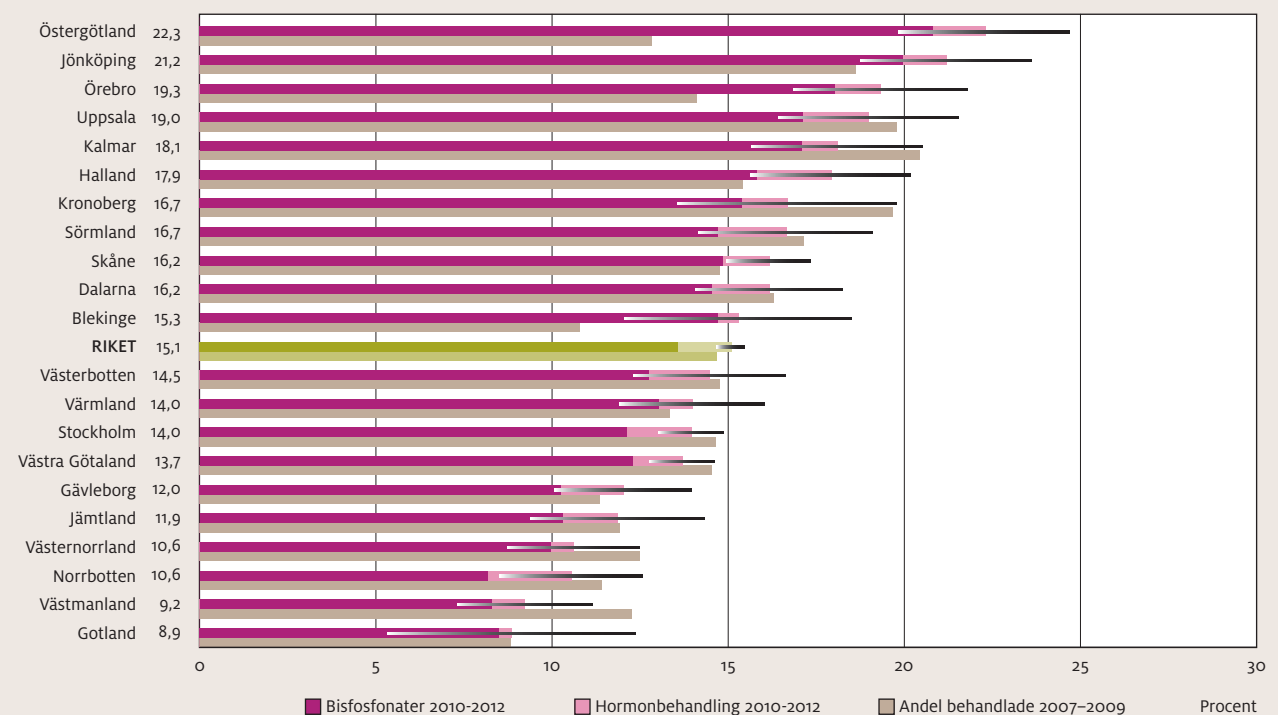
DIAGRAM 82 – RIKET: Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur. Avser förstagångsfraktur och patienter 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Läkemedelsregistret innehåller inte de läkemedel som ges vid sjukhus, så kallade rekvisitionsläkemedel. Skillnader i huruvida landstingen väljer att förskriva eller rekvidrera bisfosfonater som zoledronsyra påverkar därför resultatet, dock inte i någon större omfattning.

DIAGRAM 82 – RIKET: Andel patienter som behandlas med läkemedel mot benskörhet 0–12 månader efter fragilitetsfraktur, 2010–2012. Avser förstagångsfraktur och kvinnor 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

83 ÅTERFRAKTUR EFTER BENSKÖRHETSFRAKTUR

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

Indikatorn visar antalet nya frakturer inom fem år per 100 000 levnadsår hos personer 50 år och äldre som under mätperioden hade en förstagångsfragilitetsfraktur som krävde inläggande sjukhusvård. Förstagångsfragilitetsfraktur betyder här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. Jämförelsen är åldersstandardiserad. Mätperioden avser tid för första frakturen, efter vilken uppföljning skett i fem år.

Patienter med första fraktur under 2003–2007 hade under den femåriga uppföljningsperioden totalt cirka 24 000 återfrakturer varav merparten, cirka 19 000 stycken (80 procent), drabbade kvinnor. I riket som helhet inträffade inom fem år cirka 6 150 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Variationen mellan landstingen var 4 456–7 269 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Kvinnor drabbas i högre grad av återfrakturer jämfört med män, 6 400 jämfört med 5 400 per 100 000 levnadsår.

Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga och det är en intressant frågeställning i vilken mån dessa beror på skillnader i sekundärpreventiva insatser för personer som drabbats av osteoporosrelaterade frakturer.

Patientregistret omfattar inte patienter som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

DIAGRAM 83 – TOTALT: Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur, 2003–2007. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

84 PATIENTRAPPORTERAD FÖRBÄTTRING EFTER OPERATION FÖR SPINAL STENOS

Spinal stenosis är den vanligaste orsaken till ländryggsoperation i Sverige och frekvensen har ökat under de senaste 10 åren. Mellan 3 000 och 3 500 operationer för spinal stenosis utförs årligen. Sjukdomen drabbar huvudsakligen äldre människor, med en genomsnittsålder på 70 år. Den yttrar sig vanligen i smärtor och svaghet i benen, som gör att patienterna har svårt att gå längre sträckor. Symtomen orsakas av nervinklämning, det vill säga ett tryck på nerver till benen.

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

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

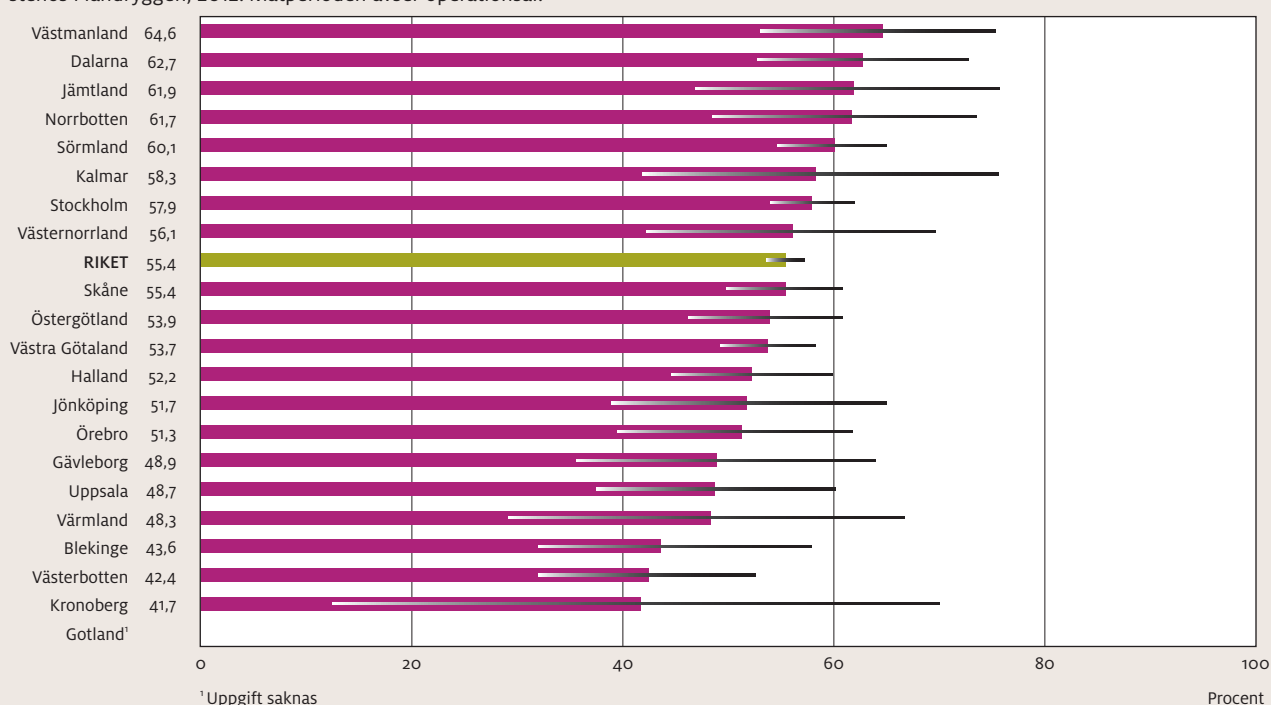
De åldersförändringar i ryggen som är grundorsaken till sjukdomen påverkas inte av operationen. Att mäta bensmärta och gångfunktion/gångsträcka ett år efter operation jämfört med tillståndet före operationen, är de bästa indikatorerna på i vilken omfattning patienten blivit hjälpt. Här visas uppgifter om bensmärtans förändring.

Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operationen anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre. Beträffande gångsträckeförändring och andra funktionsförändringar hänvisas till Swespines årsrapport (www.swespine.se).

Källan är kvalitetsregistret Svenska Ryggregistret, Swespine, till vilket 44 kliniker rapporterar 2013. Under 2013 innehöll registret totalt 8 110 ländryggsoperationer. En validering mot patientregistret 2012 tyder på att cirka 73 procent av alla operationer registreras i Swespine, medan patientregistret innehöll 90 procent av dessa. En förnyad jämförelse av täckningsgrad görs under 2014. Svarsfrekvensen vid ett-årsuppföljningen är ungefär 80 procent. Redovisningen på landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

Andelen patienter som anger att bensmärta är mycket bättre eller helt försvunnen är i riket drygt 55 procent, med en spridning mellan landstingen från cirka 42 till knappt 65 procent. Det finns inga skillnader mellan könen. Jämförelsen baseras på 2 917 patienter som opererades 2012 och som följdes upp till och med 2013.

DIAGRAM 84 – TOTALT: Andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen, 2012. Mätperioden avser operationsår.

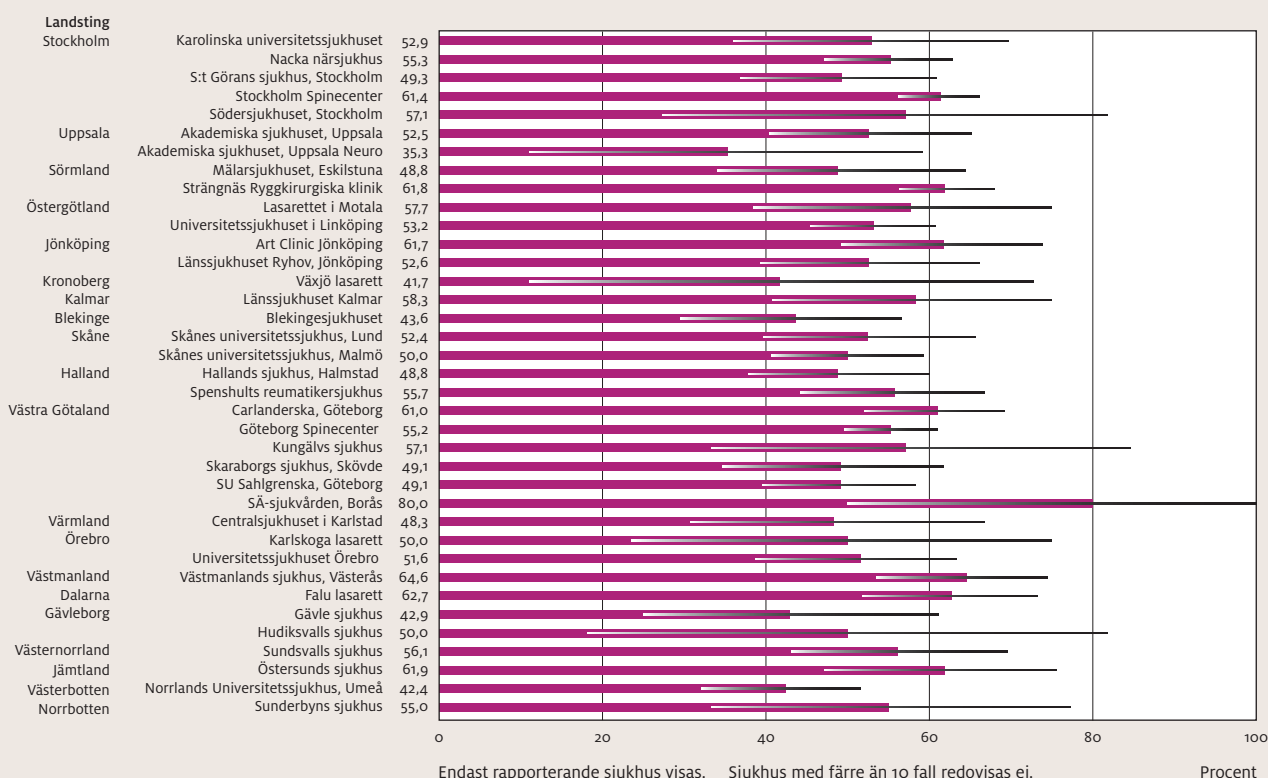


Källa: SWESPINE - Svenska Ryggregistret.

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

Det finns en viss skillnad i patientsammansättning, ca-
se-mix, mellan olika kliniker och landsting. Patienter med
relevant komorbiditet (flersjuklighet) opereras vid sjuk-
hus med intensivvårdsresurser, som har bättre resurser
för postoperativt omhändertagande i händelse av kompli-
kation. Detta innebär att dessa patienter således i mindre
grad opereras vid de privata klinikerna. Detta kan påverka
resultaten vid jämförelser.

DIAGRAM 84 – SJUKHUS: Andel patienter som anger att bensmärtan är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenos i ländryggen, 2012. Mätperioden avser operationsår.



Källa: SWESPINE - Svenska Ryggregistret.

85 PATIENTRAPPORTERAD FÖRBÄTTRING EFTER OPERATION FÖR DISKBRÅCK

Diskbråck och spinal stenos är de vanligaste orsakerna till operationer som berör ryggen och drabbar med stor övervikt ländryggen. Mellan 2 500 och 3 000 ländryggs-diskbråcksoperationer utförs årligen i Sverige. Patienterna är förhållandevis unga, med en medelålder på 45 år. Diskbråcksoperation görs huvudsakligen vid bensmärta betingad av nervinklämning, som ger upphov till nervsmärta, ischias. Vid nervsmärta av ischiastyp som misstänks bero på diskbråck rekommenderas i första hand att patienten avvaktar 6–8 veckor, eftersom självläkning är vanlig. Om besvärande symtom därefter kvarstår görs undersökning med magnetkamera (MR) och eventuell kirurgisk behandling diskuteras.

Den kirurgiska behandlingen syftar till att eliminera trycket på en eller flera nerver till benet och därmed minska bensmärta/ischias. Trots rekommendationen ovan är genomsnittlig besvärstid innan operation för diskbråck närmare ett år. I en internationell jämförelse är även antalet opererade i befolkningen tämligen lågt i Sverige.

Kvinnor har jämfört med männen större smärta och funktionsinskränkning när de opereras. Diskbråckssjukdomen förorsakar sjukskrivning i stor omfattning. Opera-

tionen utförs oftast i slutenvård, med en vårdtid på sjukhus på mellan vanligen 1–3 dygn men utförs även som dagkirurgi på vissa privata kliniker. Liksom vid spinal stenos utförs kirurgiskt ingrepp för att påverka bensmärta, medan åldersförändringarna i ryggen, som är grundorsaken till diskbråck, inte påverkas av kirurgi.

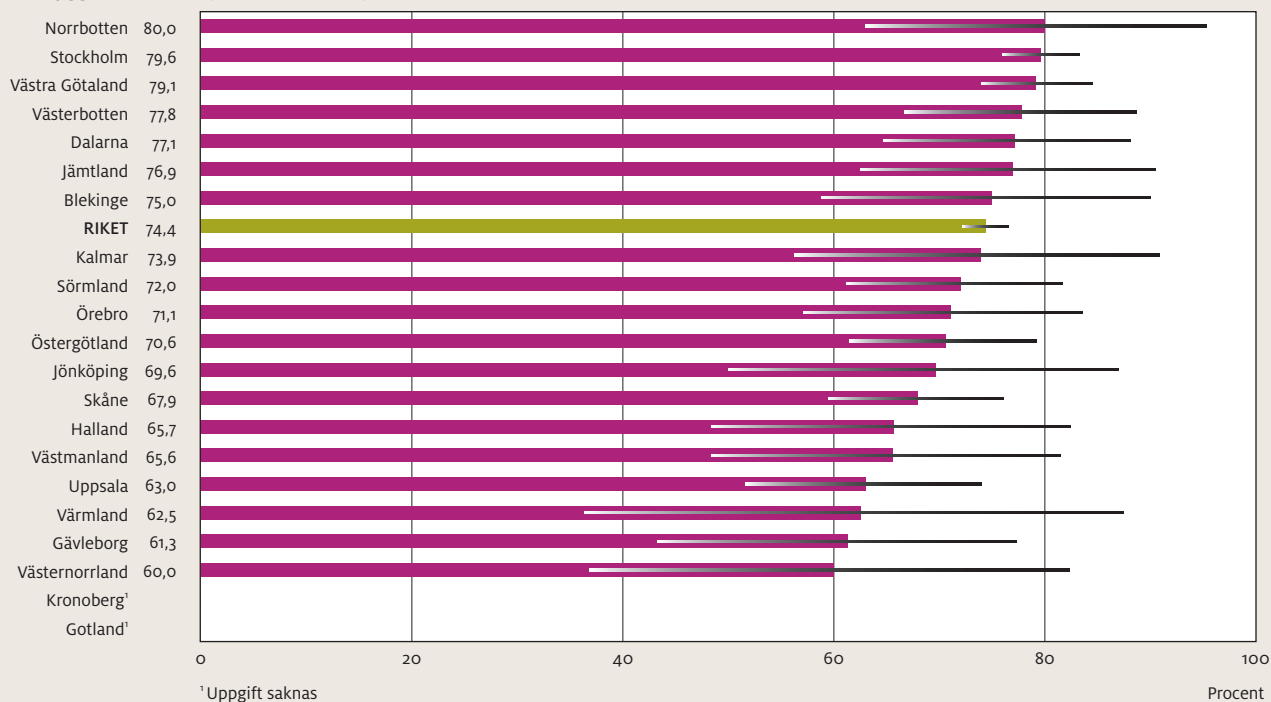
Indikatorn visar andelen patienter som ett år efter operation för diskbråck i ländryggen anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre. Redovisningen på landsting baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

I riket är andelen patienter som anger denna förbättring av bensmärta drygt 74 procent, med en spridning mellan landstingen från 60 till 80 procent. Andelen är ungefär lika hög bland kvinnor som bland män. Jämförelsen baseras på knappt 1 500 patienter som opererades 2012 och som följdes upp till och med 2012.

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

De patienter som diskbråcksopereras inom tre månader efter smärtdebut rapporterar signifikant bättre resultat efter ett år, jämfört med de som haft smärta längre tid.

DIAGRAM 85 – TOTALT: Andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbråck i ländryggen, 2012. Mätperioden avser operationsår.

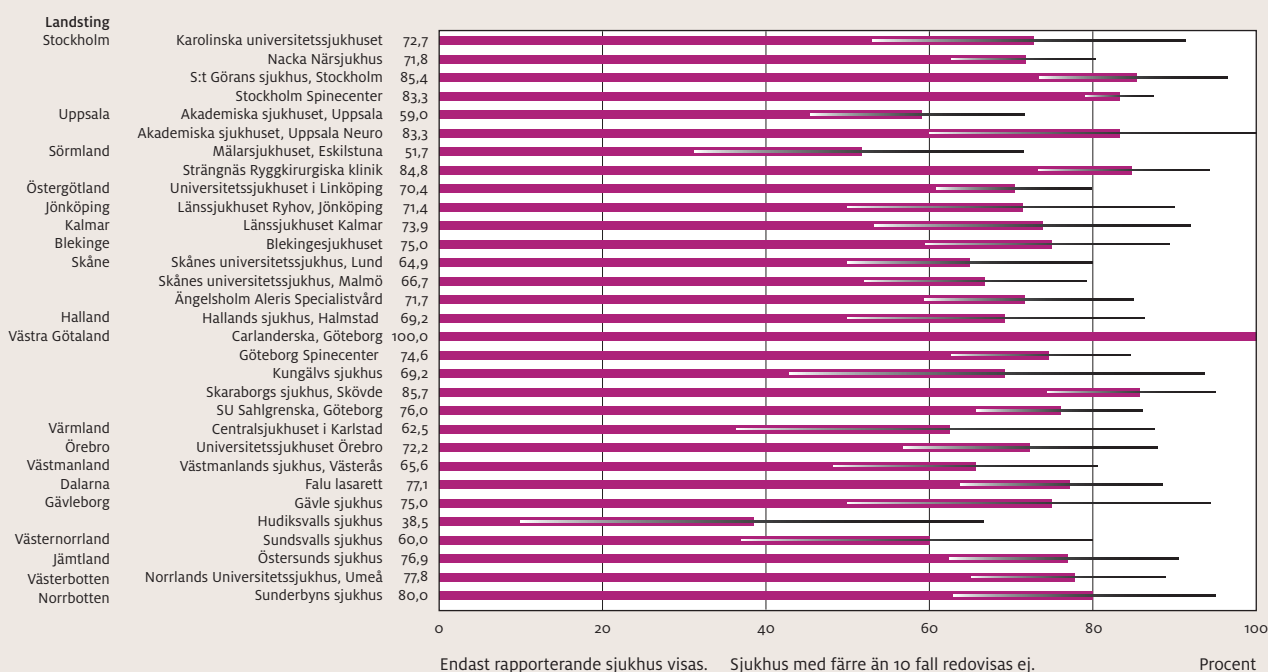


Källa: SWESPINE - Svenska Ryggregistret.

Detta är skäl att för analysera de processer som leder fram till operationsbeslut, inklusive patientselektionen, det vill säga case-mix. I Swespines senaste analys av klinikresultat (visas inte här) har en korrigering för case-mix gjorts, och det finns då inte anledning att tro att kliniker med låg operationsvolym har sämre resultat än de med högre, något som beskrivits i tidigare rapporter.

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

DIAGRAM 85 – SJUKHUS: Andel patienter som anger att bensmärtan är helt förvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen, 2012. Mätperioden avser operationsår.



Källa: SWESPINE - Svenska Ryggregistret.

PATIENTRAPPORTERAD LIVSKVALITET EFTER OPERATION FÖR DISKBRÅCK OCH SPINAL STENOS

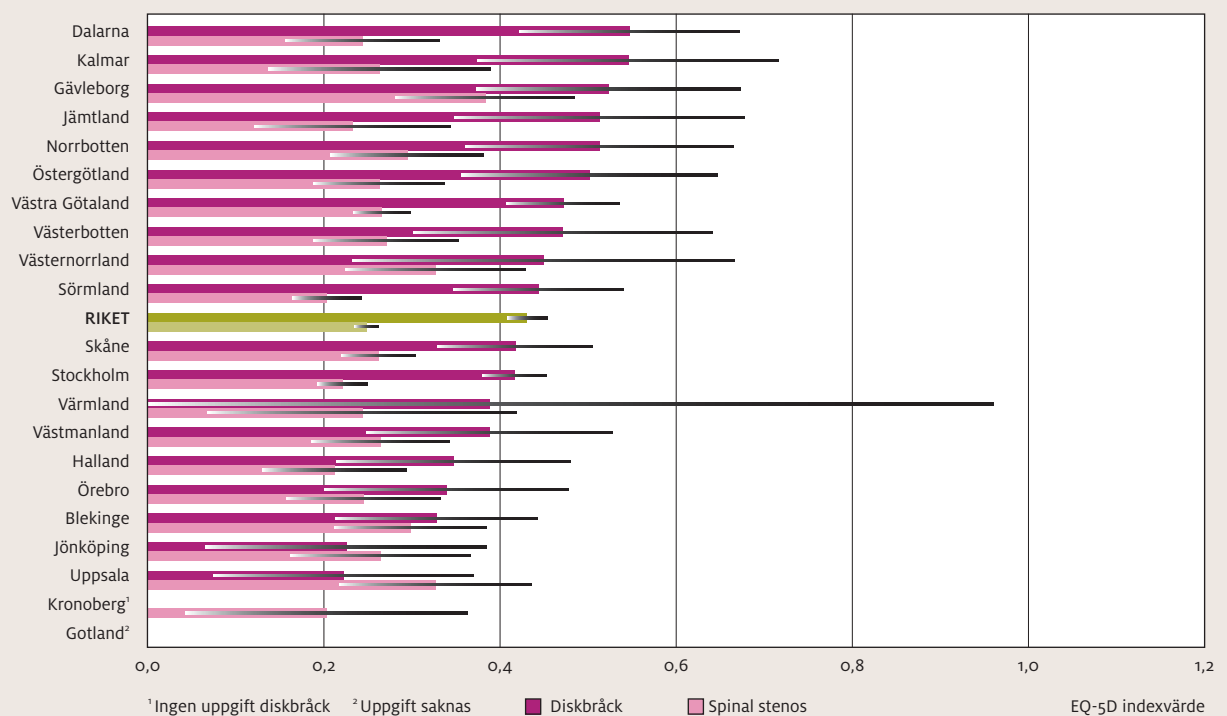
Utöver påverkan på smärta och gångförmåga med mera, mäts inom Swespine även de opererade patienternas självskattade livskvalitet, med instrumentet EQ-5D. EQ-5D är ett så kallat preferensbaserat patientrapporterat livskvalitetsmått, som innehåller två delar. I den första, som redovisas i Swespine i form av ett indexvärde mellan 0-1 (där 1 är högsta tänkbara livskvalitet), får patienten ange sin funktionsförmåga för dagen inom var och en av följande fem hälsodimensioner:

- rörlighet
- hygien
- huvudsakliga aktiviteter
- smärtor/besvär
- oro/nedstämdhet

Varje dimension innehåller tre påståenden, som indikerar om man har inga, måttliga eller svåra problem inom just den dimensionen. Man väljer ett av dessa alternativ för var och en av de fem dimensionerna. Ett sammanfattande index mellan 0 och 1 räknas sedan fram, som kan användas för hälsoekonomiska beräkningar. Egentligen kan indexet även ge negativa värden, men dessa sammanförs oftast till värdet 0. För att få fram ett index krävs egentligen att det finns ett svar för var och en av de fem dimensionerna, vilket gör instrumentet känsligt för svarsbortfall. EQ-5D har dock oftast endast ett litet internt bortfall.

Det nationella medelvärdet för patienter som opereras för en ryggkirurgisk åkomma ligger vanligen runt 0,25-0,35, det vill säga patienterna ha en förhållandevis låg livskvalitet. Ett år efter operationen ligger värdet vanligen på mellan 0,6-0,75, beroende på diagnos. I diagrammet visas differensen mellan det patientrapporterade värdet för EQ-5D index före respektive ett år efter operation, vid diagnoserna diskbråck och spinal stenos. Detta blir därmed ett mått på den genom operationen vunna livskvaliteten.

Patientskattad förbättring (EQ-5D) ett år efter operation för diskbråck respektive spinal stenos, 2013. Mätperiod avser tid för uppföljning.



Källa: SWESPINE - Svenska Ryggregistret.

86 UTBYTESOPERATION INOM 2 ÅR EFTER KORSBANDSOPERATION

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

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

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

Källan till indikatorn är Svenska Korsbandsregistret, ett kvalitetsregister där data om korsbandsoperationer registreras. Korsbandsregistret hade enligt en jämförelse med patientregistret 2012 en täckningsgrad på 89 procent, avseende korsbandsoperationer, vilket är samma täckningsgrad som patientregistret.

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

Jämförelsen baseras på 21 191 patienter med registrerad primär operation under perioden 2005–2011 och som följts upp med avseende på ny registrerad operation till och med

2013. Alla patienter ingår och ingen justering för skadans svårighetsgrad har gjorts.

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

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

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

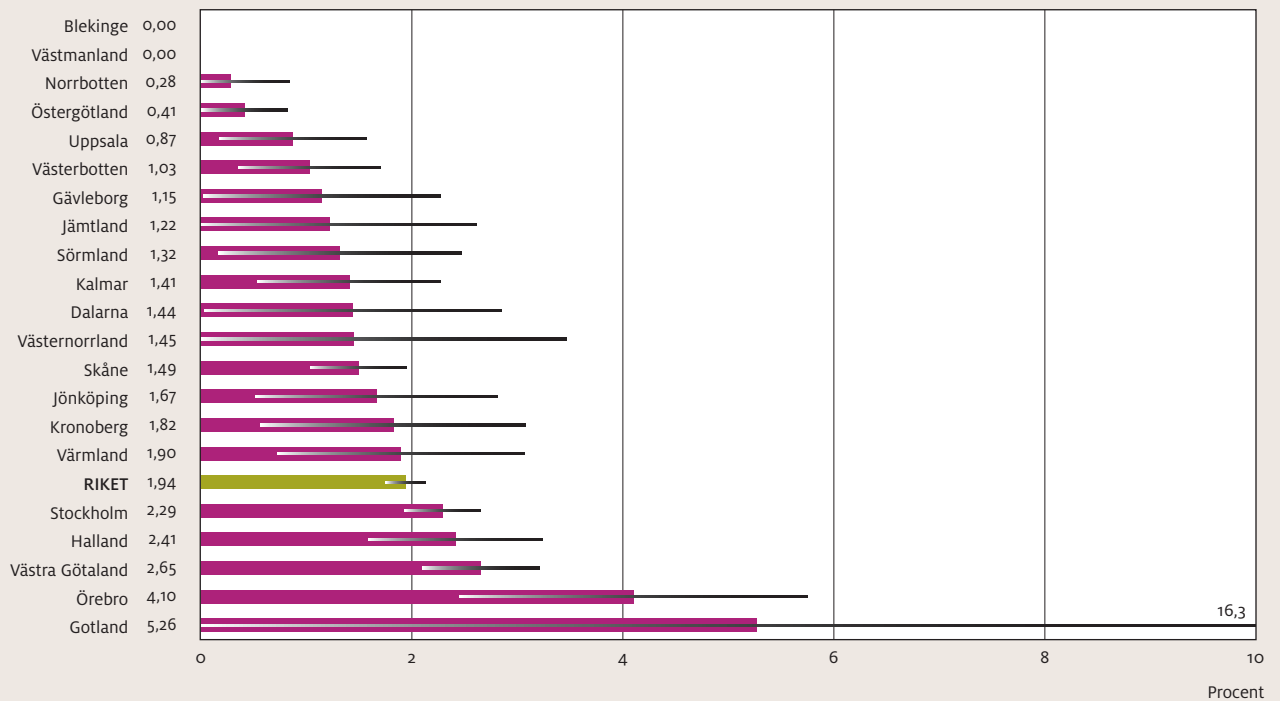
87 PATIENTSKATTAT RESULTAT AV KORSBANDSOPERATION

Alla patienter som inkluderas i Svenska Korsbandsregistret ombeds besvara två frågeformular, KOOS och EQ5D. KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) är ett knäspecifikt instrument för att värdera patientens uppfattning om sina knän och knärelaterade problem. Instrumentet utvärderar fem aspekter: smärta, andra symtom som svullnad, ledrörlighet och mekaniska symtom, funktionsnedsättning vid dagliga aktiviteter, funktionsnedsättning vid idrott och fritidsaktiviteter, samt knärelaterad livskvalitet. Detta görs med hjälp av en skattningsskala.

Indikatorn visar medelvärdet för de två KOOS-dimensioner som avser funktionsnedsättning vid idrott och fritidsaktiviteter respektive knärelaterad livskvalitet, två år efter operationen. Enbart patienter 20–30 år som opererats med hamstringsgraft under 2007–2011 ingår. Jämförelsen baseras på drygt 2 500 opererade patienter som besvarade KOOS-formuläret. Totalt antal opererade var 5 300 och svarsfrekvensen i riket därmed 47 procent. Även svarsfrekvens visas till höger i diagrammet.

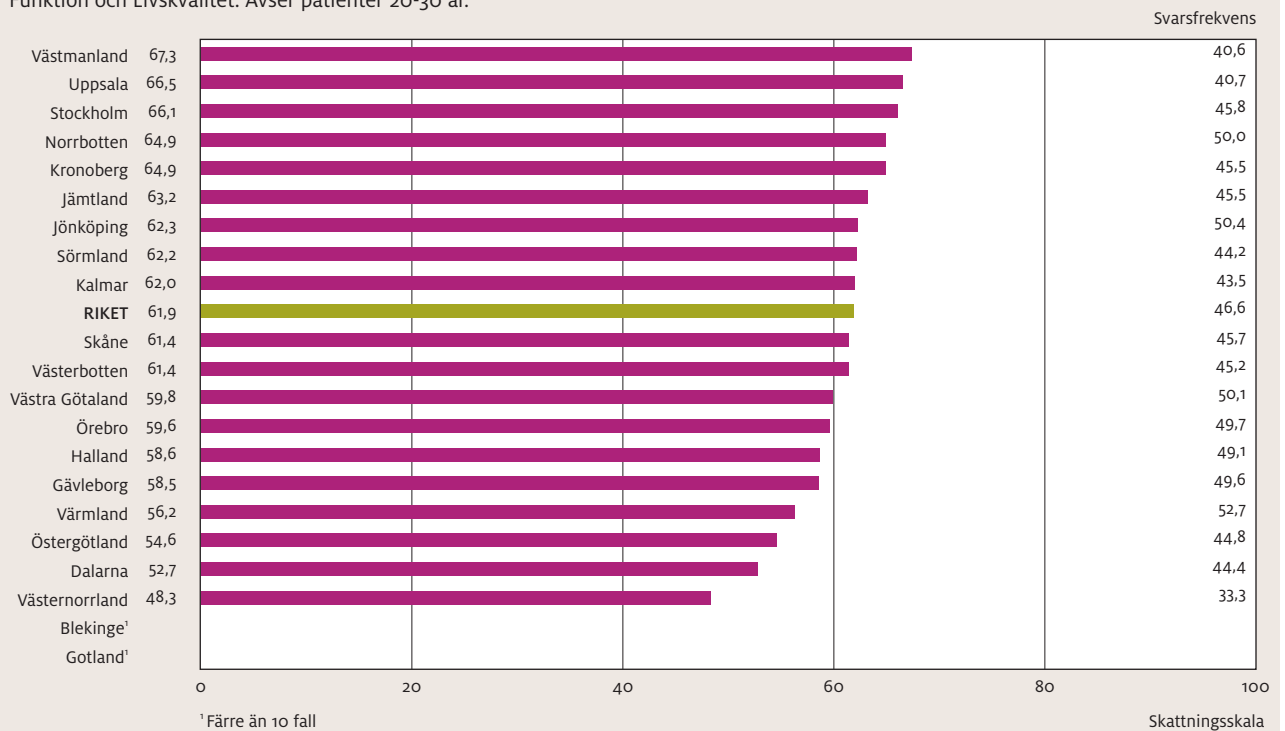
Före operationen har patienterna en nedsättning i den självskattade funktionen. Ett år efter operationen ses en klar förbättring av självskattad knäfunktion, följt av en successiv förbättring två och fem år efter operationen. Vid jämförelse med referensdata framtagna från 118 knäfriska fotbollsspelare finner man att patienterna inte uppnår normal funktion ett, två eller fem år efter operation. De största skillnaderna mellan patienterna före och efter operation och referensgruppen, är i aspekterna "funktionsnedsättning vid idrott och fritidsaktiviteter", samt "knärelaterad livskvalitet". Resultaten för 2013 års uppföljning skiljer sig inte markant från tidigare års resultat.

DIAGRAM 86 – TOTALT: Andel utbytesoperationer inom 2 år efter främre korsbandsoperation, 2005–2011. Uppföljning t.o.m. 2013.



Källa: Svenska korsbandsregistret.

DIAGRAM 87 – TOTALT: Patientskattat resultat 2 år efter förstagångsoperation av främre korsband, 2007–2011. Medelvärde för KOOS Funktion och Livskvalitet. Avser patienter 20–30 år.



Källa: Svenska korsbandsregistret.

88 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID TOTAL HÖFTPROTESOPERATION

Under 2013 rapporterades 8 545 höftprotesoperationer till KPP-databasen, vilket motsvarar över hälften av de höftprotesoperationer som utfördes 2013.

I diagrammet visas kostnaderna för slutenvård per vårdtillfälle för primär total höftprotesoperation. Kostnader som inkluderas i databasen är kostnaden för varje enskilt vårdtillfälle samt för den vårdinsats som kan knytas till dessa vårdtillfällen.

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

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

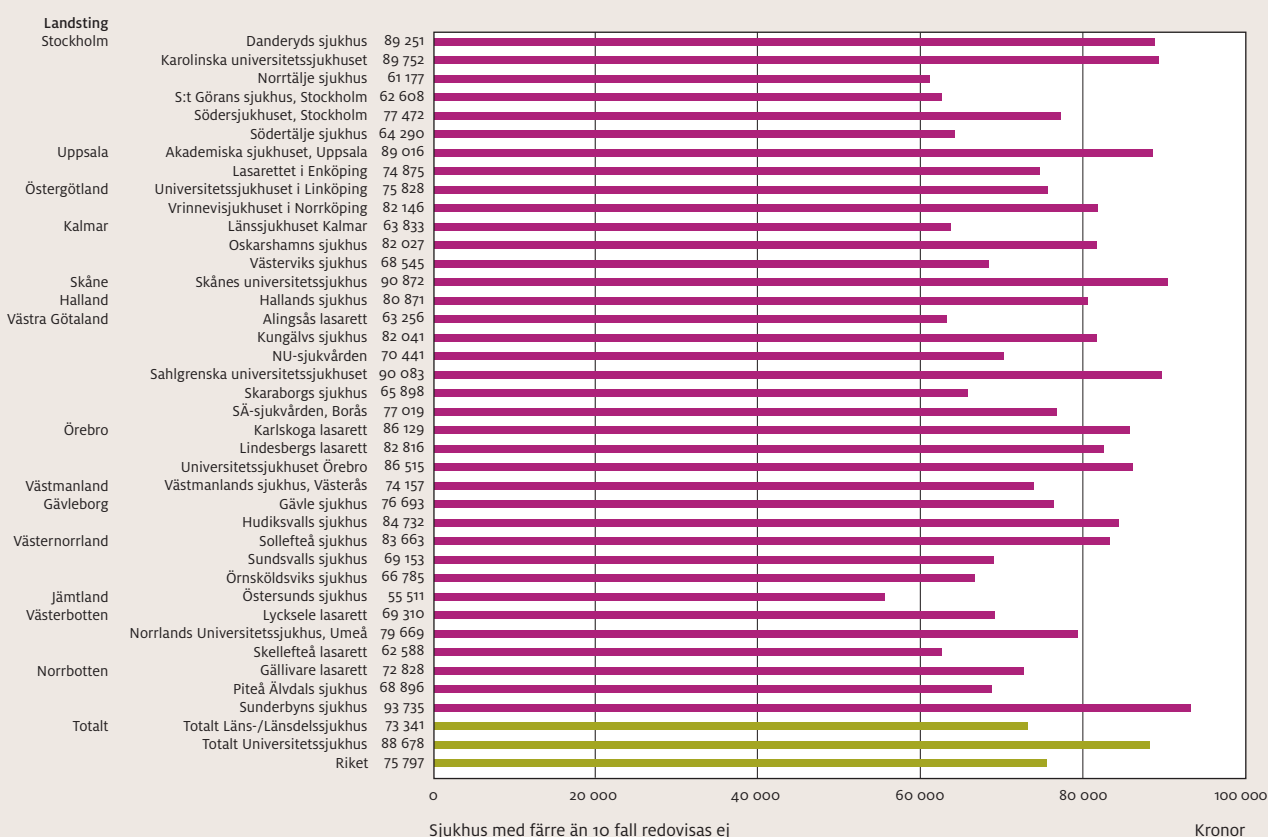
Det finns ett regelverk för hur kostnader ska kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som ska ingå. Trots detta kan kalkylerna skilja sig mellan sjukhusen.

Genomsnittskostnaden för innerfallen uppgick 2013 till 75 797 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från cirka 55 000 till närmare 94 000 kronor. Medelvårdtiden var cirka 5 dagar.

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

Kostnadsskillnaderna påverkas även av patientsammansättningen, av patientens allmänna funktionsförmåga och sjuklighet. Enheter kan ha mycket korta vårdtider och därmed låga kostnader bland annat beroende på att patienter selekterats dit. Kostnaderna speglar slutligen även tiden för själva operationen och bemanningen vid sjukhuset i stort. Universitetssjukhusens kostnader är drygt 15 000 kronor högre per vårdtillfälle än för övriga sjukhus.

DIAGRAM 88 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid primär total höftprotesoperation, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

89 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE VID TOTAL KNÄPROTESOPERATION

Drygt 13 000 primära totala knäprotesoperationer utförs varje år. 2013 rapporterades 5 743 vårdtillfällen till KPP-databasen, det vill säga knappt hälften av samtliga knäprotesoperationer.

I diagrammet presenteras genomsnittskostnaden för primär total knäprotesoperation.

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

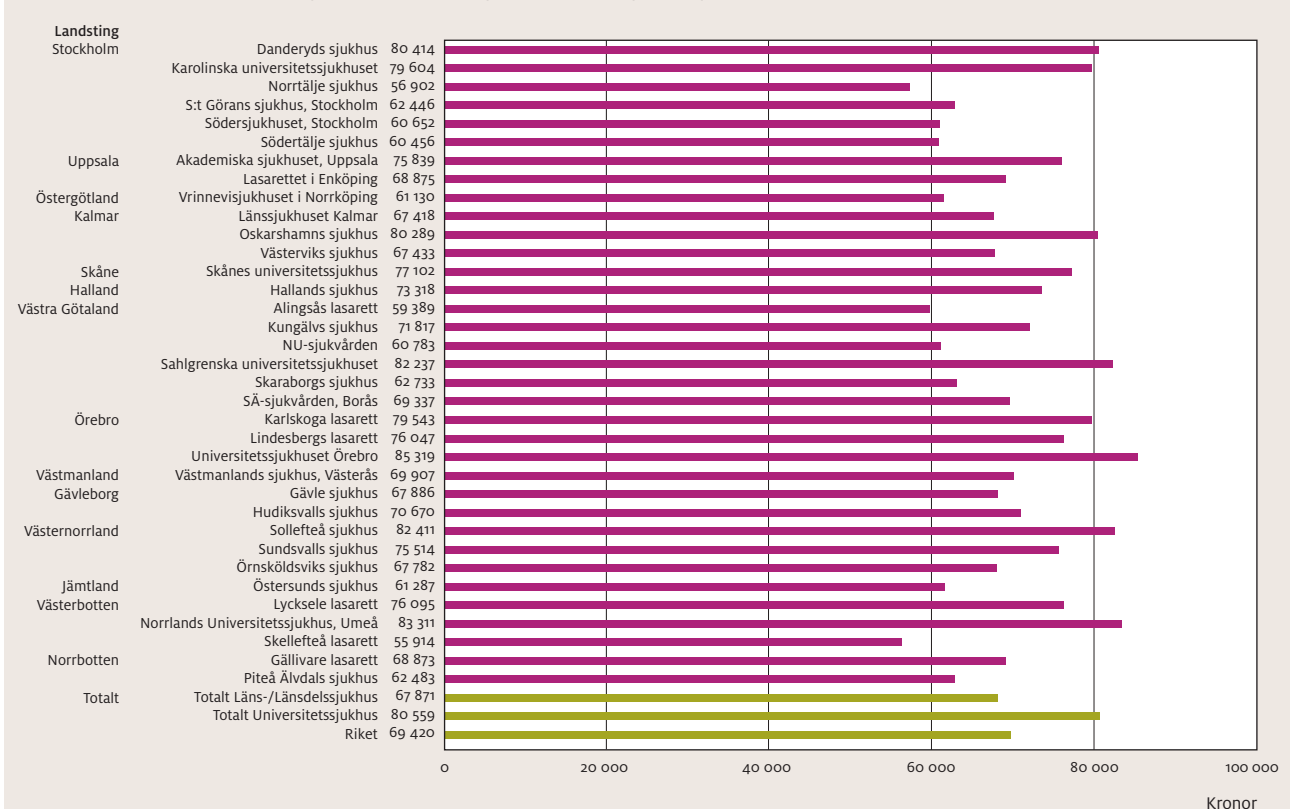
De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättning vid sjukhusen.

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

Kostnaden för knäprotesoperationer uppgår till 69 420 kronor per vårdtillfälle, vilket är något lägre än för höftprotesoperationer. Precis som kostnaden för höftprotesoperationer är variationen mellan sjukhusen stor, från 56 000 kronor till 85 300 kronor.

Kostnader och medelvårdtider påverkas av flera faktorer, till exempel hur vården organiseras eller sjukhusens olika patientsammansättning. Universitetssjukhusens kostnader är cirka 13 000 kronor högre än övriga sjukhus.

DIAGRAM 89 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid primär total knäprotesoperation, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

90 BESÖK INOM 90 DAGAR – ORTOPEDI

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till ortopedisk mottagning.

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

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor för besök på en ortopedisk mottagning uppgick till 32 304 personer i mars 2014.

Diagrammet visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 90 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2014. Detta är en ökning med cirka två procentenheter sedan oktober 2013. Av de som väntat i högst 90 dagar har ungefär hälften väntat i högst 30 dagar och cirka 80 procent i högst 60 dagar.

I femton landsting har minst 90 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. Övriga landsting har en variation på 80 till 88 procent för andelen som väntat högst 90 dagar. I dessa landsting har drygt en tredjedel väntat i högst 30 dagar.

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

DIAGRAM 90 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök inom ortopedi, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

91 OPERATION INOM 90 DAGAR FÖR KNÄPROTES

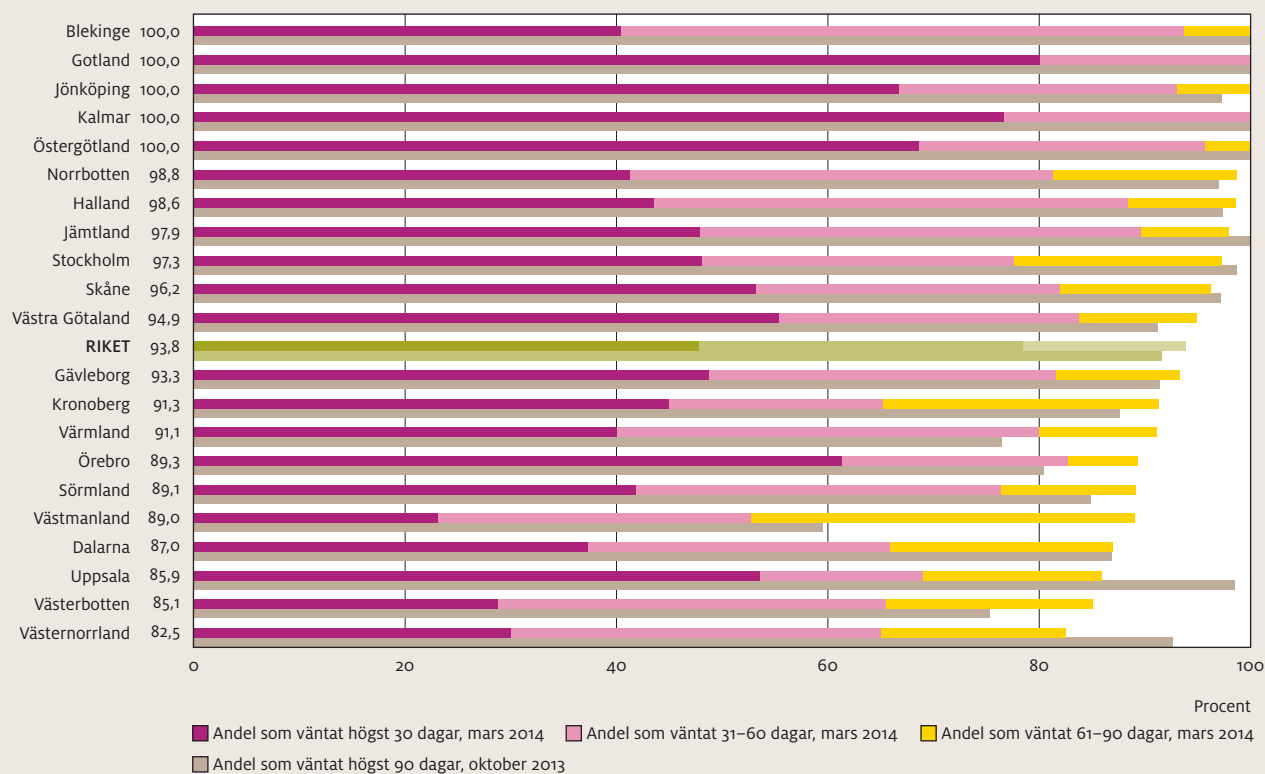
Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation/ behandling för knäprotes.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Totalt i riket är det endast 2 264 personer som är uppsatta på vänte- eller planeringslista för operation/behandling med knäprotes.

I diagrammet kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling för knäprotes var 94 procent i riket, vilket är en ökning med två procentenheter sedan oktober 2013. Av de 2 264 personerna har knappt hälften väntat i högst 30 dagar. Andelen som väntat högst 90 dagar varierade mellan landstingen från 83 till 100 procent.

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

DIAGRAM 91 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på knäprotesoperation, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

92 OPERATION INOM 90 DAGAR FÖR HÖFTPROTES

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation/ behandling för höftprotes.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Totalt i riket är det endast 2 284 personer som är uppsatta på vänte- eller planeringslista för operation/behandling med höftprotes.

I diagrammet kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling för höftprotes var 95 procent i riket, vilket är en ökning med två procentenheter sedan oktober 2013. Av de 2 284 personerna har knappt hälften väntat i högst 30 dagar. Andelen som väntat högst 90 dagar varierade mellan landstingen från 86 till 100 procent. Endast två landsting har en andel under 90 procent.

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

DIAGRAM 92 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på höftprotesoperation, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

ARTROSKOPI I KNÄLEDEN VID ARTROS ELLER MENISKSKADA

När artroskopi (titthålskirurgi) i knäleden introducerades under 70-talet var ingreppet i första hand en diagnostisk åtgärd, för att snabbt förändras till ett åtgärdsingrepp. Tekniken utvecklades så att man till exempel kunde operera bort skadade menisker via artroskopet. Såväl internationellt som nationellt finns numer en vetenskaplig konsensus om restriktiv användning av artroskopi av knäleden vid smärttillstånd som beror på artros.

Flera studier har visat att vid artrossymtom är behandlingseffekterna likvärdiga vid sjukgymnastik respektive artroskopi med ledsköljning och borttagande av meniskvävnad. Samtidigt har andra studier visat att några av patienterna kommer att behöva en artroskopisk behandling. De meniskförändringar som oftast föreligger är vanligen en del av artrossjukdomen snarare än ett resultat av en skada. I åldersgruppen över 40 år är sjukgymnastik därför förstahandsalternativ vid behandling av meniskskada. I dagsläget finns ingen säker diagnostik för att identifiera de patienter som kan ha nytta av en artroskopi vid artrossymtom med meniskskada.

I Öppna jämförelser 2013 redovisades för 2012 för höga värden för Stockholm, på grund av dubbelrapportering som inte upptäcktes. En korrigering fick i efterhand göras. Även för 2013 är antalet inrapporterade fall från Stockholm felaktigt för höga. Det finns även en förmodad underrapportering från annat landsting. Av dessa skäl visas i årets rapport inte jämförelsen per landsting, utan enbart för riket.

Diagrammet visar för riket antalet knäledsartroskopier per 100 000 invånare. I riket utfördes 195 operationer per 100 000 invånare under 2013. Enbart patienter 40 år och

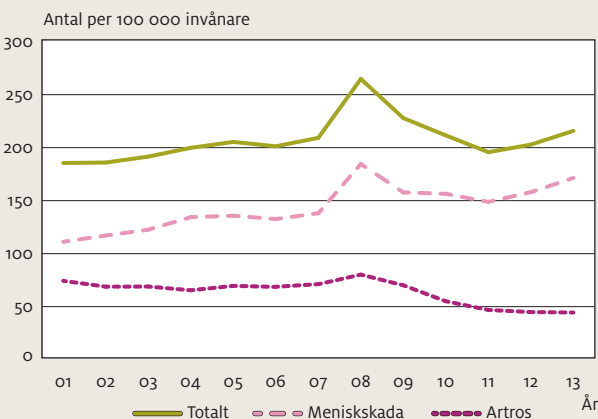
äldre som fått diagnosen artros och/eller meniskskada ingår i jämförelsen. Uppgifterna om antalet operationer är åldersstandardiserade, och avser både öppenvård och slutenvård. 2013 rapporterades knappt 9 400 artroskopier till patientregistret för den aktuella patientgruppen, efter att dubbelrapportering för vissa kliniker i Stockholm och i Skåne räknats bort. En källa till osäkerhet är vidare underrapportering till patientregistret.

Andelen artroskopier med huvuddiagnos artros har successivt minskat över tid. Samtidigt utförs fler artroskopier med meniskskada som huvuddiagnos, vilket innebär att det totala antalet artroskopier för denna population de senaste åren i stort sett är oförändrat.

Minskningen av antalet artroskopier vid artros är positiv och kan bero på ökad följsamhet till de nationella riktlinjerna, hos ortopederna och huvudmännen. Till viss del kan det även ha skett en förändring i diagnoskodning, från artros till meniskskada. Diagnoskriteriers tillämpning kan variera. Diagnosen artros sätts enligt de nationella riktlinjerna efter klinisk bedömning av symtom, oberoende av om en röntgenundersökning har påvisat förändringar eller ej.

Socialstyrelsen gör i sin under hösten 2014 publicerade utvärdering av följsamheten till riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar den summerande bedömningen att hälso- och sjukvården behöver fortsätta arbetet med att minska antalet artroskopier som genomförs på grund av knäartros. Detta gäller särskilt landsting som genomför operationen i större utsträckning än det nationella genomsnittet. Andelen artroskopier som utförs med huvuddiagnos artros respektive meniskskada varierar också avsevärt mellan olika landsting, och det kan finnas skäl att särskilt analysera dessa skillnader i diagnosfördelning.

Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit, också kallad ledgångsreumatism, är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som ofta börjar med värk och svullna leder i händer och fötter. Mellan 50 000 – 90 000 individer i Sverige har reumatoid artrit. Det är vanligast att man får sjukdomen mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är förekommer oftare hos kvinnor än hos män. Dess påverkan på det dagliga livet är också större för kvinnor – och kvinnor får mer smärta och ömma leder. Många med reumatoid artrit förlorar arbetsförmågan efter en kortare tids sjukdom.

Det finns en ökad dödlighet bland personer med reumatoid artrit, oftast orsakad av hjärt- och kärlsjukdom. Det är inte känt varför reumatoid artrit uppkommer, men rökning anses vara en riskfaktor.

Det är viktigt att så tidigt som möjligt ställa diagnos för att snabbt kunna inleda behandling, som består av behandling med olika läkemedel och sjukgymnastik. Behandling minskar risken för ledsador och de senaste åren har behandlingsresultat för nyinsjuknade personer successivt förbättrats, så att fler personer uppnår låg sjukdomsaktivitet och begränsad funktionsnedsättning. Läkemedelsbehandlingen är långsiktig och kräver noggrann uppföljning.

Det sjukdomsmodifierande läkemedlet metotrexat används för att hämma inflammationen vid reumatoid artrit. Även så kallade TNF-hämmare används för att minska inflammationen i kroppens leder. Under de senaste åren har antalet biologiska läkemedel mot reumatoid artrit ökat. Det gör att en person med sjukdomen kan prova en annan TNF-hämmare eller annat biologiskt läkemedel, om en typ inte ger effekt eller har slutat att verka. Kombinationsbehandling med olika läkemedel kan också vara aktuellt. En bieffekt av behandling med TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel är att risken för allvarliga infektioner ökar.

Här visas fyra indikatorer för reumatoid artrit, tre med Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) som källa. Den fjärde avser väntetider till reumatologisk mottagning och är hämtad från Väntetider i Vården. Socialstyrelsen publicerar under hösten 2014 en utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar, bland annat reumatoid artrit. Denna rapport innehåller flera indikatorer, till exempel hur lång tid man haft sjukdomssymtom när

diagnos är ställd och tid mellan sjukdomsdebut och första behandling med biologiskt läkemedel. Av praktiska skäl visas inte dessa här. Även SRQ gör under 2014 en översyn av de kvalitetsindikatorer man vill använda och utåt redovisa, vilket gör att indikatoruppsättningen för kommande år kan komma att förändras.

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra vård och behandling av patienter med reumatiska sjukdomar. Svensk Reumatologisk Förening (SRF) tog 1996 initiativet till SRQ. Registret startade som ett kvalitetsarbete för att följa upp patienter med reumatoid artrit. Cirka 57 000 patienter finns med i SRQ. Registret har utvecklats till att omfatta allt fler reumatiska sjukdomar. Oavsett diagnos följs också alla patienter som behandlas med biologiska läkemedel.

SRQs täckningsgrad har skattats med hjälp av Socialstyrelsens patientregister, senast avseende år 2012. Det finns en variation mellan landstingen, men för riket är den skattade täckningsgraden 75 procent: 75 procent av patientregistrets patienter återfanns i SRQ. SRQ har haft fokus på olika undergrupper, för vilka täckningsgraden studerades. För nydebuterade patienter; för patienter som aktivt följs och för patienter som behandlas med biologiska eller antireumatiska (DMARD) läkemedel är täckningsgraden högre, mellan 78 och 84 procent. Dock bedöms att det finns en överdiagnostik i patientregistret, så att den reella täckningsgraden i SRQ är högre, cirka 83 procent för alla.

93 BIOLOGISKA LÄKEMEDEL VID REUMATOID ARTRIT

Biologiska läkemedel är för en del patienter ett viktigt behandlingsalternativ. Dessa påverkar immunsystemet och ges inom reumatologisk specialistvård antingen av patienten själv som injektioner eller av vården som intravenösa dropp.

För de allra flesta patienter gör behandlingen att prognosen förbättras påtagligt och att funktionsnedsättningen begränsas. Samtidigt är läkemedlen associerade med vissa biverkningar och biologiska läkemedel kostar cirka 70–150 000 kronor per patient och år. Det är därför viktigt att alla patienter som behöver får dessa läkemedel, men också att patienter som klarar sig bra med annan antireumatisk behandling inte behandlas med dem. Tillsammans

med mått på patientens sjukdomsaktivitet och funktionsnedsättning är det viktigt att följa omfattningen av den biologiska behandlingen i de olika landstingen.

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

Kvalitetsregistrets täckningsgrad för biologiska behandlingar kan inte exakt beräknas eftersom dessa läkemedel inte finns till fullo i andra nationella register. Tidigare analyser har pekat på att täckningsgraden i riket var kring 90 procent. Täckningsgraden kan variera mellan landsting. Tolkningsproblem är att förekomsten av RA eller behovet av biologiska läkemedel kan variera mellan landsting och att det relevanta antalet behandlade bör värderas i ljuset av hälsoutfallet.

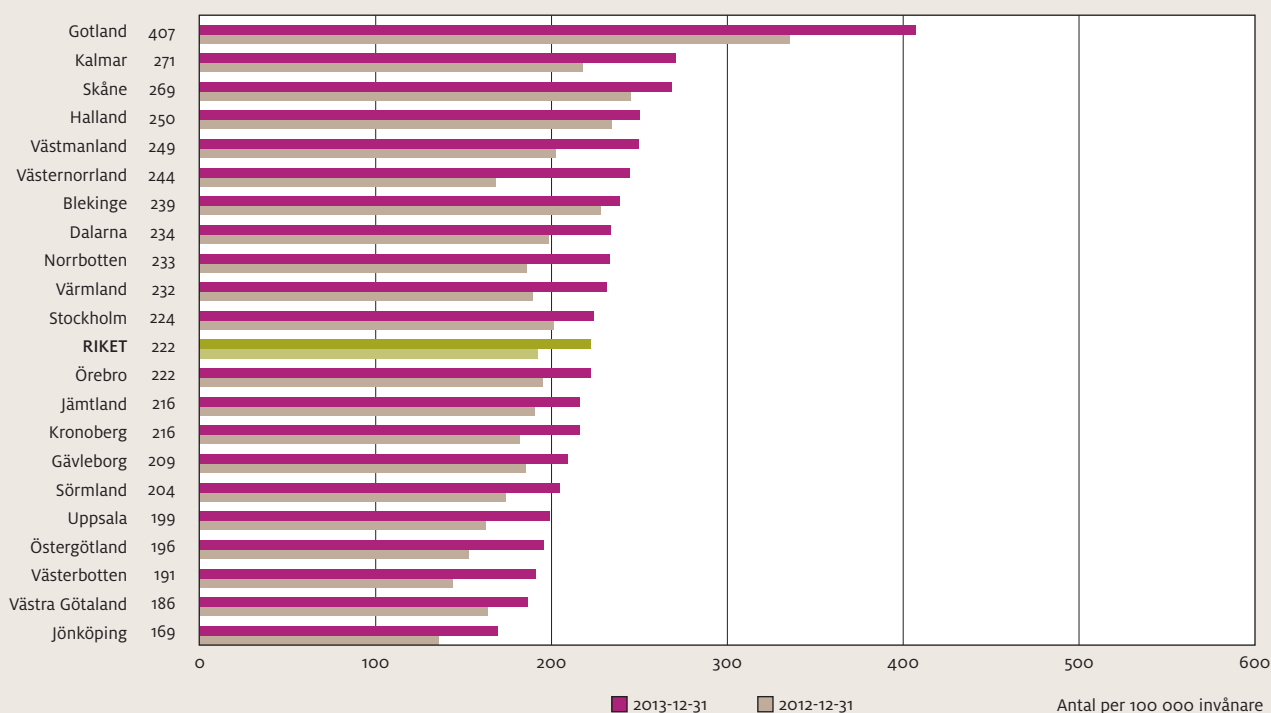
I december 2013 hade i riket 222 patienter med RA per 100 000 invånare biologisk behandling. Variationen mellan landsting sträcker sig från knappt 170 till över 400 behandlade per 100 000 invånare. Totalt fanns det vid mät-tidpunkten något över 17 000 behandlade patienter. I riket

har det skett en ökning av antalet behandlade, från 4 000 år 2003 till dagens nivå. Antalet behandlade kvinnor är klart högre än antalet män, vilket beror på att förekomsten av reumatoid artrit är högre bland kvinnor.

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

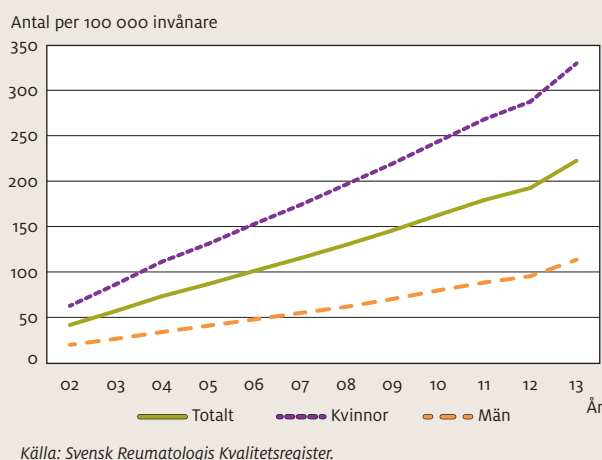
Avgörande vid tolkning bör vara hälsoutfallet för patienten. Skillnader i hälsoutfall mellan grupper med olika behandlingar kan bäst ses i kvalitetsregistret. Detta innehåller ännu främst patienter med biologisk behandling och en lägre andel av de som har annan antireumatisk behandling. Arbete pågår för att öka täckningsgraden, så att även patienter utan biologisk behandling inkluderas i kvalitetsregistret. Då ökar möjligheterna att jämföra hälsoläget hos patienter med olika behandlingar.

DIAGRAM 93 – TOTALT: Antal patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 31 december 2013. Avser patienter 18 år och äldre.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

DIAGRAM 93 – RIKET: Antal patienter med biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare. Avser patienter 18 år och äldre.



94 EFFEKT VID FÖRSTA BEHANDLING MED BIOLOGISKA LÄKEMEDEL

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

Indikatorn visar hur stor andel av patienterna som blev förbättrade 4–12 månader efter det initiala besöket, av alla patienter som startat sin första behandling med biologiskt läkemedel. Med förbättring menas att sjukdomsaktiviteten antingen är låg eller ingen, så kallad remission. Dessa nivåer bestäms av DAS28, så att låg sjukdomsaktivitet är

2,6–3,2 och ingen sjukdomsaktivitet föreligger vid DAS28 < 2,6.

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

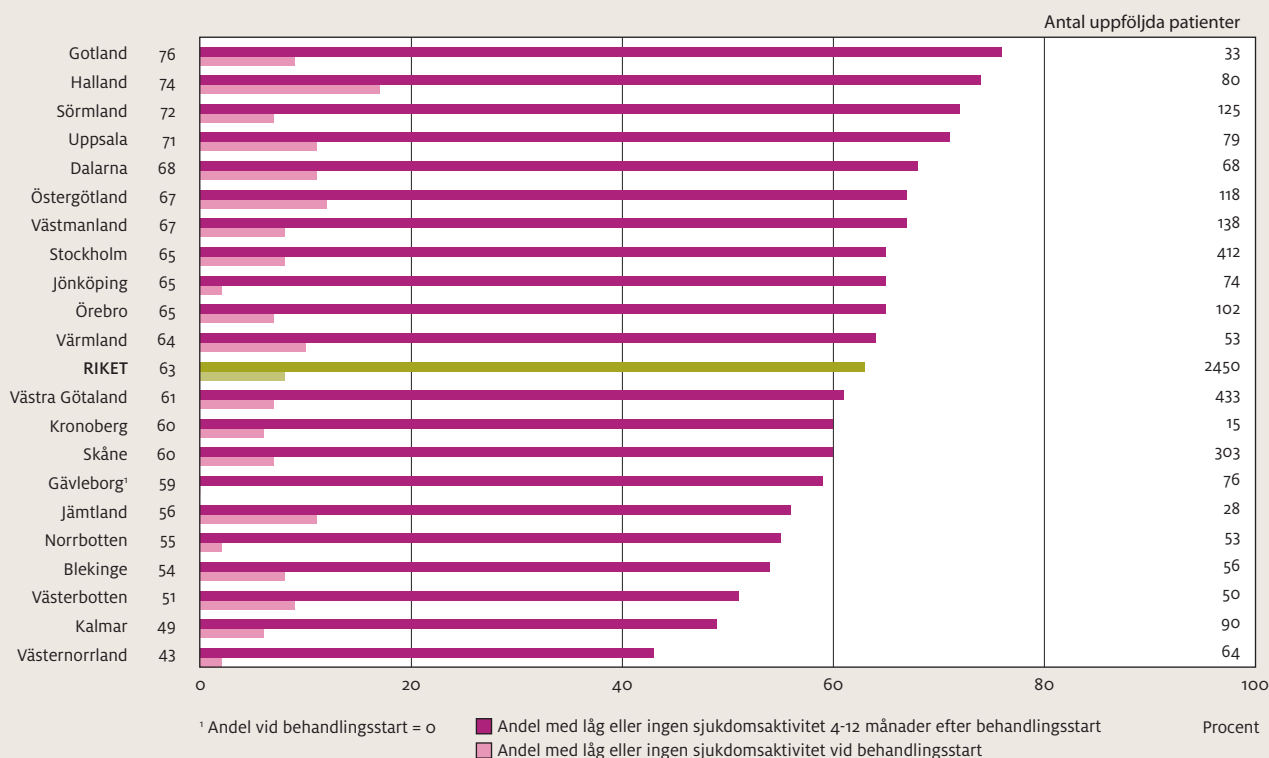
DAS28 är ett sammansatt mått på hälsa, men det säger inte allt, till exempel räknas inte ledinflammationer i fötter med. Det kan finnas patienter med relativt lågt DAS28 som är i stort behov av behandling, liksom det kan finnas patienter som har upplevt en avgörande förbättring av hälsan utan att deras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

En klar förbättring i sjukdomsaktivitet ses vid den första insättningen av biologisk behandling. I riket uppnår 63 procent av patienterna en låg aktivitet eller får en inaktiv sjukdom. Andelen varierar mellan landstingen, från 43 till 76 procent. 53 procent av kvinnorna i riket når en förbättring, medan motsvarande tal för männen är något högre, cirka 59 procent. Siffrorna för män är dock mer osäkra då de baseras på lägre antal män i de olika landstingen, eftersom RA är en sjukdom som huvudsakligen drabbar kvinnor. Totalt baseras jämförelsen på 2 450 patienter.

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

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

DIAGRAM 94 – TOTALT: Andel patienter med reumatoid artrit med låg eller ingen sjukdomsaktivitet 4-12 månader efter behandlingsstart med första biologiska läkemedel, 2011-2013. Patienter 18 år och äldre. Mätperiod avser tid för uppföljning. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

95 PATIENTRAPPORTERAD HÄLSA VID BEHANDLING AV MED BIOLOGISKT LÄKEMEDEL

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

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

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

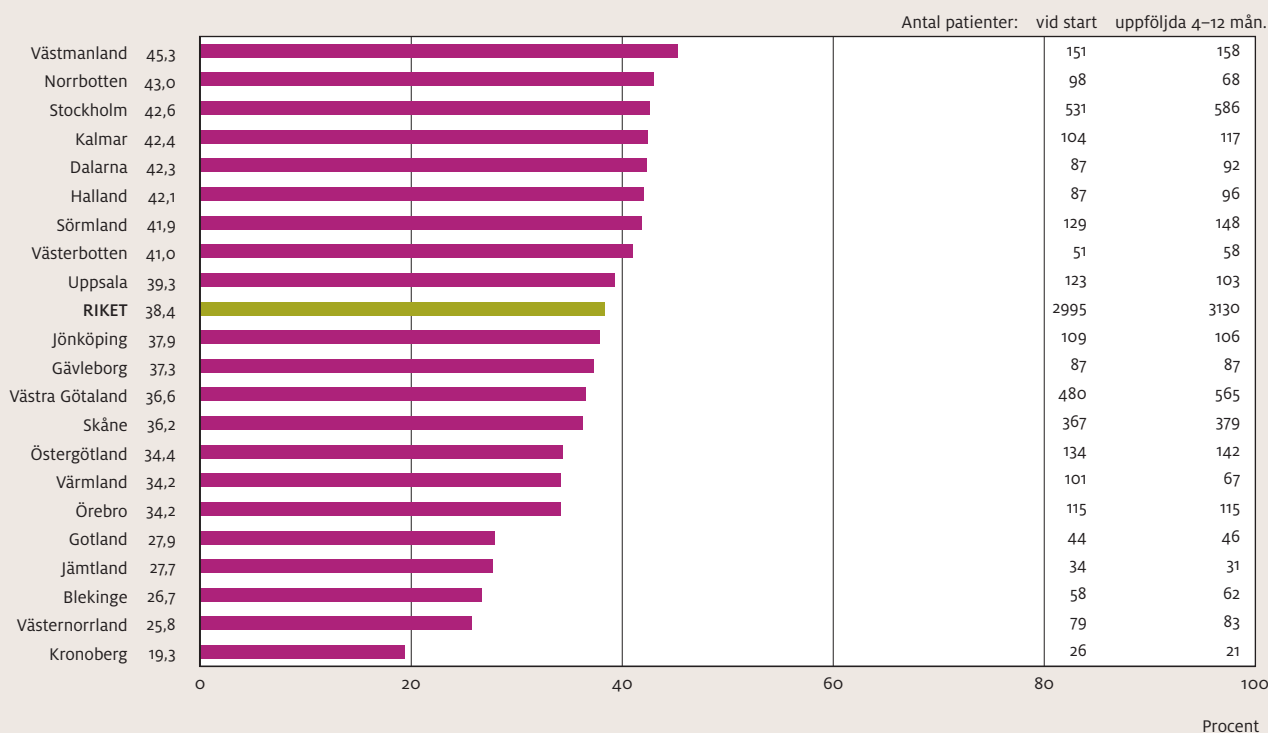
sar därmed den skillnad i upplevd hälsa som uppnås med behandlingen. Förbättringen uttrycks här i procent, som hur mycket patienten förbättrats i förhållande till hur hon mådde vid första besöket.

I riket är förbättringen cirka 38 procent för patienter med som följdes upp under mätperioden 2011-2013, med en variation mellan landsting från cirka 19 till 45 procent. Det finns i riket som helhet inga större skillnader mellan kvinnors och mäns förbättring, som är drygt 35 respektive cirka 32 procent. Jämförelsen baseras på cirka 3 000 patienter, varav närmare 2 200 är kvinnor. Jämfört med mätperioden 2010-2012 har värdet för riket försämrats något.

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

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

DIAGRAM 95 – TOTALT: Patientrapporterad förbättring av hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, 2011–2013. Mätperiod avser tid för uppföljning. Effekt mäts som procentuell förändring av patientens globala VAS.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

96 BESÖK INOM 90 DAGAR – REUMATOLOGI

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till reumatologisk mottagning.

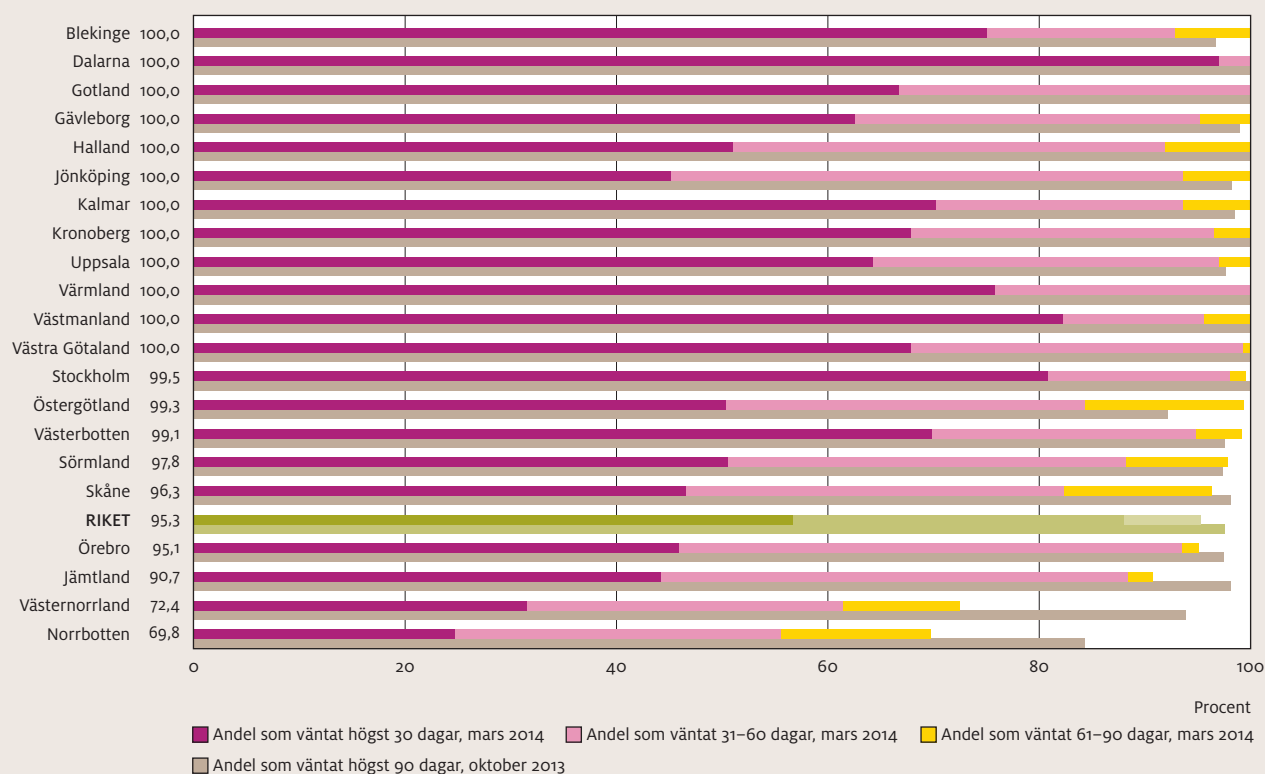
Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor för besök på en reumatologisk mottagning uppgick till 2 493 personer i mars 2014.

Diagrammet visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 95 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2014. Detta är en minskning med cirka tre procentenheter sedan oktober 2013. Av de som väntat i högst 90 dagar har drygt hälften väntat i högst 30 dagar och 88 procent i högst 60 dagar.

I tolv landsting har 100 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. Endast två landsting har andelar under 90 procent.

DIAGRAM 96 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök inom reumatologi, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Diabetesvård

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

Exempel på diabeteskomplikationer är hjärtinfarkt och kärlkramp, ischemisk stroke, högt blodtryck, kärlförträngning i ben och ögonsjukdomar, till exempel retinopati. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras. Detta gör man bäst genom att brett angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av komplikationer. För diabetesvården finns ett antal etablerade kvalitetsindikatorer som speglar riskfaktorer och behandlingsmål för dessa. Bland dem är patienternas långtidsblodsockervärde (HbA1c), blodtryck och kolesterol, liksom förekomst av rökning och fetma.

Fjorton indikatorer för diabetesvård redovisas i detta avsnitt. Indikatorer som speglar rökning, fetma och fysisk aktivitet vid diabetes visas under avsnittet *Hälsoinriktad sjukvård*. En indikator om femårsrisk för hjärt-kärlsjukdom visas bland de övergripande indikatorer som inleder rapporten (del 1). Indikatorerna här är baserade på data från Nationella Diabetesregistret, NDR och från kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes, SWEDIAB-KIDS, som ingår i NDR.

Utöver gängse indikatorer om blodsockerkontroll, blodtryck och blodfetter i primärvård ingår här även indikatorer om ögonbottenkontroll och fotundersökning. Tillsammans med de indikatorer som belyser levnadsvanor ges därmed en bredare bild av diabetesvården, jämfört med tidigare års öppna jämförelser.

Socialstyrelsen publicerade 2010 nationella riktlinjer för diabetesvården. En viktig del av riktlinjearbetet är framtagandet av kvalitetsindikatorer som ger stöd för systematisk uppföljning. De indikatorer som här redovisas svarar väl mot de indikatorer som rekommenderas i riktlinjerna och de som ingick i Socialstyrelsens utvärdering av dia-

betesvården, publicerad i januari 2012. En ny utvärdering publiceras i början av 2015.

NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Täckningsgraden avseende läkemedelsbehandlade personer med diabetes var över 88 procent för riket totalt 2013, men med variationer mellan landstingen. En liten grupp landsting har lägre täckningsgrad än 85 procent. Täckningsgrad för sjukhus är mycket hög och är således hög även i primärvård, generellt sett. I de fall det finns ett bortfall av specifika uppgifter anges det i indikatortexten.

97 BLODSOCKERKONTROLL VID TYP 2 DIABETES

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

HbA1c återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har således ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes.

Enligt nationella riktlinjer är målet att HbA1c ska vara lägre än 52 mmol/mol, men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras. Målet kan inte tillämpas på alla personer utan hänsyn bör tas till risken för frekvent svår hypoglykemi (lågt blodsocker), svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom eller begränsad återstående livslängd, som alla kan vara motiv för att acceptera en högre HbA1c-nivå.

Det finns inget uttalat mål för hur stor del av patienterna i primärvården som kan förväntas nå ett HbA1c under 52 mmol/mol. Ett arbete om målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer sker inom Socialstyrelsen.

Indikatorn visar andelen personer med diabetes som har ett HbA_{1c}-värde under 52 mmol/mol, bland alla personer med diabetes i primärvården med ett värde för HbA_{1c}. Patienter i alla åldrar ingår. I diagram 97 visas fördelningen även på fler HbA_{1c}-värden, för att illustrera att HbA_{1c} värdet 52 mmol/mol är ett av flera relevanta.

Nationella Diabetesrådet har rekommenderat en indikator för att spegla förekomsten av påtagligt höga HbA_{1c}-värden. I diagrammet kan för varje landsting utläsas även andelen personer med HbA_{1c} över 70 mmol/mol.

Efter flera års oförändrad eller negativ utveckling innebar 2013 en förbättring, med en ökad andel personer som hade ett HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol. Skillnaderna mellan landsting uppgår som mest till cirka 15 procentenheter. Jämförelsen baseras på senast uppmätta HbA_{1c} under 2013 för 291 763 personer, av totalt drygt 305 000.

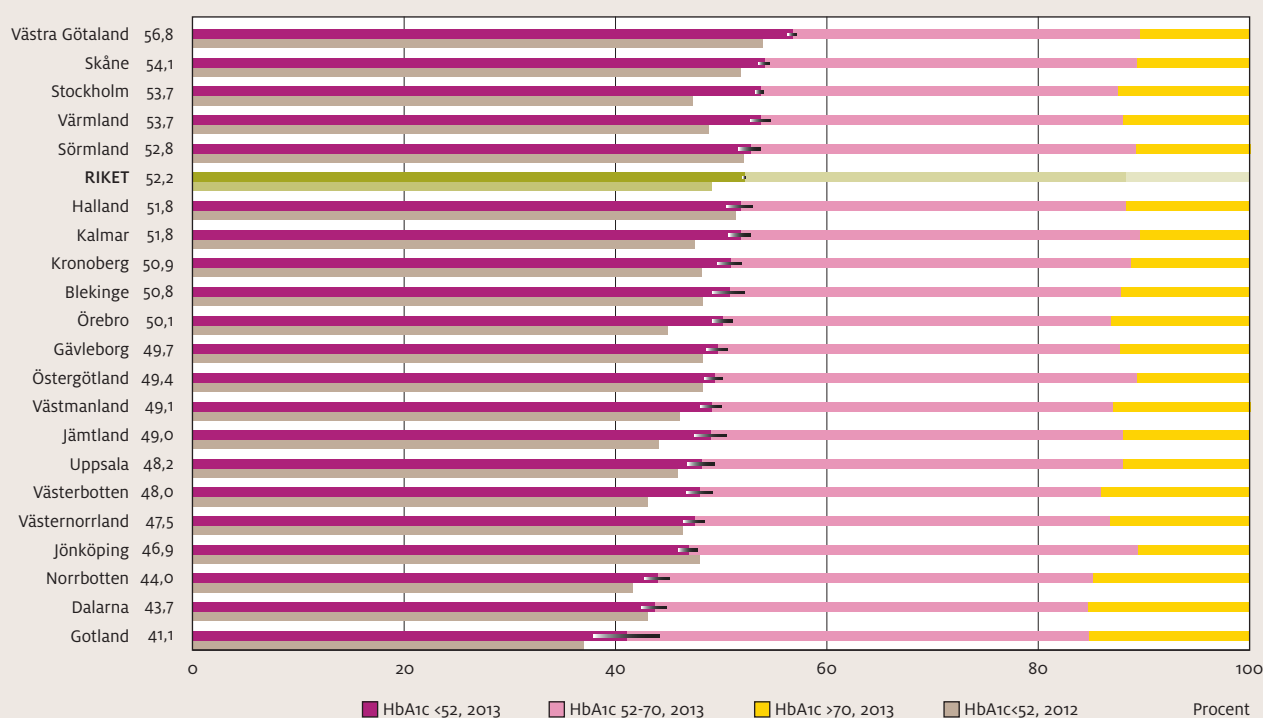
Flera faktorer påverkar eller kan påverka den långsiktiga glukoskontrollen, vid sidan av läkemedelsbehandling: Sjukdomens duration, patientens ålder och levnadsvanor, liksom förekomsten av andra sjukdomar. Framförallt vid jämförelser mellan vårdcentraler kan faktorer som dessa påverka resultatet.

DIAGRAM 97 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård med HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol. HbA_{1c} speglar blodsockerkontroll.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 97 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård med HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol, 2013. HbA_{1c} speglar blodsockerkontroll.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

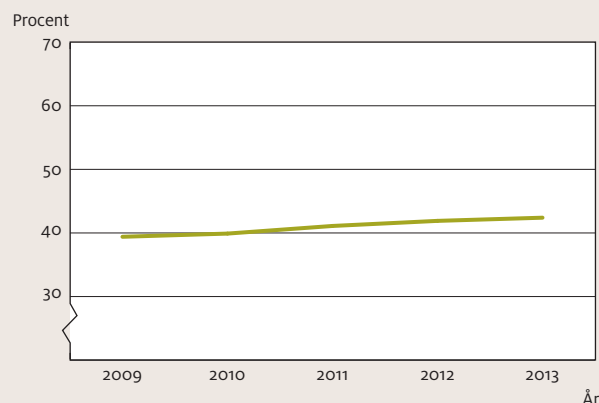
98 BLODTRYCKSKONTROLL VID TYP 2 DIABETES

Det är viktigt med en effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes för att minska risken för makro- och mikrovaskulära komplikationer. De makrovaskulära komplikationerna, det vill säga stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp och perifer kärlsjukdom, står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid typ 2 diabetes. Högt blodtryck ökar också risken för diabetesnefropati (njurskador) som är en väl dokumenterad riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och död. Mikrovaskulära komplikationer, sjukliga förändring i små blodkärl, kan leda till njursvikt, synnedsättning och amputation.

I nationella riktlinjer anges målvärdet för blodtryck till under 130/80 mm/Hg, med reservation för att målet kan vara högre vid hög ålder samt att det kan finnas risk för läkemedelsbiverkningar om man använder många läkemedel samtidigt. Det pågår för närvarande en diskussion om lämpligt behandlingsmål för blodtryck, i arbetet med uppdatering av diabetesriktlinjerna. Det finns i nuläget inget angivet mål för hur stor andel av patienterna i primärvården som kan förväntas nå ett visst blodtrycksvärde.

Indikatorn visar andelen patienter i primärvård som har ett blodtryck lika med eller under 130/80 mm/Hg, bland alla patienter med ett värde för blodtryck. Att indikatorn, till skillnad från riktlinjerna, anger "lika med eller under" som behandlingsmål motiveras av att värden i NDR tenderar att avrundas till 130/80 mm/Hg, även när det uppmätta värdet ligger under. Indikatorn ger med denna utformning en mera rättvisande bild.

DIAGRAM 98 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg.

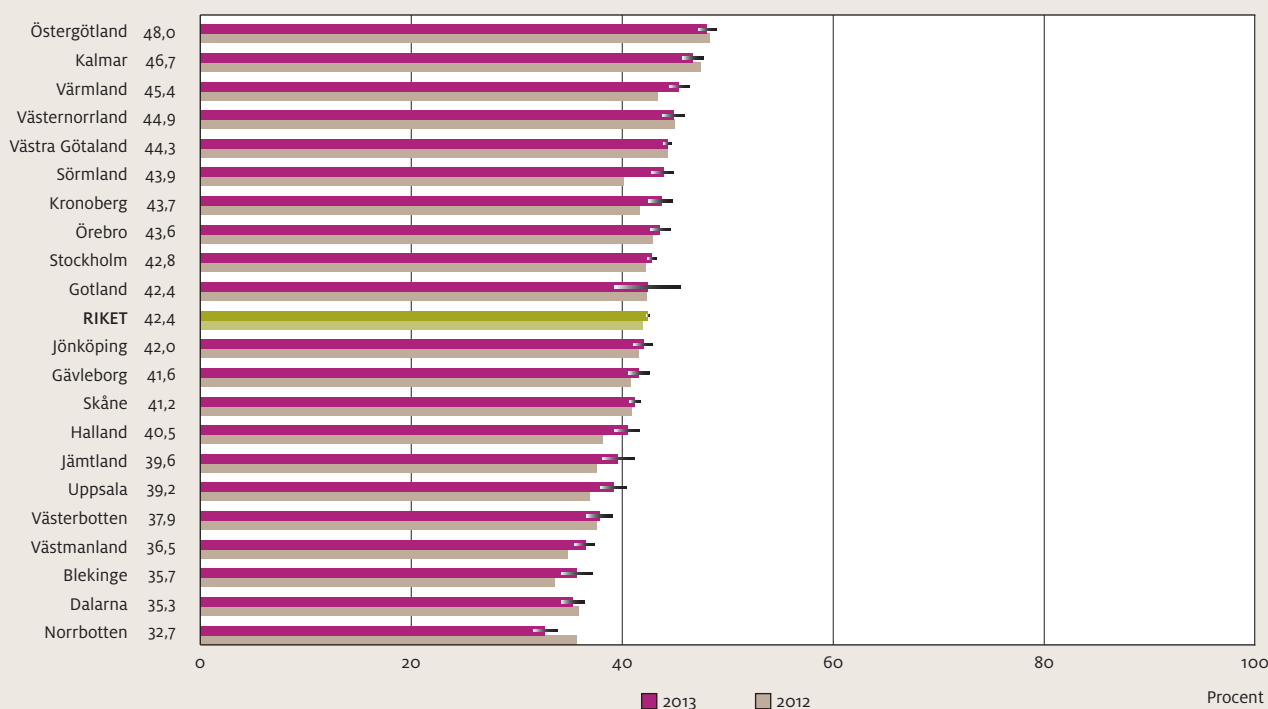


Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

I riket har en viss ökning skett 2013, till 42,4 procent, med en variation mellan landsting från knappt 33 till 48 procent. Jämförelsen baseras på 287 003 patienter, av totalt drygt 305 000. Svartsbortfallet är således mycket litet.

En felkälla är att blodtryck kan mätas på olika sätt. En annan felkälla är att vissa vårdcentraler kan ha rapporterat in det bästa av de uppmätta blodtrycken, om man mätt mer än en gång under året, medan andra till NDR kan ha rapporterat det senast uppmätta blodtrycket. NDR återger det senaste registrerade blodtrycket, om det finns mer än ett. NDR rekommenderar att alla blodtryck registreras i NDR. Blodtrycket skall mätas på ett standardiserat sätt, med patienten sittande. Dygnsbloodtryck registreras inte i NDR.

DIAGRAM 98 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg, 2013.



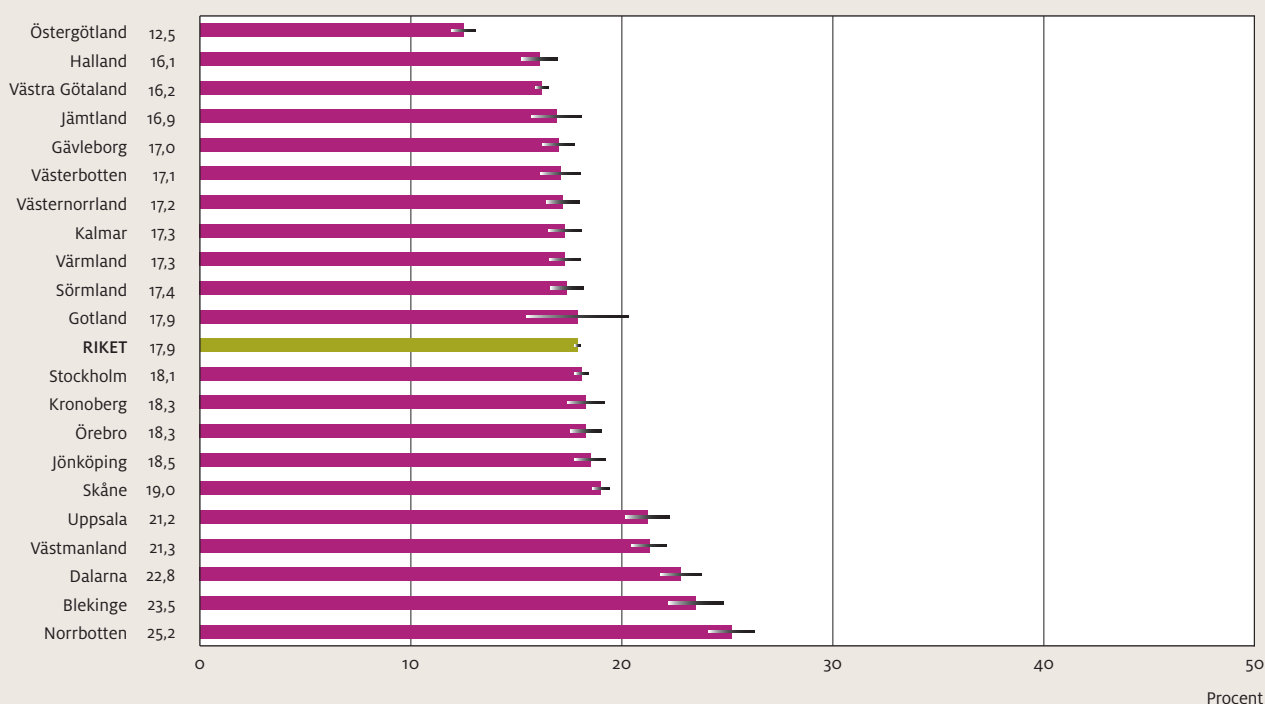
Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

99 PÅTAGLIGT HÖGT BLODTRYCK VID TYP 2 DIABETES

Liksom för HbA1c och för LDL-kolesterol är det viktigt att uppmärksamma de patienter som har ett påtagligt högt blodtryck. De har en högre risk för diabeteskomplikationer. Dessa personer kan behöva särskilda resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare. Man kan diskutera vilken nivå på blodtrycket som skall anses vara "påtagligt" högt.

Indikatorn visar andelen patienter i primärvård som har ett systoliskt blodtryck över eller lika med 150 mmHg. I riket har 17,9 procent av patienterna ett klart högt blodtryck, över eller lika med 150 mmHg. Det finns påtagliga skillnader mellan landsting, med en variation från 12,5 till drygt 25 procent. Jämförelsen baseras på 287 003 patienter, av totalt drygt 305 000. Svartsbortfallet är således mycket litet.

DIAGRAM 99 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård med systoliskt blodtryck lika med eller högre än 150 mmHg, 2013.



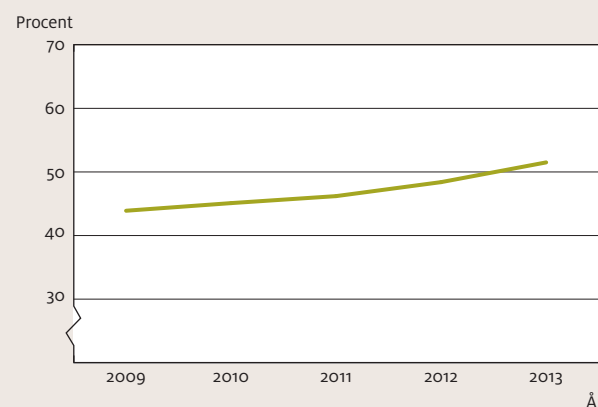
100 LDL-KOLESTEROL VID TYP 2 DIABETES

Höga blodfetter hos patienter med diabetes ökar risken för hjärtsjukdomar, stroke och för nedsatt cirkulation i benen. För patienter med typ 2 diabetes rekommenderas förebyggande behandling med blodfettssänkande läkemedel då det påtagligt minskar risken för höga blodfetter. Ett blodfett är LDL-kolesterol, "det onda kolesterolet".

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör LDL-kolesterol vid typ 2 diabetes ligga på ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l. Det finns i nuläget inget angivet mål för hur stor andel av patienterna i primärvården som bör kunna nå ett visst värde för LDL.

Indikatorn visar andelen personer med diabetes i primärvård som har en LDL-kolesterolnivå under 2,5 mmol/l. Alla personer som har ett värde för LDL ingår, oavsett om man har blodfettssänkande läkemedelsbehandling eller inte.

DIAGRAM 100 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård med LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l.



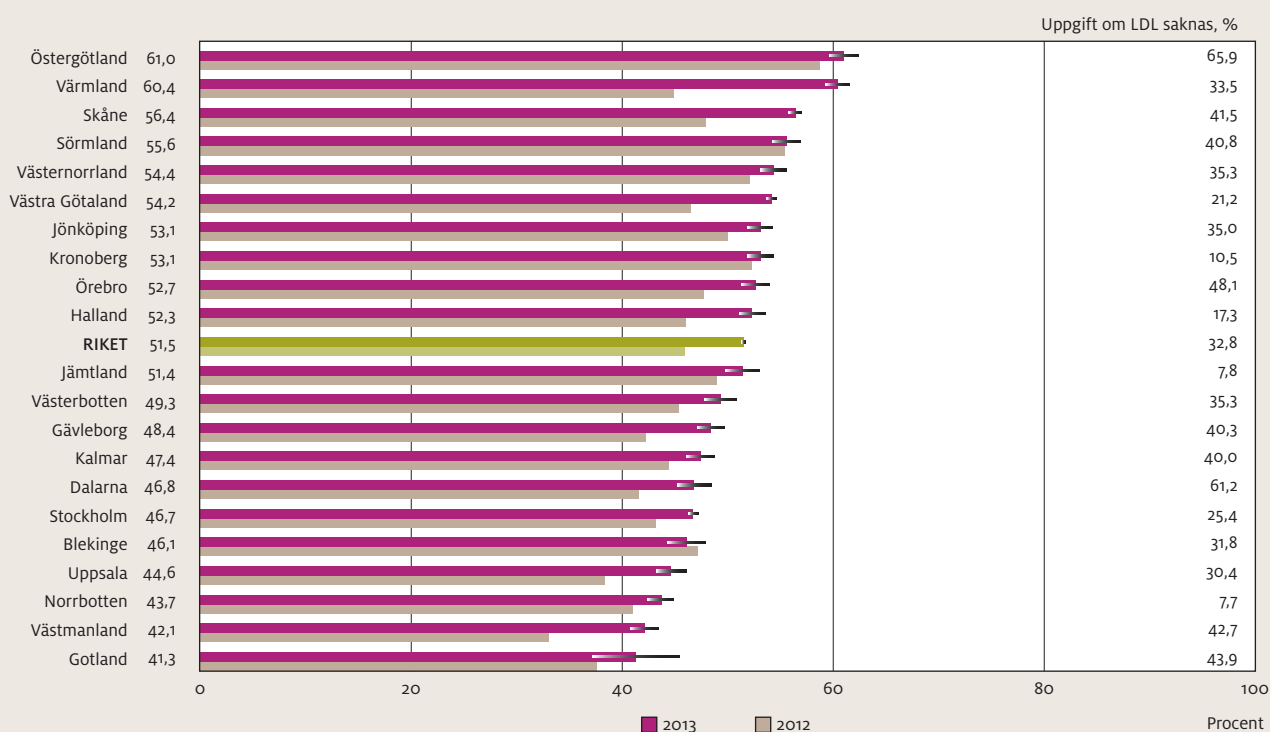
I riket har andelen patienter med LDL under 2,5 mmol/l stadigt ökat sedan 2009, och uppgick 2013 till 51,5 procent. Variationsvidden är cirka 20 procentenheter och sträcker sig från andelar på drygt 40 till drygt 60 procent. Jämförelsen baseras på uppgift om LDL för 203 973 personer.

På samma vis som för blodtryck är behandlingsmålet LDL under 2,5 mmol/l inte det enda viktiga. Andel patienter med LDL under 1,8 mmol/l ökar även den, och andelen med ett påtagligt högt LDL, över 3,0 mmol/l, minskar i riket som helhet.

Det finns ett betydande bortfall av uppgift om LDL-värde i NDR. LDL-värde saknas för drygt 105 000, cirka 33 procent av alla patienter för det angivna året. Bortfallet är påtagligt i många landsting. Östergötland, som har högst andel patienter med LDL under 2,5 mmol/l, saknar LDL-uppgift för närmare 70 procent av patienterna.

Alla enheter har inte som rutin att mäta blodfetter varje år och alla mätningar som görs registreras sannolikt heller inte i NDR. Det är viktigt att detta bortfall uppmärksammas, då höga bortfall gör att resultat för LDL riskerar att inte vara representativt.

DIAGRAM 100 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård med LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

101 FOTUNDERSÖKNING VID TYP 2 DIABETES

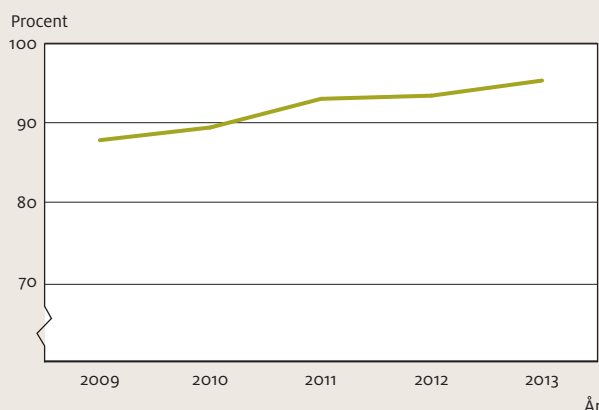
Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svåriläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Dessa patienter löper en stor risk att drabbas av skador, stort lidande samt nedsättning av livskvaliteten.

Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrade cirkulation för att då sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgiska åtgärder som kan förhindra svårare komplikationer och amputationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att fotundersökning skall göras varje år.

Indikatoren visar andelen patienter i primärvården vars fötter undersökts det senaste året, bland alla patienter med uppgift om fotundersökning. Svarsfrekvensen är i riket förhållandevis god. Jämförelsen baseras på 245 903 patienter av totalt drygt 305 000.

I riket hade drygt 95 procent av alla patienter gjort fotundersökning under det senaste året, vilket innebär att de senaste årens stadiga förbättring fortsätter. Sedan 2009 har

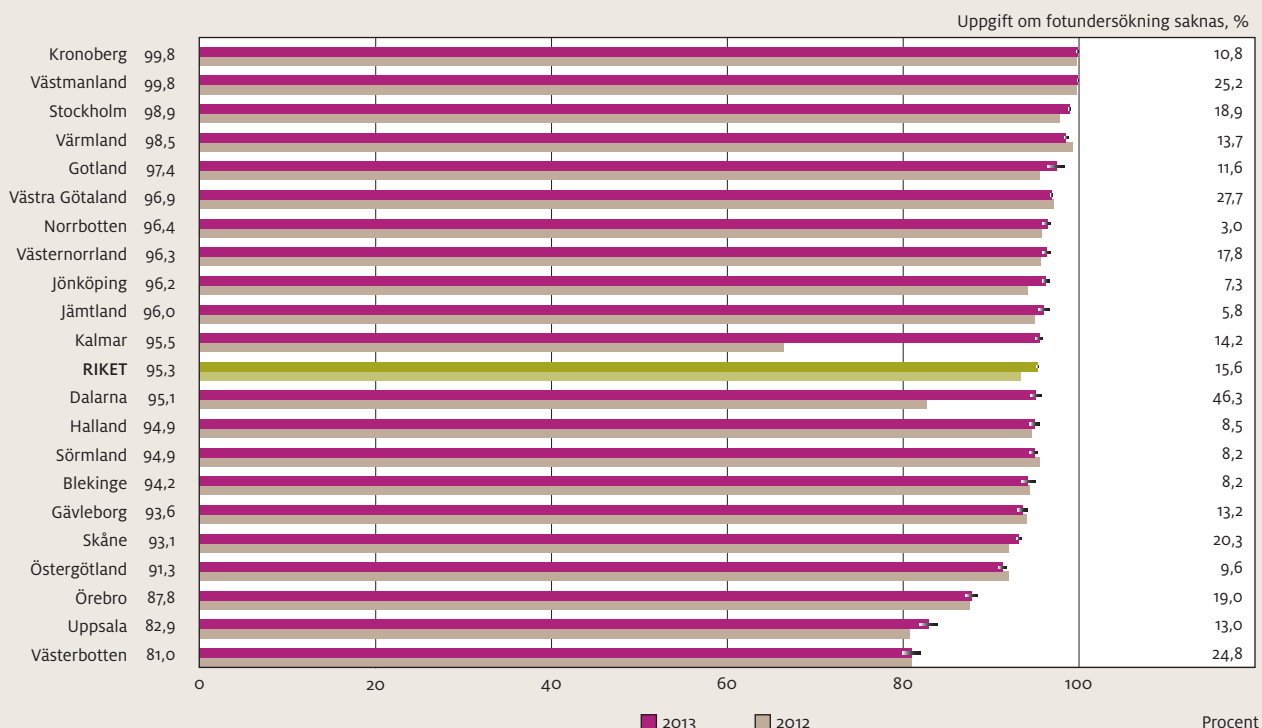
DIAGRAM 101 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård som gjort fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

andelen ökat med sju procentenheter. I en mindre grupp landsting har 10 procent eller flera inte fått sina fötter kontrollerade. Totalt hade drygt 11 500 patienter i primärvården inte genomgått fotundersökning under 2013.

DIAGRAM 101 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård som gjort fotundersökning det senaste året, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

102 ÖGONBOTTENUNDERSÖKNING VID TYP 2 DIABETES

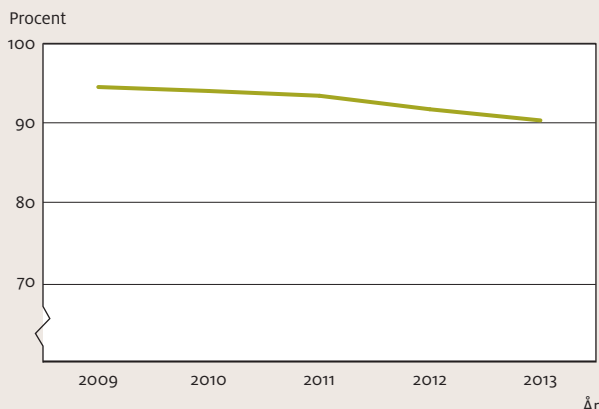
Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinna, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. Tack vare laserbehandling är det färre personer med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

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning var tredje år för typ 2 diabetes för de patienter som inte har ögonskador.

Indikatorn visar andelen patienter i primärvården som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste tre åren, bland dem som svarat ja/nej på denna fråga. I riket uppgår denna andel till 90,3 procent. I alla landsting utom fyra har nio av tio patienter gjort ögonbottenfotografering. Andelen har i riket minskat något de senaste åren.

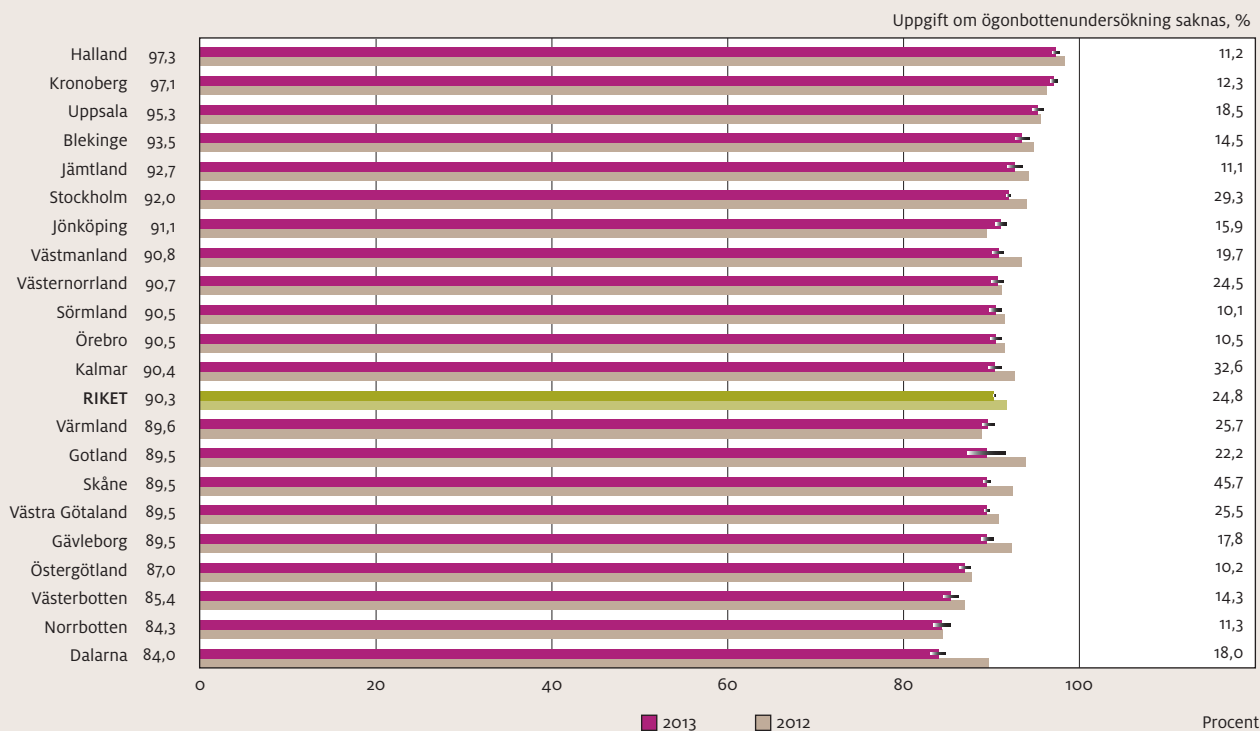
Svarsbortfallet är i riket knappt 25 procent, men med stora variationer mellan landstingen. Uppgift finns om 228 189 personer, av totalt drygt 305 000.

DIAGRAM 102 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 102 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

103 BLODSOCKERKONTROLL VID TYP 1 DIABETES

HbA1c återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Enligt nationella riktlinjer är målet att HbA1c ska vara lägre än 52 mmol/mol, men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras. Målet kan inte tillämpas på alla personer, utan hänsyn bör tas till risken för frekvent svår hypoglykemi (lågt blodsocker), svåra mikro- och makrovaskulära komplikationer, annan sjukdom eller begränsad återstående livslängd, som alla kan vara motiv för att acceptera en högre HbA1c-nivå. Det finns inget uttalat mål för hur stor del av patienterna med typ 1 diabetes som kan förväntas nå ett HbA1c under 52.

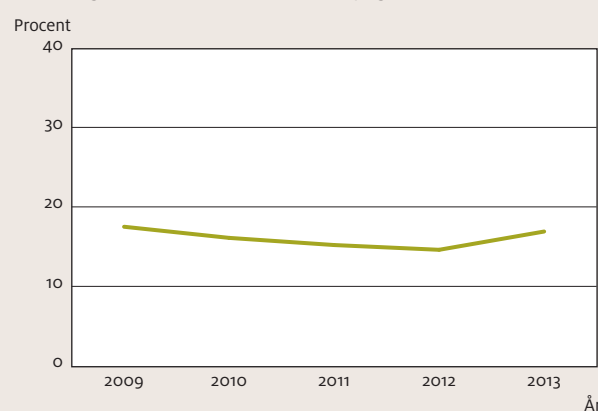
Indikatoren visar andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol, bland alla patienter med typ 1 diabetes vid medicinkliniker. Patienter i alla åldrar ingår. I diagrammet visas patienternas fördelning även på fler HbA1c-värden, för att illustrera att HbA1c-värdet 52 mmol/mol är ett av flera relevanta.

Efter flera års försämring innebar 2013 en förbättring jämfört med 2012, med en ökad andel personer som hade ett HbA1c lägre än 52 mmol/mol. I riket hade 16,9 procent av patienterna lägre HbA1c än 52 mmol/mol, vilket är en bra illustration av att denna nivå inte kan betraktas som ett mål som alla bör kunna nå. Skillnaderna mellan landsting uppgår som mest till cirka 10 procentenheter, medan variationen mellan sjukhus som förväntat är större.

Vid sidan av läkemedelsbehandling kan flera faktorer påverka den långsiktiga glukoskontrollen. Sjukdomens duration, patientens ålder, levnadsvanor och förekomst av andra samtidiga sjukdomar är exempel på sådana faktorer.

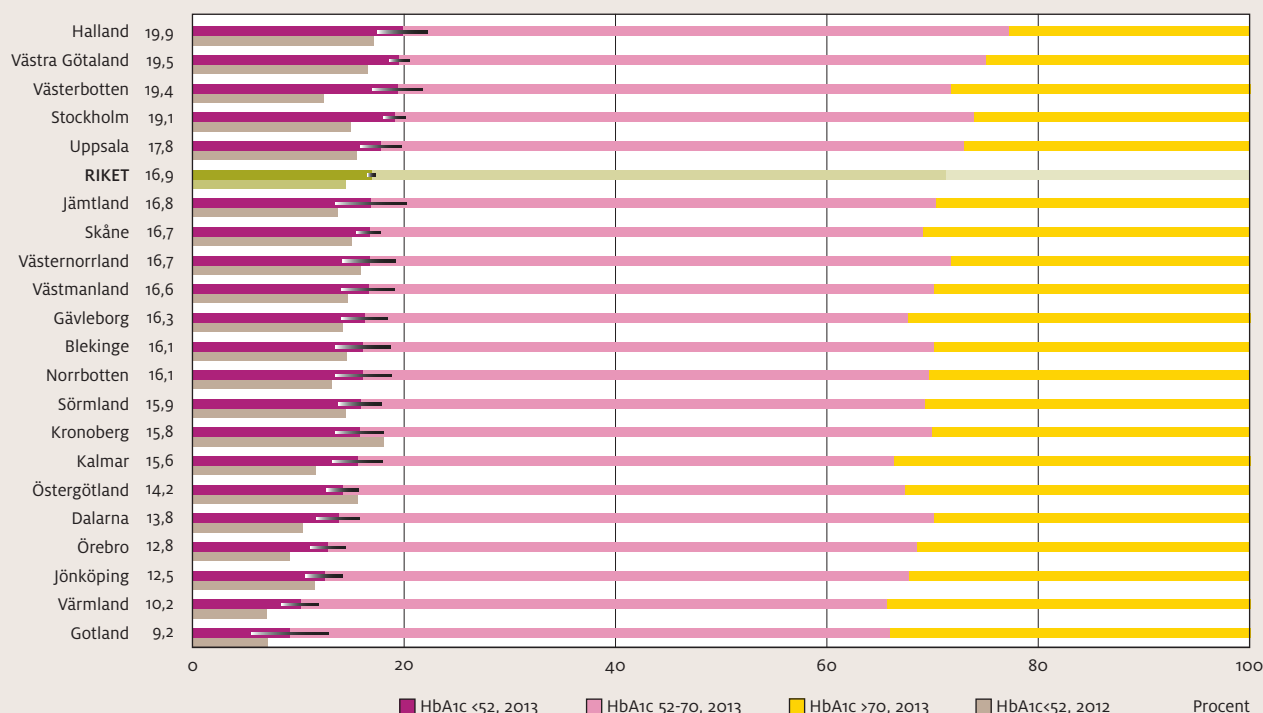
Jämförelsen baseras på senast uppmätta HbA1c under 2013 för 35 510 personer, av totalt drygt 36 000 patienter med typ 1 diabetes vid medicinkliniker i NDR. Svartsbortfallet är alltså mycket litet.

DIAGRAM 103 – RIKET: Andel personer med typ 1 diabetes med HbA1c lägre än 52 mmol/mol. HbA1c speglar blodsockerkontroll.



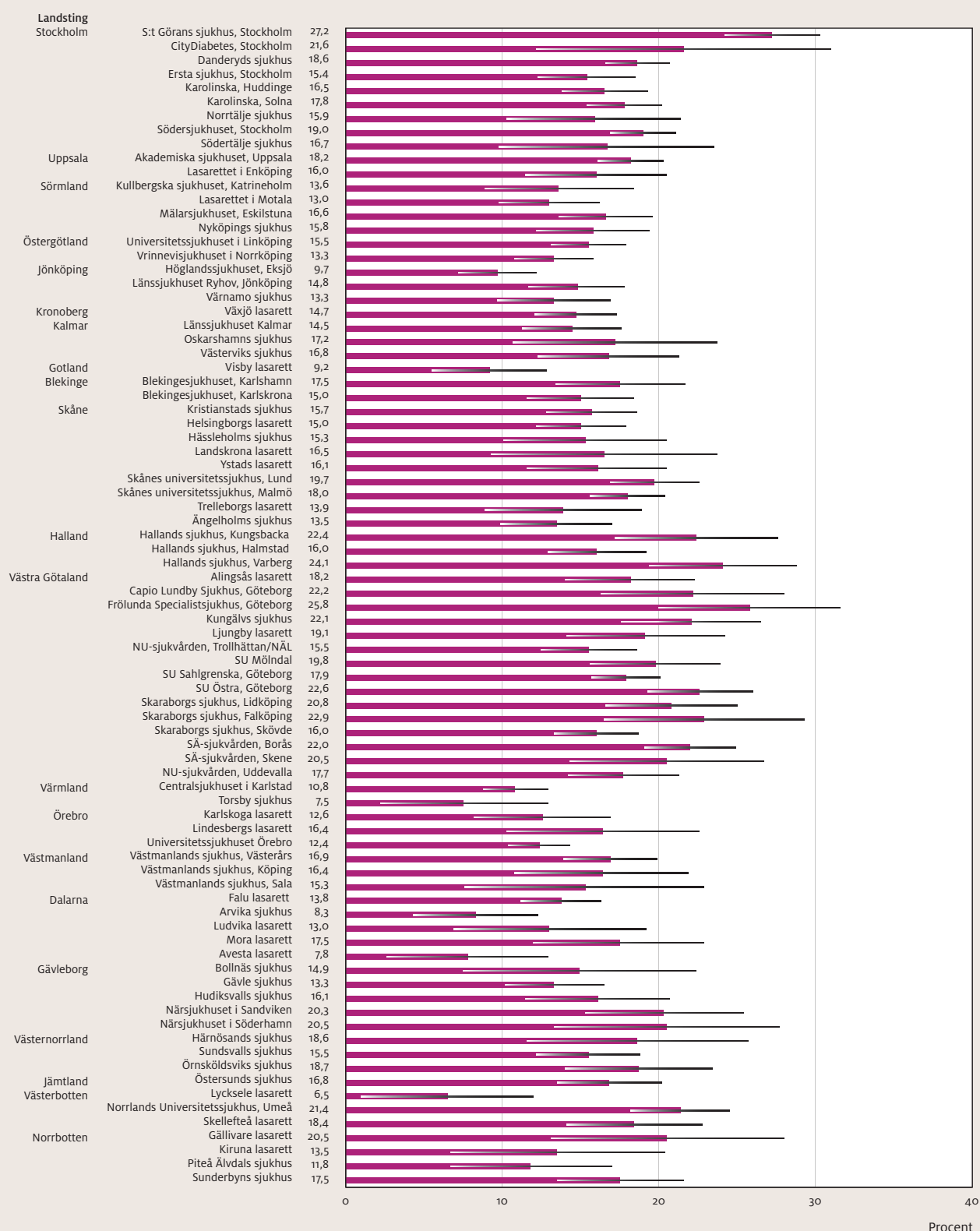
Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 103 – TOTALT: Andel personer med typ 1 diabetes med HbA1c lägre än 52 mmol/mol, 2013. HbA1c speglar blodsockerkontroll.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 103 DIABETES – SJUKHUS: Andel personer med typ 1 diabetes med HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol, 2013. HbA_{1c} speglar blodsockerkontroll.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

104 BLODTRYCKSKONTROLL VID TYP 1 DIABETES

Effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes är viktigt för att minska risken för makro- och mikrovaskulära komplikationer. Makrovaskulära komplikationer, som stroke, hjärtinfarkt, kärlkramp och perifer kärlsjukdom, står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid diabetes. Högt blodtryck ökar risken för diabetesnefropati (njurskador), som är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och död. Mikrovaskulära komplikationer, sjukliga förändring i små blodkärl, kan leda till njursvikt, synnedbättnings och amputation.

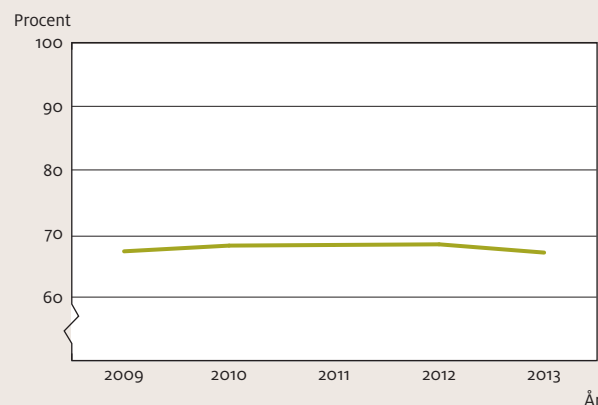
I dagens nationella riktlinjer anges målvärdet vara under 130/80 mm/Hg, med reservation för att målet kan vara högre vid hög ålder samt att det kan finnas risk för läkemedelsbiverkningar om man använder många läkemedel samtidigt. Målvärdet gäller både vid typ 1 och typ 2 diabetes. I samband med uppdatering av de nationella riktlinjerna diskuteras lämpligt behandlingsmål för blodtryck. Det finns inget angivet mål för hur stor andel av patienterna med typ 1 diabetes som kan förväntas nå ett visst blodtrycksvärde.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 1 diabetes på medicinklinik som har ett blodtryck lika med eller under 130/80 mm/Hg, bland alla patienter med ett värde för blodtryck. Att indikatorn, till skillnad från riktlinjerna, anger "lika med eller under" som behandlingsmål motiveras av att värden i NDR tenderar att avrundas till 130/80 mm/Hg, även när det uppmätta värdet ligger under. Indikatorn ger med denna utformning en mera rättvisande bild.

I riket är andelen patienter med blodtryck lika med eller under 130/80 mm/Hg 67 procent, med en variation mellan landsting från 58 till 77 procent. I riket har andelen minskat något 2013. Jämförelsen baseras på 34 740 patienter, av totalt drygt 36 000. Svartsbortfallet är alltså mycket litet.

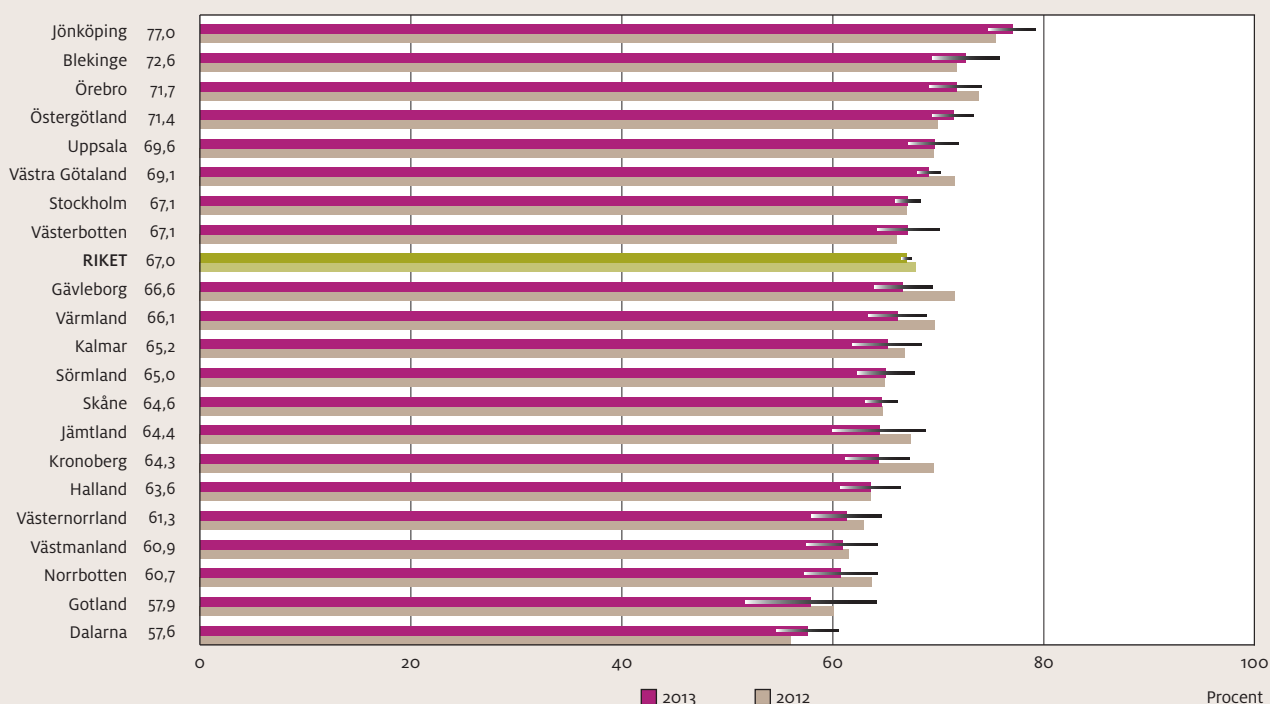
En felkälla är att blodtryck kan mätas på olika sätt. En annan felkälla är att kliniker kan ha rapporterat in det bästa av de uppmätta blodtrycken, om man mätt mer än en gång under året, medan andra kan ha rapporterat det senast uppmätta blodtrycket. NDR återger det senast registrerade blodtrycket, om det finns mer än ett. NDR rekommenderar att alla blodtryck registreras i NDR. Blodtrycket skall mätas på ett standardiserat sätt, med patienten sittande. Dygnsblodtryck registreras inte i NDR.

DIAGRAM 104 – RIKET: Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 104 – TOTALT: Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg, 2013.



Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 104 DIABETES – SJUKHUS: Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

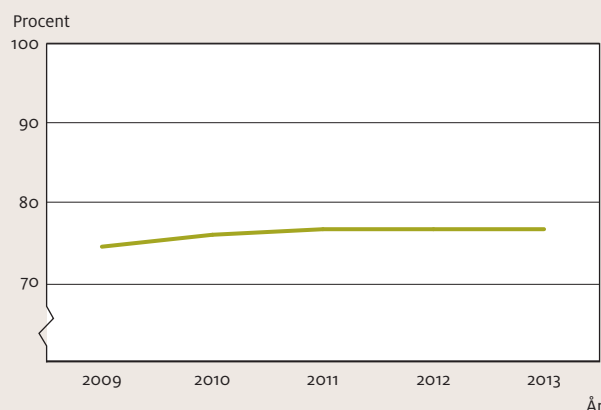
105 HÖGT BLODTRYCK VID TYP 1 DIABETES

Liksom för HbA1c är det viktigt att uppmärksamma de patienter med typ 1 diabetes som har ett påtagligt högt blodtryck. De har en högre risk för diabeteskomplikationer. Dessa personer kan behöva särskilda resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare. Man kan diskutera vilken nivå på blodtryck som skall anses vara "påtagligt" högt.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 1 diabetes vid medicinklinik som har ett blodtryck under 140/85 mm/Hg. Ett blodtryck som överstiger detta kan anses vara högt.

I riket är andelen med blodtryck under 140/85 mm/Hg 76,6 procent. Omvänt har därmed i riket drygt 23 procent av patienterna ett för högt blodtryck. I de allra flesta lands- ting har i storleksordningen en fjärdedel av alla patienter ett påtagligt högt blodtryck.

DIAGRAM 105 – RIKET: Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lägre än 140/85 mmHg.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 105 – TOTALT: Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lägre än 140/85 mmHg, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

DIAGRAM 105 DIABETES – SJUKHUS: Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lägre än 140/85 mmHg, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

106 FOTUNDERSÖKNING VID TYP 1 DIABETES

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svåriläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Dessa patienter löper en stor risk att drabbas av skador, stort lidande samt nedsättning av livskvaliteten.

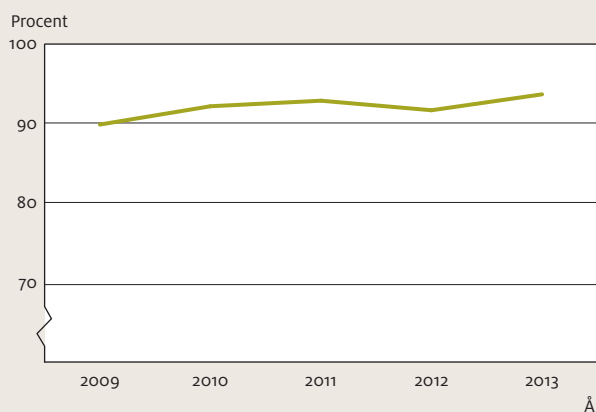
Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrade cirkulation för att då sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgiska åtgärder som kan förhindra svårare komplikationer och amputationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att fotundersökning skall göras varje år.

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

I riket hade 93,6 procent av alla patienter gjort fotundersökning under det senaste året. Sedan 2009 har andelen ökat med sju procentenheter. Totalt hade drygt 2 100 patienter inte genomgått fotundersökning under mätperio-

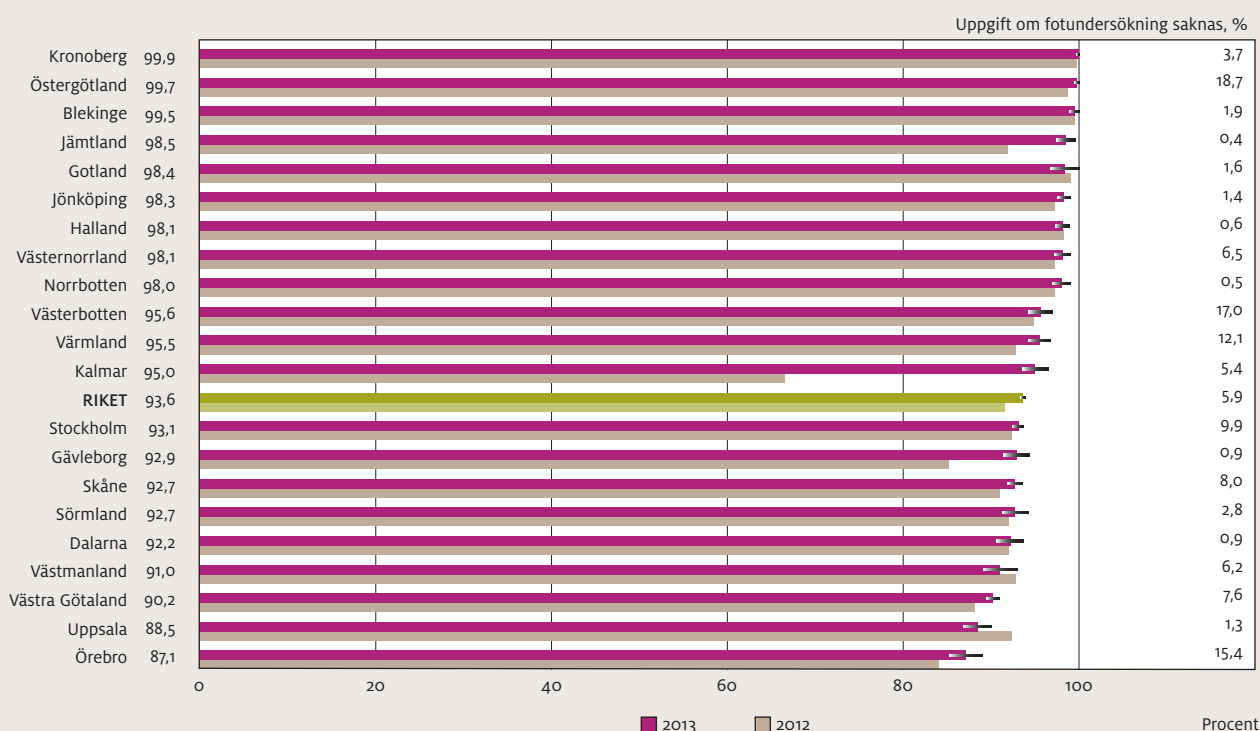
den. Svarsfrekvensen är i riket god. Jämförelsen baseras på 33 414 patienter, av totalt drygt 36 000. Svartsbortfallet är i riket således litet, men uppgår i tre landsting till över 15 procent.

DIAGRAM 106 – RIKET: Andel personer med typ 1 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 106 – TOTALT: Andel personer med typ 1 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

107 ÖGONBOTTENUNDERSÖKNING VID TYP 1 DIABETES

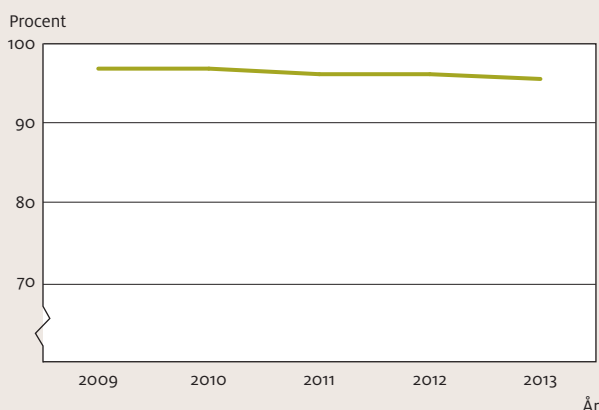
Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna.

Tack vare laserbehandling är det färre personer med diabetes som blir blinda eller får synnedsättningar, men kontroll av blodsockernivå och blodtryckssänkande behandling minskar risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning vartannat år för typ 1 diabetes.

Indikatorn visar andelen patienter med typ 1 diabetes vid medicinklinik bland personer med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, bland dem som svarat ja/nej på denna fråga.

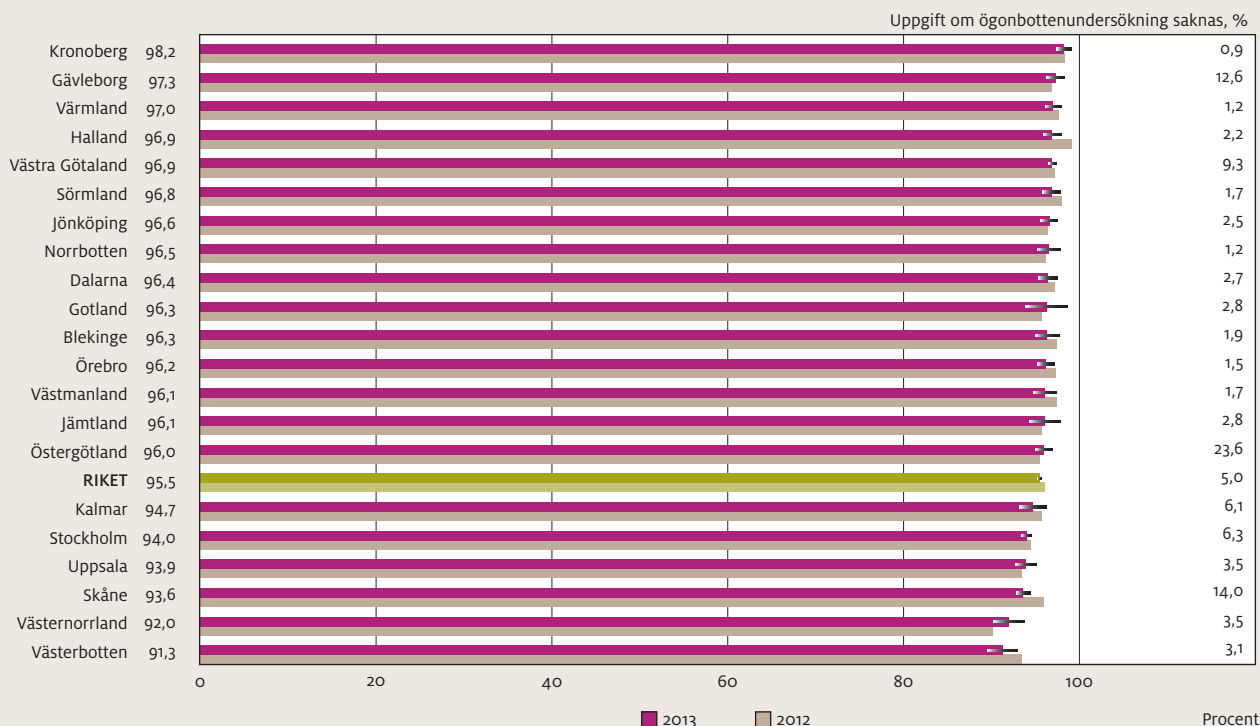
I riket uppgår andelen patienter som gjort ögonbottenkontroll de senaste två åren till 95,5 procent. Andelen har i riket minskat något de senaste åren. Drygt 1 000 patienter hade inte gjort ögonbottenkontroll de senaste två åren. Svartsbortfallet är i riket lågt, 5 procent, och bara få lands- ting har mera påtagligt svartsbortfall.

DIAGRAM 107 – RIKET: Andel personer med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 107 – TOTALT: Andel personer med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 107 DIABETES – SJUKHUS: Andel personer med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

108 BLODSOCKERKONTROLL HOS BARN OCH UNGA VID TYP 1 DIABETES

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige och medför risk för allvarliga komplikationer senare i livet. Nästan 800 barn insjuknar i diabetes varje år. Det finns knappt 7 000 barn och unga i åldern 0-17 år med diabetes som får sin vård vid barnkliniker i Sverige. Nästan alla, cirka 6 800, har typ 1 diabetes.

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

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

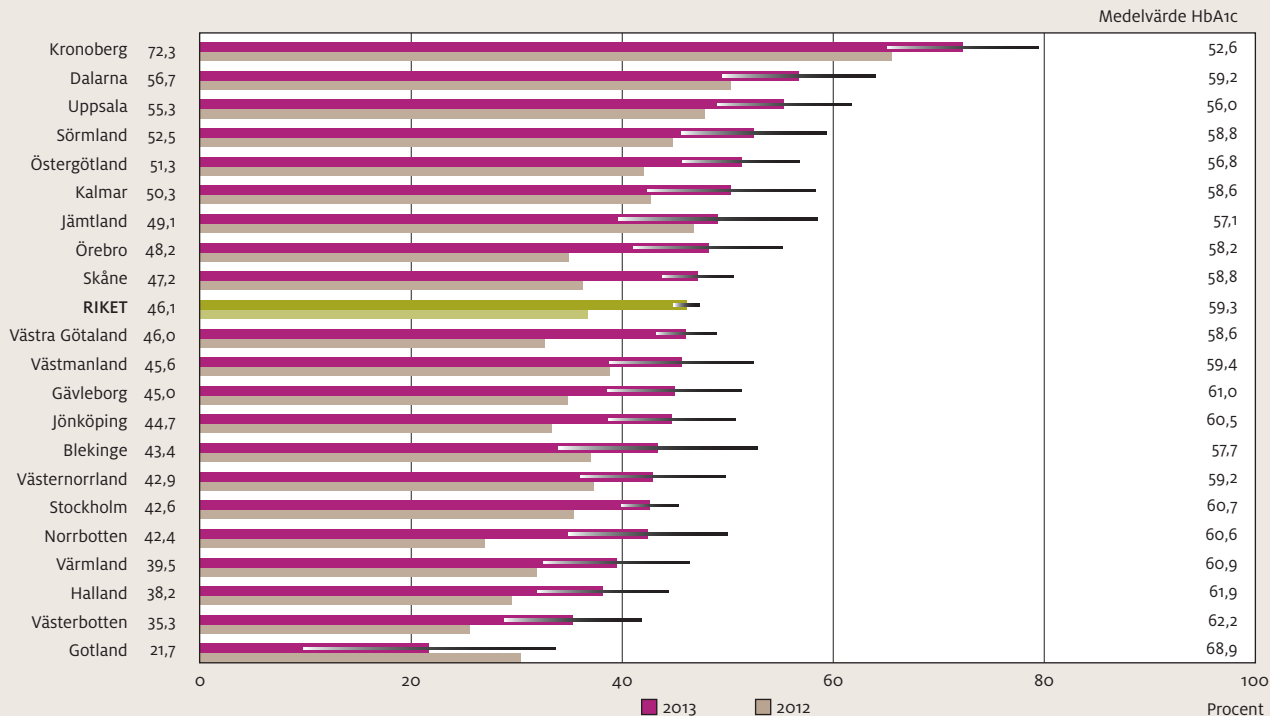
Vid barndiabetesmottagningarna kontrolleras HbA1c som regel fyra gånger per år. Ett högt värde föranleder at-

gärder i behandlingen, som handlar om balansen mellan kost, motion och insulinbehandling. Redan efter en månad med bättre behandling kan värdet ha förbättrats märkbart.

Indikatorn visar andelen barn och unga med ett årsmedel-HbA1c under 57 mmol/mol. I jämförelsen ingår närmare 6 700 barn och unga under 18 år. I riket som helhet uppnådde 2013 drygt 46 procent av barnen ett årsmedel-HbA1c lägre än 57 mmol/mol. Andelen har i riket sedan 2006 varit oförändrad eller svagt sjunkande, men har sedan 2011 ökat påtagligt. Särskilt stor är förbättringen under 2013. Variationen mellan landsting är stor när detta mått används, men den är mindre vid en jämförelse av nivå för medel-HbA1c.

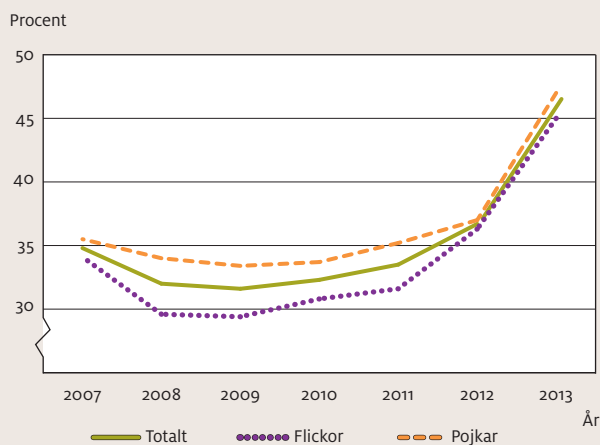
De senaste åren har skillnaden i HbA1c mellan kliniker varit föremål för diskussion inom professionen. För att bra resultat ska nås är en tydlig målbeskrivning vad gäller HbA1c viktig, liksom att de som arbetar i teamet framför samma budskap till patienterna. Regelbundna teamträffar är värdefulla. I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

DIAGRAM 108 – TOTALT: Andel barn och unga med diabetes med HbA1c lägre än 57 mmol/mol, 2013. HbA1c speglar blodsockerkontroll. Avser barn och unga under 18 år.



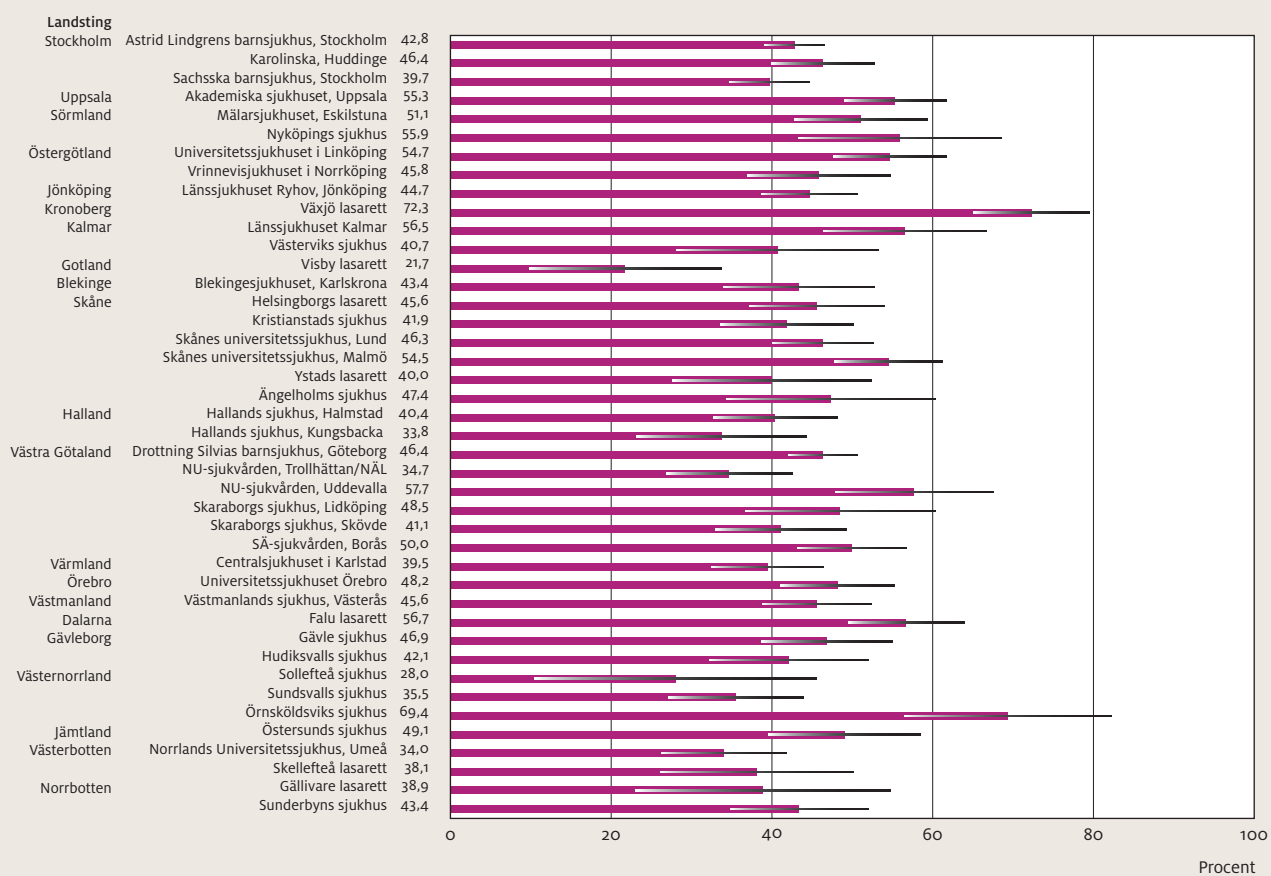
Källa: Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS.

DIAGRAM 108 – RIKET: Andel barn och unga med diabetes med HbA_{1c} lägre än 57 mmol/mol. HbA_{1c} speglar blodsockerkontroll. Avser barn och unga under 18 år.



Källa: Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS.

DIAGRAM 108 – SJUKHUS: Andel barn och unga med diabetes med HbA_{1c} lägre än 57 mmol/mol, 2013. HbA_{1c} speglar blodsockerkontroll. Avser barn och unga under 18 år.



Källa: Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS.

109 ÖGONBOTTENUNDERSÖKNING FÖR BARN OCH UNGA VID TYP 1 DIABETES

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna.

Allvarlig retinopati är sällsynt bland barn och tonåringar. Nästan ingen har retinopati före 10 års ålder, men retinopati förekommer redan vid mycket kort sjukdomsduration. Tack vare laserbehandling är det färre personer med diabetes som blir blinda eller får synnedsättningar, men kontroll av blodsockernivå och blodtrycks-sänkande behandling minskar risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning vartannat år för typ 1 diabetes, och för barn från 10 års ålder.

Indikatorn visar andelen barn och unga mellan 10-17 år med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, bland dem som svarat ja/nej på denna fråga.

I riket hade 75,5 procent av alla gjort ögonbottenkontroll någon gång de två senaste åren, med ganska stora variationer mellan landsting. Jämförelsen baseras på uppgift om 5 121 patienter. En fjärdedel av dessa, cirka 1000 barn och unga, hade således inte gjort ögonbottenkontroll i enlighet med riktlinjerna.

DIAGRAM 109 – RIKET: Andel barn och unga med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren. Avser barn och unga under 18 år.

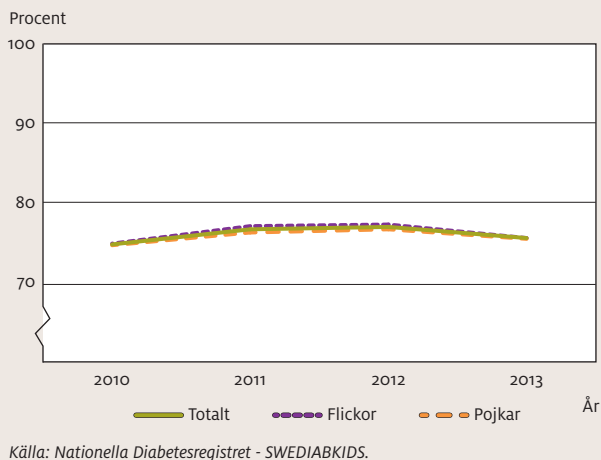
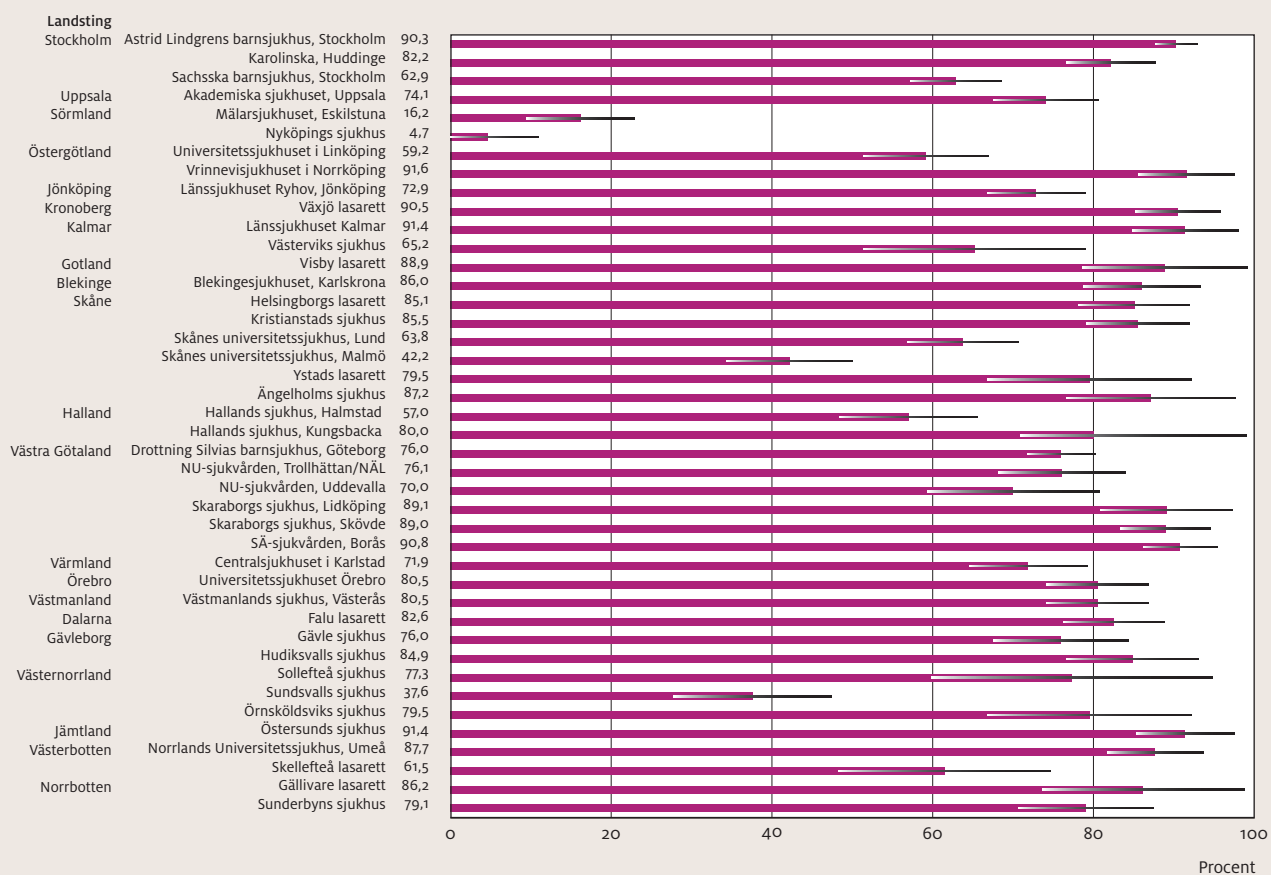


DIAGRAM 109 – TOTALT: Andel barn och unga med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren, 2013. Avser barn och unga under 18 år.



DIAGRAM 109 DIABETES – SJUKHUS: Andel barn och unga med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren, 2013. Avser barn och unga under 18 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret – SWEDIABKIDS.

Hjärtsjukvård

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Akut hjärtinfarkt, som 2012 drabbade knappt 30 000 individer, är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna. Vården av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar och utvecklats dramatiskt till det bättre under de senaste 15 åren, vilket medfört en påtagligt minskad dödlighet, med cirka 50 procent.

Här redovisas 18 indikatorer, som nästan alla ingår i den större utvärderingsrapport om de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård som Socialstyrelsen publicerade 2009 och som reviderats under 2014 och skall presenteras 2015. De flesta indikatorer avser hjärtinfarkt eller den vidare gruppen ischemisk hjärtsjukdom. Även indikatorer för hjärtsvikt, hjärtrytmrubbning och hjärtstopp utanför sjukhus redovisas.

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

Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som är en del av det större hjärtregistret SWEDEHEART, är källa till fyra av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarktpatienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Alla landets sjukhus som bedriver akut hjärtsjukvård deltar med en generellt god täckningsgrad, men vid alla sjukhus förekommer att vissa infarktpatienter inte rapporteras till SWEDEHEART på grund av att de inte vårdats vid enheter anslutna till registret.

En förutsättning för kvalitetsuppföljning är att man registrerar de patienter som är tänkta att ingå. Bara med en hög registreringsgrad kan man veta att de redovisade resultaten är representativa och att de ger en rättvisande bild av patientvården. Om rapporteringsgraden varierar för mycket mellan sjukhus minskar tillförlitligheten i jämförelserna.

RIKS-HIAs deltagande- eller täckningsgrad studeras med hjälp av Socialstyrelsens patientregister. År 2012 fanns i riket drygt 80 procent av alla fall av hjärtinfarkt i RIKS-HIA, med variation mellan landsting. Denna jämförelse omfattar alla patienter över 20 år. RIKS-HIAs kva-

litetsindikatorer avser enbart patienter under 80 år, men RIKS-HIAs ambition är att de flesta patienter skall registreras, oavsett ålder och oavsett om de vårdas på hjärtintensivvårdsenhet eller inte. Täckningsgraden är klart högre för patienter under 80 år, jämfört med dem över 80 år. Detta gör att för de indikatorer som här redovisas är täckningsgraden god. Uppgifter om täckningsgrad år 2013 är i nuläget inte tillgängliga.

110 ÖVERLEVAD VID HJÄRTSTOPP UTANFÖR SJUKHUS

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

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

Uppgifter om hjärtstopp utanför sjukhus rapporteras till kvalitetsregistret Svenskt register för hjärt-lungräddning. I registret ska ingå alla patienter som drabbas av hjärtstopp utanför sjukhus och där någon form av behandling påbörjas av ambulanspersonal eller före ambulanspersonalens ankomst.

Registret täcker samtliga ambulansorganisationer i landet. Man uppskattar täckningsgraden på individnivå till cirka 80 procent, med en klar ökning under de senaste åren. Under 2013 rapporterades 5 210 fall till registret. En iakttagelse är att antalet rapporterade fall per 100 000 in-

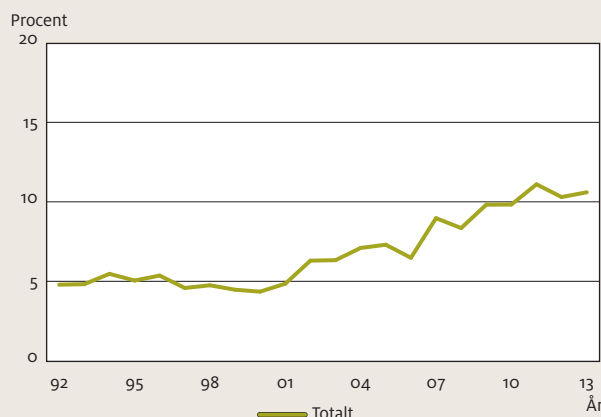
vånare per år varierar påtagligt mellan landstingen. Detta kan tyda på en ojämn täckningsgrad, men även på en variation i andelen fall där HLR startas.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats.

Under 2012-2013 överlevde i riket 10,6 procent av personerna i 30 dagar, med en variation mellan landstingen från 4,3 till 17,8 procent. Sedan år 2001 har andelen som överlevde i 30 dagar i riket mer än fördubblats.

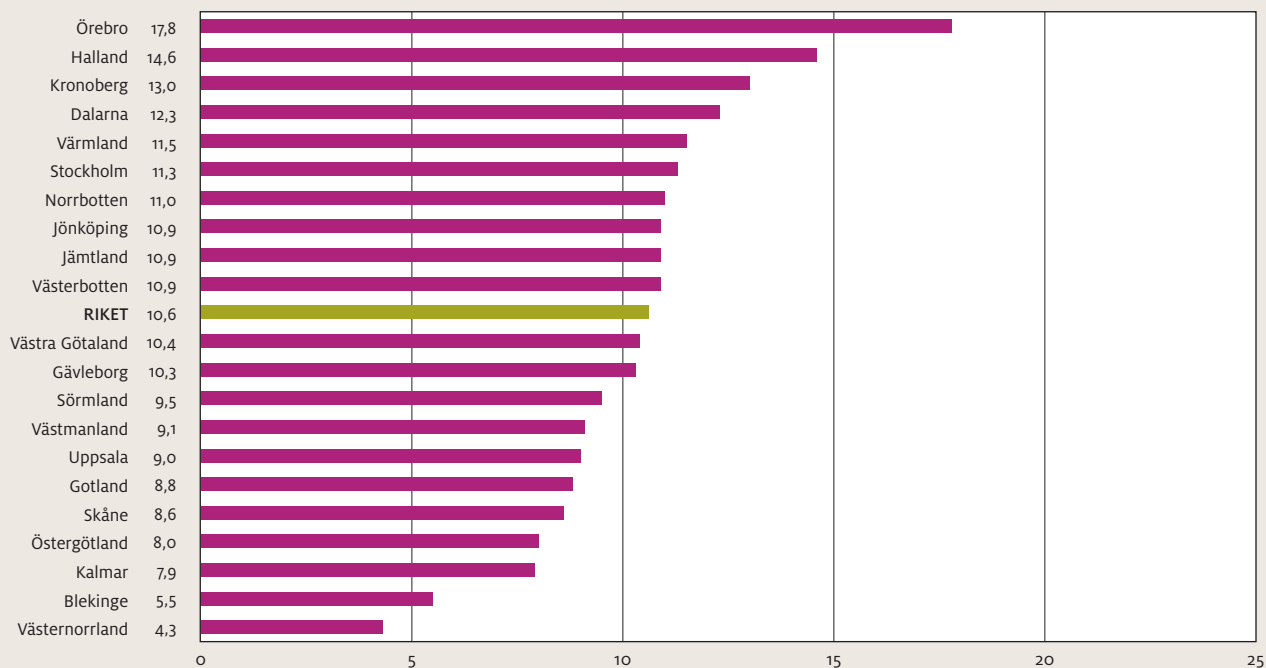
Resultatet för landstingen påverkas av många faktorer, även utöver det akuta omhändertagandet i ambulansorganisationen och vid sjukhus. Faktorer som påverkar är patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet och annan samtidig sjukdom. Även tillgången till hjärtstartare på offentliga platser och tid till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

DIAGRAM 110 – RIKET: Andel överlevande 30 dagar efter hjärtstopp med påbörjad hjärt-lungräddning. Avser hjärtstopp utanför sjukhus.



Källa: Svenskt register för hjärt-lungräddning.

DIAGRAM 110 – TOTALT: Andel överlevande 30 dagar efter hjärtstopp med påbörjad hjärt-lungräddning, 2012-2013. Avser hjärtstopp utanför sjukhus.



Källa: Svenskt register för hjärt-lungräddning.

111 DÖDLIGHET EFTER SJUKHUSVÅRDAD HJÄRTINFARKT

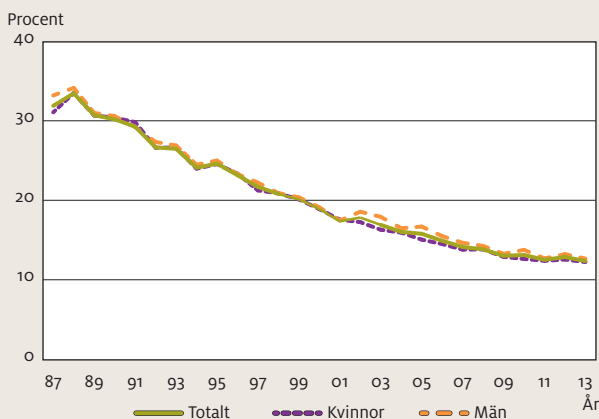
Under senare år vårdas drygt 11 000 kvinnor och cirka 16 500 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Detta mått avser att mäta kvaliteten i vården av dessa patienter, i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården på sjukhus. Måttet är väl internationellt etablerat. Att mäta korttidsöverlevnaden bland sjukhusvårdade är i många länder det mått som är möjligt att ta fram, eftersom man inte har tillgång till data om dödsorsaker för patienter som dör utan initial sjukhusvård.

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

Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2011–2013 dog 12,6 procent inom 28 dagar. Variationen mellan landsting är ungefär densamma för kvinnor som för män, med andelar från cirka 10 till 14 procent. I riket har andelen döda efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt minskat i flera decennier, men de senaste åren är den i stort sett oförändrad. Det finns inga könsskillnader.

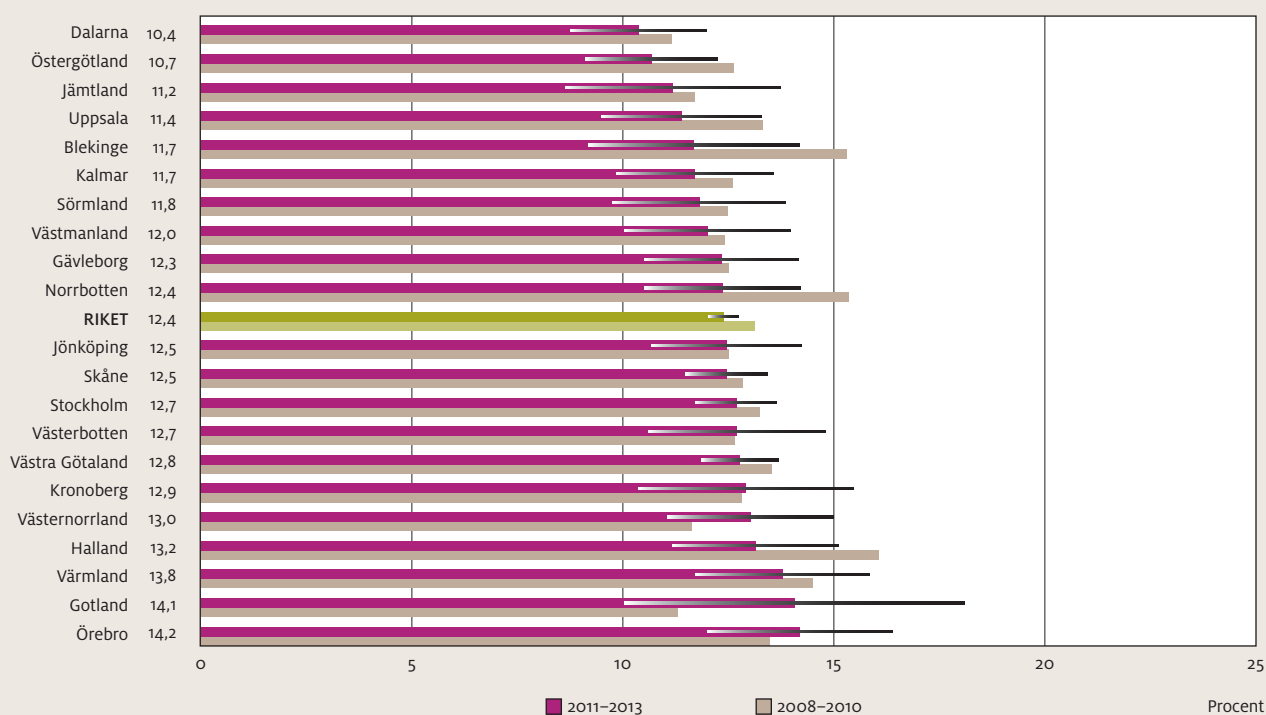
Inom ett år avlider en tredjedel av patienterna, men då är andelen dödsfall med annan orsak än den ursprungliga infarkten större. Framförallt för sjukhus kan patientsammansättningen skilja sig åt och påverka resultatet.

DIAGRAM 111 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



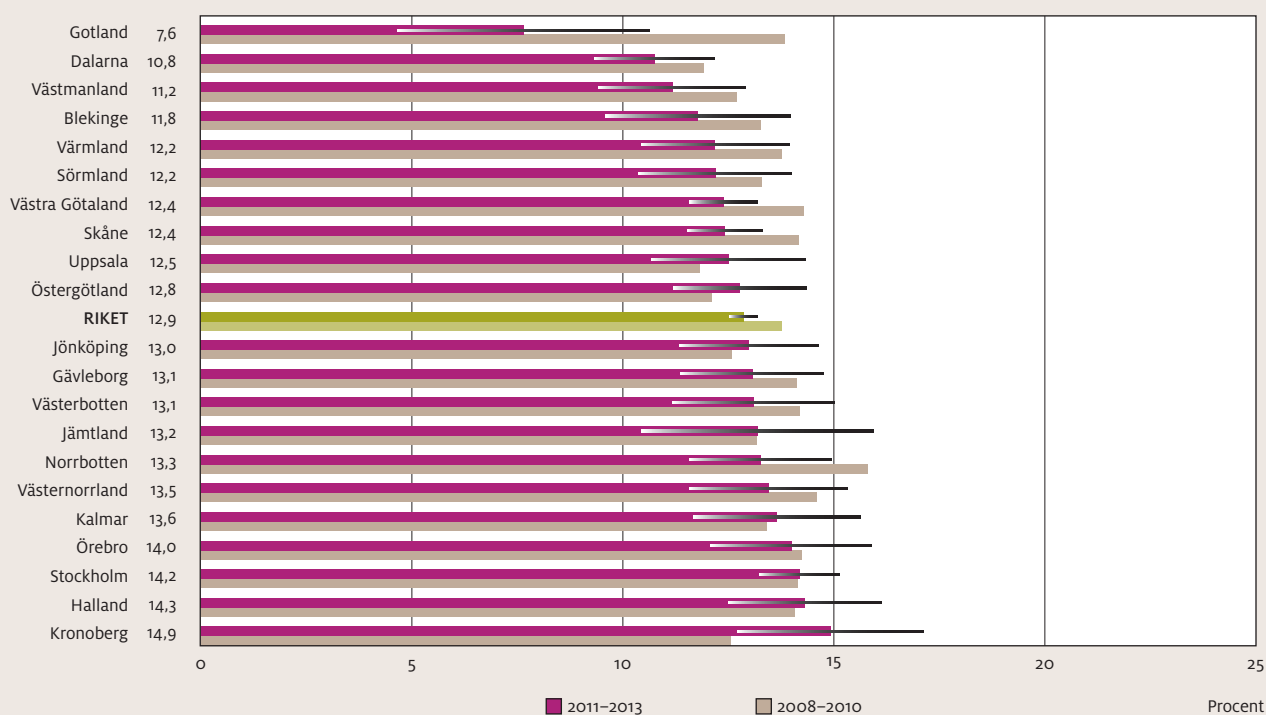
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 111 – KVINNOR: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



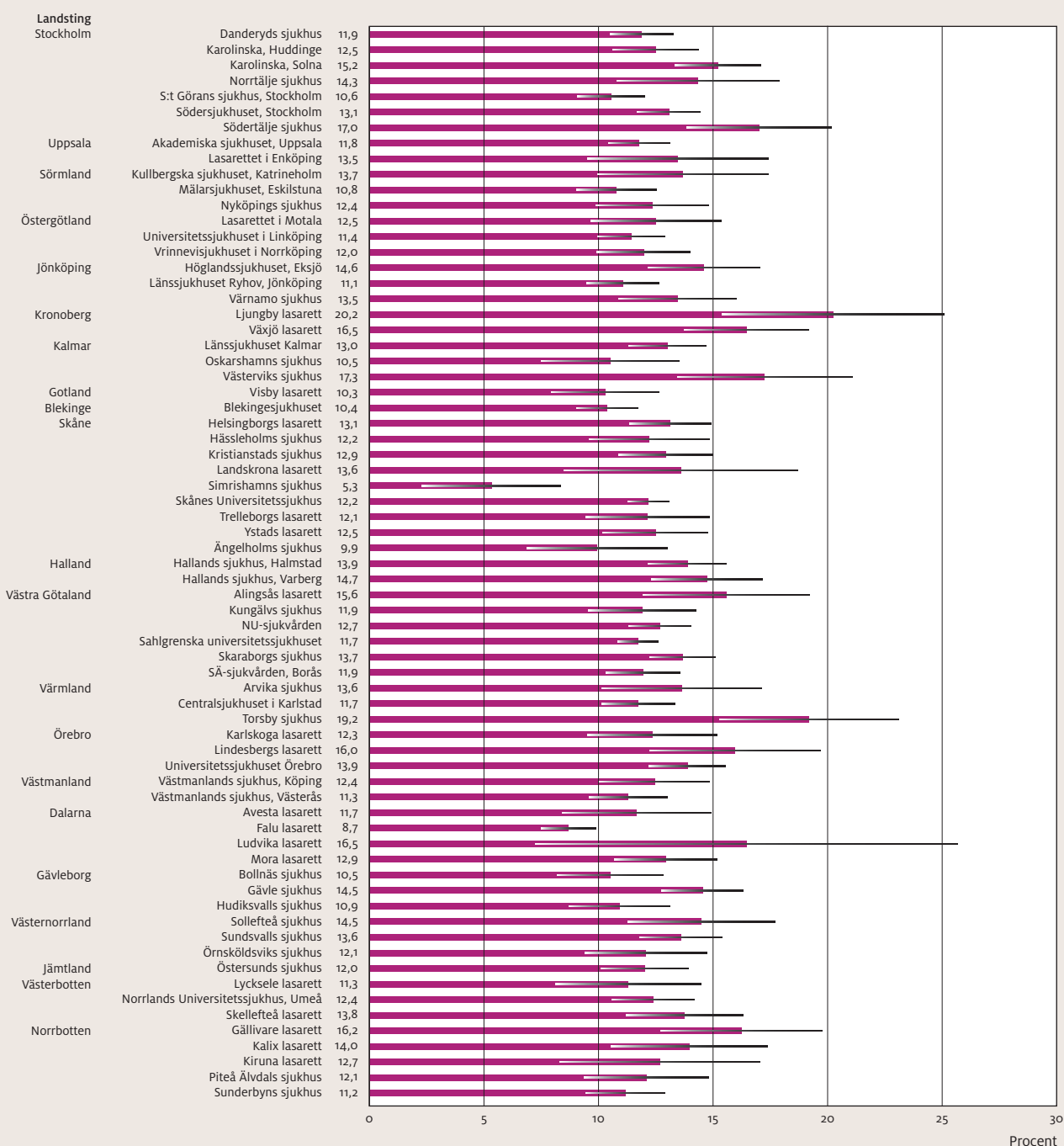
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 111 – MÄN: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 111 – SJUKHUS: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

112 NY INFARKT ELLER DÖD I ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM

Ischemisk hjärtsjukdom är sjukdomar orsakade av försämrad syretillförsel till hjärtat, som hjärtinfarkt. För en patient som överlevt en infarkt finns det en förhöjd risk för död och för ny infarkt. Risken för detta kan påverkas av vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder. En grundläggande faktor som påverkar utfallet är självfallet patientens tillstånd före och efter den första infarkten.

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

I riket som helhet och för båda könen totalt fick 11,4 procent av patienterna en ny infarkt eller avled i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Jämförelsen omfattar 37 325 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under åren 2011–

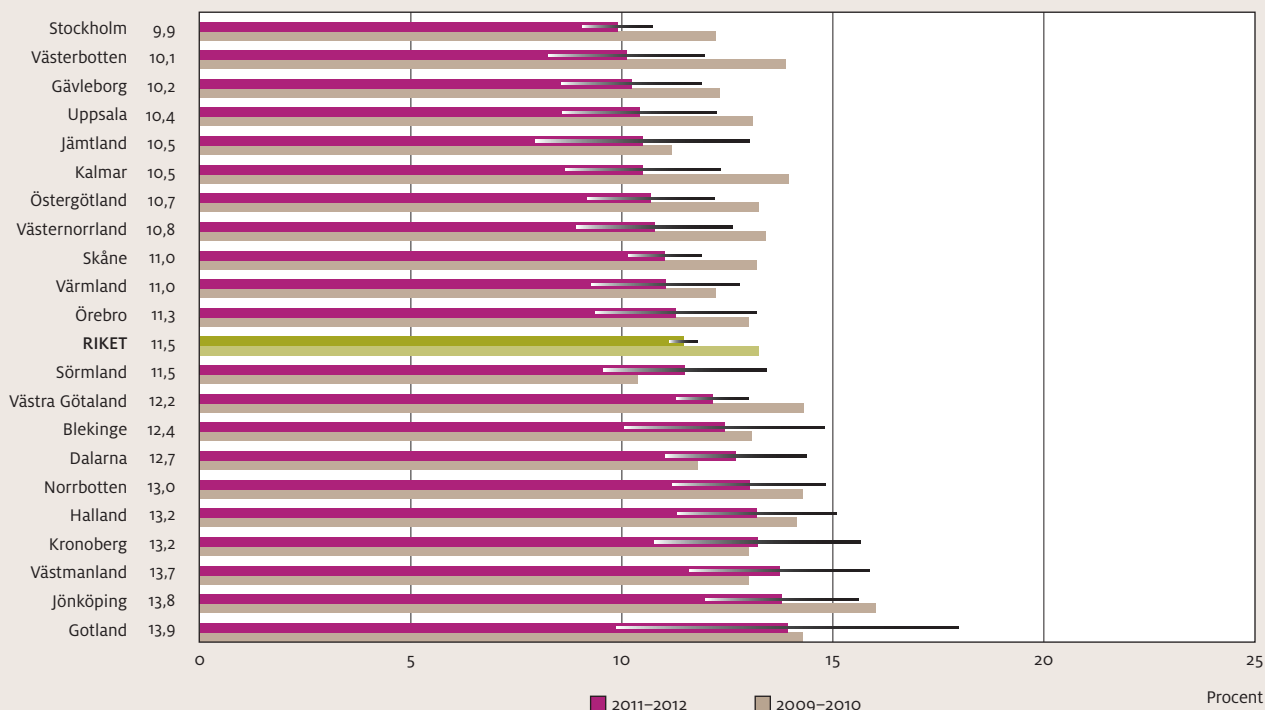
2012 med hjärtinfarkt som huvud- eller bidiagnos och som sedan skrevs ut från sjukhuset.

Variationen mellan landstingen är ganska stor och sträcker sig från knappt 10 till närmare 14 procent. Sedan början på 2000-talet har andelen återinfarkter och död minskat med cirka fem procentenheter.

Det är inte möjligt att ange en nivå för önskat eller optimalt utfall. Viss vägledning kan fås genom variationen mellan landsting. Det finns en betydande variation avseende hur många patienter som avlider i hjärtinfarkt utan att ha sjukhusvårdats. Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll, också för denna indikator: sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård, till exempel.

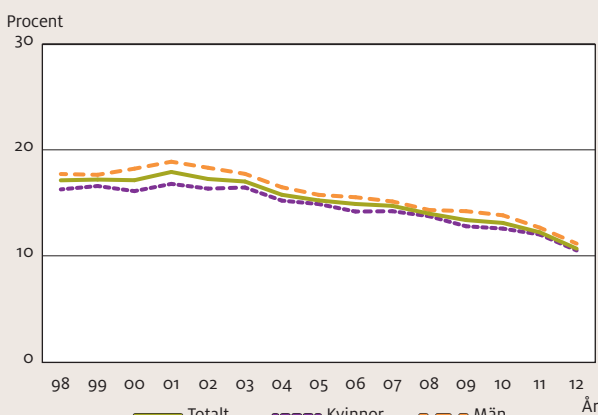
Med en låg andel obducerade bland äldre avlidna är osäkerheten i diagnossättning större för dödsfall som sker utan initial sjukhusvård. Variation i denna diagnossättning påverkar resultaten. Men en uppföljning bara avseende sjukhusvård för infarkt påverkas just av andelen infarktfall som aldrig kommer till sjukhus. En stor andel som inte sjukhusvårdas får då andelen återinsjuknade att se lägre ut. En del av osäkerheten i diagnossättningen av de döda utanför sjukhus har sannolikt minskats genom att även döda i annan ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak har inkluderats i utfallet.

DIAGRAM 112 – TOTALT: Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar, 2011–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 112 – RIKET: Andel patienter som får ny hjärtinfarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

113 REPERFUSIONSBEHANDLING VID ST-HÖJNINGSAFARKT

Hjärtinfarkt orsakas av mer eller mindre omfattande proppbildning i något av hjärtats kranskärl. Om EKG visar så kallad ST-höjning är troligen ett kranskärl helt tilltäppt av en blodpropp. Dessa patienter har behov av omedelbart öppnande av kranskärl med PCI-behandling, så kallad primär PCI eller med propplösande läkemedelsbehandling, så kallad trombolys. Behandlingen bör påbörjas så snabbt som möjligt efter symtomdebut och diagnostik, för att minimera skadan på hjärtat och risken för framtida hjärtsvikt och död. I reperfusionsbehandling ingår primär PCI, trombolys och akut bypass-operation, CABG.

Primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. PCI-behandling erbjöds under 2013 på 28 av landets sjukhus. Enligt de nationella riktlinjerna bör primär PCI väljas framför läkemedelsbehandling med trombolys. Trombolys bör väljas i de fall primär PCI skulle innebära en tidsfördröjning på mer än 90 minuter, vilket endast är aktuellt på Gotland och i glesbygdsområden. Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt är oavsett val av metod högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

Måttet visar andelen patienter med hjärtinfarkt och ST-höjning på EKG som fick akut reperfusionsbehandling. Indikatorn hämtas från SWEDEHEARTs årliga redovisning av kvalitetsindex för hjärtinfarktvård och utgör en av de nationella hjärtriktlinjernas indikatorer för uppföljning. Enbart patienter under 80 år ingår. Vidare ingår bara patienter där tiden mellan symtomdebut och EKG understeg 12 timmar. Utfallet på sjukhusnivå visas inte, eftersom denna indikator ses som ett resultat av landstingets samlade organisation.

År 2013 fick i riket 88 procent av patienterna med ST-höjningsinfarkt reperfusionsbehandling. Detta är en ökning med sex procentenheter sedan 2006. Variationen mellan

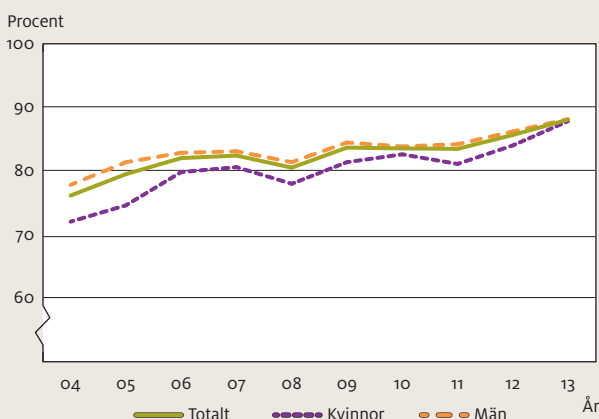
landsting uppgår till 19 procentenheter, bortsett från Gotland (där slumpen kan spela en roll på grund av litet underlag). Det finns i riket inga större skillnader mellan män och kvinnor. År 2013 ingick 3 781 patienter i jämförelsen, varav cirka 950 kvinnor.

Skillnaderna mellan landsting är nu mindre än tidigare, men det finns en kvarstående variation. I SWEDEHEARTs kvalitetsindex ges poäng vid nivåer över 80–85 procent. Socialstyrelsen har fastställt målnivån 85 procent eller högre för patienter under 80 år. Alla landsting utom fem når denna målnivå.

Även om andelen som erhållit reperfusionsbehandling har ökat de senaste åren, finns det fortfarande utrymme för förbättringar, särskilt i de landsting som har en jämförelsevis lägre andel behandlade.

När enskilda sjukhus, landsting och regioner i detalj analyserat sina resultat har man funnit att låg måluppfyllelse till viss del kunnat förklaras av felaktig registrering.

DIAGRAM 113 – RIKET: Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

DIAGRAM 113 – TOTALT: Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

114 TID TILL REPERFUSIONSBEHANDLING VID ST-HÖJNINGSFARKT

Snabbt insatt reperfusionsbehandling är en viktig framgångsfaktor – ju kortare tid till behandling, desto större behandlingsvinst. Internationella och nationella riktlinjer rekommenderar PCI inom 90 minuter alternativt trombolys inom 30 minuter från första EKG där PCI inte är möjligt inom rekommenderad tid. Tidsgränsen 90 minuter för den mer komplexa behandlingen, PCI, motiveras av att PCI ger medicinska vinster jämfört med trombolys om tidsfördröjningen på grund av transport till PCI-centrum är mindre än 90 minuter.

Indikatorn avser tidsfördröjning mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt. Måttet visar hur stor andel av patienterna som behandlades inom den målsatta tiden, för PCI 90 minuter och för trombolys 30 minuter.

Indikatorn speglar sjukvårdens agerande, genom att tiden för första EKG utgör startpunkt. Den samlade tiden mellan symtomdebut och behandling är beroende av hur patienten, anhöriga, sjukvårdsrådgivning och larmcentral förhåller sig till bröstsmärtan och andra symtom på hjärtinfarkt, liksom av transporttider.

Indikatorn hämtas från SWEDEHEARTs årliga redovisning av kvalitetsindex för hjärtinfarktvård och utgör en

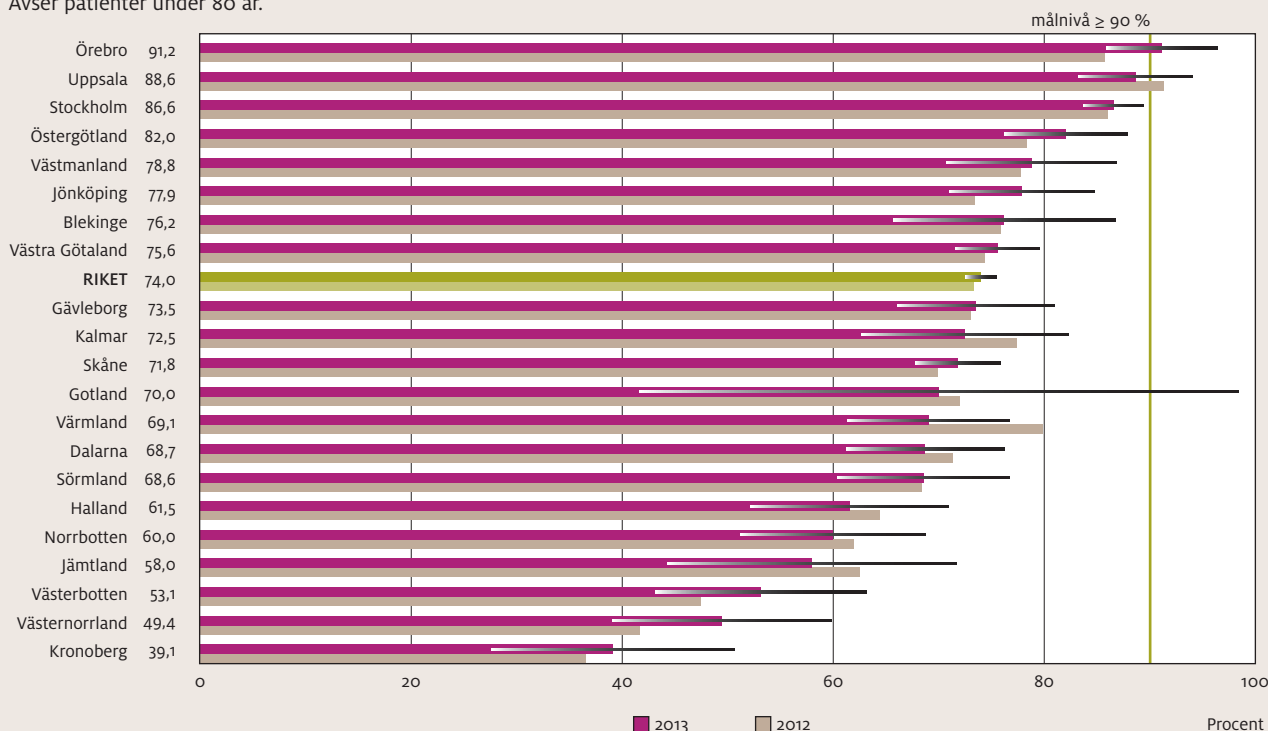
av de nationella hjärtriktlinjernas indikatorer för uppföljning. Utfallet på sjukhusnivå visas inte, eftersom utfallet för denna indikator ses som ett resultat av landstingets samlade organisation. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till 90 procent eller högre.

I riket behandlades 74 procent av patienterna enligt tidsmålet, med något högre andel för män än för kvinnor. Variationen mellan landstingen är påtaglig och sträcker sig från 39 till 91 procent. Andelen patienter som behandlats inom de uppsatta tidsgränserna har ökat sedan 2004, från cirka 20 till dagens 74 procent. Jämförelsen baseras på 3 328 patienter, varav drygt 800 är kvinnor.

Denna indikator påvisar det största förbättringsutrymmet inom akut kranskärslssjukvård. Endast ett landsting når upp till SWEDEHEARTs gräns för högsta poäng och Socialstyrelsens målnivå, 90 procent behandlade inom målsatt tid. Även om geografiska avstånd har stor betydelse, finns det för de flesta landsting och sjukhus möjligheter att förkorta fördröjningstiden till reperfusionsbehandling.

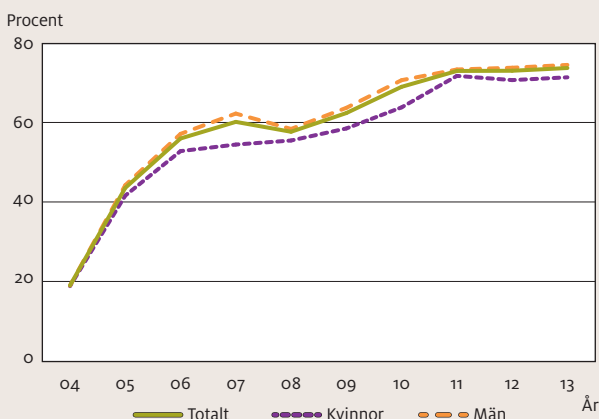
Ett EKG taget i ambulans eller på vårdcentral (prehospitalt EKG) möjliggör tidig identifiering av kandidater för reperfusionsbehandling och utgör underlaget för beslut om antingen prehospital trombolys eller dirigering av ambulans till närmaste PCI-sjukhus.

DIAGRAM 114 – TOTALT: Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

DIAGRAM 114 – RIKET: Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

115 KRANSKÄRLSRÖNTGEN VID ICKE ST-HÖJNINGSFARKT

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och beror oftast på en blodpropp som inte helt täpper till ett kranskärl. Patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas vanligen med intensiv blodproppshäm-

mande behandling. Patienter med måttlig eller hög risk bör inom några dygn kranskärlsröntgas för att klargöra behovet av kranskärlsrepp. PCI utförs vanligtvis i direkt anslutning till kranskärlsröntgen. Vid mer komplicerad kranskärlssjukdom bör beslut om kranskärlsoperation (CABG) fattas i samråd med thoraxkirurg. En kranskärlsoperation bör utföras inom cirka en vecka. Revaskularisering med PCI eller kranskärlsoperation minskar risken för död och ny hjärtinfarkt.

Detta är en patientgrupp där samtidig förekomst av minst en ytterligare riskfaktor, som till exempel diabetes eller tidigare infarkt, ofta leder till fortsatt instabilitet utan kranskärlsbehandling. Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärlsröntgen hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser. För vissa patienter finns det dock skäl att avstå från kranskärlsröntgen, eftersom den förväntade nyttan bedöms vara låg. Patienten kan också ha andra bakomliggande sjukdomar som till exempel nedsatt njurfunktion eller tillstånd med dålig prognos eller dåligt allmäntillstånd som leder till att man avstår från kranskärlsröntgen då risken för skadliga effekter är förhöjd.

Målet är därför inte att kranskärlsundersöka 100 procent av alla patienter med hjärtinfarkt, utan en något lägre andel, även om den optimala nivån inte går att avgöra exakt.

Indikatorn hämtas från SWEDEHEARTs årliga redovisning av kvalitetsindex för hjärtinfarktvård och utgör en av de nationella hjärtriaktlinjernas indikatorer för uppföljning. Poänggränserna i SWEDEHEARTs kvalitetsindex är satta till 75 respektive 80 procent.

Indikatorn visar andelen patienter med icke ST-höjningsinfarkt och med minst en riskfaktor som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med sjukhusvård. Endast patienter under 80 år ingår.

År 2013 kranskärlsröntgades över 89 procent av patienterna i riket, 86 procent av kvinnorna och 91 procent av männen. Andelen har stadigt ökat sedan början på 2000-talet, men de senaste åren är ökningen liten. Andelen patienter som kranskärlsröntgas varierar från knappt 78 till 95 procent i de olika landstingen. Underlaget för jämförelsen var cirka 5 200 patienter, varav drygt 1 500 var kvinnor.

Samtliga landsting når den lägre målnivån i SWEDEHEARTs kvalitetsindex. Andelen är dock högre för män. Det kan finnas rationella skäl till detta. Dels finns det studier som antyder att kvinnor har mindre nytta av den behandling, PCI eller kranskärlskirurgi, som motiverar kranskärlsröntgen. Dels sjunker andelen kranskärlsrönt-

gade med ålder, vilket kan bero på ökad förekomst av olika kontraindikationer. Eftersom kvinnor vid insjuknandet oftare är äldre än männen påverkas deras utfall av denna åldersaspekt.

DIAGRAM 115 – RIKET: Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor. Avser patienter under 80 år.

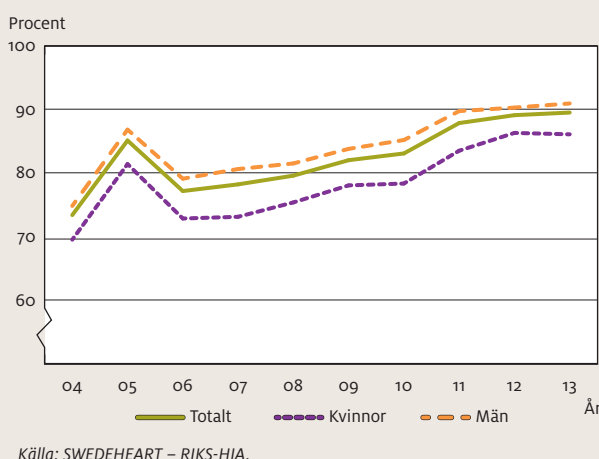


DIAGRAM 115 – TOTALT: Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2013. Avser patienter under 80 år.



DIAGRAM 115 – SJUKHUS: Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2013.
Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

116 BLODPROPPSHÄMMANDE BEHANDLING VID ICKE ST-HÖJNINGS-INFARKT

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

Behandling under denna period har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Längre tids behandling rekommenderas emellertid inte, eftersom det saknas vetenskapligt underlag som stöder att nyttan överväger riskerna, blödningskomplikationer, vid långtidsbehandling.

I princip bör samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt behandlas med P2Y12-receptorblockad, om kontraindikationer saknas. Ställningstagande till läkemedelsbehandling görs efter individuell bedömning av patienten, vilket innebär att 100 procent behandlade inte bör sättas som mål.

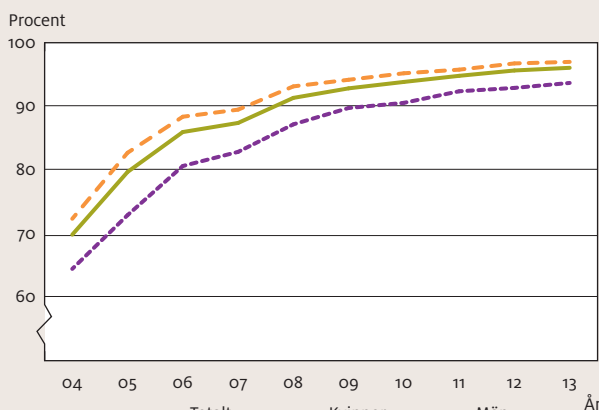
Indikatoren visar andelen patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlades med P2Y12-receptorblockad. Indikatoren ingår i SWEDEHEARTs kvalitetsindex. Enbart patienter under 80 år ingår.

Andelen patienter som behandlades med P2Y12-receptorblockad var år 2013 i riket 96 procent, 93 procent av

kvinnorna och 97 procent av männen. Skillnaderna mellan landstingen är små, med en variation som sträcker sig mellan 92 och 99 procent behandlade. Underlaget för denna jämförelse är cirka 9 700 patienter, varav drygt 2 700 är kvinnor.

SWEDEHEARTs poängnivåer på 85–90 procent behandlade är riktmärken som ligger väl i linje med de nationella riktlinjernas rekommendation. Måluppfyllelsen är således mycket god.

DIAGRAM 116 – RIKET: Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

DIAGRAM 116 – TOTALT: Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

DIAGRAM 116 – SJUKHUS: Andel patienter med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt, 2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

117 RAAS-HÄMMANDE BEHANDLING EFTER HJÄRTINFARKT

Behandling med RAAS-hämmare, med vilket avses ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare (ARB), har visat sig ha goda sekundärpreventiva effekter hos patienter som haft hjärtinfarkt, i synnerhet hos de med nedsatt hjärtfunktion. Patienter med högt blodtryck eller diabetes har också en starkare indikation för RAAS-hämmarbehandling.

Läkemedlen underlättar hjärtats funktion och leder till förbättrad pumpförmåga dels genom att hämma aktiveringen av kroppsegna hormoner som på lång sikt är skadliga, dels genom att vidga blodkärlen i kroppen. Behandlingen har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

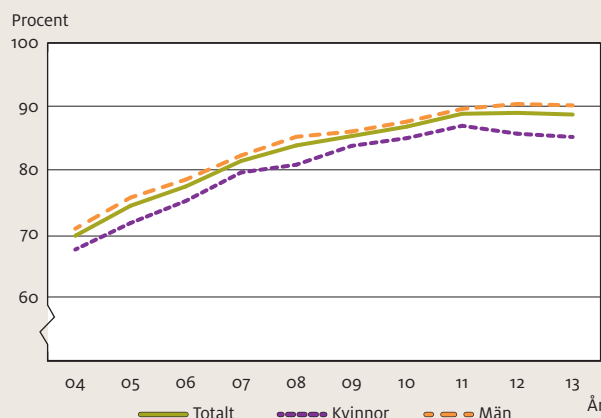
Indikatorn avser hjärtinfarktpatienter med högriskkriterier i form av tidigare hjärtsvikt, nedsatt hjärtfunktion, lungrassel, diabetes eller högt blodtryck. Måttet visar andelen av dessa patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlas med RAAS-hämmare. Indikatorn ingår både i SWEDEHEARTS kvalitetsindex för sjukhus och i de nationella riktlinjernas indikatorer för uppföljning av hjärtsjukvård.

Genomsnittlig behandlingsgrad i riket uppgick till närmare 89 procent. Sedan 2004 har andelen behandlade patienter ökat, men ökningen har avstannat i takt med att måluppfyllelsen ökat. I riket behandlas männen i högre

grad än kvinnorna, med andelar på 90 respektive 85 procent. Skillnaderna mellan landstingen sträcker sig från 78 till 97 procent. Jämförelsen baseras på drygt 7 700 patienter, varav 2 200 var kvinnor.

I RIKS-HIAs kvalitetsindex krävs för full poängtilldelning att minst 90 procent av patienterna i högriskgruppen behandlas. Sex landsting når denna nivå, medan alla utom fyra når den lägre poängnivågränsen, 85 procent.

DIAGRAM 117 – RIKET: Andel patienter med RAAS-hämmare (ACE-hämmare eller ARB) vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Avser patienter under 80 år.



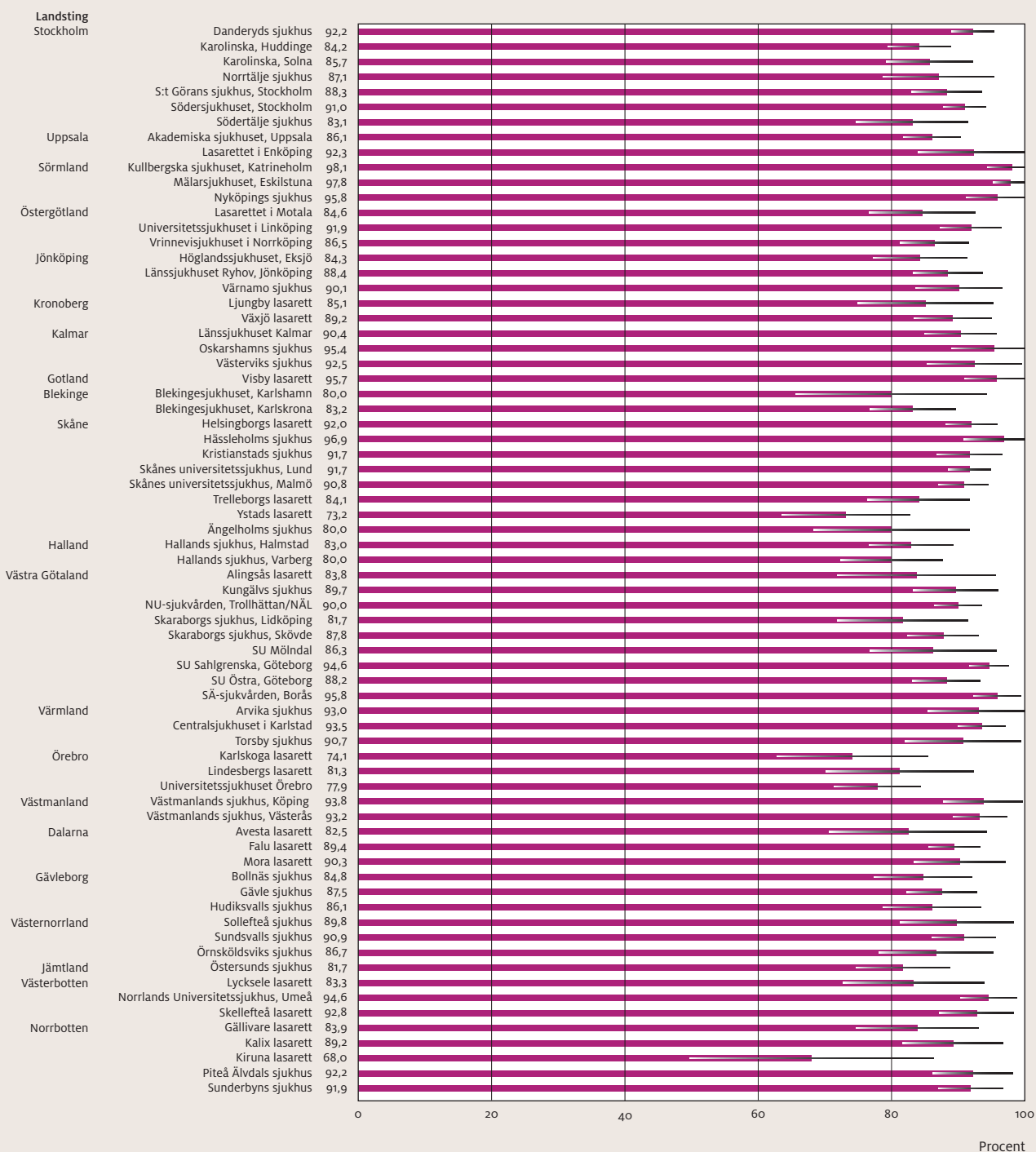
Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

DIAGRAM 117 – TOTALT: Andel patienter med RAAS-hämmare (ACE-hämmare eller ARB) vid utskrivning efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

DIAGRAM 117 – SJUKHUS: Andel patienter med RAAS-hämmare (ACE-hämmare eller ARB) vid utskrivning efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter under 80 år.



Källa: SWEDEHEART – RIKS-HIA.

118 DÖDLIGHET EFTER PCI VID INSTABIL KRANSKÄRLSSJUKDOM

PCI-behandling innebär att man vidgar tilltäppta kärl i hjärtat med en ballong. Därav uttrycket ballongvidgning. Ballongen förs in med hjälp av en kateter via handleden eller ljumsken. En stent, ett slags metallnät förstärker kärlväggen. Den största patientgruppen som PCI-behandlas är patienter med instabil kranskärlssjukdom, som betyder svår kärlkramp eller liten hjärtinfarkt utan så kallad ST-höjning på EKG och som riskerar att leda till större hjärtinfarkt. De två övriga större grupperna är patienter med stabil kärlkramp och de som drabbats av akut hjärtinfarkt med ST-höjning på EKG, ett tillstånd som har hög tidig dödlighet och kräver snabbast möjliga behandling.

Källan är kvalitetsregistret SCAAR. SCAAR är en del i SWEDHEART, och registrerar uppgifter om PCI-behandling och den kranskärlsröntgen, koronarangiografi, som föregår och syftar till att klargöra behovet av PCI-behandling eller öppen hjärtkirurgi, by pass-operation. Årligen utförs cirka 20 000 PCI och 38 000 koronarangiografier.

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

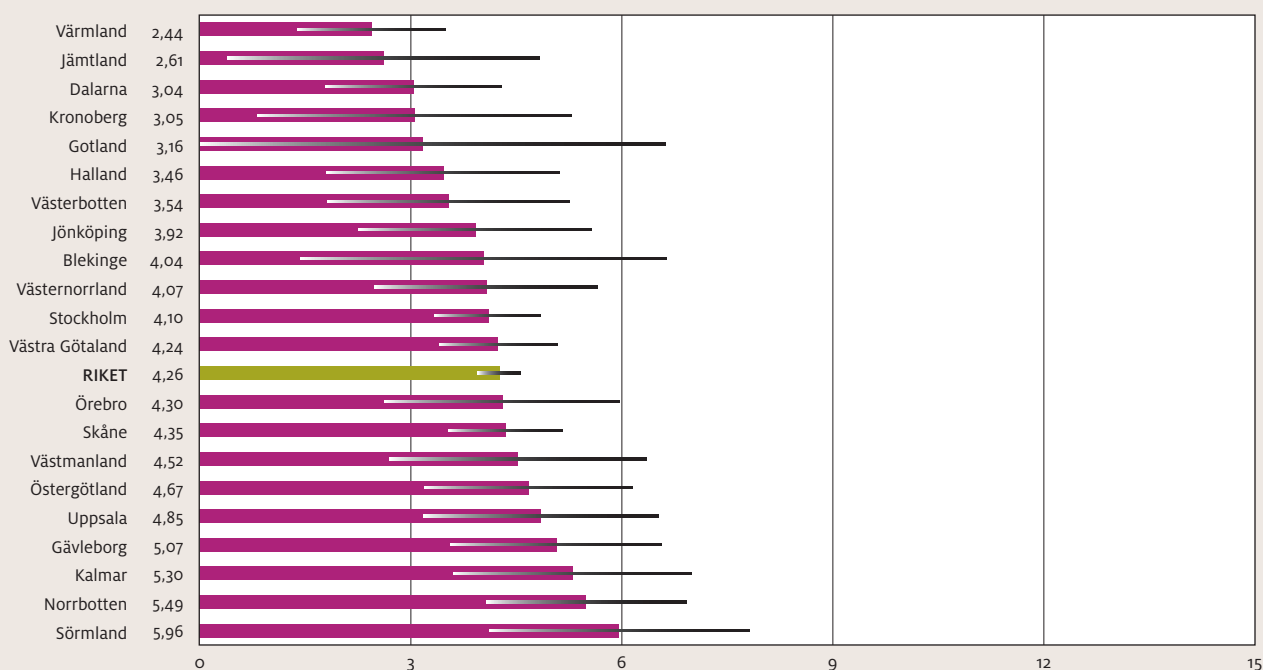
Död efter PCI är ett av flera möjliga resultatmått. Dödligheten skiljer sig mellan de olika patientgrupperna och här har valts att visa dödligheten för patienter med instabil kranskärlssjukdom som är den största gruppen. Detta innebär att det finns en viss överlappning med andra indikatorer som visar dödlighet efter hjärtinfarkt.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 1 år efter PCI för instabil kranskärlssjukdom. Jämförelsen baseras på 16 405 patienter som PCI-behandlades 2011–2012. Närmare 12 000 av dessa var män. Åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

I riket avled drygt fyra procent inom ett år. Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora, med en spridning från drygt två till knappt sju procent döda. Det finns inga väsentliga skillnader mellan kvinnors och mäns dödlighet. Sedan 2005 har inga större förändringar i dödligheten i riket skett.

Den redovisade skillnaden i dödlighet efter PCI kan bero på flera saker. Slumpen är den mest sannolika. I mindre landsting kan enstaka dödsfall som inte beror på hjärtsjukdom påverka utfallet kraftigt eftersom antalet döda är lågt. En viktig faktor är den så kallade case-mixen, det vill säga att patienterna har olika sjukdomsgrad eller skiljer sig åt avseende andra egenskaper. Skiljer den sig åt mellan kliniker och mellan landsting, så påverkar detta

DIAGRAM 118 – TOTALT: Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom, 2011–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: SWEDHEART – SCAAR.

dödligheten. Ingen hänsyn till patienternas sjukdomsgrad har tagits, mer än via åldersstandardiseringen. Skickligheten och erfarenheten av själva behandlingen men också sjukvårdsorganisationen kan påverka resultatet. Eftersom det är andelen döda efter ett år som mäts, spelar också skillnader i den sekundärpreventiva insatsen roll.

DIAGRAM 118 – RIKET: Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom. Åldersstandardiserade värden.

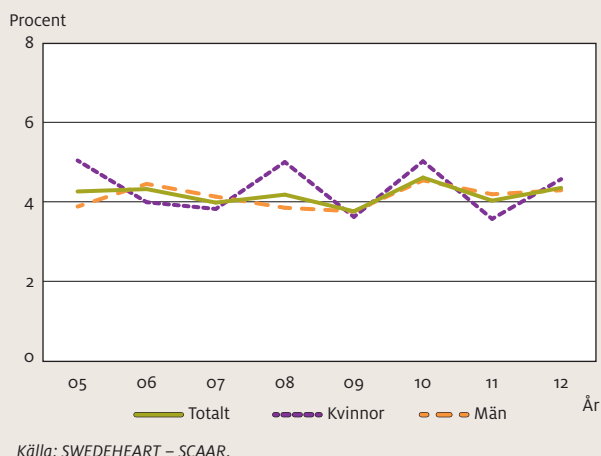
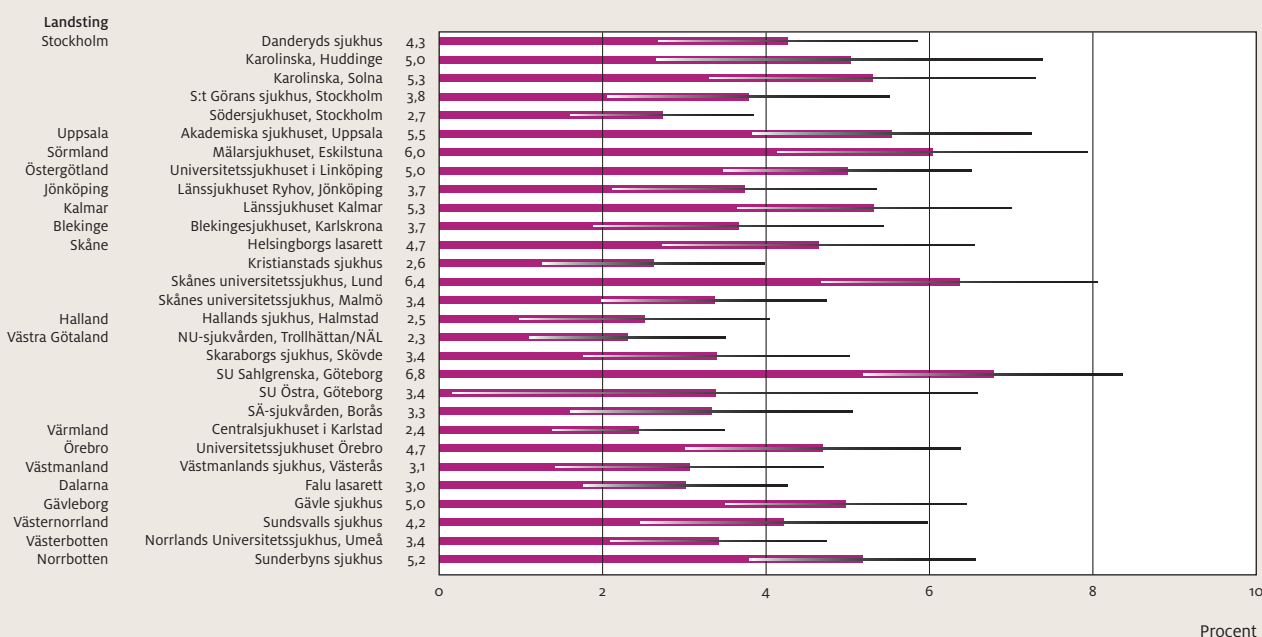


DIAGRAM 118 – SJUKHUS: Andel döda inom 1 år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom, 2011-2012. Åldersstandardiserade värden.



119 ÅTERFÖRTRÄNGNING AV HJÄRTATS KÄRL EFTER PCI

PCI-behandling syftar till att vidga hjärtats kärl men det finns en viss risk att förträngningen kommer tillbaka på samma ställe, vilket kan kräva förnyad PCI eller annan behandling. Detta gör återförträngning efter PCI, restenos, till ett givet och ofta använt resultatmått. Kärlförträngningens diameter och längd är en faktor som påverkar risken för återförträngning. Patienter med diabetes löper högre risk.

Indikatorn visar andelen patienter som drabbades av återförträngning inom ett år efter PCI-behandlingen, av de

patienter som var vid liv och gjorde uppföljningsangiografi på grund av återkommande besvär. Jämförelsen baseras på 16 981 patienter som PCI-behandlades 2011. Patienter i alla åldrar och med alla sjukdomstillstånd ingår. Närmare 12 500 av dessa var män. Ingen åldersstandardisering har gjorts. Patienterna redovisas under sitt hemlandsting, oavsett i vilket landsting behandlingen utfördes.

I riket fick drygt tre procent av patienterna återförträngning inom ett år. Variationen mellan landsting sträcker sig från under en till knappt fem procent av patienterna som får återförträngda kärl. Det finns i riket inga skillna-

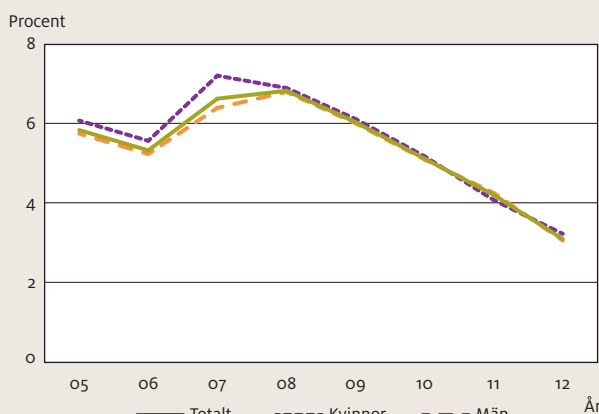
der mellan kvinnor och män. De senaste åren har andelen med återförträngning påtagligt minskat – en halvering sedan 2008.

Risken för återförträngning är betydligt mindre om stent används jämfört med enbart ballongvidgning. Stent med en läkemedelsyta som hämmar inväxt av celler och bindväv minskar ytterligare risken för återförträngning. I riket har sedan 2005 andelen kärl med återförträngning, restenos, först ökat för att efter 2008 sjunkit tillbaka.

Detta beror troligen på att användningen av läkemedelsbelagda stent minskade under 2006–2007, efter indikationer om att dessa stent visserligen minskade risken för återförträngning, men i gengäld ökade risken för akut blodpropp som misstänktes kunna öka dödligheten. När den långsiktiga säkerheten hos dessa stent kunde bevisas ökade användningen igen, med minskad incidens av stenosis som följd. Kliniker som använder stor andel läkemedelsstent tenderar att ha lägre risk för restenos.

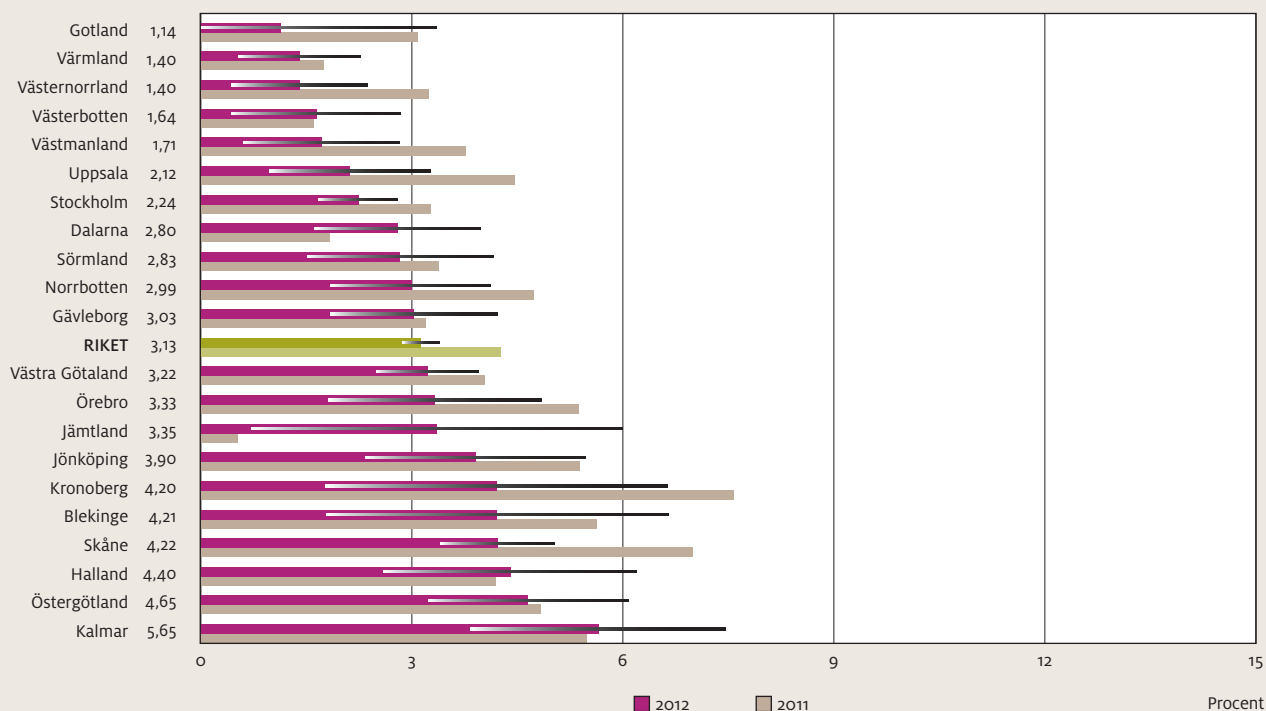
Variationen mellan landsting och kliniker kan påverkas av casemix, av skillnader i urvalet av patienter som föreslås PCI-behandling i första skedet, men också av benägenheten att kontrollera patienterna efteråt och genomföra ny kranskärlsröntgen. Patienterna kallas således inte till regelrätt uppföljning. Vidare kan kriterierna för återförträngning variera mellan kliniker.

DIAGRAM 119 – RIKET: Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.



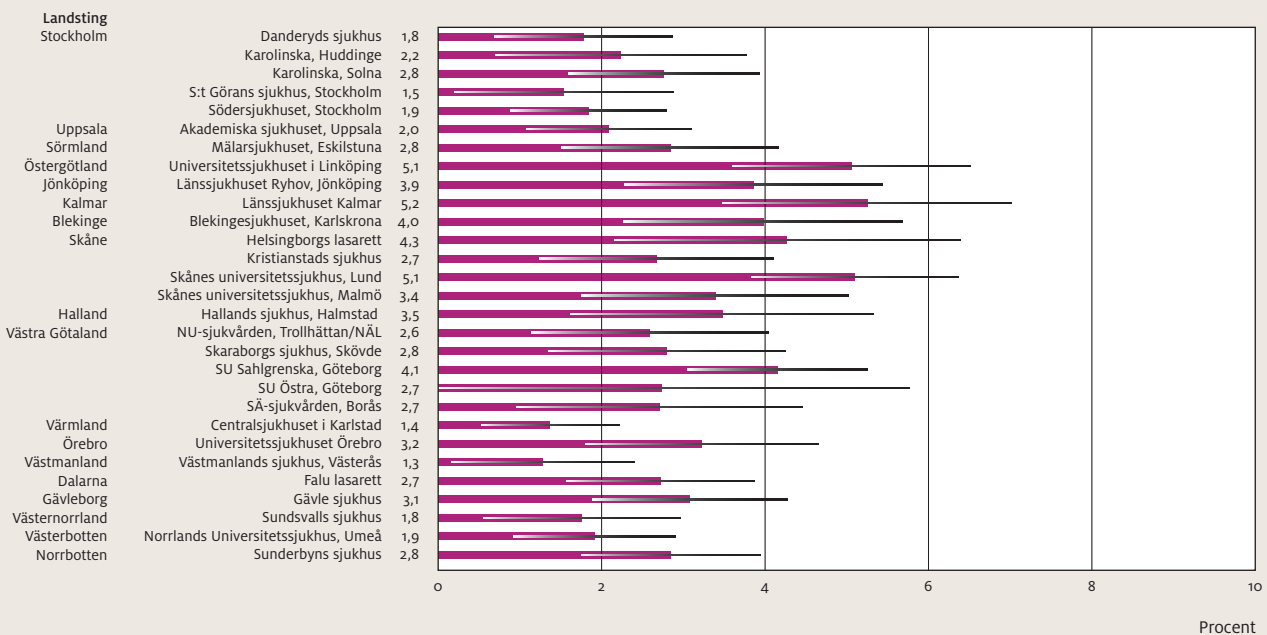
Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

DIAGRAM 119 – TOTALT: Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning, 2012. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

DIAGRAM 119 – SJUKHUS: Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl inom 1 år efter PCI-behandling påvisats i någon efterföljande undersökning, 2012. Avser samtliga PCI-behandlade patienter.



Källa: SWEDEHEART – SCAAR.

120 BLODFETTSSÄNKANDE BEHANDLING EFTER HJÄRTINFARKT

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

Indikatoren visar hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under perioden 12–18 månader efter sjukhusvistelsen. Uppgifter från patientregistret har kombinerats med läkemedelsregistret för detta ändamål. Ingår gör 24 270 patienter 40–79 år som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2011–2012. Uppgifterna har åldersstandardiserats.

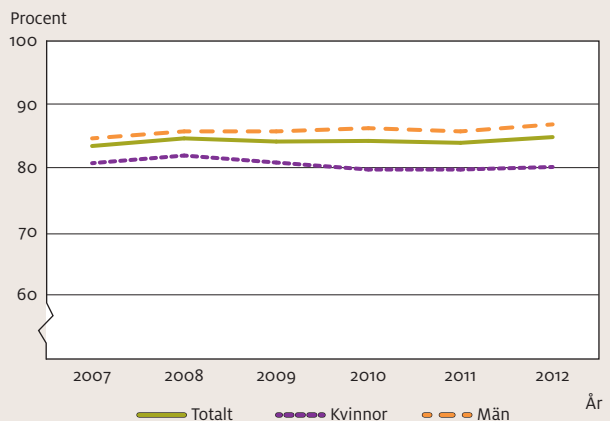
I riket uppgår andelen som ges blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt till drygt 83 procent, med en variation mellan landsting från drygt 76 till närmare 89 procent. Andelen har varit närmast oförändrad sedan 2007. Andelen behandlade kvinnor är lägre än andelen män, en skillnad på cirka 4 procentenheter.

I tidigare rapporter har även andelen behandlade under perioden 0–4 månader efter utskrivning från sjukhus stu-

derats. Denna andel var högre, vilket betyder att personer som tidigt efter infarkten har blodfettssänkande behandling till viss del upphör med denna. Detta gäller kvinnor i högre grad än män.

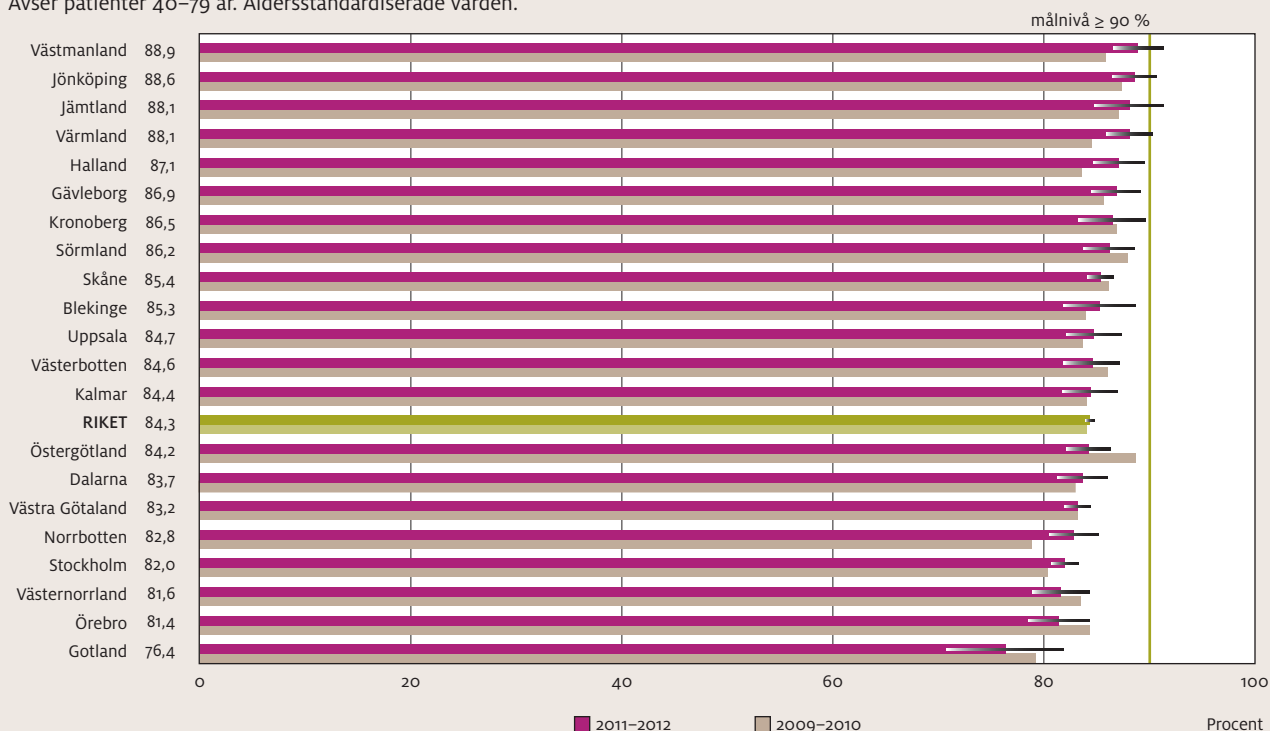
Socialstyrelsen har fastställt målnivån till 90 procent för patienter under 80 år.

DIAGRAM 120 – RIKET: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 120 – TOTALT: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2011–2012. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

121 MÅLUPPFYLLELSE FÖR LDL-KOLESTEROL

Efter hjärtinfarkt skall i princip samtliga patienter komma ifråga för blodfettssänkande läkemedelsbehandling. En betydande andel av patienterna förskrivs också dessa läkemedel, vilket visats både i RIKS-HIAs uppföljning och i data från patientregistret och läkemedelsregistret. Men blodfetterna påverkas även av andra faktorer, som till exempel kost och fysisk aktivitet.

Det är under alla omständigheter viktigt att följa upp resultatet av olika förebyggande åtgärder, inte bara sjukvårdens aktiviteter. SEPHIA mäter därför patienternas LDL-kolesterol vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2008 angavs för patienter med hög risk för ny hjärt-kärlsjukdom ett målvärde för LDL-kolesterol på < 2,5 mmol/l. Europeiska riktlinjer har angett en lägre målnivå för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/l, alternativt 50 procents reduktion från utgångsvärdet).

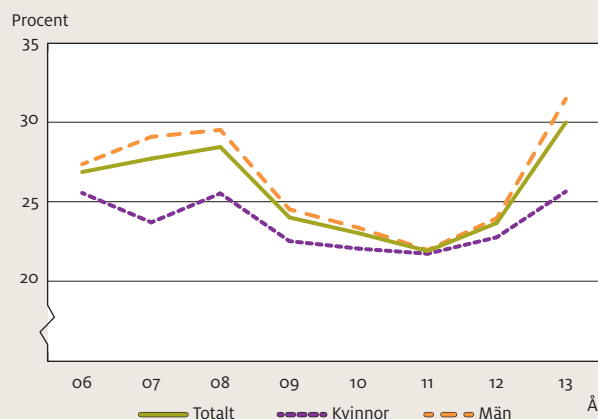
I Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom från 2014 anger man samma värden som de europeiska som önskvärd nivå för individer med mycket hög kardiovaskulär risk, till exempel individer med dokumenterad kranskärlssjukdom.

Indikatoren visar andelen patienter som hade nått det nya målvärdet < 1,8 mmol/l för LDL-kolesterol 12–14 må-

nader efter hjärtinfarkten. Jämförelsen baseras på knappt 5 700 patienter. Enbart patienter yngre än 75 år ingår. I riket nådde knappt 30 procent av patienterna detta målvärde, med en variation mellan landsting från 13 till 44 procent. Andelen patienter som når det äldre målvärdet LDL < 2,5 mmol/l är i riket betydligt högre, cirka 72 procent.

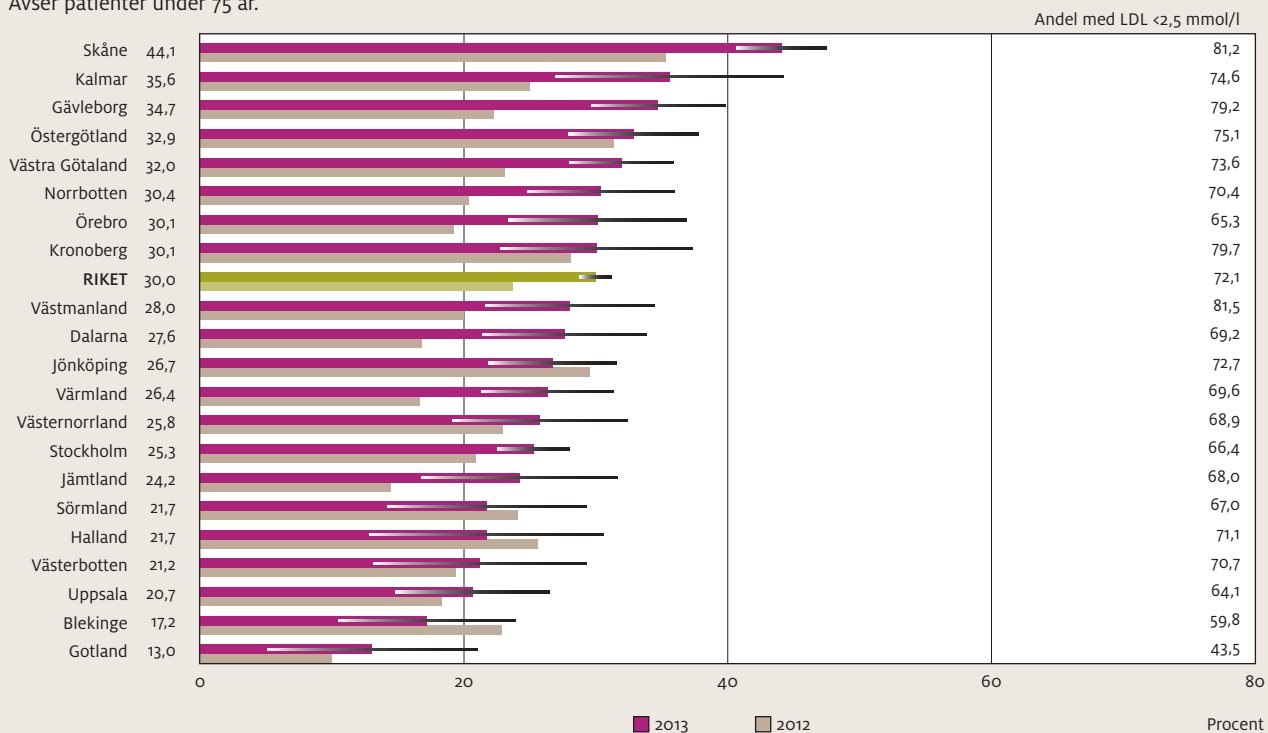
I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 40 respektive 60 procent.

DIAGRAM 121 – RIKET: Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (<1,8 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter under 75 år.



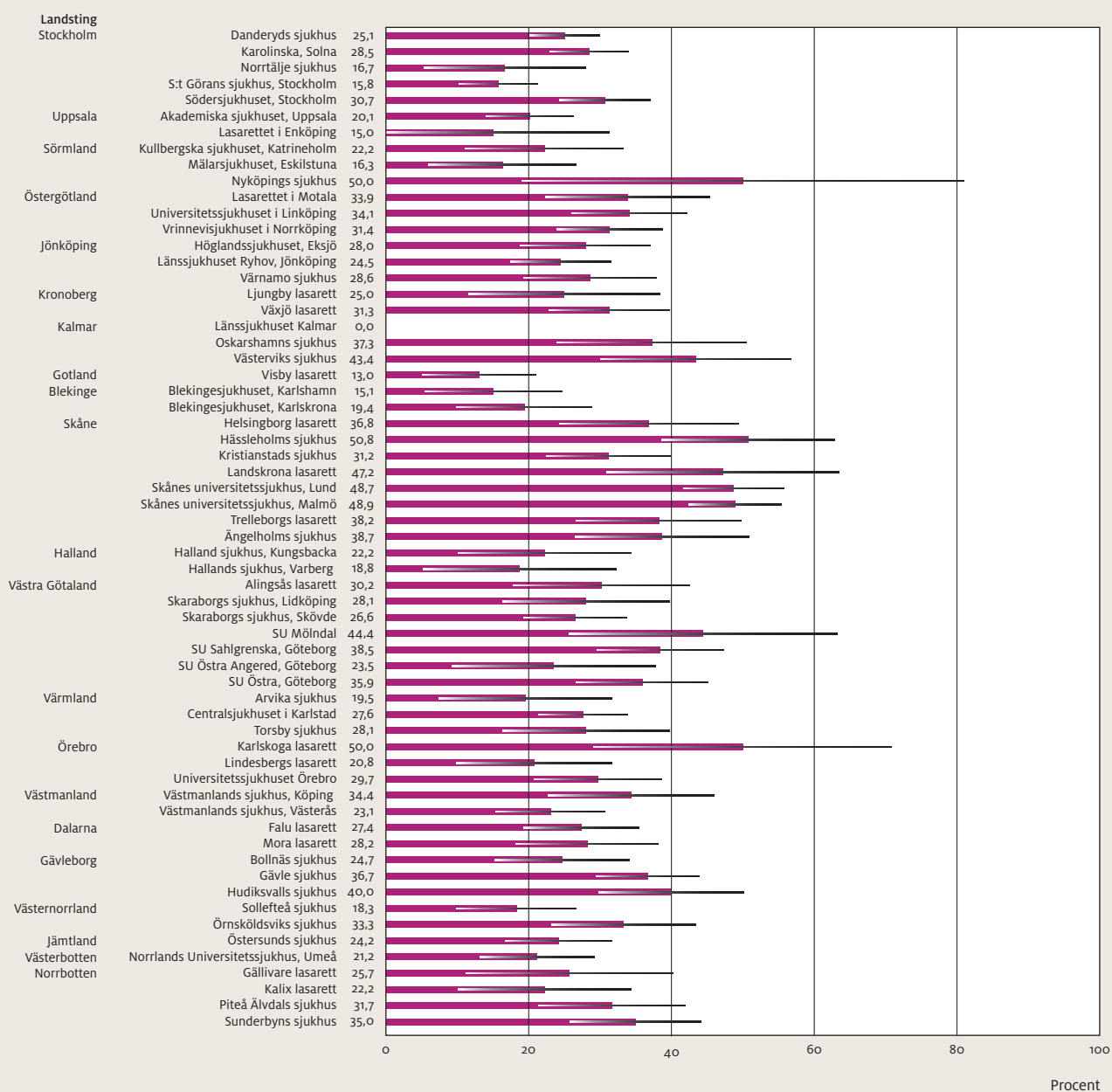
Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

DIAGRAM 121 – TOTALT: Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (<1,8 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter under 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

DIAGRAM 121 – SJUKHUS: Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (<1,8 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter under 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

122 MÅLUPPFYLLELSE FÖR BLODTRYCK

Högt blodtryck är liksom högt LDL-kolesterol en riskfaktor för ny hjärt-kärlsjukdom och blodtrycket kan påverkas dels genom läkemedelsbehandling, dels genom beteendeförändringar avseende bland annat tobak, motion, kost och stress. Socialstyrelsens nationella riktlinjer anger målvärdet för systoliskt blodtryck till under 140 mmHg.

Indikatorn visar andelen patienter som hade nått målvärdet för systoliskt blodtryck 12–14 månader efter hjärtinfarkten. Jämförelsen baseras på närmare 5 600 patienter. Enbart patienter yngre än 75 år ingår. I riket nådde 68 procent av patienterna det satta målvärdet, med en variation mellan landsting från närmare 61 till närmare 78 procent.

I SWEDEHEARTS kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 70 respektive 75 procent. Ungefär en tredjedel av landstingen nådde den lägre poänggränsen. Ingen förändring av graden av måluppfyllelse har kunnat ses de senaste tre åren, vare sig för blodtryck eller för LDL-kolesterol.

DIAGRAM 122 – RIKET: Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (<140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter under 75 år.

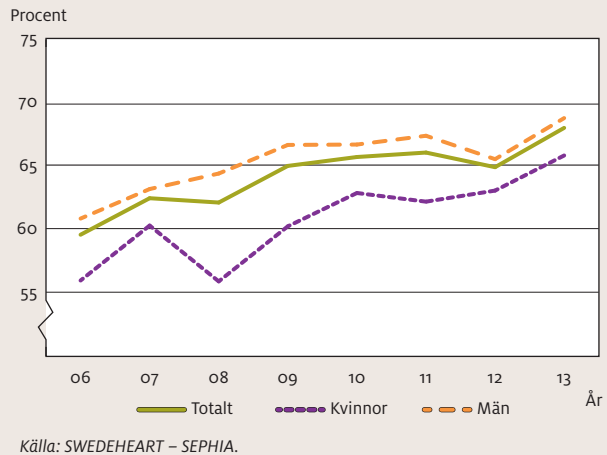


DIAGRAM 122 – TOTALT: Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (<140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter under 75 år.

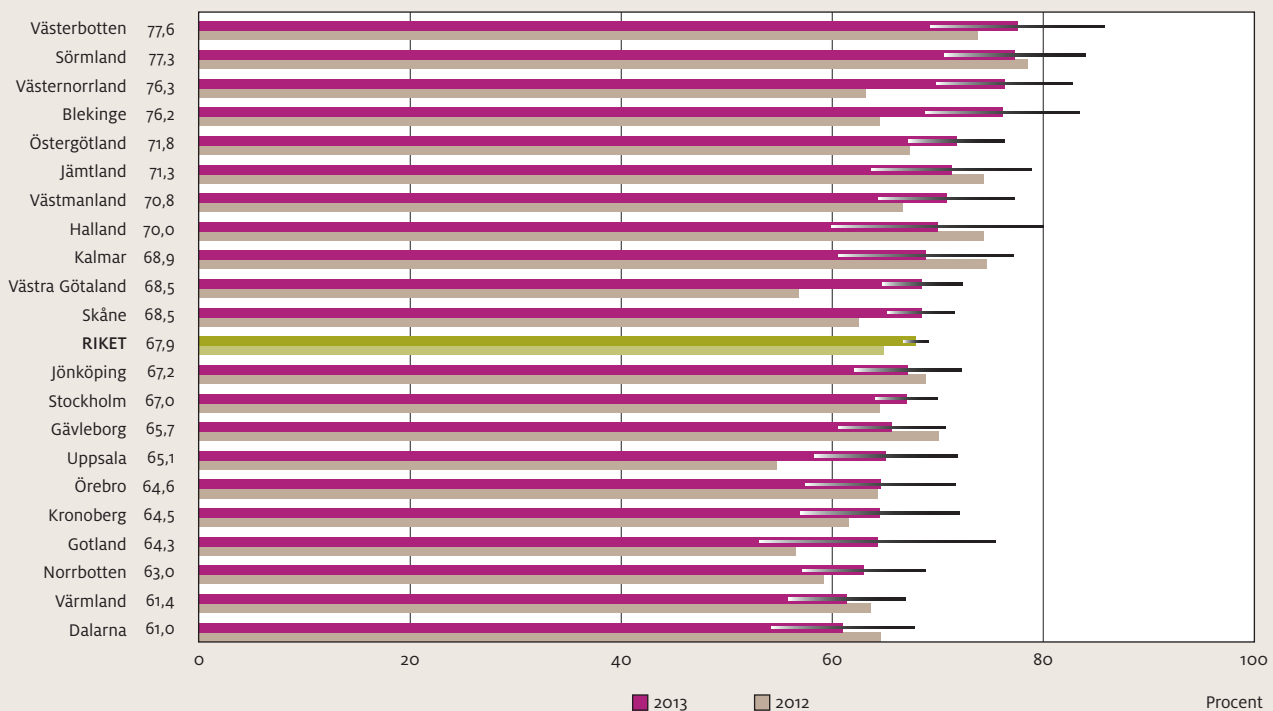
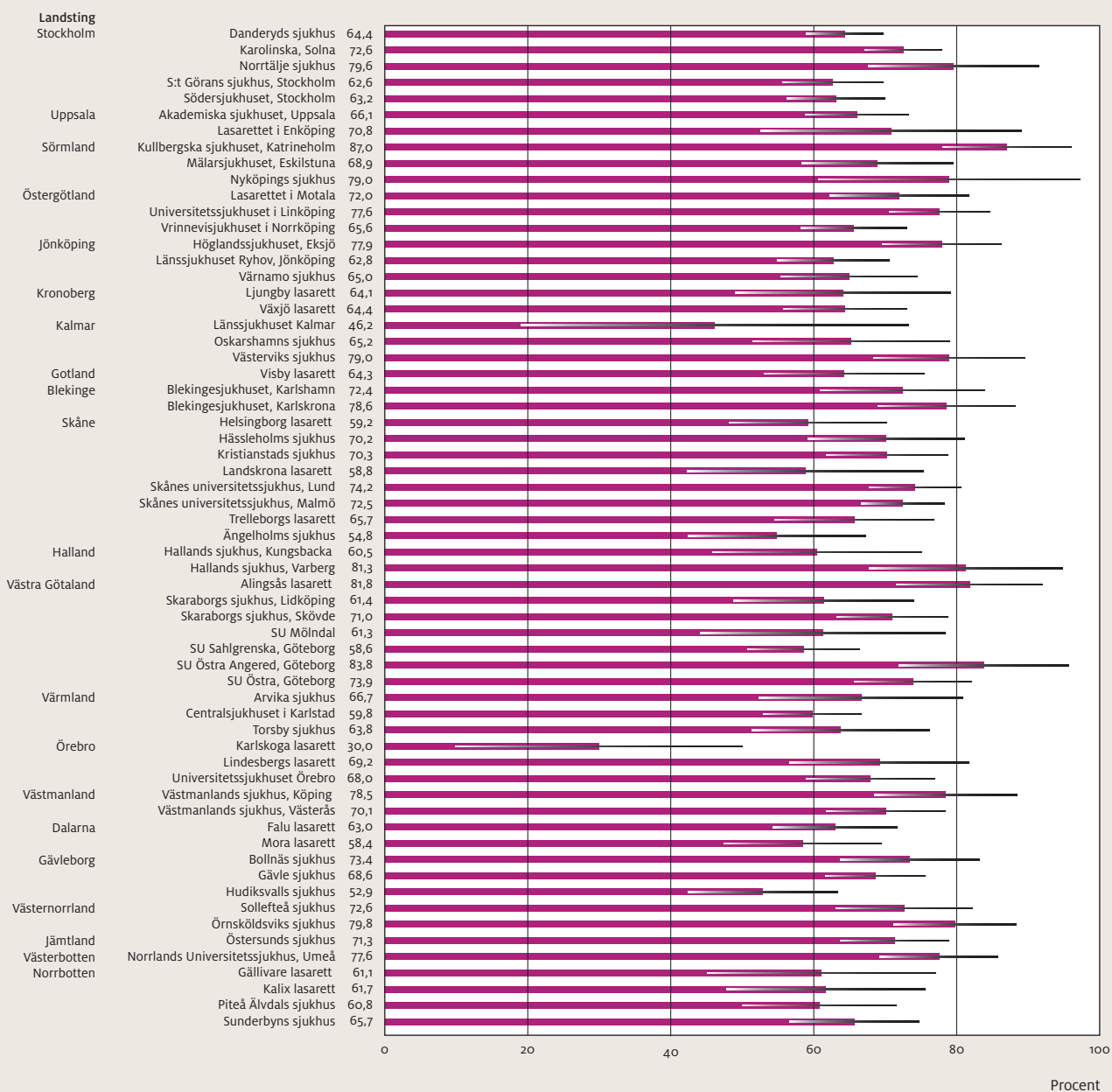


DIAGRAM 122 – SJUKHUS: Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (<140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter under 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

123 LÄKEMEDELSBEHANDLING VID HJÄRT-SVIKT

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

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolyt, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel

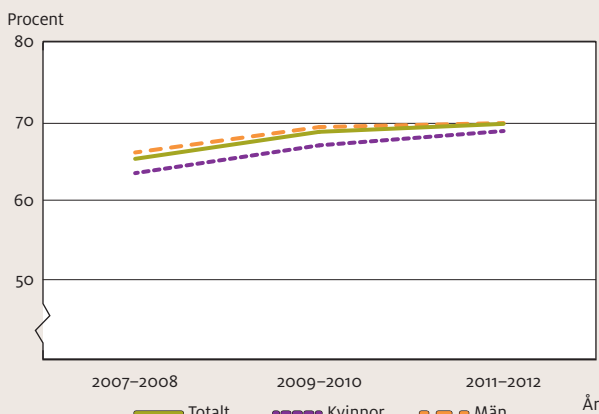
har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. I princip bör alla hjärtsviktspatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

Indikatorn visar andelen hjärtsviktspatienter som sex månader efter utskrivning från sjukhus behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare. Enbart patienter som inte slutenvårdats för hjärtsvikt under de föregående 365 dagarna ingår. Jämförelsen baseras på knappt 30 000 patienter som sjukhusvårdades med huvuddiagnos hjärtsvikt under perioden 2011–2012 och som var i livet sex månader efter utskrivningen. Männen var något fler än kvinnorna.

Andelen som behandlades med båda typerna av läkemedel var i riket närmare 70 procent, med en spridning mellan landstingen från 60 till 81 procent. Skillnaderna mellan könen är små. Det finns i riktlinjerna inte angivet hur stor andel av patienterna som bör behandlas, efter att individuella bedömningar gjorts. Kvalitetsregistret RiksSvikts målsättning är att minst 90 procent av patienterna bör ha behandling med RAAS-hämmare och en lika stor andel bör behandlas med betablockerare. Av detta kan man sluta sig

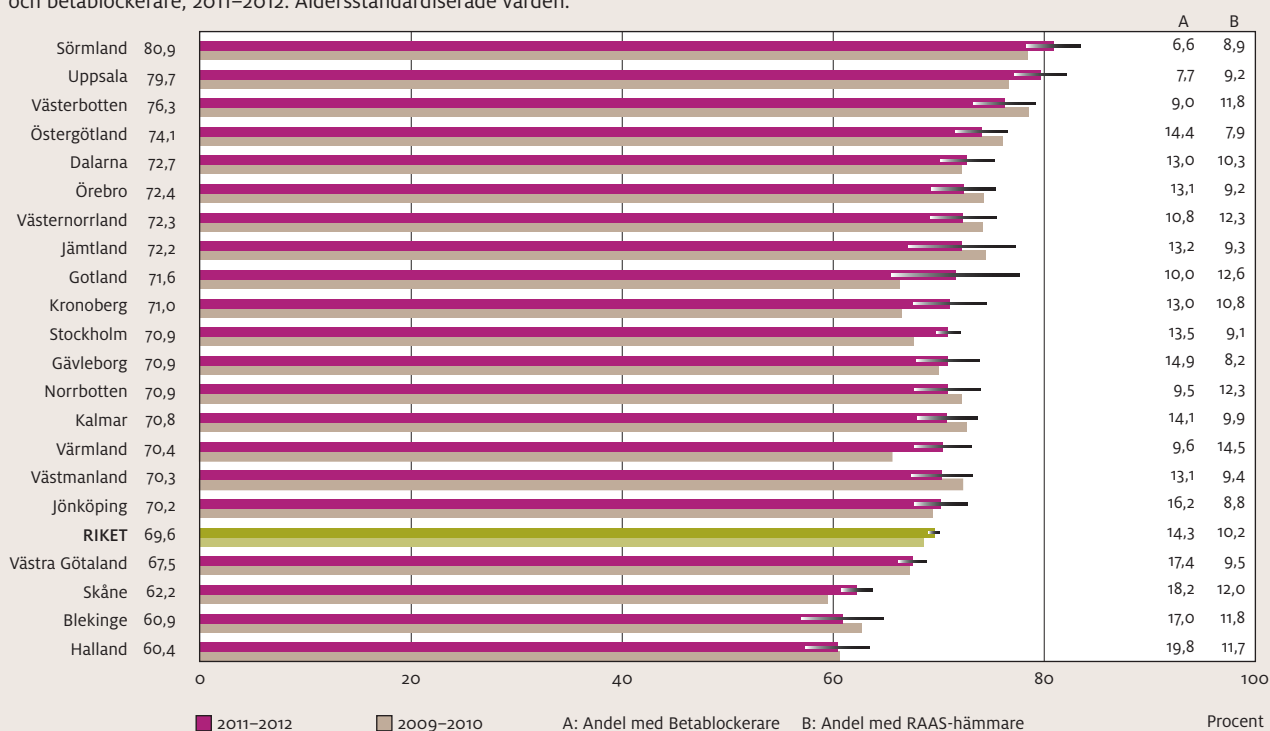
till att minst 80 procent av patienterna bör ha basbehandling för sin hjärtsvikt med båda typerna av läkemedel. Det finns därför en betydande förbättringspotential.

DIAGRAM 123 – RIKET: Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlats med RAAS-hämmare och betablockerare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 123 – TOTALT: Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare, 2011–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

124 DÖD ELLER ÅTERINSKRIVNING EFTER VÅRD FÖR HJÄRTSVIKT

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

Det är relativt vanligt att patienterna avlider eller återinläggs kort tid efter sjukhusvård för hjärtsvikt. Att hjärtsvikt är en kronisk sjukdom gör att utfallet död efter sjukhusvård är ett komplicerat kvalitetsmått, men ändå värt att lyfta fram. Orsaker till återinläggning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen. Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

Indikatorn avser patienter som slutenvårdats vid sjukhus för hjärtsvikt. Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Jäm-

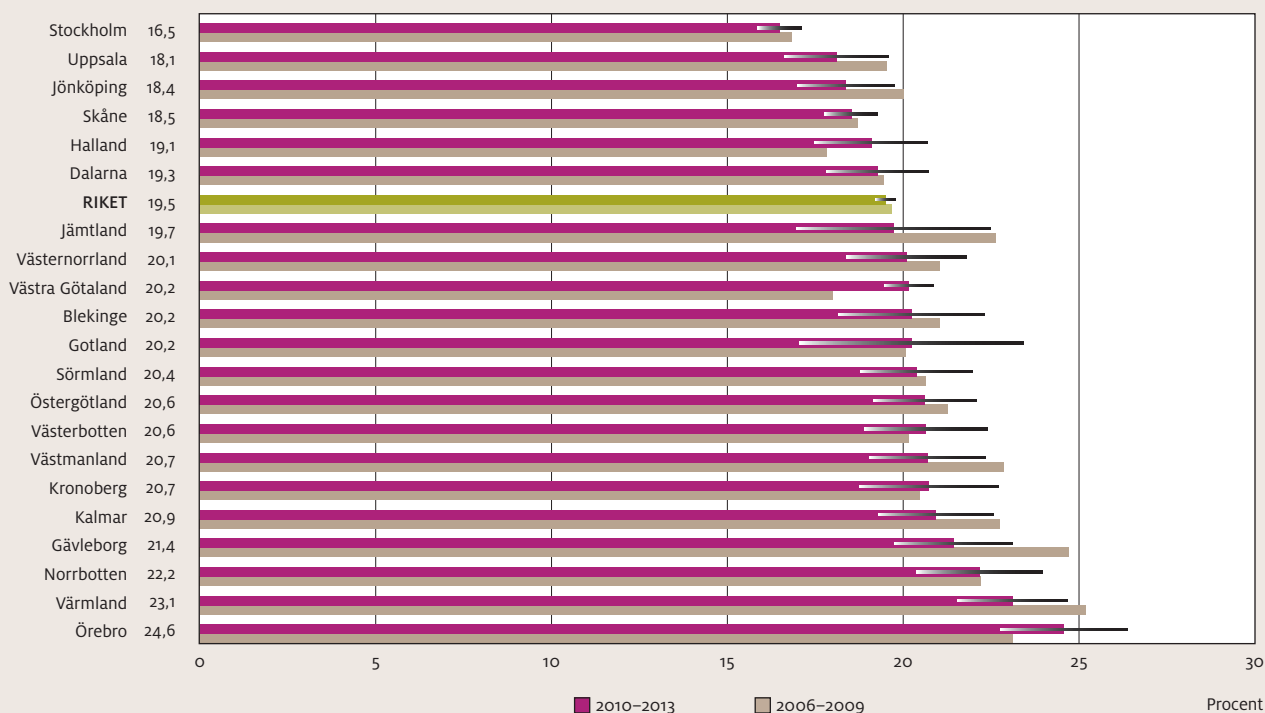
förelsen avser alla åldrar och åldersstandardisering har gjorts.

Under mätperioden 2010–2013 registrerades 75 000 vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt, något fler män än kvinnor. Cirka 15 300 av dessa ledde till antingen död eller återinskrivning inom 30 dagar. Andelen avlidna eller återinskrivna i riket var därmed nästan 20 procent, med en liten övervikt bland männen. Variationen mellan landsting är betydande, från 16,5 till 24,6 procent. Död är ett vanligare utfall än återinskrivning. Trenden över tid visar att andelen återinskrivna eller döda i riket varit relativt konstant sedan 2004.

Variationen mellan landsting och mellan sjukhus kan i hög grad vara påverkad av annat än kvaliteten i vårdinsatsen. Om praxis för att skriva in patienter i slutenvård skiljer sig åt, påverkas utfallet. Ju lindrigare sjuka de inskrivna är, desto bättre blir det redovisade utfallet. Av detta skäl bör bättre hänsyn till patientsammansättningen vid olika sjukhus tas i framtida jämförelser.

Detsamma gäller diagnosättningspraxis. Om patienter med lätt hjärtsvikt får diagnosen oftare i ett landsting eller sjukhus än i ett annat, så förbättras utfallet för det förra landstinget eller sjukhuset.

DIAGRAM 124 – TOTALT: Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2010–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

125 ANTIKOAGULANTIA VID FÖRMAKS- FLIMMER OCH RISKFAKTOR

Förmaksflimmer är en kronisk sjukdom där patienterna löper en ökad risk att drabbas av stroke. Om patienten dessutom har andra riskfaktorer, enligt bedömningsinstrumentet CHA2DS2-VASc, ökar risken markant för att patienten ska drabbas av stroke. Under många år har warfarin varit det enda tillgängliga läkemedlet för att förebygga stroke hos denna patientgrupp, men under de senaste åren har det kommit alternativ. Dessa nya läkemedel, ibland benämnda NOAK, Nya Orala Antikoagulantia, gör det möjligt att behandla fler patienter som befinner sig i riskzonen.

Behandling med antikoagulantia, blodproppshämmande läkemedel, medför viss ökad risk för blödning. Risken för både blodpropp och blödningar ökar också med ålder. För att behandlingen ska kunna ge största möjliga nytta måste därför risken för blödning vägas mot den risk patienten har att drabbas av en blodpropp eller stroke.

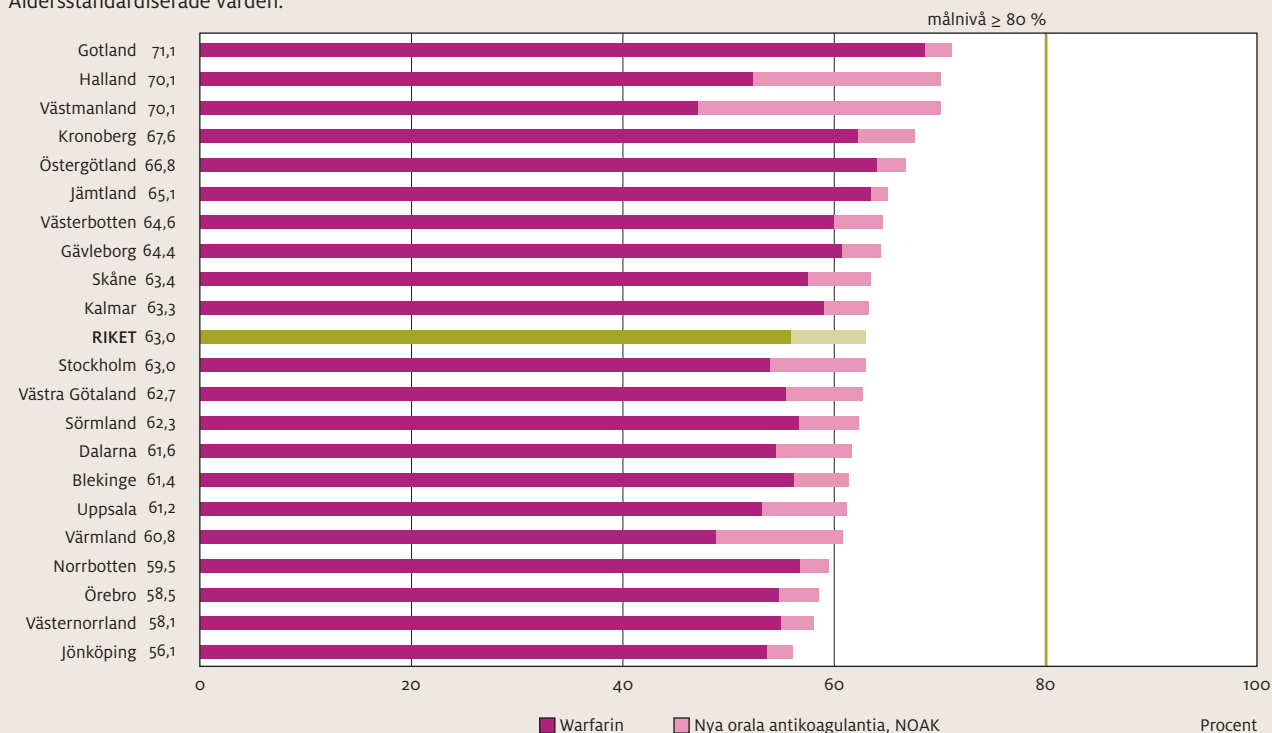
Indikatorn visar andelen patienter med antikoagulantia-behandling, av dem som vårdats på sjukhus med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos och har minst

två riskpoäng för stroke enligt bedömningsinstrumentet CHA2DS2-VASc. Alla åldrar ingår i mätningen. Bara patienter som vårdats inlaggande på sjukhus, alternativt i specialiserad öppenvård, med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos ingår i underlaget. Patienter som endast vårdats inom primärvård ingår alltså inte i redovisningen.

I riket uppgår andelen patienter med antikoagulantia-behandling till 63 procent, med en variation mellan landsting från 58 till 71 procent. Warfarin dominerar som behandlingsval. Jämförelsen baseras på uppgifter om läkemedelsuttag hos drygt 123 000 patienter.

I en nyligen publicerad SBU-rapport dras slutsatsen att en ökad användning av koagulationshämmande behandling vid förmaksflimmer skulle minska risken för stroke hos denna stora patientgrupp. Alla patienter är dock inte aktuella för behandling eftersom det finns kontraindikationer mot och risker med behandlingen. Socialstyrelsen har som målnivå angett att minst 80 procent av patienterna bör ha behandling.

DIAGRAM 125 – TOTALT: Andel patienter som har antikoagulantia-behandling vid förmaksflimmer och riskfaktor, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

126 KOMPLIKATIONER EFTER PACEMAKERINSÄTTNING

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Cirka 6 700 nyinsättningar av pacemakers sker per år, med en genomsnittsålder för män på 75 år och för kvinnor på 78 år. Knappt 50 000 personer lever med pacemaker i Sverige.

En vanlig pacemakeroperation är normalt okompllicerad och tar en timme i anspråk. Den utförs vanligtvis i slutenvård, men i vissa fall även som dagkirurgi. Implantation av pacemaker är dock förenat med risk för komplikationer. Komplikationsfrekvens är därför en naturlig indikator vid kvalitetsuppföljning.

Källan till indikatorn är det Svenska Pacemaker- och ICD-registret. Till registret rapporteras uppgifter om insättning av standardpacemaker, implanterbara defibrillatorer (ICD) och sviktpacemakers (CRT). Alla 43 kliniker som sätter in pacemaker rapporterar till registret. Täckningsgraden på individnivå är mycket god. En jämförelse avseende 2006 visade att täckningsgraden var 95 procent, vilket var högre än patientregistrets.

Indikatorn visar andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller

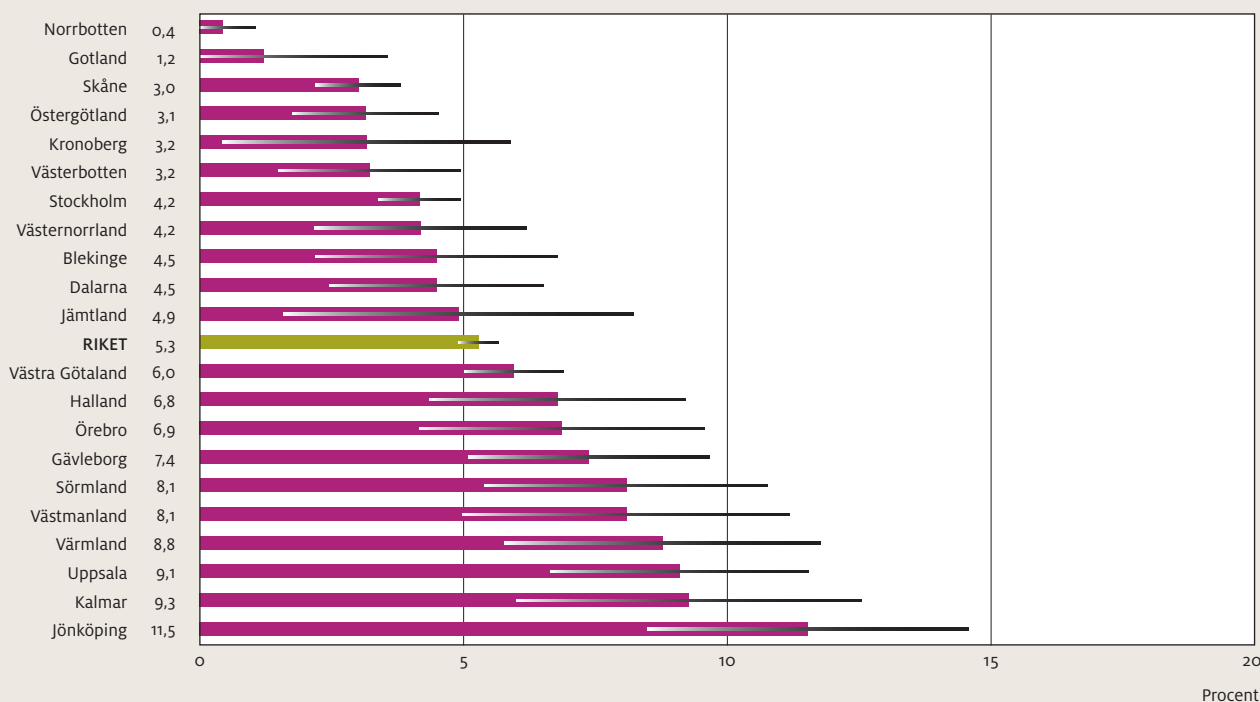
korrektur av standardpacemaker. Redovisning per landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte på patientens hemort.

Komplikationen kan dels avse händelser under vårdtillfället, dels händelser som uppkommer efter vårdtillfället. Som komplikation räknas en oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan för patienten allvarlig händelse. För att registreras som komplikation ska händelsen vara av den art och grad att den antingen kräver operativt åtgärdande eller läkemedelsbehandling, till exempel antibiotika vid infektion.

Jämförelsen omfattar cirka 13 000 patienter, som fick behandling under 2011-2012 och som följdes upp under 2013. I riket var andelen komplikationer 5,3 procent, med en spridning mellan landstingen från tre till drygt 11 procent. Två landstings komplikationsandelar är så låga att resultatet inte anses tillförlitligt av kvalitetsregistret.

Skillnader mellan kliniker kan även bero på olikheter i hur likformig och komplett komplikationsregistreringen är. Varje sjukhus registrerar sina egna komplikationer i samband med operation eller vid uppföljning. I kvalitetsregistrets egen årsrapport markeras orimliga resultat genom att kliniker med lägre komplikationsandel än tre procent inte visas med övriga, då de anses ha för stort bortfall av registrering av komplikationer för att anses tillförlitliga.

DIAGRAM 126 – TOTALT: Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, 2011–2012.



Källa: Svenska ICD – och Pacemakerregistret.

127 KOSTNAD PER VÅRDTILLFÄLLE FÖR PCI VID HJÄRTINFARKT

PCI-behandling vid hjärtinfarkt är ett ingrepp som dels utförs akut vid så kallad ST-höjningsinfarkt, dels utförs det vid icke ST-höjningsinfarkter. I det senare fallet sker det inte akut, men bör ske inom några dagar efter att infarkten diagnosticerades och då behandlades med läkemedel. Syftet med PCI-behandlingen är då att förebygga återinsjuknande.

Under 2013 rapporterade 24 sjukhus från 13 landsting kostnadsuppgifter till KPP-databasen. Databasen innehåller kostnader för varje unikt vårdtillfälle och för de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till vårdtillfället.

I diagrammet visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl vid diagnosen hjärtinfarkt. Medelvårdtiden var cirka 3 dagar.

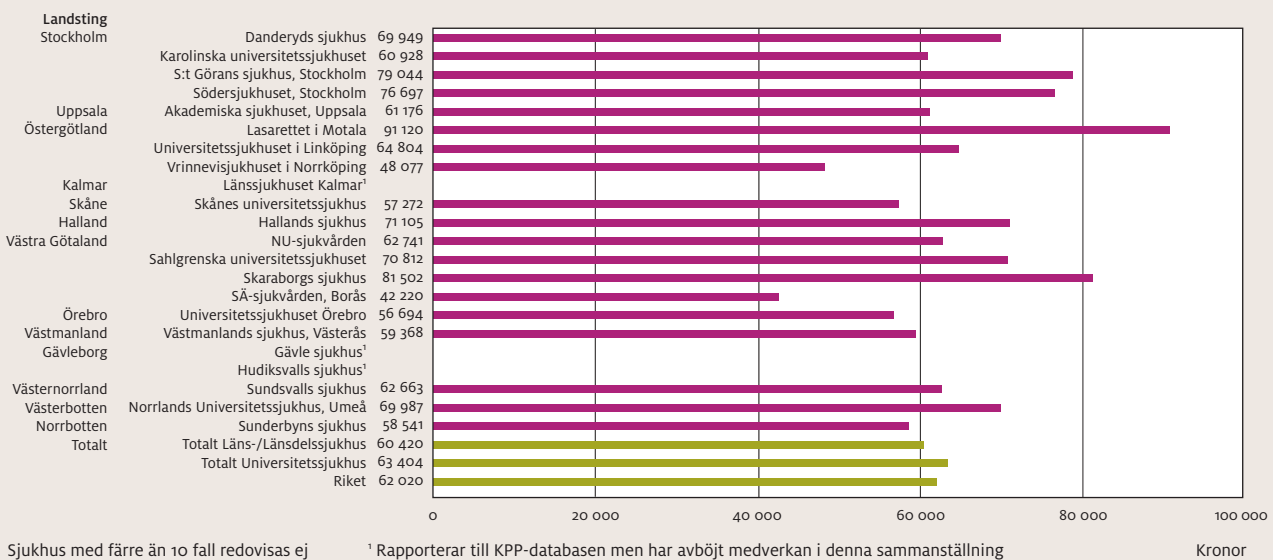
Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som redovisas. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är också exkluderade. Avsikten är att visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.

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

I KPP-databasen 2013 finns det drygt 7 300 vårdtillfällen där patienten PCI-behandlats. Genomsnittskostnaden för innerfallen uppgick till 62 020 kronor. Det är stor variation mellan sjukhusen, drygt 26 000 kronor till drygt 91 000 kronor för sjukhus med mer än 10 fall.

De redovisade kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. En aspekt är att sjukhusen samarbetar i vården av dessa patienter. PCI utförs vid 29 sjukhus i landet, medan hjärtinfarktvård bedrivs vid cirka 70 akutsjukhus. En patient kan få PCI akut vid ett sjukhus och därefter föras till ett annat sjukhus för fortsatt vård. En annan patient vårdas vid ett och samma sjukhus under hela vårdepisoden. Detta påverkar de kostnader som rapporteras till KPP-databasen. Man bör således ha kunskap om den lokala vårdprocessen för att tolka kostnadsuppgifterna.

DIAGRAM 127 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle för PCI-behandling vid hjärtinfarkt, 2013.



Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej

¹ Rapporterar till KPP-databasen men har avböjt medverkan i denna sammanställning

Kronor

Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Strokesjukvård

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

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

Samtliga indikatorer som här visas är väl etablerade och har förekommit i Socialstyrelsens indikatorbaserade utvärdering av strokesjukvården eller i Riksstrokes årsrapport. I Riksstrokes årliga rapportering finns 13 indikatorer för vilka målnivåer formulerats. Flera av dessa, men inte alla, visas här. Målnivåerna anges i texten. För de indikatorer där Socialstyrelsen anger en målnivå, visas denna även i diagrammet.

Några indikatorer är förändrade eller nya i årets öppna jämförelser. Indikatorn om andel som vårdas på strokeenhet avser nu direktinskrivning på strokeenhet, medan den tidigare indikatorn avsåg att patienten någon gång under vårdtillfället vårdats på strokeenhet. Vidare är tid till trombolys en ny indikator, liksom andelen med blodtryckssänkande behandling efter stroke.

Utöver patientregistret och läkemedelsregistret, båda vid Socialstyrelsen, är källan kvalitetsregistret Riksstroke. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riksstroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var under 2013 cirka 24 400. Utöver registrering av uppgifter om akutskedet genomförs även en enkätbaserad uppföljning efter tre månader. Sedan något år genomförs även en ettårsuppföljning, som ger värdefull ytterligare information om strokepatienters hälsa och funktionsförmåga.

Riksstrokes täckningsgrad i jämförelse med patientregistret följs årligen. Täckningsgraden är hög och 91 procent av alla förstagångsfall registrerades 2013, men med viss variation mellan landsting och framförallt mellan

sjukhus. Eftersom det förekommer en viss överdiagnostik i patientregistret, är täckningsgraden i Riksstroke i realiteten något högre, uppskattningsvis 97 procent. Svarsfrekvensen i tremånadersuppföljningen 2013 uppgick till 86 procent. Svarsfrekvensen i ettårsuppföljningen 2012 uppgick till 79 procent.

Riksstroke anger i sin årsrapport målvärden för en rad processmått, bland annat för flera av de som här redovisas. Man har två grader av måluppfyllelse, hög respektive måttlig. Se vidare respektive indikator, där dessa målvärden anges. Socialstyrelsen har för några indikatorer angett målvärlden. Dessa anges även i diagrammen.

128 DÖDLIGHET EFTER SJUKHUSVÅRDAD FÖRSTAGÅNGSSTROKE

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

Indikatorn visar andelen döda inom 28 dagar och 90 dagar efter stroke, bland de strokepatienter som vårdades på sjukhus för sin stroke. Måttet syftar till att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården vid sjukhus.

Bland de närmare 30 000 personer, lika många kvinnor som män, som årligen drabbas av stroke vårdas cirka 25 500 på sjukhus för sin stroke. Uppskattningsvis 3–4 000 av de som får stroke avlider utan att ha sjukhusvårdats.

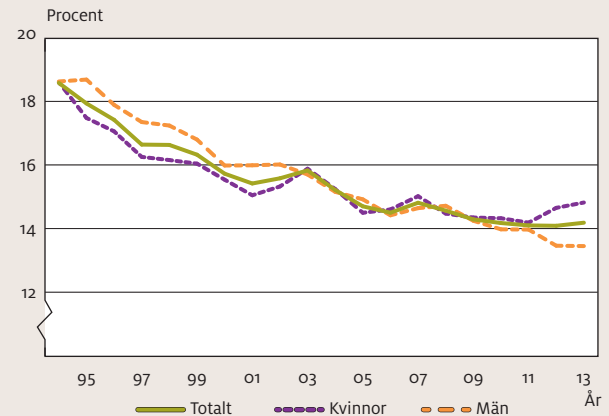
Som stroke räknas här fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke åren 2011–2013 i patientregistrets slutenvårdsdel, således de strokefall som sjukhusvårdades initialt. Enbart förstagångsfall omfattas, beräknat på så sätt att endast de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren ingår. Av dessa ingår alla personer i åldrarna 20 år eller över. Totalt ingår ungefär 68 000 fall i jämförelsen.

Av de sjukhusvårdade fallen avled drygt 14 procent inom 28 dagar efter slaganfallet och knappt 19 procent inom 90 dagar. I genomsnitt avlider 3 100 personer per år inom 28

dagar efter en förstagångstroke. Efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar är dödligheten efter stroke i riket, både efter sjukhusvård och totalt, lika för kvinnor och män. För båda könen har under den senaste femårsperioden bara mycket små förändringar skett av 28- och 90-dagarsdödligheten.

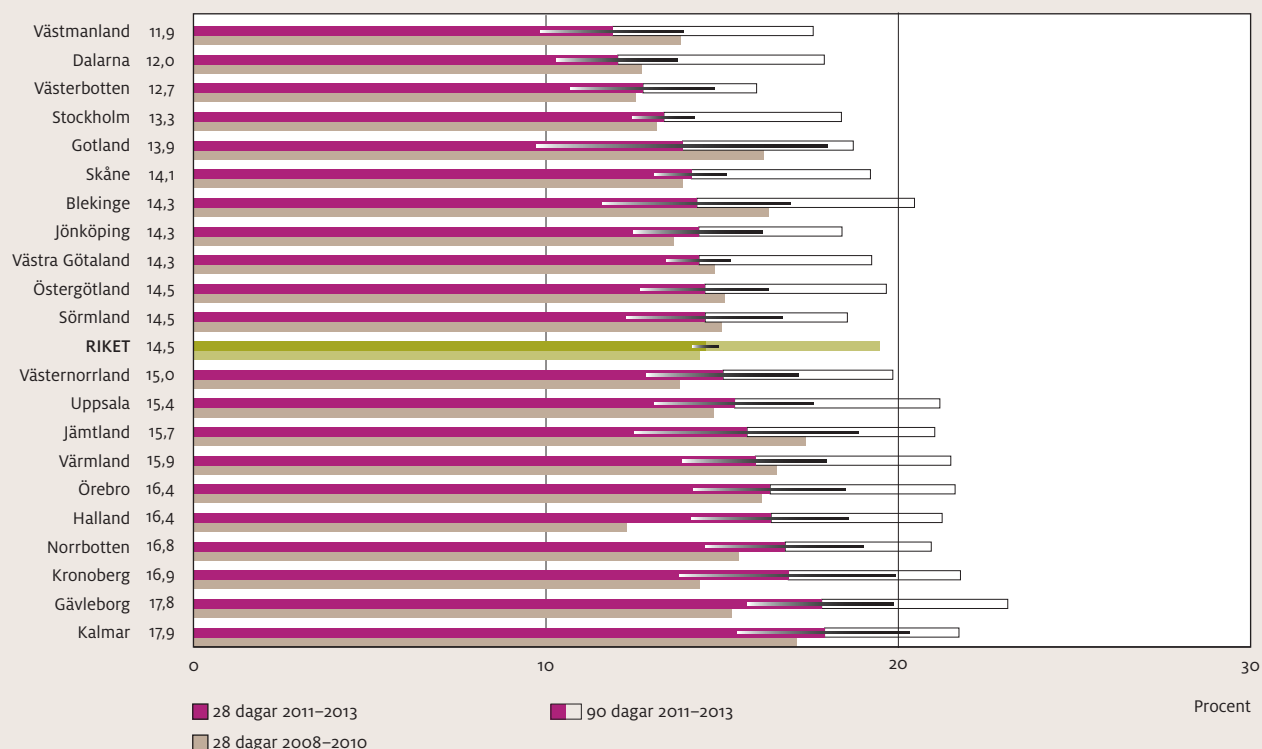
Indikatorn visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet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

DIAGRAM 128 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångstroke. Åldersstandardiserade värden.



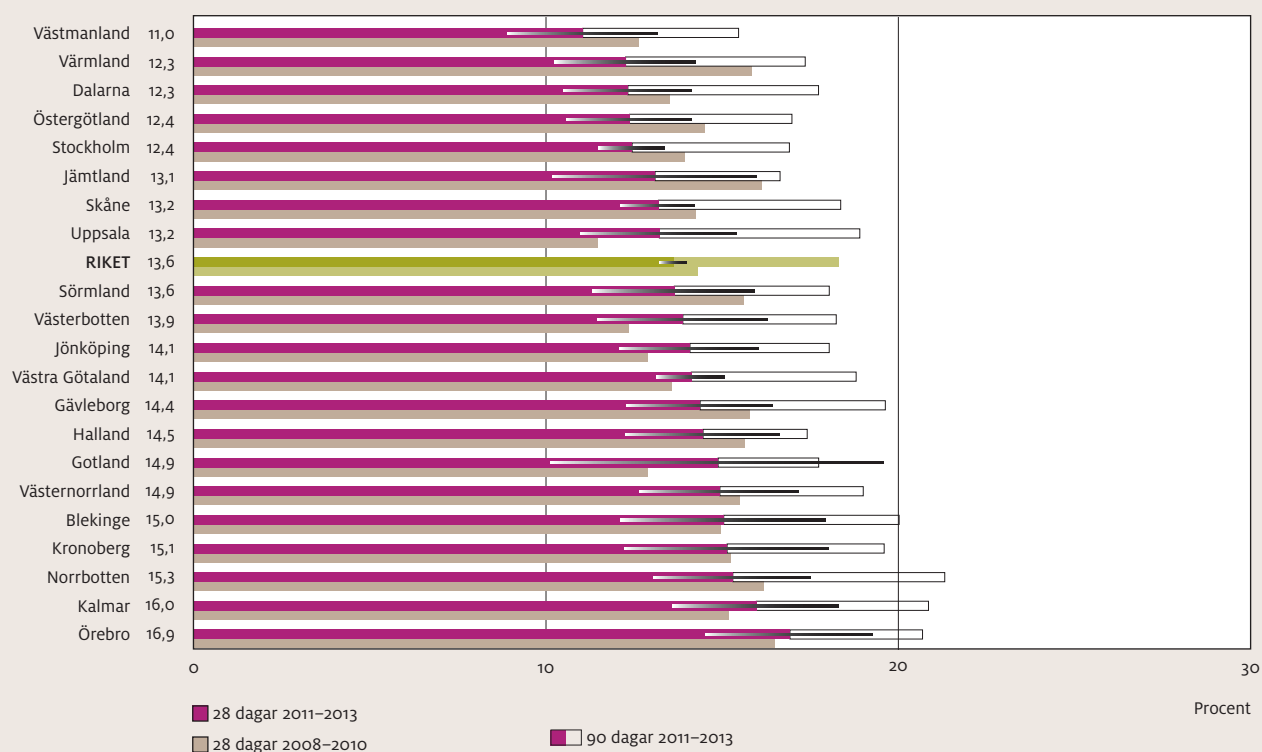
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 128 – KVINNOR: Andel döda inom 28 dagar respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 128 – MÄN: Andel döda inom 28 dagar respektive 90 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 128 – SJUKHUS: Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstlagångsstroke, 2011-2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

129 DIREKTINTAG PÅ STROKEENHET

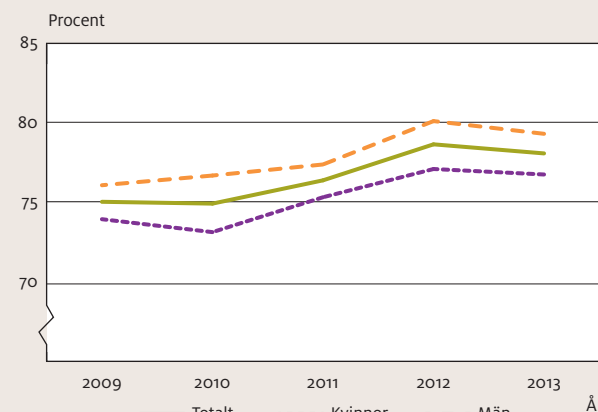
Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter. En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning som i princip enbart arbetar med strokepatienter och som har personal med expertkunnande inom stroke och rehabilitering. Den ska bestå av ett multidisciplinärt team som innefattar läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt ha tillgång till dietist och psykolog eller psykiater. En nyckelaspekt i vårdinsatsen är omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering av patienten.

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

Vid många sjukhus får så gott som alla patienter tillgång till särskild strokekompetens på en strokeenhet eller intensivvårdsavdelning direkt när de blir inlagda. Men det finns också sjukhus där många strokepatienter först läggs på någon annan avdelning, till exempel på observations- eller intagningsavdelning eller vanlig vårdavdelning, för att i ett senare skede överföras till en strokeenhet. Det är viktigt att patienten direkt skrivs in på strokeenhet och Riksstroke har därför en indikator för att följa detta.

Indikatorn visar andelen patienter som direkt skrevs in på strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke.

DIAGRAM 129 – RIKET: Andel patienter som direkt läggs in på strokeenhet vid ankomst till sjukhus.



Källa: Riksstroke.

Även inskrivning på intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk klinik ingår. I riket skrevs 78 procent in direkt på strokeenhet (motsvarande), en ökning med några procentenheter sedan 2009. Antalet patienter som 2013 inte skrevs in direkt på strokeenhet var drygt 5 200. Variationen mellan landsting är förhållandevis stor, även bortsett från det avvikande Örebro, med andelar från 59 till 93 procent. Jämförelsen baseras på närmare 24 000 patienter.

Tidigare skillnader mellan män och kvinnors andelar har blivit mindre, men män vårdas i något högre utsträckning än kvinnor på strokeenhet. Det låga värdet för Örebro beror på att man i Universitetssjukhuset i Örebro under

DIAGRAM 129 – TOTALT: Andel patienter som direkt läggs in på strokeenhet vid ankomst till sjukhus, 2013.



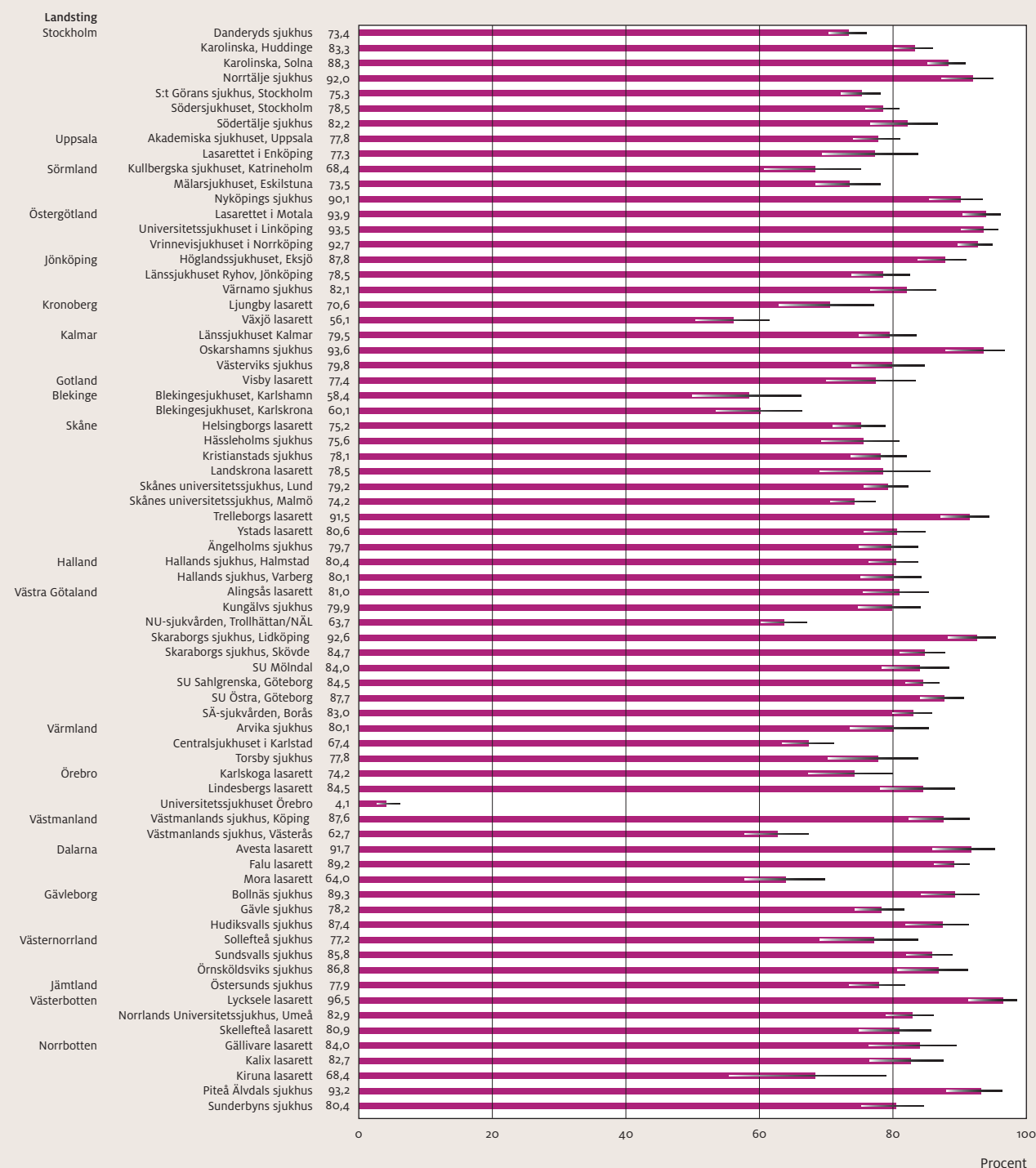
Källa: Riksstroke.

2013 menade att den tidigare strokeenheten inte längre uppfyllde kriterierna för en strokeenhet.

Riksstroke anger 80 procent som gräns för måttlig måluppfyllelse och 90 procent som krav för god måluppfyllelse. Socialstyrelsen har fastställt målnivån 90 procent. Mycket få landsting och sjukhus når högre nivå. Detta är en av de aspekter på strokevården där en påtaglig kvalitetsförbättring bör ske.

Lägre täckningsgrad i registret gör resultaten mindre tillförlitliga. Låg täckningsgrad och hög andel strokeenhetensvårdade kan tyda på att patienter vårdade utanför strokeenhet inte registreras. Det finns även variation mellan sjukhus och landsting avseende i hur stor utsträckning man uppfyller de kriterier som gäller för strokeenhet.

DIAGRAM 129 – SJUKHUS: Andel patienter som direkt läggs in på strokeenhet vid ankomst till sjukhus, 2013.



Källa: Riksstroke.

130 REPERFUSIONSBEHANDLING (TROMBOLYS/TROMBEKTOMI) VID STROKE

I cirka 85 procent av strokefallen är orsaken en blodpropp i hjärnan, hjärninfarkt, medan orsaken i de resterande fallen är en blödning. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling, använd enligt de gällande kriterierna, en mycket gynnsam effekt på utfallet för en del av patienterna som får behandlingen. Risken för funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke. Det finns flera kriterier för när propplösande behandling ska sättas in, bland dem att det är en hjärninfarkt och att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började.

I princip ska samtliga akutsjukhus i landet kunna erbjuda denna behandling, eftersom den främst kräver kompetensutveckling inom klinisk och radiologisk diagnostik, men annars är baserad på traditionell strokevård. I Göteborg och inom Uppsala läns landsting har trombolysverksamheten samlats till ett sjukhus. Samarbete kring trombolys förekommer också partiellt mellan några andra sjukhus.

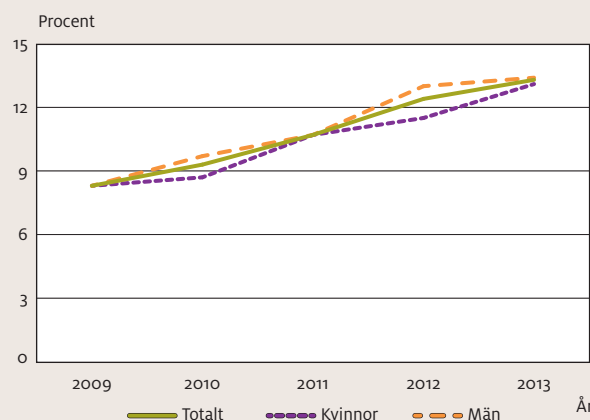
För en mindre grupp patienter är trombektomi ett behandlingsalternativ. Denna behandling innebär att proppen dras ut på mekanisk väg via kateter från lumsken och utförs bara på ett litet antal sjukhus i landet. Termen reperfusionsbehandling inkluderar både trombolys och trombektomi.

Indikatorn visar andelen patienter som fick trombolysbehandling eller trombektomi av samtliga patienter med

hjärninfarkt i åldern 18–80 år. Alla dessa patienter, oavsett tid från symtomdebut, ingår. Tidigare ingick enbart patienter som var ADL-oberoende vid insjuknandet i denna indikator. Jämförelsen baseras på 12 205 patienter.

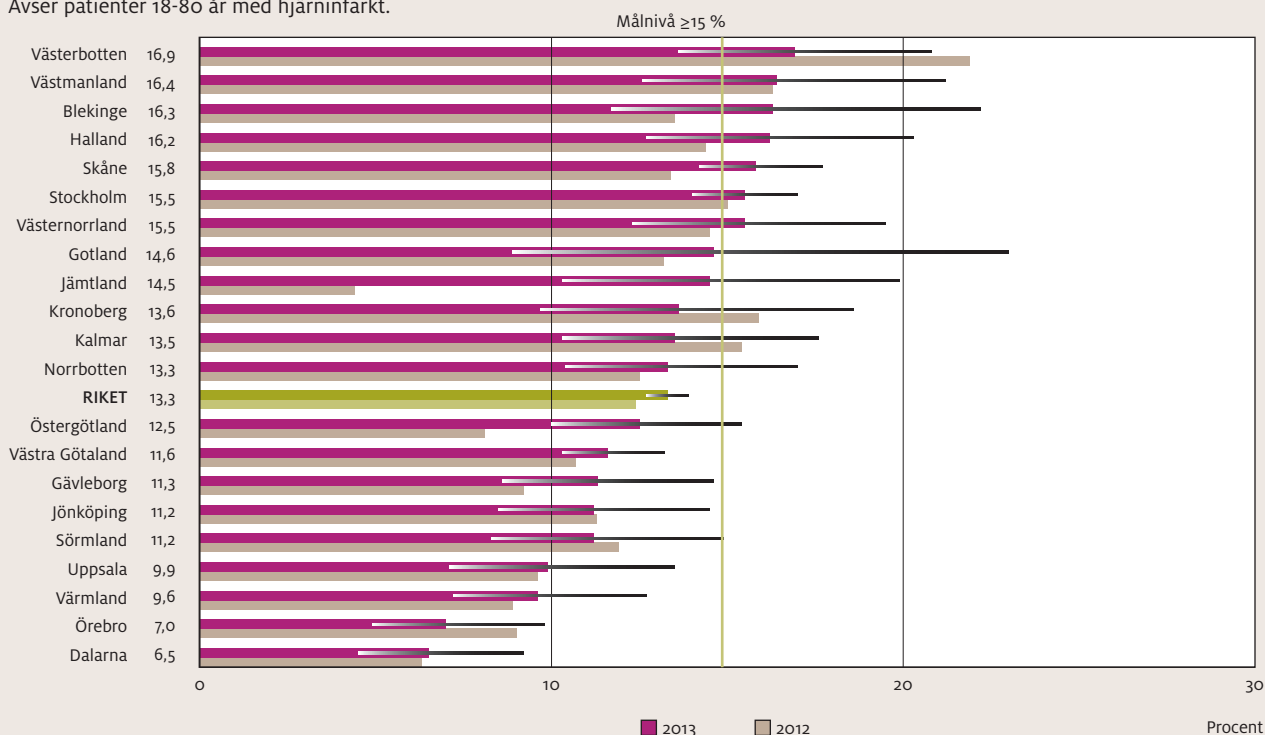
I riket var andelen drygt 13 procent, med små skillnader mellan könen. Skillnaderna mellan landstingen är stora med andelar från drygt 6 till närmare 17 procent. Stora ökningar kan noteras i några landsting, medan i andra bara mycket små ökningar har skett mellan 2012 och 2013. I några landsting är andelen till och med lägre. Av drygt 1 600 reperfusionsbehandlade fall var cirka 200 trombektomier.

DIAGRAM 130 – RIKET: Andel patienter som får reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke. Avser patienter 18-80 år med hjärninfarkt.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 130 – TOTALT: Andel patienter som får reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke, 2013. Avser patienter 18-80 år med hjärninfarkt.

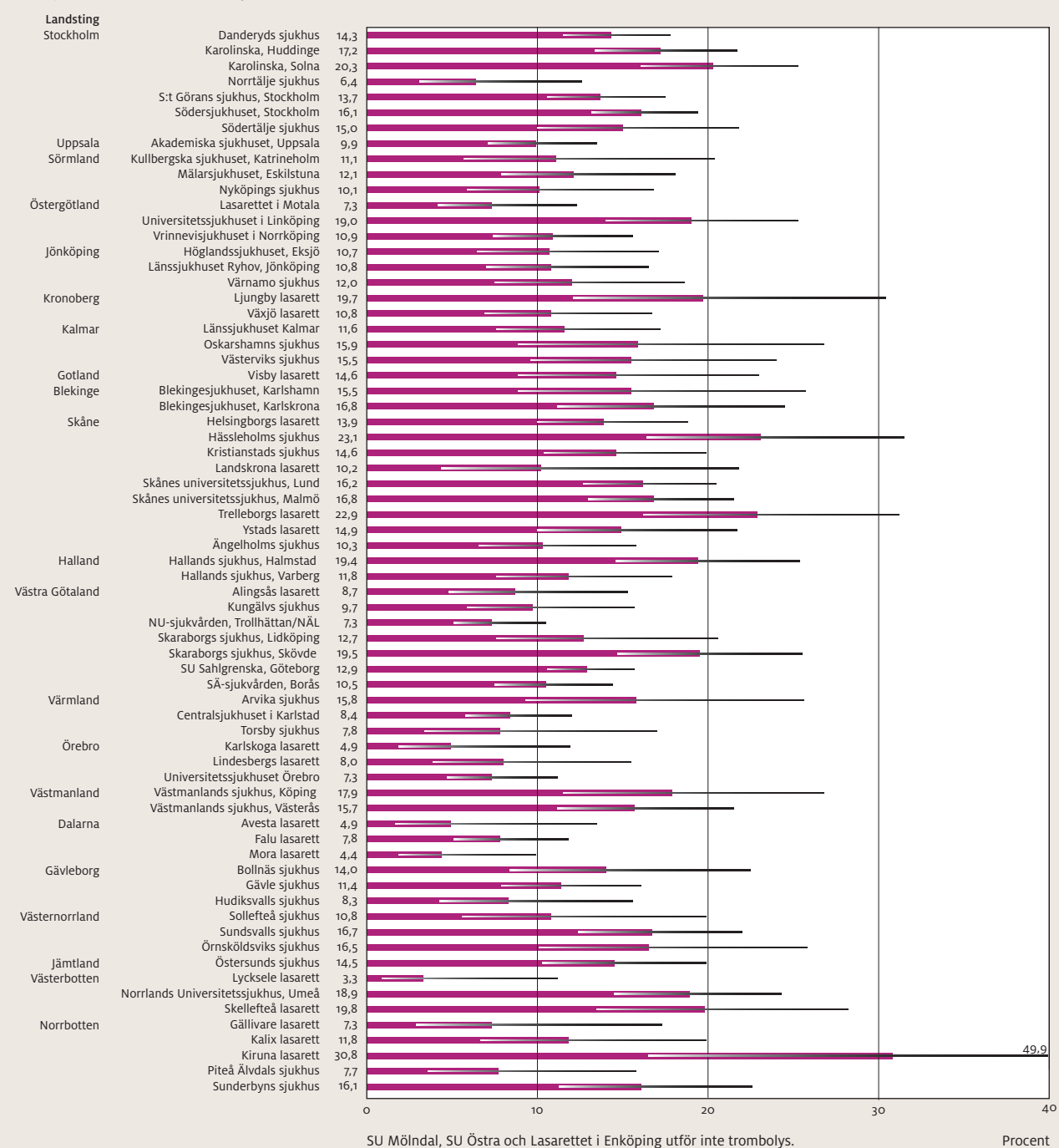


Källa: Riksstroke.

Att skillnaderna mellan landsting är stora kunde för några år sedan ses som en effekt av att behandlingen var förhållandevis ny och sjukhusen introducerade den i olika takt. Socialstyrelsens riktlinjer med rekommendation för hög prioritet av trombolysbehandling kom 2009 och behandlingen bör därför anses etablerad nu. En förklaring till den bestående variationen kan vara att sjukhusen gör olika bedömning av vilka patienter som bör behandlas, särskilt med hänsyn till svårighetsgrad av stroke. Riksstroke kommer att ytterligare belysa detta genom nya frågor som läggs till i registret från 2015.

Riksstroke anger gränsen för måttlig måluppfyllelse till 10 procent trombolys- eller trombektomibehandlade, medan hög grad av måluppfyllelse anses vara nådd vid 15 procent. Alla utom fyra landsting når måttlig måluppfyllelse. Socialstyrelsen har fastställt målet för trombolysbehandling vid stroke för patienter under 80 år till 15 procent. Tidsintervallet mellan symtomdebut och behandling begränsar i praktiken andelen patienter som kan trombolysbehandlas, även bland de som uppfyller de övriga kriterierna.

DIAGRAM 130 – Andel patienter som får reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke, 2013. Avser patienter 18-80 år med hjärninfarkt.



Källa: Riksstroke.

131 TID TILL TROMBOLYS

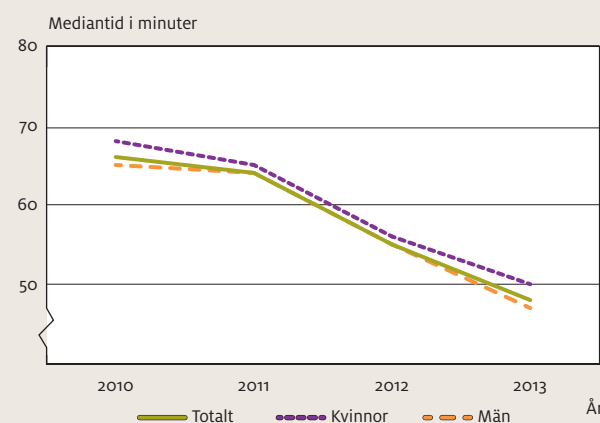
Tiden från strokeinsjuknande till behandlingsstart är avgörande för möjligheten att ge trombolytisk behandling och för resultatet av behandlingen. Ju längre tid som går desto sämre blir behandlingsmöjligheterna. Enligt nuvarande praxis måste behandling med trombolytisk behandling påbörjas inom 4,5 timmar. Det förutsätter bland annat att patienten genomgått en klinisk bedömning och datortomografi inom den tiden.

En mycket vanlig anledning till att trombolytisk behandling inte är aktuellt är att patienten kommer alltför sent till sjukhus för att kunna behandlas. Tiden från symtomdebut till ankomst till sjukhus påverkas av en rad faktorer utanför sjukhuset. Till dessa hör långa avstånd till sjukhus, något som kan bidra till långa tider från symtomdebut till ankomst till sjukhus i flera av glesbygdslänen. Även den prehospitla vårdens organisation och kvalitet spelar in, till exempel tillgång till ambulanshelikopter i glesbygden.

Också allmänhetens och patienternas kunskap om strokesymtomens allvar och deras benägenhet att söka akutvård spelar in. Landstingen drog i oktober 2011 igång en bred kampanj (AKUT) riktad till allmänheten för att försöka korta tiden från insjuknandet i stroke till ankomst till sjukhus, så att fler patienter kan få effektiv akutbehandling. Effekterna av kampanjen följs upp med hjälp av data från Riksstroke och utvärderas i en vetenskaplig studie.

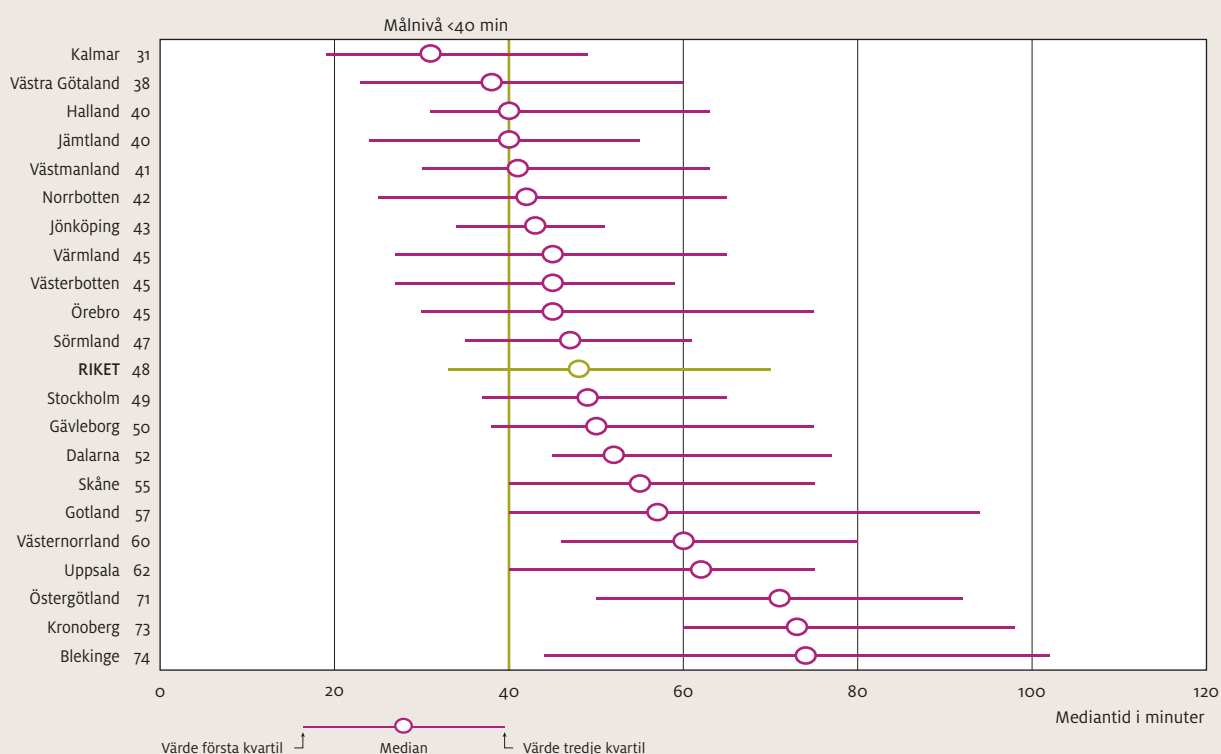
Tid mellan symtomdebut och start av behandling är centralt, men här visas en indikator för den tidsåtgång som sjukhuset själv kan påverka, tiden från att patienten nått sjukhuset till att trombolytisk behandling påbörjas, "door to needle time". Tiden från ankomst till sjukhus till behandlingsstart är i hög grad beroende av organisation, kompetens och andra resurser på sjukhuset och är därför möjlig att direkt påverka.

DIAGRAM 131 – RIKET: Tid från ankomst till sjukhus till start av trombolytisk behandling vid stroke. Mediantid i minuter.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 131 – TOTALT: Tid från ankomst till sjukhus till start av trombolytisk behandling vid stroke, 2013. Mediantid i minuter.



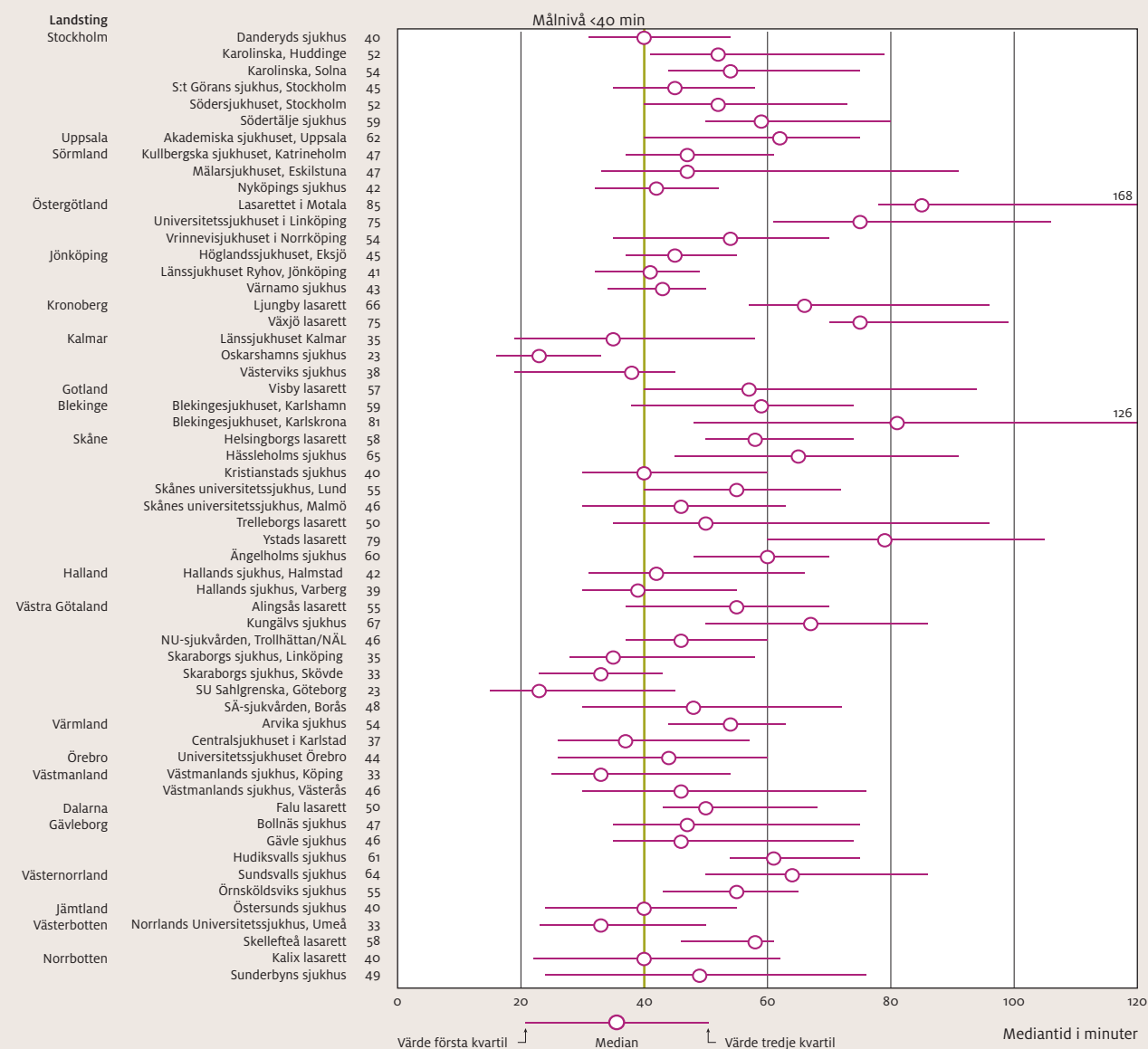
Källa: Riksstroke

Indikatorn visar mediantiden i minuter från ankomst till sjukhuset till start av behandling, för patienter som fick trombolysbehandling. Patienter i alla åldrar ingår. I diagrammet visas även minuttvärdet för första och tredje kvartilens patienter. Ju kortare avstånd mellan kvartilerna, desto mindre är skillnaderna inom respektive landsting.

I riket var mediantiden till behandling 48 minuter, i stort sett samma för män som för kvinnor. Det är en på-

taglig variation mellan landstingen. Sedan 2010 har i riket mediantiden från ankomst sjukhus till start av behandling sjunkit från 65 minuter till dagens 48. Två sjukhus har en mediantid på 23 minuter, vilket antyder att det finns goda möjligheter för många att ytterligare minska tiden till behandling. Jämförelsen baseras på drygt 2 200 fall under mätperioden. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till < 40 minuter.

DIAGRAM 131 – SJUKHUS: Tid från ankomst till sjukhus till start av trombolysbehandling vid stroke, 2013. Mediantid i minuter.



SU Mölndal, SU Östra och Lasarettet i Enköping utför inte trombolys.

Sjukhus med färre än 10 fall redovisas ej.

Källa: Riksstroke.

132 TEST AV SVÄLJFÖRMÅGA VID AKUT STROKE

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket kan få till följd att mat hamnar i luftstrupen. Detta kan i värsta fall leda till andningsstopp eller svår lunginflammation. Då patienten läggs in vid sjukhus bör vårdpersonalen därför rutinemässigt bedöma sväljförmågan genom ett enkelt sväljtest med vatten. Åtgärden är högt prioriterad (prioritet 1 av 10) i de nationella riktlinjerna.

Patienter som har uttalad medvetandesänkning vid ankomst till sjukhus kan inte genomgå testet. Även bland övriga kan det förekomma patienter som av olika anledningar inte kan genomgå sväljtestet.

Indikatorn mäter andelen patienter som genomgått test av sväljförmågan vid ankomst till sjukhuset, eller där sväljförmågan inte kunnat testas på grund av patientens tillstånd, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke under 2013.

I riket som helhet har närmare 93 procent av patienterna antingen genomgått sväljtest eller är patienter som till följd av sitt tillstånd inte kunnat göra det. Det finns inga könsskillnader. Skillnaderna mellan landsting är för merparten mindre än tio procentenheter, men några landsting har lägre andelar än övriga. Totalt ingår cirka 23 300 patienter i jämförelsen.

Riksstrokes målnivåer är satta till 90 respektive 95 procent. Med den utformning indikatorn här har, bör samtliga landsting sträva efter värde på 100 procent. I princip bör alla patienter för vilka det är möjligt genomgå sväljtest. Därmed finns det möjligheter till ytterligare förbättringar.

DIAGRAM 132 – RIKET: Andel strokepatienter som genomgår sväljtest efter ankomst till sjukhus.

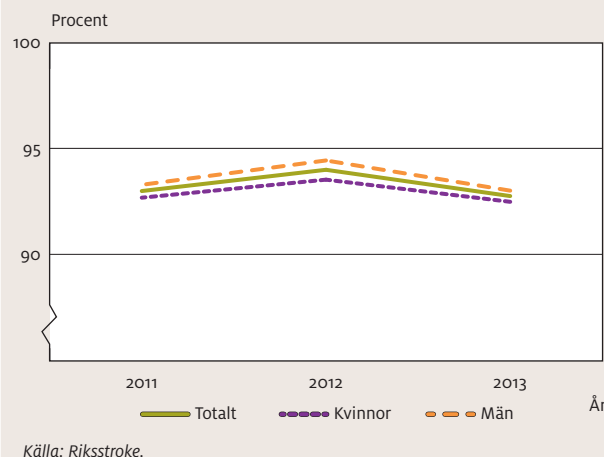


DIAGRAM 132 – TOTALT: Andel strokepatienter som genomgår sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2013.



DIAGRAM 132 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som genomgår sväljtest efter ankomst till sjukhus, 2013.



Källa: Riksstroke.

133 BLODFÖRTUNNANDE BEHANDLING VID STROKE OCH FÖRMAKSFLIMMER

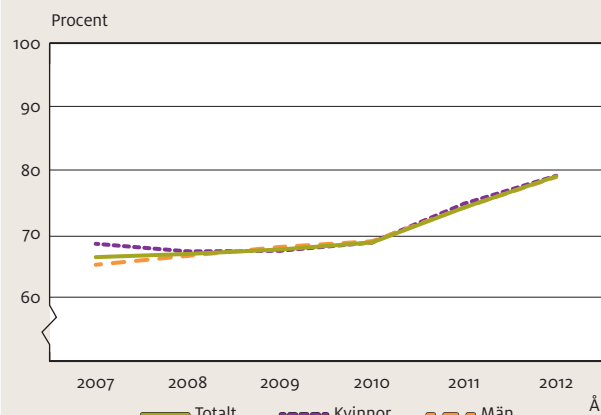
Ungefär en procent av befolkningen bedöms ha hjärtrytmrubbningen förmaksflimmer. Detta är också en av de vanligaste orsakerna till stroke. Cirka 6 000 svenskar får varje år stroke till följd av förmaksflimmer. Förmaksflimmer är därmed också en viktig riskfaktor för återinsjuknande i stroke. Behandling med antikoagulantia hos patienter med hjärninfarkt och förmaksflimmer medför en betydligt lägre risk för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärt-kärlsjukdom.

Behandling med warfarin eller annan antikoagulantia efter stroke och vid förmaksflimmer är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna för stroke. Många av dessa patienter bör vara aktuella för blodförtunnande behandling, dock efter individuellt hänsynstagande till andra sjukdomar och mycket hög ålder. Även behandling med flera nya läkemedel (NOAK, Nya Orala Antikoagulantia), ingår i jämförelsen här.

Det vanligaste läkemedlet warfarin har en låg kostnad och den potentiella vinsten är stor. Själva behandlingen kräver regelbunden kontakt med sjukvården och är förbunden med viss ökad risk för blödning. Frågan om lämplig andel behandlade måste diskuteras och tolkas i ljuset av att äldre patienter kan ha kontraindikationer för warfarin, som till exempel fallbenägenhet eller demens. De allra äldsta är dock exkluderade ur den jämförelse som här redovisas.

Indikatorn visar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Uppgifterna är baserade på patientregistret och läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår knappt 3 200 patienter i åldern 55–79 år som skrevs ut från sjukhus efter stroke under 2011–2012.

DIAGRAM 133 – RIKET: Andel patienter med blodförtunnande behandling 12-18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer. Avser patienter 55-79 år. Åldersstandardiserade värden.



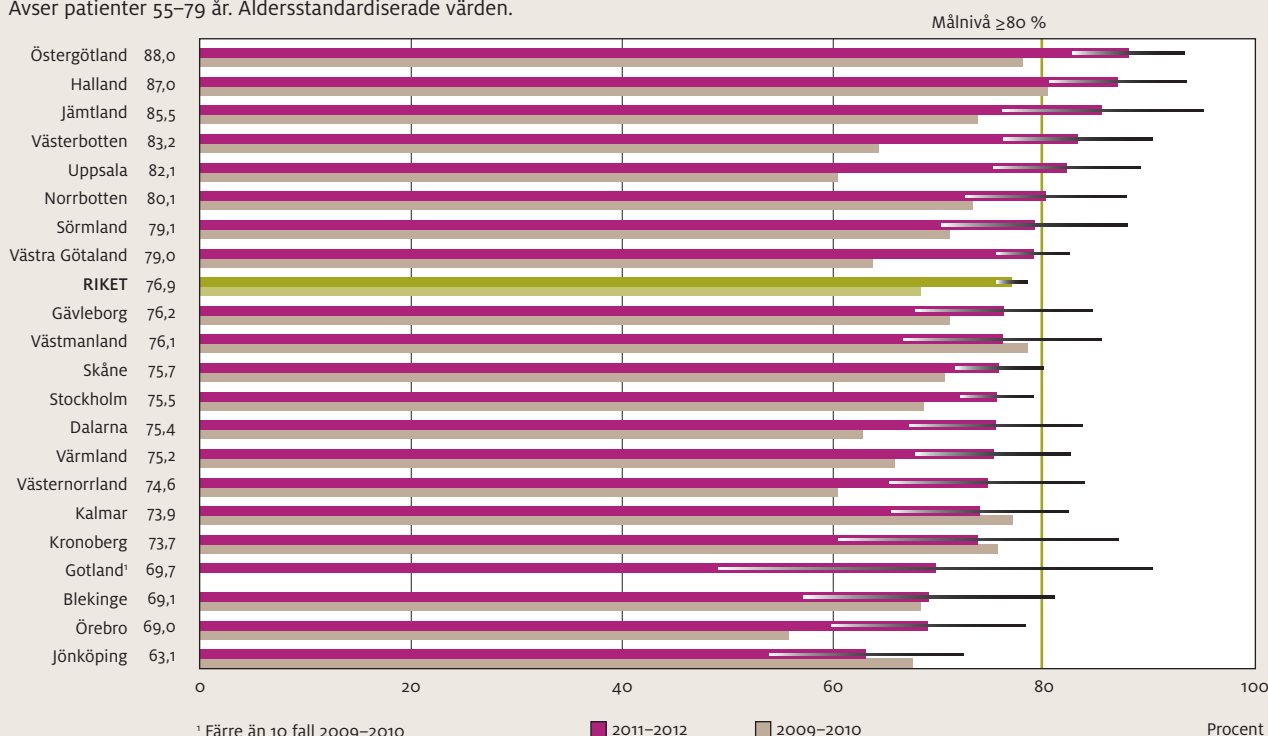
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I riket är andelen behandlade knappt 77 procent, en ökning med mer än 10 procentenheter sedan 2006–2007. Det finns inga könsskillnader, men variationen mellan landsting sträcker sig från 63 till 88 procent.

Riksstroke's målnivåer avser, liksom den indikator som här redovisas, patienter under 80 år och är satta till 55 respektive 70 procent, för måttlig respektive hög måluppfyllelse. Dock mäter Riksstroke i sin indikator läkemedelsbehandling vid utskrivning från sjukhuset. Detta resulterar i en underskattning av andelen behandlade, eftersom vissa patienter påbörjar sin behandling först efter utskrivning från sjukhus.

Skillnaderna mellan landsting antyder att landsting- en gör olika bedömningar av risk respektive nytta när det gäller denna behandling. Socialstyrelsen har fastställt målnivå 80 procent eller över för patienter under 80 år.

DIAGRAM 133 – TOTALT: Andel patienter med blodförtunnande behandling 12–18 månader efter stroke och vid förmaksflimmer, 2011–2012. Avser patienter 55–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

134 BLODFETTSSÄNKANDE BEHANDLING EFTER STROKE

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga för att förhindra ett återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Behandling med statiner, blodfettssänkande läkemedel, har dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter hjärninfarkt. I de nationella riktlinjerna har åtgärden hög prioritet, och i princip ska samtliga patienter med hjärninfarkt behandlas med statin. Det finns dock risker med behandlingen, som biverkningar och ogynnsam interaktion med andra läkemedel.

Indikatorn mäter andelen patienter som behandlas med statiner 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för hjärninfarkt. I jämförelsen ingår knappt 20 000 patienter som vårdats för första gångsinsjuknande i ischemisk stroke i åldern 50–79 år under 2011–2012. Redovisningen baseras på uppgifter från patientregistret och läkemedelsregistret.

Indikatorn visar att i riket behandlades 71,5 procent av patienterna med statiner 12–18 månader efter utskrivningstillfället. Mellan landstingen varierar andelen statinbehandlade patienter från närmare 67 till 80 procent. Kvinnor behandlas i lägre grad än män, 68 procent respektive 74 procent, en skillnad på sex procentenheter mellan könen.

Även om andelen behandlade ökat de senaste åren finns det skillnader mellan landsting. För att följa riktlinjerna bör de flesta landsting för denna åldersgrupp öka sin för-

skrivning av statiner till patienter med hjärninfarkt. Riksstroke anger för en snarlik indikator (mätt för alla åldrar och vid utskrivning från sjukhus) gränserna för måttlig respektive god måluppfyllelse till 65 respektive 75 procent. Socialstyrelsen har fastställt 75 procent behandlade som målnivå.

DIAGRAM 134 – RIKET: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt). Avser patienter 50–79 år. Åldersstandardiserade värden.

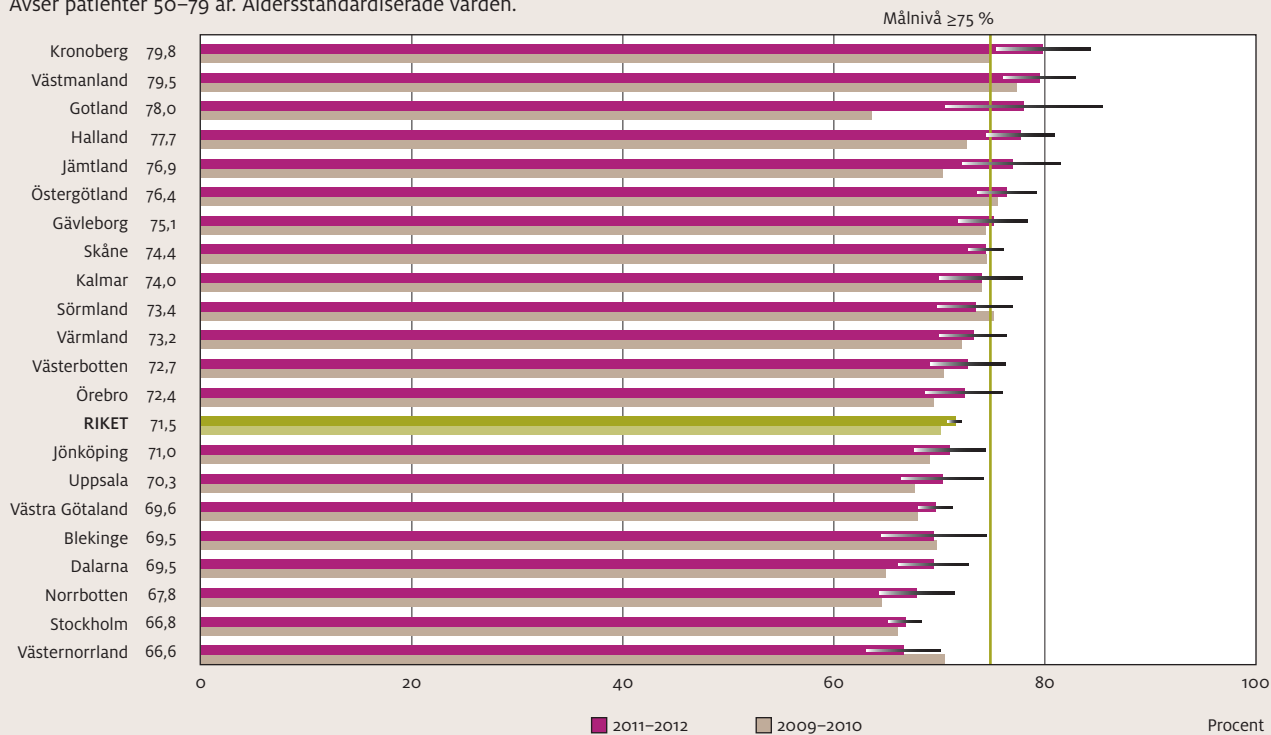


Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Könsskillnaden kan ha att göra med att en högre andel män behandlades med statiner redan före sin stroke på grund av hjärtsjukdom. Vidare tyder jämförelser i Socialstyrelsens strokerapport från 2011 på att skillnaderna mellan könen är mindre vid utskrivningen från sjukhus, men

att flera kvinnor än män upphör med statinbehandlingen efter en period. Samma mönster kan ses även för statinbehandling efter hjärtinfarkt samt för uttagsföljksamhet vid blodtryckssänkande behandling.

DIAGRAM 134 – TOTALT: Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter stroke (hjärninfarkt), 2011–2012. Avser patienter 50–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

135 BLODTRYCKSSÄNKANDE BEHANDLING VID UTSKRIVNING EFTER STROKE

Blodtrycksbehandling efter stroke är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra att patienten på nytt drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Behandlingen ges i form av blodtryckssänkande läkemedel, och är i de flesta fall livslång. De flesta patienter som insjuknat i stroke bör i efterförloppet ha blodtryckssänkande behandling om de har normalt eller högt blodtryck. För en mindre andel av strokepatienterna är dock blodtryckssänkande läkemedel olämpliga på grund av att blodtryckssänkningen blir alltför kraftig, att andra biverkningar uppträder eller att det finns risk för läkemedelsinteraktioner. Av den anledningen bör inte alla patienter ha behandling.

Indikatorn visar andelen patienter av dem som vårdats för stroke på sjukhus som vid utskrivningstillfället behandlas med blodtryckssänkande läkemedel. Patienter

ter i alla åldrar ingår. Riksstroke har angett gränserna för måttlig respektive god måluppfyllelse till 70 respektive 80 procent. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till minst 80 procent. Blodtryckssänkande behandling efter stroke är högt prioriterad i de nationella riktlinjerna.

I riket är andelen patienter som skrivs ut med blodtryckssänkande behandling 78 procent, med en variation mellan landsting från 73 till 87 procent. Det finns inga könsskillnader. Jämförelsen baseras på 21 284 patienter.

Det finns ett litet antal sjukhus där användningen av blodtryckssänkande läkemedel vid utskrivningen ligger klart under riksgenomsnittet. I vissa fall kan detta förklaras av en policy från sjukhuset att sätta in vissa sekundärpreventiva läkemedel först efter utskrivningen. Det bör dock noteras att tidigt insatt sekundärprevention minskar risken för återinsjuknande.

DIAGRAM 135 – TOTALT: Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke, 2013.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 135 – SJUKHUS: Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke, 2013.



Källa: Riksstroke.

136 ÅTERINSJUKNANDE EFTER STROKE

Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på effekterna av de sekundärpreventiva insatserna efter första strokeinsjuknandet. Sekundärpreventiva åtgärder omfattar bland annat påverkan av livsstilsfaktorer genom exempelvis rökavvänjning, kostrådgivning och hjälp med fysisk aktivitet. Andra åtgärder är läkemedelsbehandling (blodtryck, blodfetter, blodproppsförebyggande behandling) och karotiskirurgi vid förträngning av halspulsådern. Återinsjuknande utgör också, jämsides med överlevnad och anpassning till dagligt liv, ett centralt resultatmått för strokesjukvården.

Indikatorn visar andelen strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden. I jämförelsen ingår nästan 80 000 patienter i patientregistret som under åren 2008–2012 vårdades för ett förstagångsinsjuknande i stroke med huvuddiagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke. Bara förstagångsstroke och patienter som överlevt det första året efter den initiala stroke ingår. Uppföljningen har gjorts i patientregistret till och med år 2013.

I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke 8,7 procent under den studerade femårsperioden, utan stora skillnader mellan kvinnor och män. Landstingens värden varierar mellan drygt 6 och närmare 11 procent. Under den senaste tioårsperioden har andelen återinskrivna minskat.

Risken för återinsjuknande i stroke är betydande. Till detta kan läggas risken att återinsjukna i annan hjärt-kärlsjukdom. Hälso- och sjukvårdens samlade sekundärpre-

ventiva insatser är angelägna och kan påverka risken för återinsjuknande efter stroke. För att respektive landsting ska kunna följa effekterna av exempelvis insatta riktade åtgärder krävs upprepade undersökningar över tid. Det är också viktigt att sjukvården följer upp sina patienter med avseende även på återinsjuknande.

Återinskrivning för stroke kan vara något överskattat i patientregistret, eftersom vissa planerade vårdtillfällen med strokedagnos som bakgrund, kan ha klassificerats med stroke som huvuddiagnos. Dessutom är det inte ovanligt att patienter med resttillstånd efter stroke får en akut strokedagnos i rutinsjukvården.

DIAGRAM 136 – RIKET: Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.

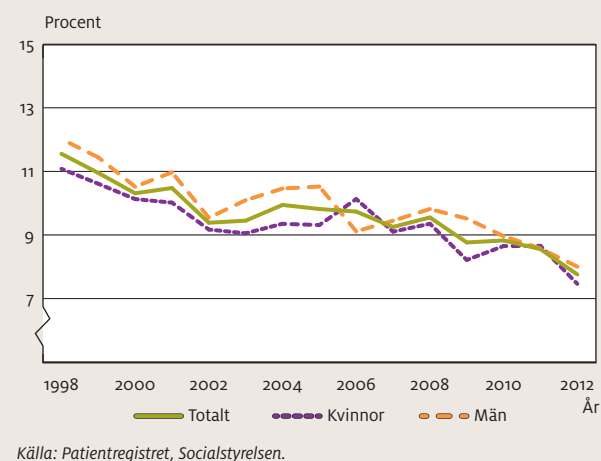
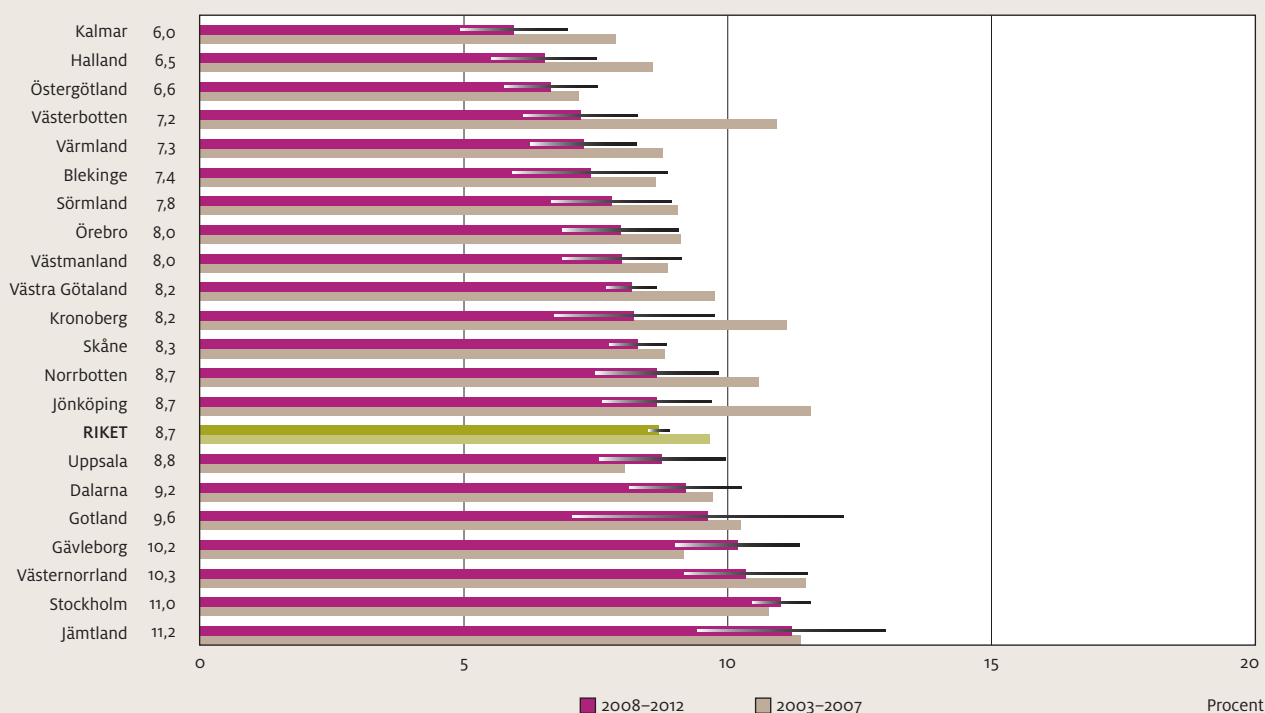


DIAGRAM 136 – TOTALT: Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2008-2012. Åldersstandardiserade värden.



137 FUNKTIONSFÖRMÅGA EFTER STROKE

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

Indikatorn visar andelen patienter som var beroende av andra för sin personliga ADL tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet själva klarade sin personliga ADL. Resultaten är justerade för ålder, kön och patientens medvetandegrad vid insjuknandet. Detta gör jämförelserna mera rättvisande, men är viktigast vid presentation på sjukhusnivå, där variationen sannolikt är större. Totalt ingick drygt 15 501 patienter i jämförelsen.

För riket som helhet är andelen beroende i personlig ADL drygt 19 procent, med en något lägre andel för män, 17 procent, medan för kvinnor andelen är 21 procent. Andelarna varierar i landstingen från 15 till drygt 22 procent.

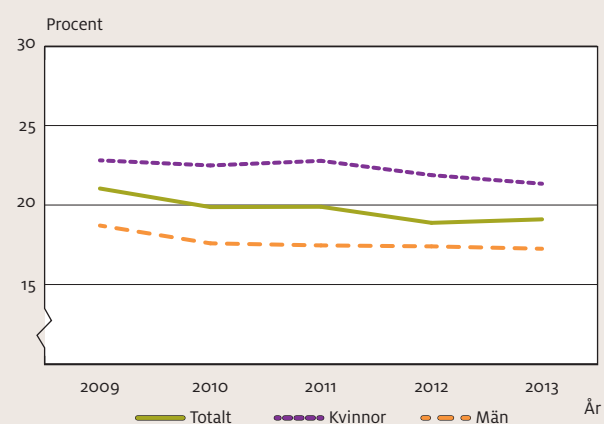
Detta mått på resultat bör helst tolkas tillsammans med andelen som överlevde. Det bästa resultatet når sjukhus och landsting som dels har en hög andel patienter

som överlever, dels har en hög andel som är personligt ADL-oberoende, som alltså i hög grad återfår sina funktioner.

Detta är ett förhållandevist robust utfallsmått. Måttet kan emellertid påverkas av samsjuklighet, socioekonomiska faktorer, och av hur patientens ADL-förmåga bedömts – med personligt besök eller via enkätsvar.

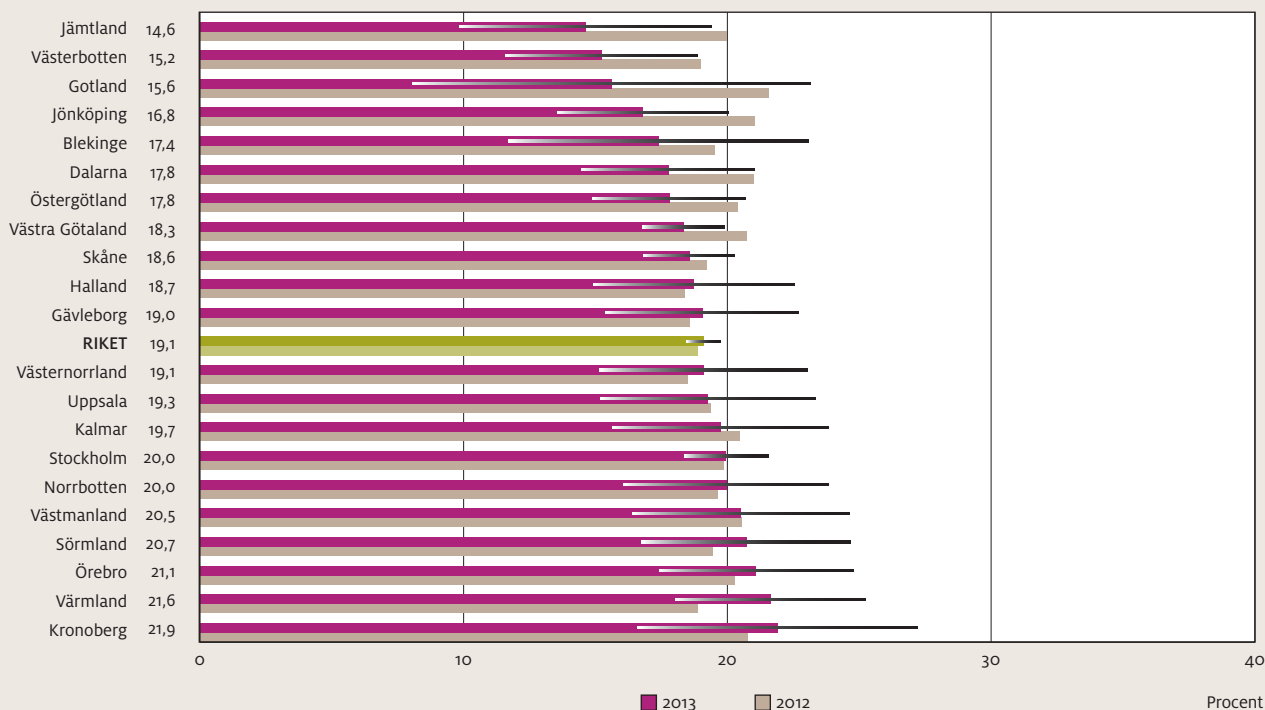
Andelen ADL-beroende kan också påverkas av andel uppföljda vid 3 månader – högre bortfall medför ökad osäkerhet.

DIAGRAM 137 – RIKET: Andel strokepatienter som var ADL-beroende 3 månader efter akutfasen.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 137 – TOTALT: Andel strokepatienter som var ADL-beroende 3 månader efter akutfasen, 2013. Justerat för ålder, kön och medvetandegrad vid insjuknandet.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 137 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som var ADL-beroende 3 månader efter akutfasen, 2013. Justerat för ålder, kön och medvetandegrad vid insjuknandet.



Källa: Riksstroke.

138 FULLT TILLGODOSEDDE BEHOV AV HJÄLP OCH STÖD EFTER STROKE

I patientenkäten tre månader efter strokeinsjuknandet får patienterna frågan om de tycker att de fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Detta självskattade resultatmått avspeglar det samlade stöd som patienten upplever att samhället ger. Det är en av flera indikatorer i Riksstroke på kvaliteten i hela vårdkedjan under de första månaderna efter att patienten skrivits ut från sjukhuset.

Måttet är bara delvis påverkligt av akutsjukhuset. En av de många faktorer som kan påverka detta utfall är kvaliteten i vårdplaneringen tillsammans med primärvården och kommunen. En ytterligare aspekt är att upplevelsen av att behoven är tillgodosedda kan påverkas av förväntningar. Det är möjligt att förväntningarna på sjukvårdens och kommunens stöd varierar över landet.

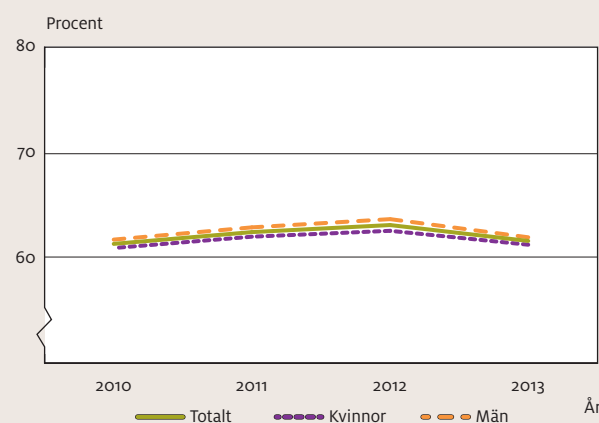
Indikatorn visar andelen patienter som i uppföljningen efter tre månader angav att deras behov av hjälp och stöd var helt tillgodosedda. Alla patienter ingår i jämförelsen. Riksstrokes gränser för måttlig och hög grad av måluppfyllelse är satta till 60 respektive 75 procent. Socialstyrelsen har fastställt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

I riket uppgår andelen som svarar att behov av hjälp och stöd är helt tillgodosett närmare 62 procent, med en variation från 51 till nästan 80 procent. I riket har andelen i stort sett varit oförändrad under senare år. Det finns inga köns-

skillnader. Jämförelsen baseras på drygt 10 200 patienter.

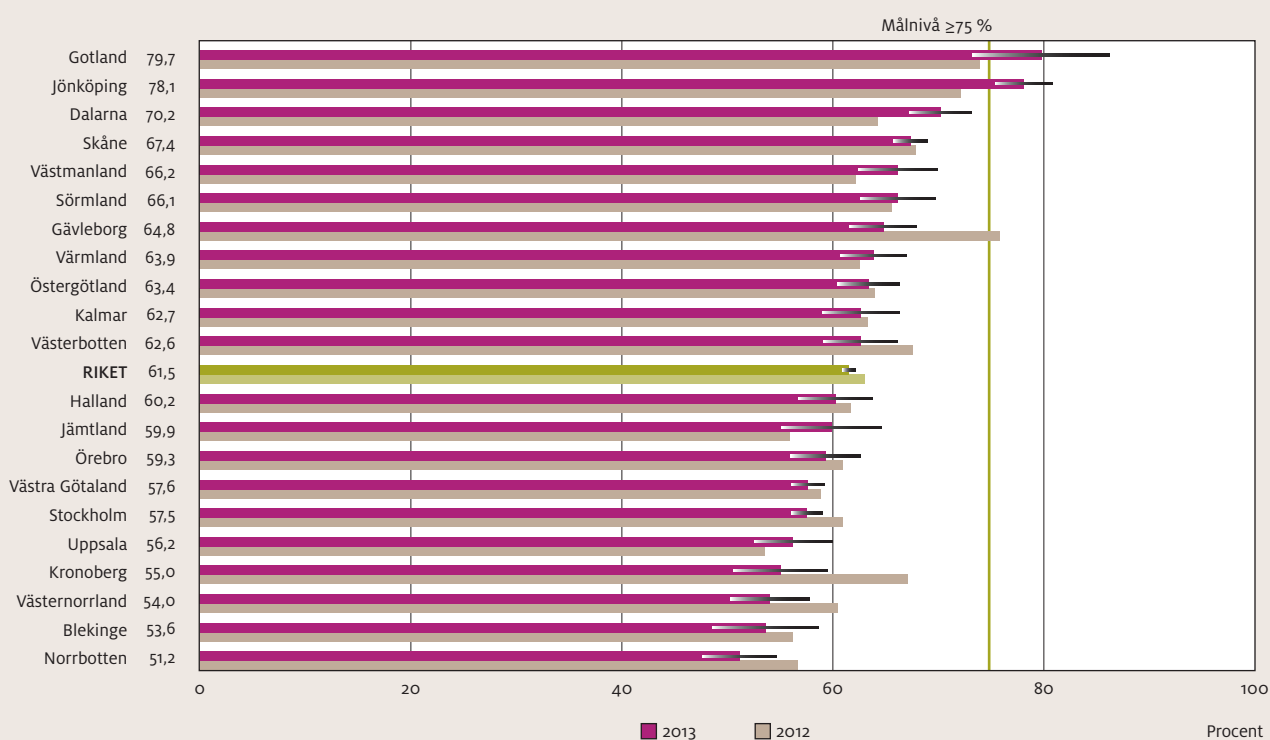
Drygt hälften av landstingen når den lägre graden av måluppfyllelse, men bara två den högre. Samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommun är en väg att stärka stödet för patienterna.

DIAGRAM 138 – RIKET: Andel strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 138 – TOTALT: Andel strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett, 2013.



Källa: Riksstroke.

139 TILLGODOSEDDA BEHOV AV REHABILITERING EFTER STROKE

Personer som har insjuknat i stroke kan behöva rehabilitering under en lång tid. Det är därför motiverat att belysa i vilken mån behovet av rehabilitering är tillgodosett även ett år efter insjuknandet i stroke. Detta är en kvalitetsindikator som kan spegla hur patienten eller anhörig bedömer insatser från såväl landsting som kommun.

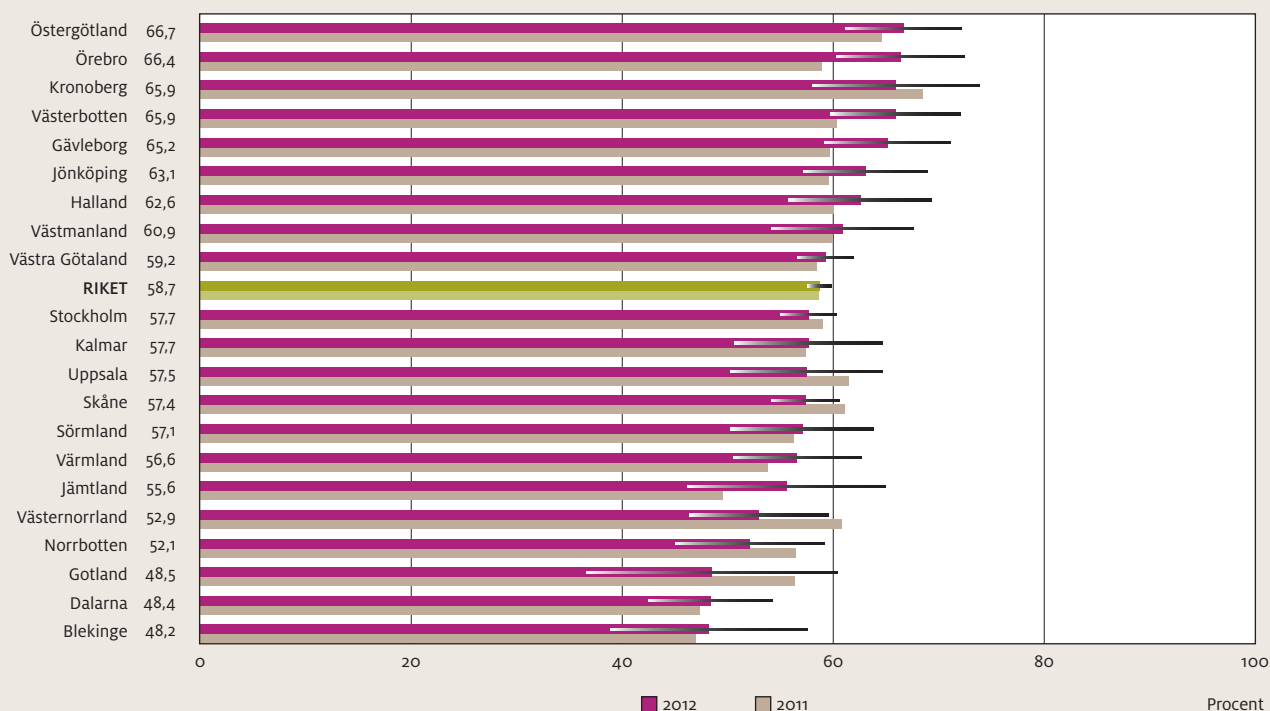
Indikatorn visar andelen patienter som tolv månader efter insjuknandet anger att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett. Jämförelsen baseras på drygt 7 100 patienter som hade en stroke under 2012 och som svarade på 12-månadersuppföljningens enkät.

I riket svarade knappt 59 procent att deras behov av

rehabilitering är helt tillgodosett. Det finns skillnader mellan landstingen, med en variation från 48 till närmare 67 procent. Kvinnorna menar att rehabiliteringsbehovet är tillgodosett i något lägre grad än vad männen gör, med tre procentenheters lägre andel fullt positiva svar.

Fyra av tio strokepatienter uppger således att de har behov av rehabilitering som inte tillgodosetts. Detta kan delvis bero på högt eller alltför högt ställda förväntningar på att funktionsnedsättning efter stroke ska kunna åtgärdas med rehabiliteringsinsatser, men troligen finns det också ett behov som kommuner och landsting inte har tillgodosett. Variationen mellan landsting talar för det senare.

DIAGRAM 139 – TOTALT: Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, 2012. Mätperioden avser år för insjuknande.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 139 – SJUKHUS: Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, 2012. Mätperioden avser år för insjuknande.



Källa: Riksstroke.

Psykiatrisk sjukvård

Den specialiserade psykiatrin svarar för cirka tio procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvården. I den Nationella utvärderingen av vård och insatser för depression, ångest och schizofreni som Socialstyrelsen publicerade 2013 konstaterades att den psykiatriska vården inte har haft samma kostnadsutveckling som andra specialiteter, däremot har vårdproduktionen ökat markant. Det finns också en stor spridning mellan landstingen när det gäller kostnader per invånare för psykiatrisk vård. För psykiatrisk vård, och generellt för gruppen psykiskt funktionshindrade, behöver både beskrivningssystem i stort och indikatorer utvecklas.

En avgörande faktor för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Det finns fortfarande brister i rapporteringen till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om åtgärder för läkarbesök inom öppenvården. Socialstyrelsen anser att det finns goda skäl att utvidga uppgiftsskyldigheten. Eftersom endast läkarbesök ska rapporteras saknas idag mellan 75 och 80 procent av de insatser som utförs inom den öppna psykiatriska vården. För att kunna beskriva den psykiatriska öppenvårdens innehåll har Socialstyrelsen föreslagit till regeringen att även uppgifter om andra besök än läkarbesök ska rapporteras till patientregistret. Inledningsvis föreslås att uppgiftsskyldigheten för andra yrkesgruppers insatser i den öppna psykiatriska vården ska begränsas till vissa vårdinsatser. Den utökade uppgiftsskyldigheten bör gälla oavsett vilken yrkesgrupp som utför vården och såväl legitimerade som icke-legitimerade yrkesgruppers vårdåtgärder bör omfattas enligt förslaget.

I statens PRIO-satsning ingår att de nationella kvalitetsregistren ska bli en självklar del i psykiatris uppföljnings- och utvecklingssystem. De ska vara användbara, lättillgängliga och anpassade efter sina målgruppers behov. Ett av syftena med satsningen är att öka täckningsgraden, andelen patienter som rapporteras till berörda kvalitetsregister. Ett annat syfte är att öka användandet av registren för löpande verksamhetsutveckling, verksamhetsuppföljning och i forskning. I årets Öppna jämförelser visas data från två nationella kvalitetsregister. Två av indikatorerna har även publicerats i *Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar*.

140 UNDVIKBAR SOMATISK SLUTENVÅRD FÖR PERSONER MED PSYKIATRISK DIAGNOS

Indikatorn undvikbar somatisk slutenvård ska belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, till exempel genom en väl fungerande primärvård och förebyggande folkhälsoarbete. Tanken är att man kan påverka inläggningar på sjukhus om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården. Indikatorn visar antal personer, 20–59 år, som någon gång åren 2007–2011 slutenvårdats med en psykiatrisk diagnos (F-diagnos) och haft minst ett somatiskt slutenvårdstillfälle med någon av de ingående diagnoserna 2013. Av de som vårdats inom psykiatrin hade 2 613 per 100 000 patienter haft ett sådant undvikbart slutenvårdstillfälle. Denna siffra ska jämföras med hela befolkningen där de vårdade var 420 per 100 000 invånare med samma diagnoser. En viss ökning kan ses på riksnivå från föregående år bland de psykiatrisk vårdade patienterna, medan en minskning kan ses i befolkningen.

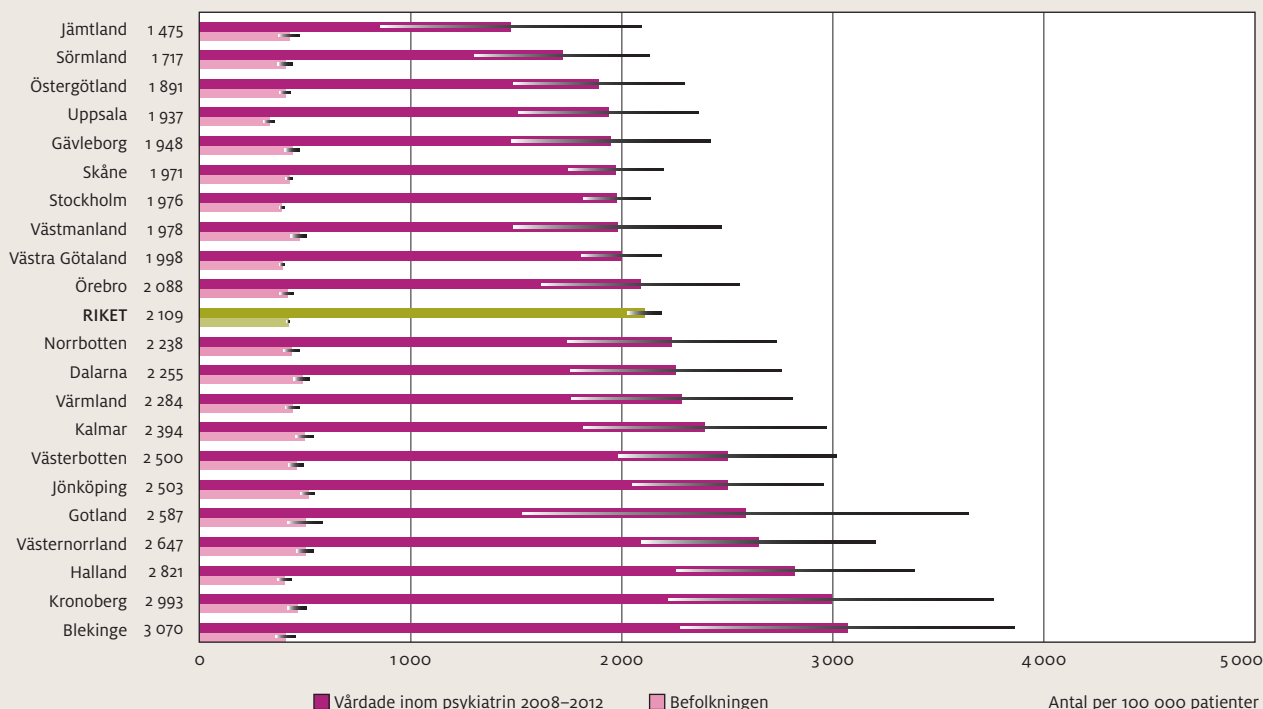
Den högre andelen kan till exempel bero på att sjukdomen upptäcks sent i förloppet, att behandlingen inte alls sker eller tar längre tid och att patienterna är sämre på att följa ordinationer. Dessutom har gruppen en ökad förekomst av livsstilsriskfaktorer.

Generellt har fler män undvikbara vårdtillfällen. Detta beror troligen på att fler män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen får sämre insatser i öppen vård.

Personer med en allvarlig psykisk störning kan också ha svårt att sköta viss somatisk behandling i öppen somatisk vård, vilket kan göra att patienten vårdas inneliggande. Skälen till att patienter med psykiatrisk diagnos i högre utsträckning vårdas i slutenvård i öppen somatisk vård i enlighet med indikatorn bör studeras närmare.

Förekomsten av vissa sjukdomstillstånd kan skilja sig åt mellan olika landsting och även diagnossättningen och registreringen kan variera. Tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt också in. Med många slutenvårdsplatser är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre. Detta gäller för både den somatiska och den psykiatriska vården. Faktorer som dessa kan ha påverkat landstingens resultat.

DIAGRAM 140 – TOTALT: Antal personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter, 2013. Avser personer 20–59 år med tidigare psykiatrisk vård. Åldersstandardiserade värden.



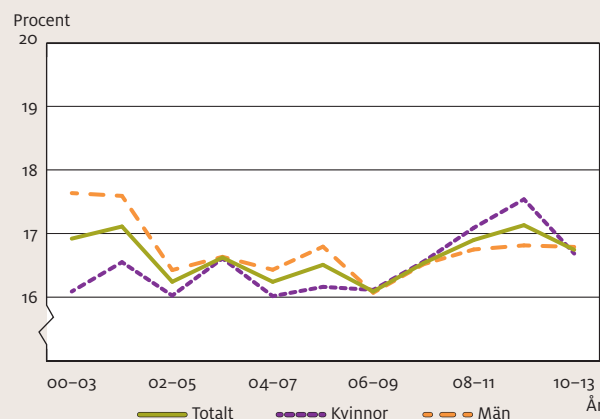
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

141 ÅTERINSKRIVNING INOM 14 RESPEKTIVE 28 DAGAR EFTER VÅRD FÖR SCHIZOFRENI

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni och kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Indikatoren visar andelen patienter som har vårdats med diagnosen schizofreni under perioden 2010–2012 och som återinskrivits vid psykiatrisk klinik inom 14 respektive 28 dagar, dvs till och med januari 2013. Mätperioden innefattar flera år eftersom antalet fall per år är relativt lågt och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. I riket återinskrevs drygt 11 procent inom 14 dagar och knappt 17 procent inom 28 dagar. I riket är andelen återinskrivna lika för kvinnor och män. I stort sett har andelarna legat på samma nivå under hela 2000-talet. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan undvikas och därmed även att veta om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen ligger mellan 12–21 procent återinskrivna inom 28 dagar och mellan 9 och 15 inom 14 dagar. Inga tydliga skillnader kan ses mellan könen. Indikationerna för inläggning i slutenvård kan påverka utfallet. Indikatoren ingår i de nationella riktlin-

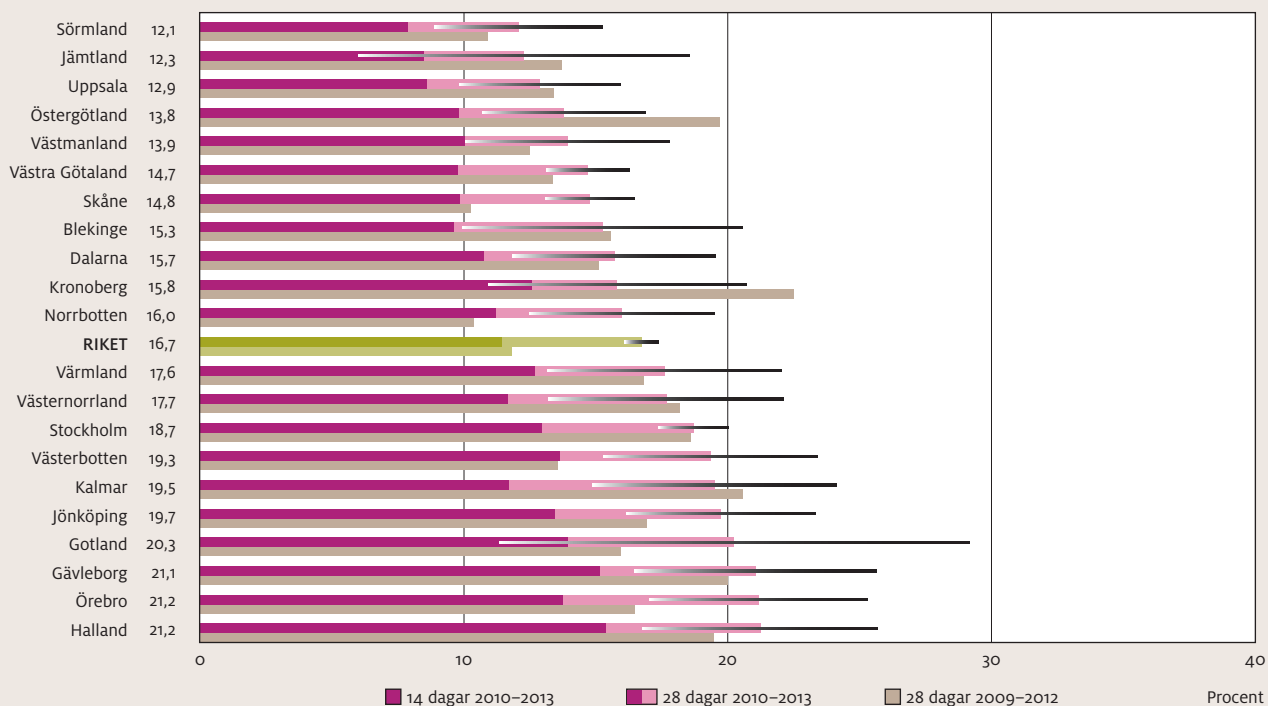
jerna för psykosociala insatser vid schizofreni och syftar till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt samordnad efter utskrivningen.

DIAGRAM 141 – RIKET: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 141 – TOTALT: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 respektive 28 dagar, 2010–2013. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

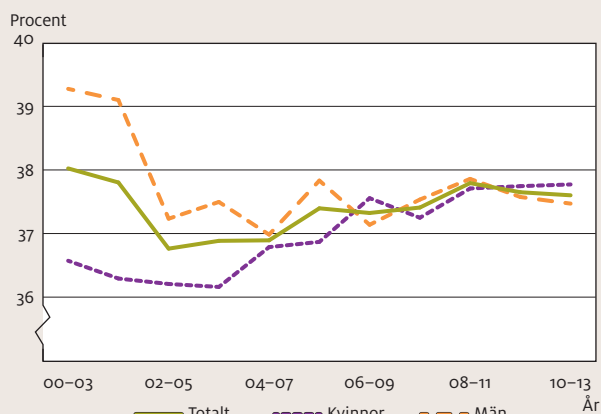
142 ÅTERINSKRIVNING INOM 3 RESPEKTIVE 6 MÅNADER EFTER VÅRD FÖR SCHIZOFRENI

Att följa återinskrivningar inom 3 respektive 6 månader syftar till att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Återinskrivningarna inom 6 månader kan belysa kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt i samspelet dem emellan. Indikatoren visar andelen patienter med diagnosen schizofreni som har vårdats under åren 2010–2012 och återinskrivits till psykiatrisk klinik inom 3 respektive 6 månader, således till och med juni 2013. Mätperioden innefattar flera år eftersom det gäller relativt få fall per år, och ett sammanvägt årligt genomsnittligt värde under en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten.

I riket återinskrevs knappt 29 procent inom 3 månader och knappt 38 procent inom 6 månader, med en jämn fördelning mellan kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen ligger mellan 33 och 45 procent återinskrivningar inom 6 månader och mellan 22 och 36 procent återinskrivningar inom 3 månader. I stort sett har andelarna legat på samma nivå under hela 2000-talet.

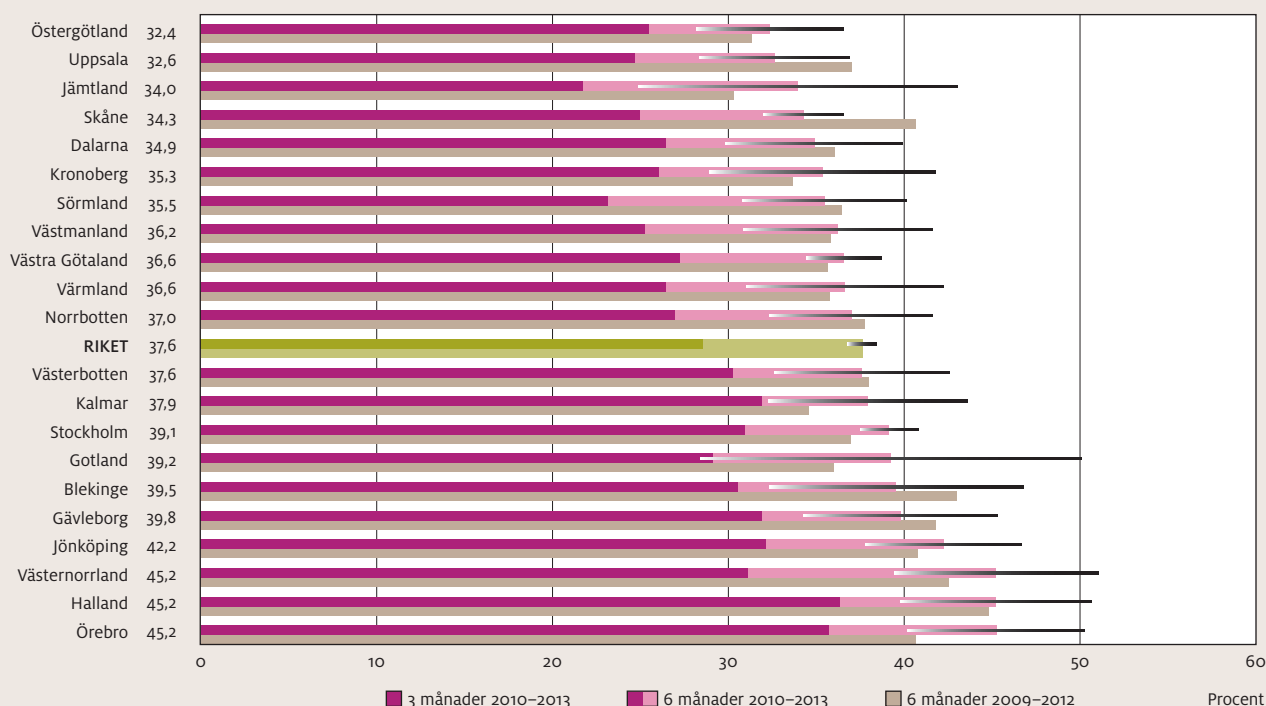
Indikationerna för inläggning i slutenvård och organisationen av öppenvården påverkar troligen utfallet. Denna indikator behöver utvecklas, för att försöka klargöra i vilken mån den fungerar bra som en indikator på kvaliteten i den psykiatriska öppenvården och i samspelet med kommuner och socialtjänst.

DIAGRAM 142 – RIKET: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 6 månader. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 142 – TOTALT: Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 3 respektive 6 månader, 2010–2013. Avser patienter 20–59 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

143 BESÖK INOM 30 DAGAR – BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI

2009 kom SKL och regeringen överens om en särskild satsning för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett första mottagningsbesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska kunna erbjudas inom 30 dagar, istället för de 90 dagar som omfattas av den nationella vårdgarantin. Från och med 2011 gäller att även fördjupad utredning och start av behandling ska kunna erbjudas inom 30 dagar.

Ekonomiska stimulansmedel utgår till de landsting/regioner som når mål om hur stor andel av patienterna som når tidsgränserna för den särskilda satsningen.

Indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Måttet definieras som antal barn och unga som väntat högst 30 dagar på besök till barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning av alla väntande barn och unga.

I diagrammet visas andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett första besök inom barn- och ungdomspsykiatri 31 mars 2014. Totalt var det 3 865 barn och ungdomar som väntade på besök till barn- och ungdomspsykiatri. Andelen som väntat högst 30 dagar var 78 procent, vilket är en minskning med tre procentenheter jämfört med oktober 2013. Det är stor variation mellan landstingen från 32 till 100 procent.

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

DIAGRAM 143 – TOTALT: Andel som väntat högst 30 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri, 31 mars 2014.



Källa: väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

144 BESÖK INOM 90 DAGAR – VUXENPSYKIATRI

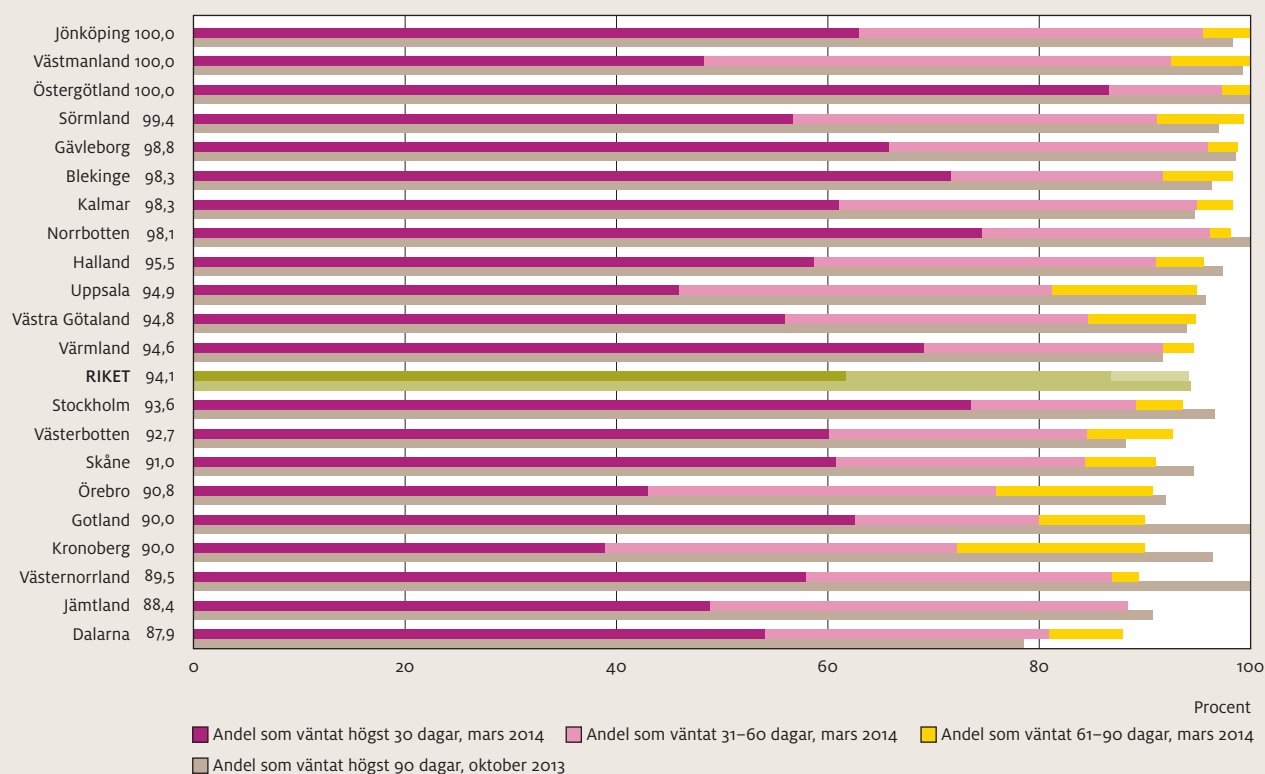
Uppgifterna omfattar antal väntande för ett planerat första mottagningsbesök inom vuxenpsykiatri. Väntande definieras som såväl bokade och obokade patienter, för vilka ett beslut om vård fattats. Måttet definieras som antal patienter som väntat högst 90 dagar på besök till vuxenpsykiatrisk mottagning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

Andelen som har väntat högst 90 dagar var 94 procent i mars 2014, vilket är på samma nivå som i oktober 2013. Av de som väntat 90 dagar har drygt 60 procent väntat i högst 30 dagar och 86 procent i högst 60 dagar. Variationen mel-

lan landstingen har minskat och sträcker sig nu från 88 till 100 procent. I alla landsting utom tre har 90 procent eller mer av patienterna väntat högst 90 dagar. Totalt i riket är det cirka 7 783 patienter som väntar på ett besök till vuxenpsykiatri.

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

DIAGRAM 144 – TOTALT: Andel som väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri, 31 mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

145 ECT VID SLUTENVÅRDAD SVÅR DEPRESSION

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

Elektrokonvulsiv terapi, ECT, är den mest effektiva behandlingen vid svår eller psykotisk depression. Mer än 80 procent av patienterna med svår depression får reducerade symtom av ECT. Behandlingen ges i regel med tre behandlingstillfällen per vecka under ungefär tre veckors tid med målsättningen att patienten ska bli symptomfri. Olika kognitiva störningar förekommer ofta vid depression och kan vara långvariga. Minnesstörningar är dessutom en vanlig biverkan till ECT. Efter ett depressivt skov kvarstår en hög risk för återinsjuknande och effektiv förebyggande

behandling är därför angelägen. Antidepressiva läkemedel och litium används för att förebygga återinsjuknande. Fortsättnings- eller underhålls-ECT är aktuell för patienter där läkemedelsbehandling inte varit framgångsrik.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom ger ECT vid slutenvårdad svår till mycket svår depression en hög prioritet. Indikatoren visar hur stor andel av patienterna som slutenvårdats för svår till mycket svår depression som behandlats med ECT. Uppgift om patienter som slutenvårdats med de aktuella diagnoserna för depression har hämtats ifrån patientregistret och uppgift om åtgärden ECT har hämtats från Kvalitetsregister ECT och patientregistret kombinerat. Indikatoren ingår i de nationella riktlinjerna.

Under 2013 behandlades 4711 patienter i riket i slutenvård för svår till mycket svår depression och 37 procent av dem behandlades med ECT, en marginell ökning från förra årets 36 procent. Andelen varierade mellan 25 och 62 procent i olika landsting. En större andel av kvinnorna i patientgruppen fick ECT jämfört med männen, 40 procent respektive 34 procent.

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

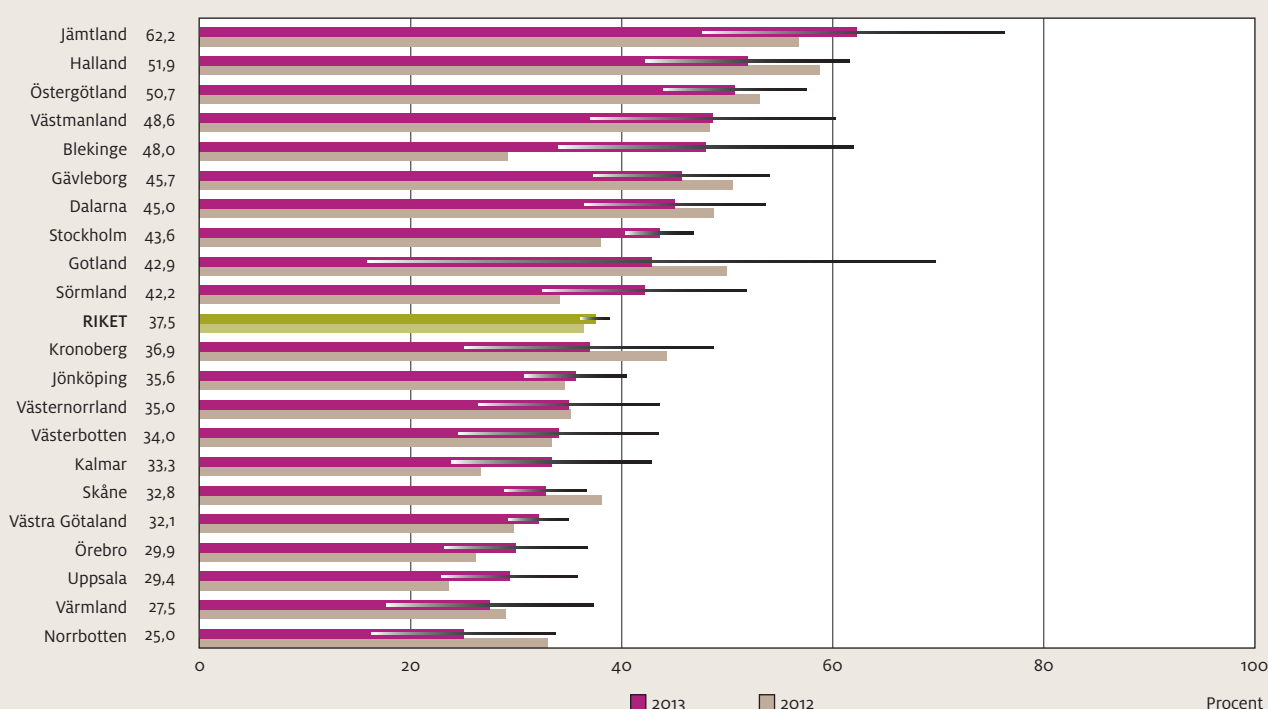
En förklaring kan vara att ECT är en akutbehandling och tillgången till ECT begränsas på många håll av otillräckligt flexibla narkos- och andra resurser. Lokala behandlings-traditioner tycks fortfarande spela en roll för hur stor andel av de deprimerade som får ECT.

Patientregistret bedöms ha en hög täckningsgrad avseende slutenvårdstillfällen och diagnoser. Täckningsgraden för åtgärden ECT i patientregistret beräknas till 84 procent under 2012 och för Kvalitetsregister ECT till 85 procent. Den sammantagna täckningsgraden blir hög. Samtliga 57 sjukhus i landet som erbjuder elektrokonvul-

siv terapi (ECT) deltar i kvalitetsregistret sedan 2012. Målet för registret är förbättrad effekt och minimerade biverkningar. Nationell statistik kan bidra till att tillgången till behandlingen och kvaliteten på vården blir mer likvärdig. Registret underlättar också forskning om behandlingens kortsiktiga och långsiktiga effekter.

Antalet slutenvårdsplatser för patienter med depression är begränsat. I landsting med få slutenvårdsplatser bör andelen som får ECT vara något högre än i landsting med fler slutenvårdsplatser, eftersom ECT är särskilt angeläget för de patienter som har mest uttalade symtom.

DIAGRAM 145 – TOTALT: Andel patienter med svår slutenvårdad depression som givits ECT, 2013.



Källa: Kvalitetsregister ECT och Patientregistret, Socialstyrelsen.

146 DEPRESSIONSSKATTNING EFTER ECT

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

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

Andelen av ECT-serierna där patienternas symptom utvärderats med MADRS/MADRS-S var under 2013 i riket 45 procent. Variationen mellan landsting var stor, med andelar från 0 till 80 procent i olika landsting. Kvinnliga patienters symptom utvärderades i knappt 45 procent av fallen,

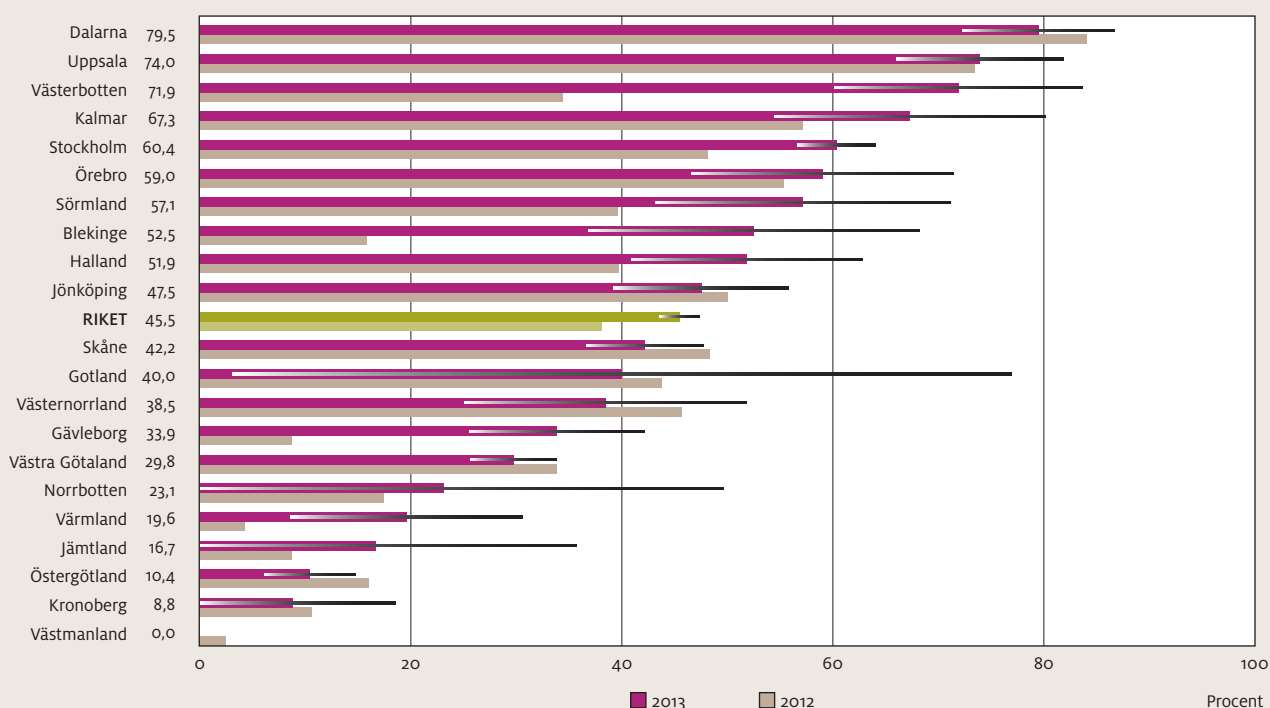
jämfört med knappt 47 procent för manliga patienter. Jämförelsen baseras på 2 733 behandlingsserier.

Det är stora variationer i användningen av MADRS/MADRS-S i olika landsting. Användningen var störst i Landstinget Dalarna, Landstinget i Uppsala län och Landstinget i Västerbotten. Dessa landsting har deltagit under flera år i Kvalitetsregister ECT och arbetat intensivt med att bygga upp rutiner för att använda skattningsskalorna.

Skattningsskalorna kan underlätta detektion och dokumentation av kvarvarande symtom som underlag för en individuell anpassning av behandlingen. Vid ökad användning skulle skattningsskalorna också kunna användas för att jämföra behandlingsresultat mellan olika enheter.

Täckningsgraden för Kvalitetsregister ECT har beräknats genom samarbetning med patientregistret till 85 procent, men den varierar i olika landsting. Lokalt kan andra skattningsskalor än MADRS/MADRS-S ha använts.

DIAGRAM 146 – TOTALT: Andel patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression, 2013.



Källa: Kvalitetsregister ECT.

147 FÖLJSAMHET TILL LÄKEMEDELS-BEHANDLING VID DEPRESSION

Enligt nationella riktlinjer är kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel rekommenderade behandlingar vid lindrig depression. För medelsvår och svår depression är antidepressiva läkemedel förstahandsvalet. För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska ha optimal effekt vid depression krävs dock att den är regelbunden och pågår i minst 6 månader.

Indikatorn visar personer över 18 år som behandlats med antidepressiva läkemedel, och som hämtat ut ytterligare recept på antidepressiva läkemedel 2-5 månader efter första uttaget. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

År 2013 var det 148 000 personer över 18 år som hämtade ut minst ett recept på antidepressiva läkemedel och som inte uthämtat recept de föregående 6 månaderna. Lite fler än hälften, 54 procent av patienterna, hämtade ut ytterligare ett recept på antidepressiva läkemedel 2-5 månader senare. Inga stora skillnader ses mellan landstingen och inga tydliga könsskillnader syns i patientgruppen. Resultaten indikerar att följsamheten är relativt låg. Denna trend har varit konstant sedan 2006.

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

DIAGRAM 147 – TOTALT: Andel patienter med fortsatt antidepressiv läkemedelsbehandling, januari 2012–juni 2013. Avser nytt uttag av läkemedel 60–150 dagar efter det första uttaget. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

148 ÅTERFALL I BROTTSLIG GÄRNING

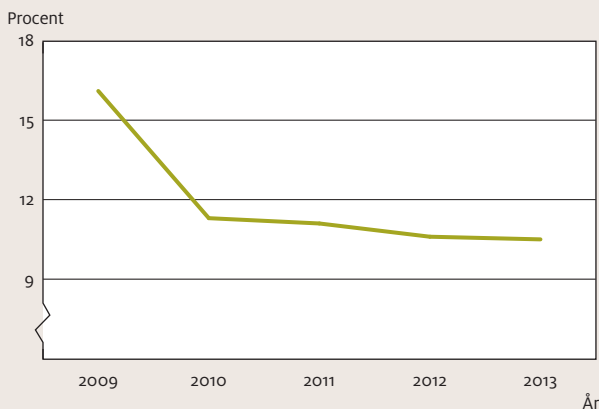
Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället utan att återinsjukna eller återfalla i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet. Vårdtiden är ofta lång, i snitt runt fem år. Det medför att förtroendefulla behandlingsrelationer kan byggas upp mellan patienter och personal. Att vården bedrivs under tvång ställer samtidigt särskilda krav när det gäller att få patienten delaktig. Det är en grannliga uppgift att bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De olika verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet.

Ett viktigt syfte med vården är att patienten inte ska begå nya brott. Återfall i brottslig gärning följs genom kvalitetsregistret RättspsyK. Uppgifterna baseras på vad som blivit känt genom inkomna domar, personalens observationer eller patientens eller annans berättelse. Termen "brottslig gärning" är vald för att svara mot instruktionstexten till variabeln i registret. Denna lyder "sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger". För att en person ska anses ha begått ett brott ska detta ha avgjorts i domstol.

Indikatorn visar andelen intagna patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte på patienternas hemort. Alla kliniker rapporterar till registret. Antalet individer i registret under 2013 var 1 322, vilket motsvarar en täckningsgrad på 87 procent, enligt en jämförelse framtagen i samarbete med Socialstyrelsen.

Andelen som under det senaste året någon gång återfallit i brottslig gärning var i riket 10,5 procent 2013. De uppmätta skillnaderna mellan landsting (kliniker) är stora,

DIAGRAM 148 – RIKET: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

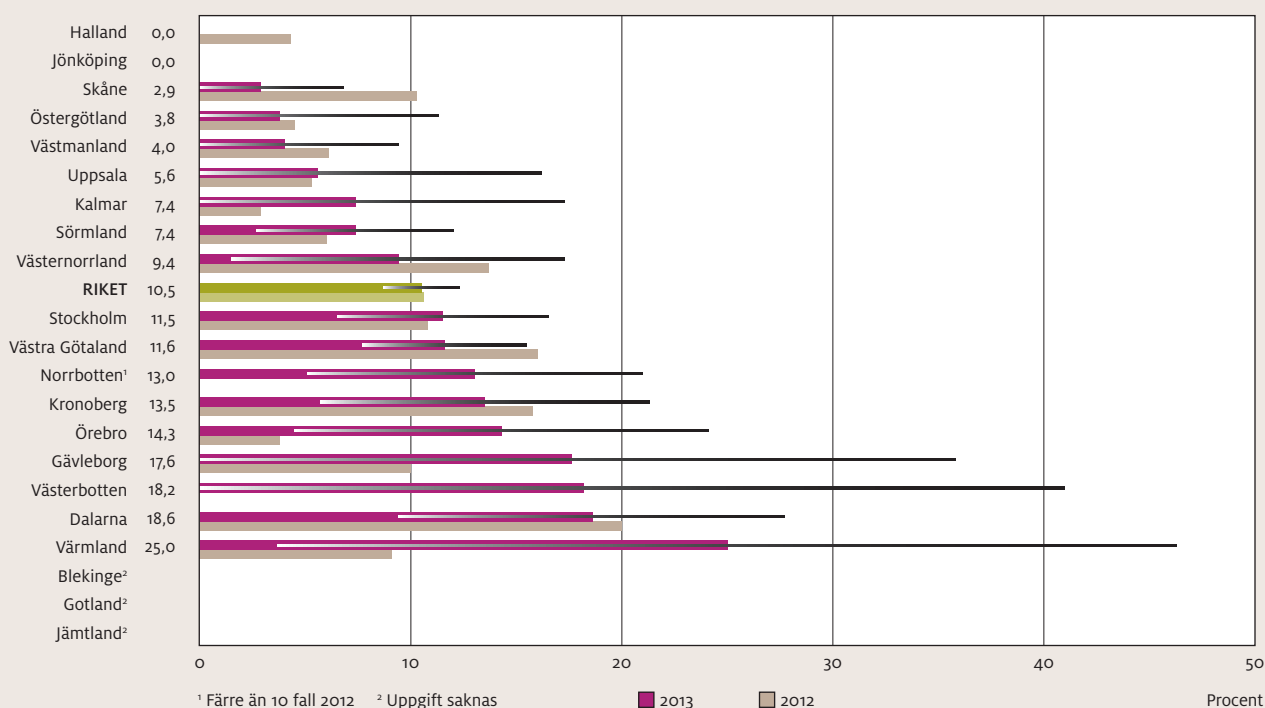
men den statistiska osäkerheten är betydande. Jämförelsen baseras på uppgifter om 1 126 patienter.

Detta är sjätte året som indikatorn följs. Något förväntat värde kan därför inte anges, även om målet är att ingen patient ska återfalla i brottslig gärning under pågående vård. Olikheter i respektive kliniks toleransnivå för brottslig gärning, exempelvis verbala hot, påverkar utfallet. Vidare kan olika uppfattningar om vad som är en brottslig gärning ha betydelse. Att indikatorn följs har lett till en

fortlöpande diskussion och utvärdering av instruktions-texten för att nå ökad samsyn i inrapporteringen.

Genom samarbete med Brottsförebyggande rådet, BRÅ, kan RättsspsyK redovisa återfall i brott under ett år efter det att vården upphört. Data avser 108 personer där vården avskrevs under 2011, och som var registrerade i RättsspsyK. Av dem återföll 15 personer, vilket motsvarar 14 procent. Motsvarande andel återfall i brott ett år efter påföljderna fängelse är 49 procent och slutna ungdomsvård 58 procent.

DIAGRAM 148 – TOTALT: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård som det senaste året återfallit i brottslig gärning, 2013.



Källa: RättsspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

149 FETMA BLAND PATIENTER I RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

I gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet och överdödlighet. Övervikt och fetma är en bidragande orsak till detta. Det är ett tecken på metabol störning och utgör ett växande problem generellt i Sverige. Enligt den nationella folkhälsoenkäten är 14 procent av befolkningen drabbade av fetma, med vilket menas att de har ett BMI som är 30 eller högre. Bidragande faktorer är genetik, livsstilsfaktorer och socioekonomiska faktorer.

Generellt gäller att personer med psykisk sjukdom är drabbade av fetma i högre grad än befolkningen i övrigt. Bidragande orsaker kan vara ohälsosamma levnadsvanor såsom brist på fysisk aktivitet eller ofördelaktig kosthållning, liksom viss läkemedelsbehandling av den psykiska

sjukdomen. Det finns också en underdiagnostik och underbehandling av somatiska sjukdomar hos personer med allvarlig psykisk störning, vilket framhålls i dokumentet Kliniska riktlinjer för att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning, som 2009 arbetades fram av bland andra Svenska Psykiatriska föreningen. Problemet tas även upp i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder utgiven av Socialstyrelsen 2012.

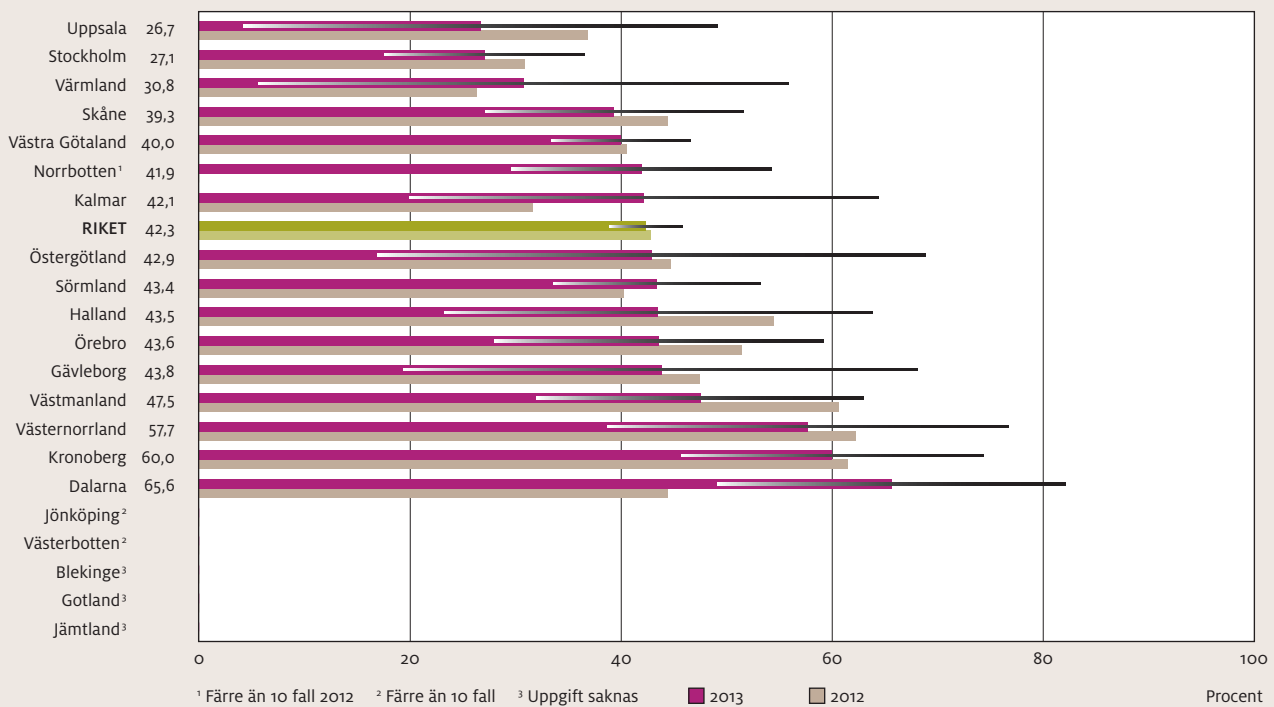
För rättspsykiatrisk vård innebär kombinationen med frihetsberövande och risk för fysisk inaktivitet i kombination med långa vårdtider och patienternas riskbeteende vad gäller rökning, övervikt och passivitet att det finns ett särskilt intresse att följa BMI. Därtill kommer att många patienter har kognitiva svårigheter vilket ger nedsatt för-

måga att ta till sig information. Många läkemedel har indirekt påverkan på vikten genom att bidra till ökad aptit.

Samtidigt ger de långa vårdtiderna förutsättningar att arbeta långsiktigt med motiverande och hälsofrämjande insatser. I samband med att RättspsyK startade har BMI getts allt mer uppmärksamhet och ingår nu i ett av de måltal som formulerats nationellt i RättspsyK.

Indikatorn visar att år 2013 hade i genomsnitt 42,3 procent av patienterna ett BMI 30 eller högre, att jämföras med 14 procent i befolkningen som helhet. Jämförelsen baseras på knappt 900 patienter. Skillnaderna mellan landstingen (kliniker) är stora, men kan påverkas av olikartad patientsammansättning. Antalet patienter är i flera fall även litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

DIAGRAM 149 – TOTALT: Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, 2013.



Källa: RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

150 BEHANDLING MED ANTIPSYKOTISKA LÄKEMEDEL VID SCHIZOFRENI

Antipsykotisk läkemedelsbehandling är en hörnsten i behandlingen av patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Kontinuerlig antipsykotisk läkemedelsbehandling förhindrar akuta skov av sjukdomen, minskar risken för självmord och underlättar rehabilitering och återintegrering i samhället. Behandling med antipsykotiskt läkemedel har därför fått högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Antipsykotiska läkemedel ger mycket ofta biverkningar i form av extrapyramidala symtom, trötthet, viktuppgång och sexuell dysfunktion. Biverkningarna kommer oftast tidigare än effekten, vilket kan påverka

följsamheten negativt. För att uppnå en god effekt och samtidigt minimera risken för biverkningar är det viktigt att hälso- och sjukvården varken över- eller underbehandlar samt att patienten är delaktig i valet av läkemedel samt får information om olika läkemedels effekter och biverkningar.

Indikatorn visar andel personer, 18 år eller äldre, som hämtade ut antipsykotiskt läkemedel 0-6 månader efter en episod av schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Som ett extra värde till höger i diagrammet redovisas uttag efter 12-18 månader.

I riket var det under 2011 och 2012 totalt cirka 35 000 personer som vårdades i slutenvården eller specialiserade öppenvården för de schizofreni- eller schizofreniliknande tillstånd. 85 procent av dem hämtade ut recept på något

antipsykotiskt läkemedel det första halvåret efter sjukdomsepidemien, med en spridning mellan landstingen från 71 till 90 procent. Inga stora könsskillnader kan ses. Trenden har varit konstant sedan 2007.

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

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

Viktigt att notera är att vissa landsting delvis har organiserat vården så att dessa läkemedel inte administreras via apoteket utan via egna läkemedelsförråd. Data om dessa så kallade rekvisitionsläkemedel finns inte lagrade i läkemedelsregistret, och indikatorn underskattar därför förskrivningen i landstingen, vilket är särskilt märkbart i vissa landsting, till exempel Sörmland.

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

DIAGRAM 150 – RIKET: Andel patienter med schizofreni som behandlas med antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter utskrivning från sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 150 – TOTALT: Andel patienter med schizofreni som behandlas med antipsykotiska läkemedel 0–6 månader efter utskrivning från sjukhus, 2011–2012. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kirurgisk behandling

Under denna rubrik redovisas 17 indikatorer som avser kirurgisk behandling. Alla är tidigare redovisade. Nya är framförallt indikatorer som avser väntetider, som är fler än i förra årets rapport. Indikatorerna om septumplastik respektive tonsilloperation visas inte i år, av datamässiga skäl. Indikatorerna visar oftast vanligt förekommande operationer. Framförallt gäller detta ljumskbräck, men detsamma gäller, om än i något lägre grad, obesitaskirurgi och galloperationer, medan kärlikirurgi har en mindre volym årliga operationer. Utöver mått på medicinska resultat och väntetider ingår även redovisning av kostnader per operation för två av operationerna.

151 OMOPERATION VID LJUMSKBRÄCK

Operation för ljumskbräck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet cirka 18 000 ingrepp. Ljumskbräck är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, vilket illustreras av att 92 procent av alla operationer utförs på män. Under 2013 registrerades cirka 15 200 ljumskbräckoperationer i Svenskt Bräckregister.

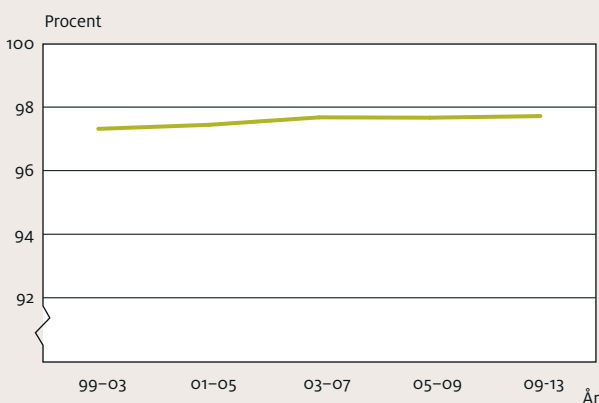
En lyckad bräckoperation är en okomplicerad åtgärd med cirka en veckas arbetsfrånvaro, oftast följd av besvärslöshet. Operationer för ljumskbräck kan dock leda till återfall av bräck och till kroniska smärttillstånd eller obehagskänslor. Återfallsbräck drabbade tidigare uppemot 20 procent av alla opererade patienter. Dagens operationsmetoder och material har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbräck.

Indikatorn visar den skattade "risken" att inte drabbas av omoperation inom fem år efter den utförda ljumskbräckoperationen, det vill säga "överlevnad" enligt så kall-

ad Kaplan-Meier-metod. Jämförelsen baseras på knappt 74 000 operationer rapporterade till Svenskt Bräckregister under perioden 2009–2013. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

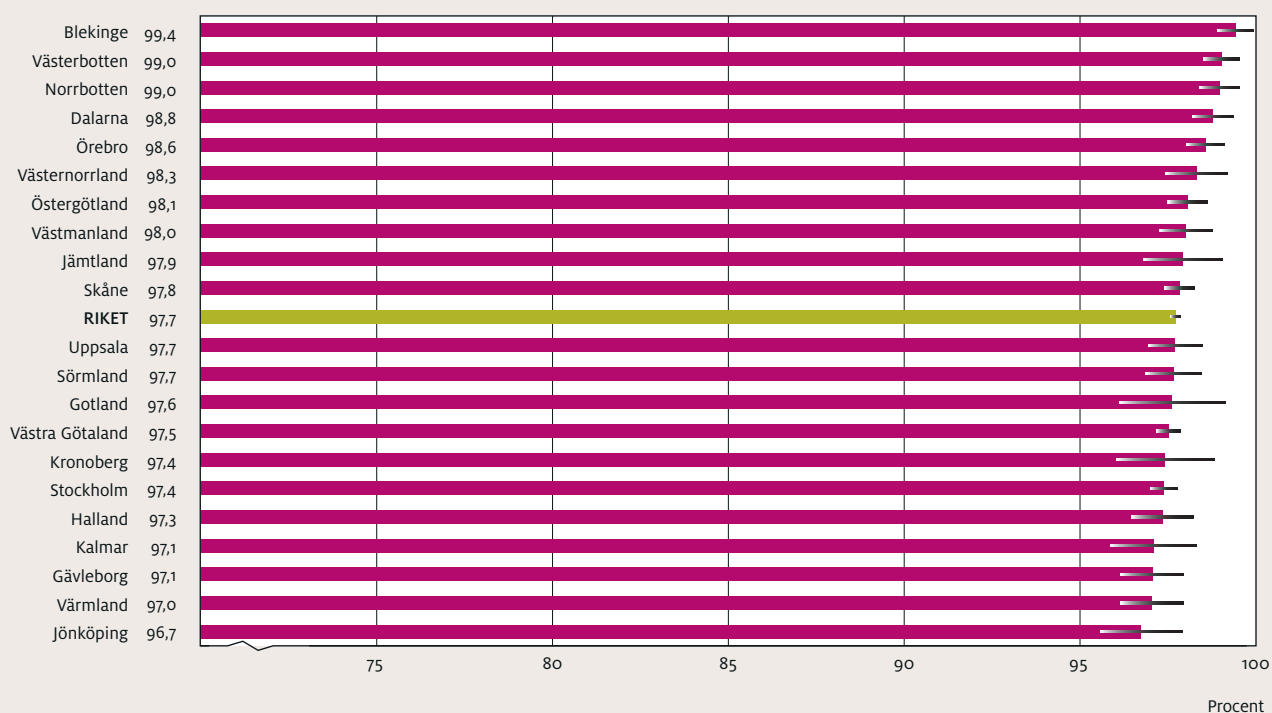
I riket kan närmare 98 av 100 patienter förväntas slippa genomgå omoperation inom fem år. Det finns vissa men påtagligt små skillnader mellan landstingen, med en variation från 97 till 99 procent. I riket har resultatet länge varit bra, med smärre förbättringar över tid. För sjukhus är variationerna något större, vilket tyder på att det fortfarande finns en viss förbättringspotential inom svensk ljumskbräckskirurgi.

DIAGRAM 151 – RIKET: Andel ljumskbräckopererade som inte omopereras inom 5 år.



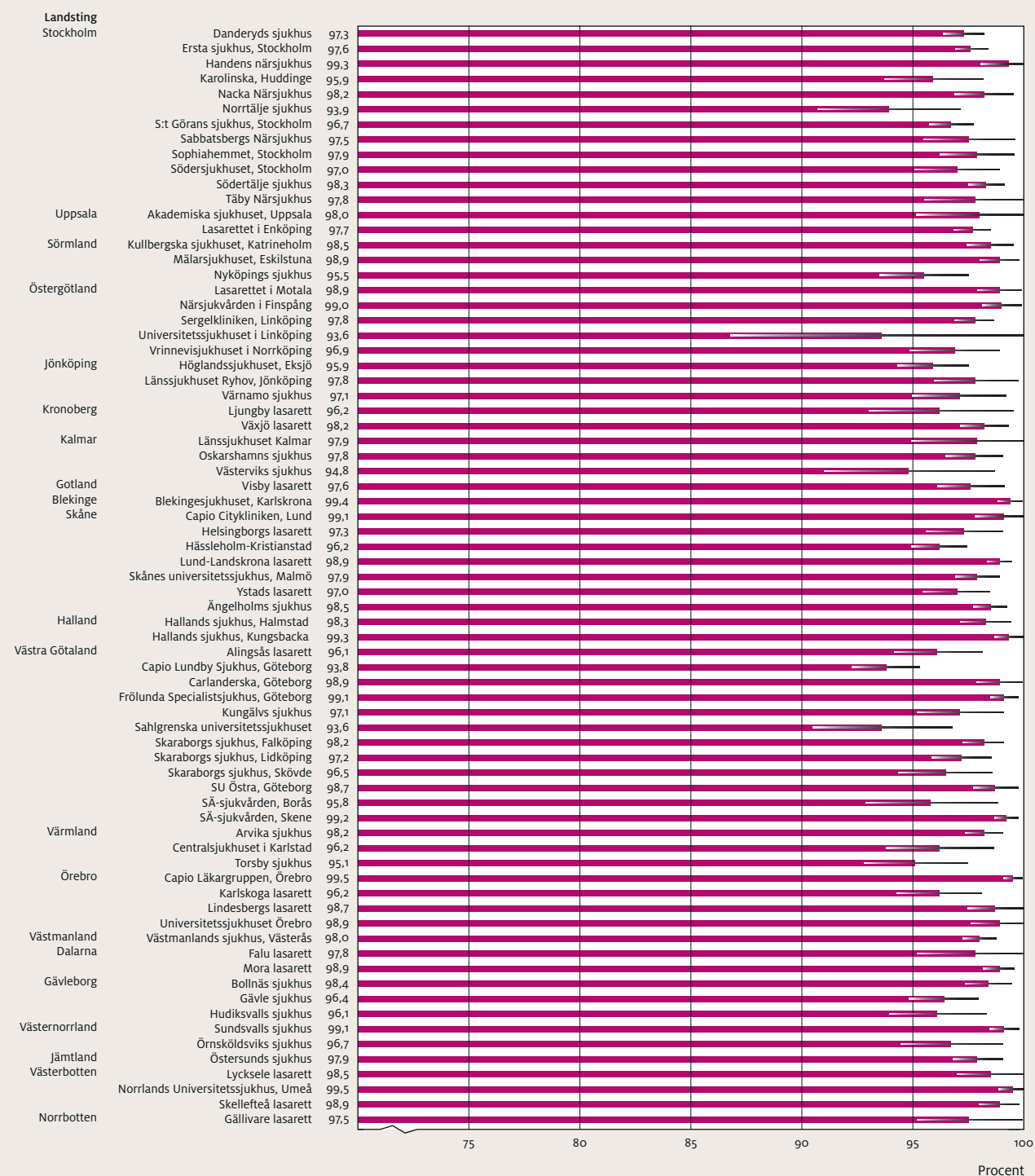
Källa: Svenskt Bräckregister.

DIAGRAM 151 – TOTALT: Andel ljumskbråckopererade som inte omopereras inom 5 år, 2009–2013.



Källa: Svenskt Bräckregister.

DIAGRAM 151 – SJUKHUS: Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2009–2013.



Källa: Svenskt Bräckregister.

152 DAGKIRURGISKA OPERATIONER VID LJUMSKBRÅCK

Ljumskbråcksoperation kan ofta göras som dagkirurgi, vilket är mindre resurskrävande än om patienten skrivs in i slutenvården. Indikatorn syftar till att påvisa variation i resursanvändning, inte till att spegla kvalitetsvariation.

Indikatorn visar andelen ljumskbråcksoperationer som utfördes som dagkirurgi under mätperioden. Alla ope-

rationer ingår i jämförelsen, som baseras på över 15 400 ljumskbråcksoperationer som 2013 rapporterades till patientregistret. Redovisningen på landsting baseras på patientens hemort. Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer i öppen vård.

2013 utfördes i riket drygt 12 200 eller drygt 79 procent av operationerna i dagkirurgi. Andelen är ungefär densamma som de senaste årens. Ett landsting utförde närmare

94 procent av sina operationer som dagkirurgi, medan knappt hälften av landstingen har en dagkirurgiandel på under 80 procent.

Variationen mellan landstingen tyder på att det i flera landsting finns möjligheter att öka andelen operationer som utförs i dagkirurgi och därmed minska kostnaderna per operation, med bibehållen god kvalitet. Det finns inga skäl att tro att stora skillnader i dagkirurgiandel kan för-

klaras av att patienterna skulle ha olikartade behov och förutsättningar.

Det finns lokala skillnader som kan påverka andelen operationer som utförs i dagkirurgi. Vissa kliniker opererar till exempel fler bråck som är tekniskt krävande, fler återfallsbråck och akuta bråckoperationer, medan andra framförallt opererar okomplicerade förstagångsbråck. Detta spelar roll främst vid jämförelser mellan kliniker.

DIAGRAM 152 – TOTALT: Andel lumsbråcksoperationer utförda i dagkirurgi, 2013.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

153 DÖDLIGHET EFTER VÅRD FÖR BLÖDANDE MAGSÅR

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Risken ökar kraftigt med stigande ålder. Män löper större risk än kvinnor att insjukna. Enligt en rapport från SBU från 2011 beräknas 7–10 personer i Sverige insjukna per dag i blödande magsår och varannan till var tredje dag avlider någon till följd av sjukdomen. Enligt samma rapport framkommer att insjuknandet har långsamt minskat över tid, vilket förmodligen beror på att magsårsbakterien *Helicobacter pylori* minskar i befolkningen.

Etablerade riskfaktorer för blödande magsår är: Hög ålder, infektion med *Helicobacter pylori*, tidigare magsårsjukdom, bruk av smärtstillande och inflammationsdämpande medel (NSAID, ASA eller lågdos-ASA). På senare år har även användande av SSRI-preparat kopplats samman med en ökad risk. Antikoagulantia och kortikosteroider orsakar troligen inte magsår, men ökar risken för blödning

från ett magsår. I flera studier har samsjuklighet, främst hjärt-kärlsjukdom, visat sig öka risken för insjuknande, medan det inte råder samstämmighet huruvida livsstilsfaktorer som rökning och alkoholkonsumtion utgör oberoende riskfaktorer.

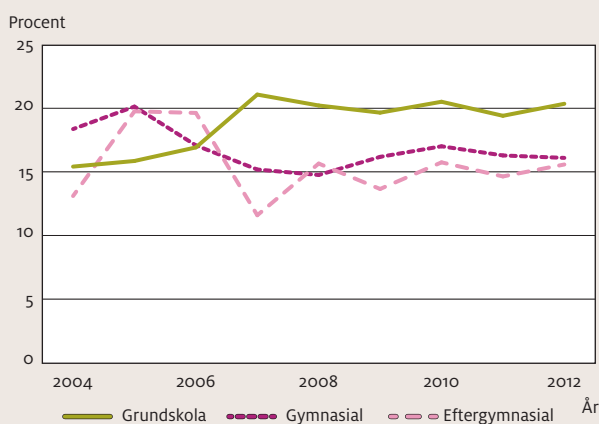
Risken att dö inom ett år efter blödande magsår kan ses som en indikator på hur väl sjukvården klarar såväl det akuta omhändertagandet, med påverkan på dödlighet under sjukhusvården, som dödligheten efter det att patienten skrivits ut från sjukhus. Den senare kan möjligen ses som en indikator på kvaliteten i efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 1 år efter slutenvård för blödande magsår. Som magsår räknas fall med någon diagnos för blödande magsår i patientregistrets slutenvårdsdel under mätperioden. Jämförelsen omfattar enbart förstagångsfall, definierat som personer som inte vårdats för blödande magsår under de fem föregående åren. Antalet patienter uppgick till drygt 8 300 personer under den studerade treårsperioden.

Under mätperioden 2010–2012 avled drygt 26 procent av dessa patienter inom ett år, i genomsnitt cirka 700 personer per år. Det sker inga stora förändringar över tid, men en viss ökning kan skönjas. Det finns en ganska stor variation i dödlighet efter blödande magsår mellan landstingen, med en variation från 17 till 32 procent. Dödligheten är lägre för kvinnor än för män: 23 procent avled bland kvinnorna, jämfört med drygt 27 procent bland männen. Även andelen dödsfall som skedde under sjukhusvistelsen varierar mellan landstingen. En dryg femtedel av de som avled, avled under sjukhusvistelsen.

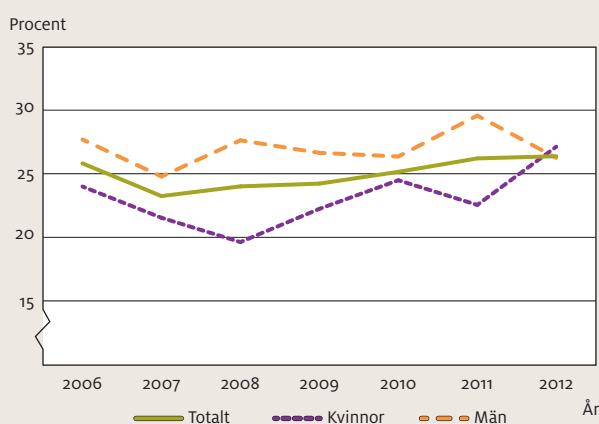
Variationen kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnossättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer och slumpmässiga avvikelser. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, det akuta omhändertagandet och kompetens hos tillgänglig personal i samband med detta. Vidare vårdinsatser efter sjukhusvistelsen och hänsynstagandet till riskfaktorer för att åter drabbas av ny blödning, bland de vårdgivare som möter patienten efter utskrivningen.

DIAGRAM 153A – RIKET: Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår efter utbildningsnivå. Avser patienter 45–79 år. Åldersstandardiserade värden.



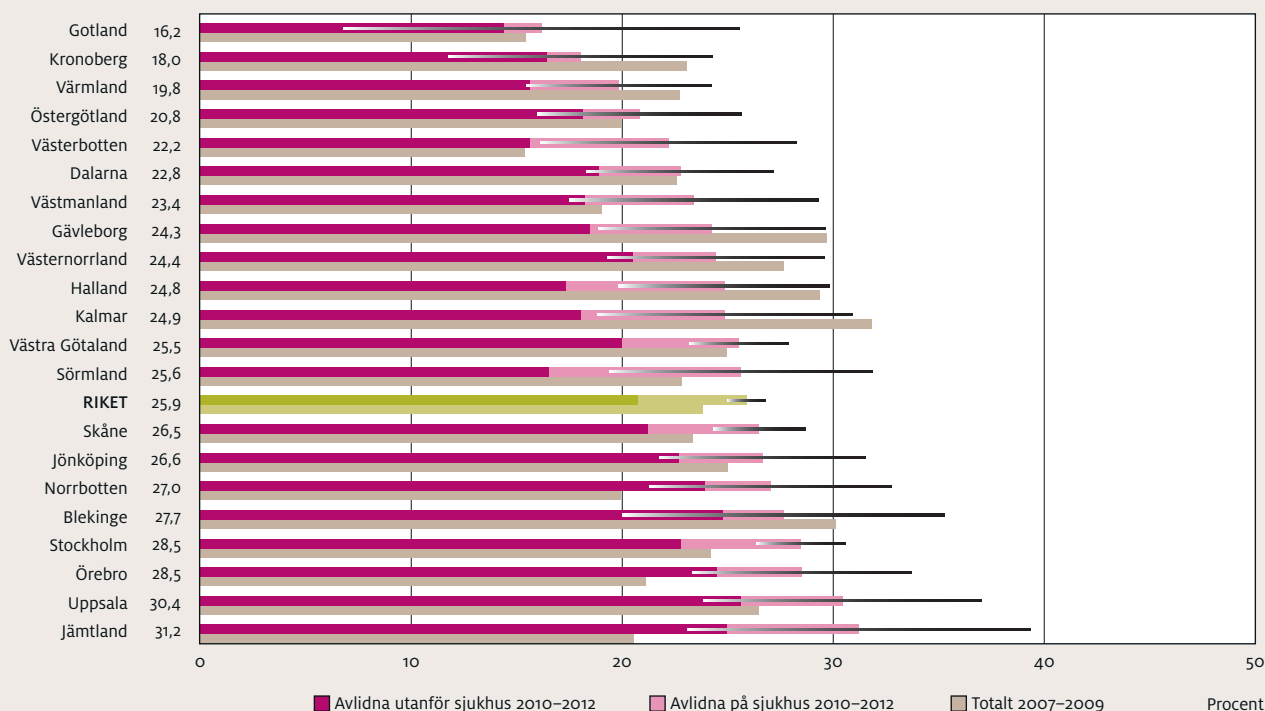
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 153B – RIKET: Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 153 – TOTALT: Andel döda inom 1 år efter sjukhusvård för blödande magsår, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

154 UPPFÖLJNING AV PATIENTER EFTER OBESITASKIRURGI

Efter att antalet patienter som opereras för svår fetma ökat påtagligt under det senaste decenniet har under de tre senaste åren ökningen planat ut. 2013 utfördes cirka 7 700 operationer, att jämföra med cirka 700–800 per år i början av 2000-talet. Tre av fyra opererade är kvinnor. De patienter som opereras är inte sällan diabetiker, lider av hjärt-kärlsjukdom eller ledbesvär och löper högre risk för cancer och för tidig död.

Uppgifter om de patienter som opereras för fetma samlas i kvalitetsregistret SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register. Alla 46 enheter i landet som nu utför operationen rapporterar till registret och 2012 registrerades mer än 98 procent av alla operationer som SOReg och patientregistret vid Socialstyrelsen kan identifiera. Vid dessa jämförelser av täckningsgrad fångar patientregistret 77 procent av operationerna, således en lägre andel än SOReg.

Alla patienter som opereras för svår fetma behöver följas upp efter operationen, av flera skäl. Alla patienter behöver behandling med vitamin B12 för att inte få blodbrist. Så gott som alla kvinnor i fertil ålder och även många män och äldre kvinnor behöver periodvis tillskott av järn för att inte utveckla järnbrist. Många personer har följsjukdomar till fetman som förändras efter att kroppsvikten ändras av operationen, till exempel diabetes, högt blodtryck, sömnapné och belastningssmärter. Förändring av behandlingen av dessa kan då bli nödvändig. Slutligen både förutsätter och leder operationerna till livsstilsförändringar i fråga om ätbeteende och fysisk aktivitet. Kontinuerlig kontakt med sjuk- och hälsovården kan då tänkas förstärka dessa livsstilsförändringar. Studier har också visat att patienter som följs upp också har en större vikt-nedgång. Sjukvårdens förmåga att sköta denna uppföljning är en mycket viktig indikator på vårdens kvalitet.

Tidigare har indikatorn visat hur stor andel av de opererade patienterna som följs upp vid en 1-årskontroll. I år visas istället andelen som följs upp efter en längre tid, vid en 2-års kontroll. Skälet till detta är att vid ett år befinner sig fortfarande en stor andel av patienterna i vikt-nedgångsfas och kroppens metabolism har inte hunnit stabiliseras på en ny nivå. Ur medicinsk synpunkt och därför ur ett patientperspektiv är det rimligt att de opererade enheterna har ansvar för patientuppföljningen under denna period, således åtminstone under de första två åren. Även om några landsting inte har varit tydliga i sina uppdrag till sina opererande enheter eller avdelat resurser för sådan uppföljning, är det rimligt att redovisa detta mått.

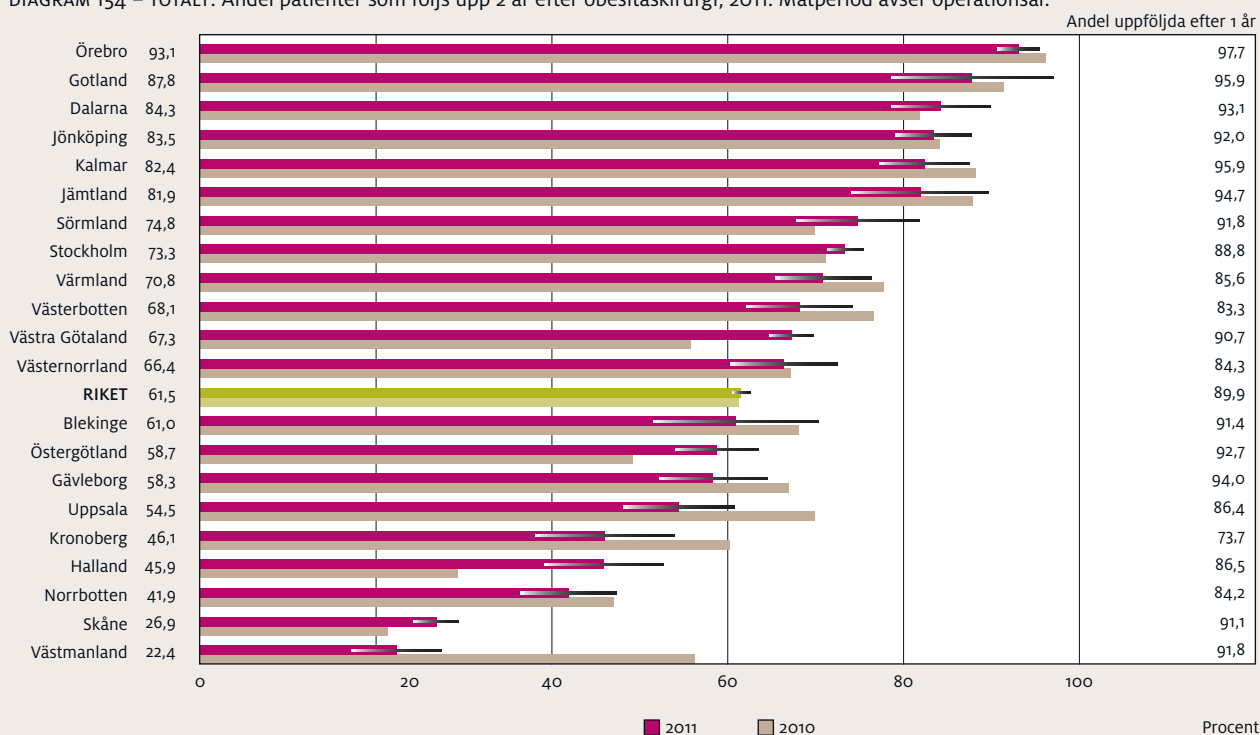
Jämförelsen avser patienter som opererades år 2011, och är alltså samma patienter som i förra årets rapport för ett år. Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett.

Andel opererade patienter som deltog i 2-årsuppföljning uppgår i riket till 62 procent, med en påtaglig variation mellan landstingen, med andelar från 22 till 88 procent. Motsvarande andel för 1-års uppföljningen var för riket 90 procent, och med en begränsad spridning mellan landstingen, från 83 till 94 procent.

Det finns således stora skillnader i hur väl de olika landstingen förmått ta ansvar för uppföljningen två år efter operationen och därmed finns det utrymme för förbättring. Det finns inget överenskommet målvärde för andelen som bör följas upp, men den borde omfatta samtliga fall, såväl som på de enskilda patienter som av olika skäl inte hörsammar kallelse till uppföljning.

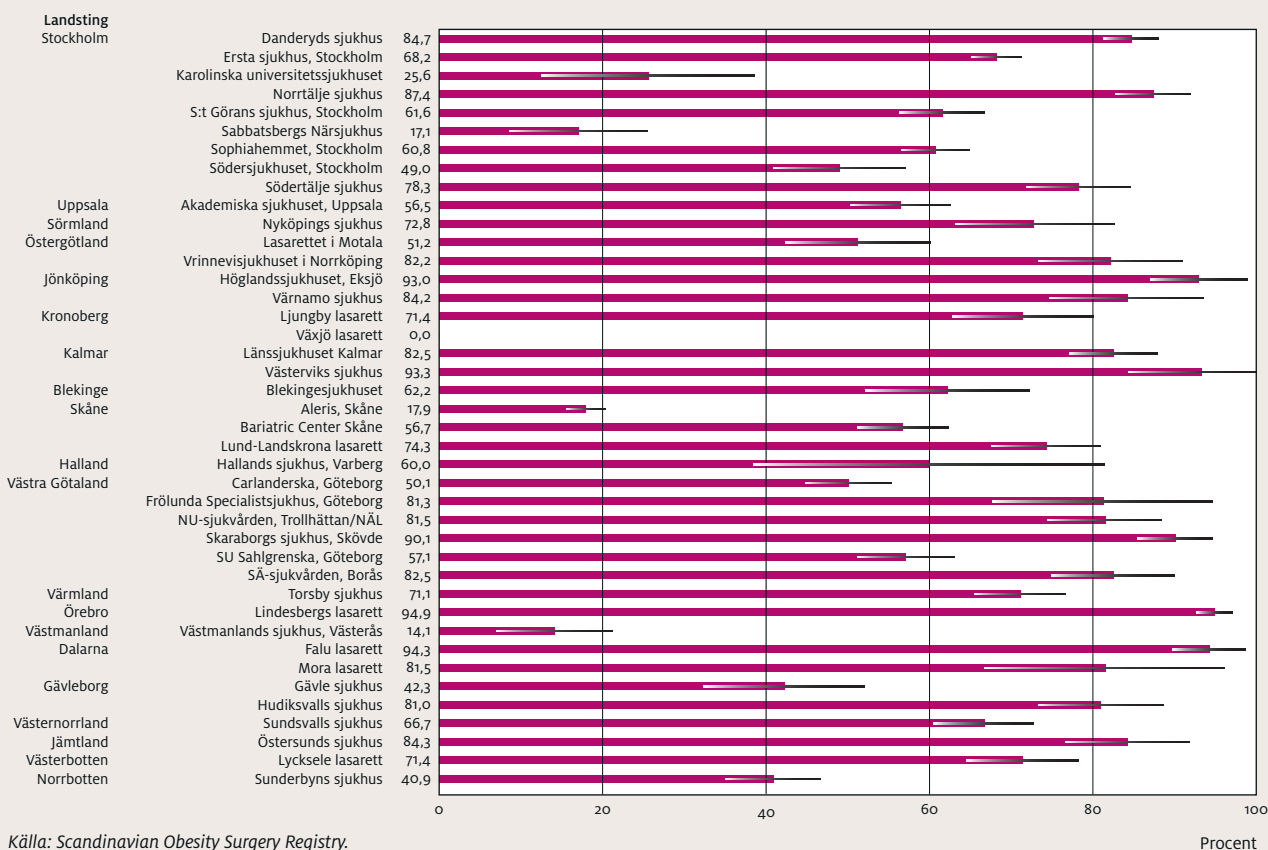
Patienter som genomgår obesitasoperation har visat sig vara en mobil patientgrupp som ofta söker vård utanför det egna hemlandstinget samtidigt som lång uppföljning krävs. Detta är ett förhållande som ställer vården inför nya utmaningar.

DIAGRAM 154 – TOTALT: Andel patienter som följs upp 2 år efter obesitaskirurgi, 2011. Mätperiod avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry.

DIAGRAM 154 – SJUKHUS: Andel patienter som följs upp 2 år efter obesitaskirurgi, 2011. Mätperiod avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry.

155 MINSKNING AV ÖVERVIKT EFTER OBESITASKIRURGI

Anledningen till att patienter söker kirurgisk hjälp för svår fetma är framförallt en önskan om att få hjälp med olika aspekter av den ofta svåra belastning på livskvaliteten som tillståndet innebär. Sjukvårdens målsättning med behandlingen är snarare bot och lindring av fetmans följsjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom och belastnings- och mekaniskt betingade besvär från leder och andra organsystem.

Det finns inget enda etablerat sammansatt resultatmätt på dessa olika behandlingsmål. Här visas ett mått på viktnedgångens storlek, trots att denna nedgång inte är ett egentligt behandlingsmål, inte är ett mål i sig. Men det finns åtminstone för en del av de medicinska behandlingsmålen ett samband med viktnedgångens storlek, som motiverar att detta mått används. Dessutom har studier visat att för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste viktnedgången, förutom att vara bestående också vara betydande, minst 25 kg vilket som regel motsvarar halva övervikten.

Indikatoren visar i procent hur stor andel av patientens övervikt som försvunnit ett år efter operationen. Detta mått på viktnedgång är ett internationellt etablerat mått

inom obesitaskirurgin. Övervikt innan operationen definieras som antalet BMI-enheter som överstiger 25. Viktförändringen är antalet försvunna (undantagsvis vunna, vid viktökning) BMI-enheter vid mättillfället i förhållande till BMI-värdet innan operationen.

Patienterna redovisas under sina respektive hemortslänningar, oavsett var operationen eller uppföljningen skett. Enbart patienter som opererats med metoden gastric bypass ingår och alla omoperationer har exkluderats, eftersom dessa ofta sker på grund av komplikationer och av andra skäl än övervikten. Gastric bypass är den metod som används vid 96 procent av all obesitaskirurgi i Sverige.

I riket har drygt 80 procent av patienternas övervikt före operationen försvunnit ett år efter operationen. De senaste åren har en viss förbättring i riket skett. Variationen mellan landsting sträcker sig från 72 till 91 procent. Kvinnors viktnedgång är något större än mäns. Jämförelsen baseras på 6 244 patienter som opererats under 2012 och vars viktnedgång efter ett år följdes upp. Andelen uppföljda är 87 procent i riket, men varierar något mellan landstingen.

Ålder, grad av initial övervikt och kön är faktorer som påverkar viktnedgångens storlek. Kirurgisk teknik har betydelse och omfattningen av uppföljning spelar också roll för resultatet. Båda dessa är faktorer som kan påverkas.

DIAGRAM 155 – TOTALT: Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi, 2012. Mätperioden avser operationsår.



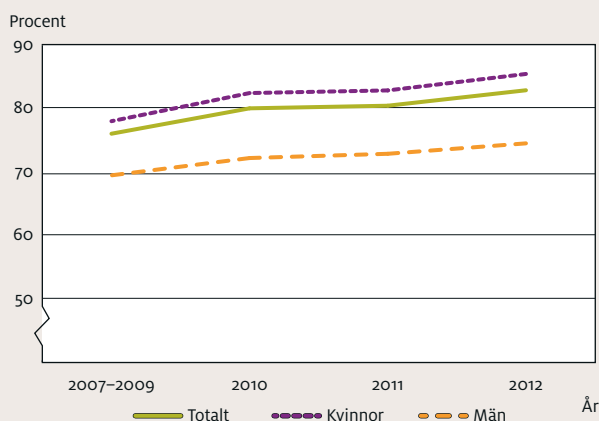
Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry.

DIAGRAM 155 – SJUKHUS: Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi, 2012. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry.

DIAGRAM 155 – RIKET: Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Scandinavian Obesity Surgery Registry.

156 KOSTNAD PER DRG-POÄNG VID OBESITASKIRURGI

När kostnader per vårdtillfälle redovisas tas ingen hänsyn till olikheter i patientsammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resursinsatsen och är en uppskattning av hälso- och sjukvårdens produktivitet.

I KPP-databasen redovisas kostnader för 3 587 vårdtillfällen med obesitaskirurgi vilket motsvarar knappt hälften av samtliga obesitasoperationer.

I diagrammet presenteras kostnader per DRG-poäng för obesitaskirurgi motsvarande de kvalitetsindikatorer som

redovisats tidigare. Cirka 97 procent av samtliga obesitasoperationer görs med gastric by pass.

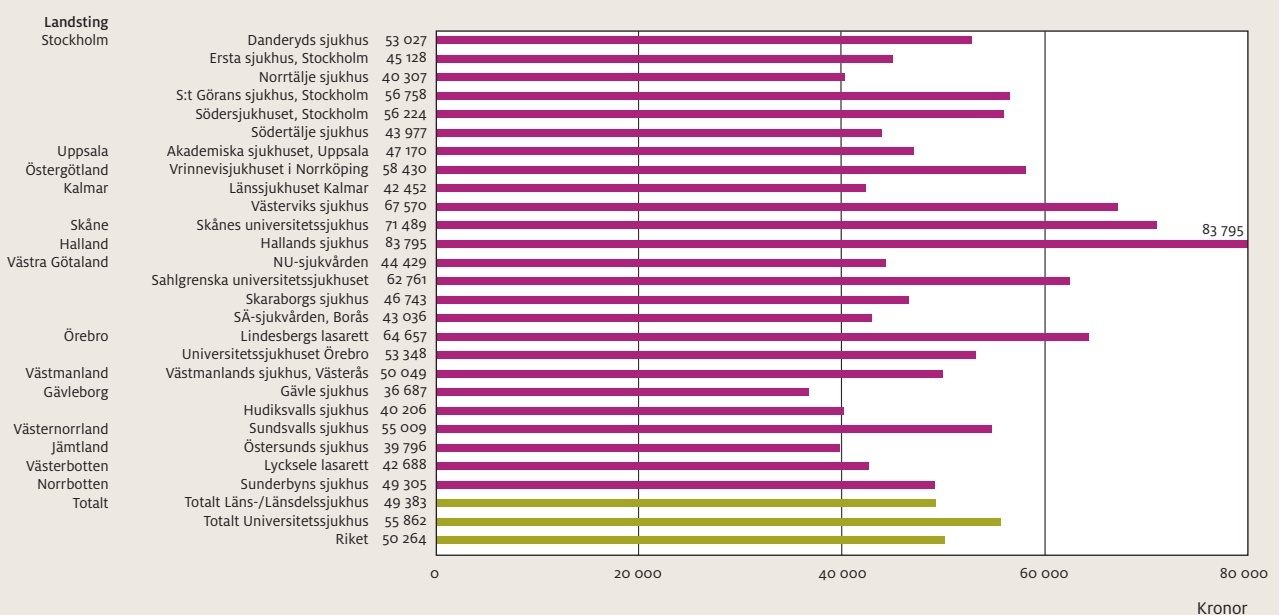
Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

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

Den genomsnittliga kostnaden per DRG-poäng i KPP-databasen 2013 uppgick till 50 264 kronor. Variationen mellan sjukhusen är påtaglig, från drygt 36 600 kronor till cirka 84 400 kronor. Medelvårdtiden var 2 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan bero på flera olika faktorer: Olikheter i patientsammansättning, vårdtidens längd samt skillnader i medicinsk praxis kan vara några orsaker. Skillnader i beräkningar av kostnadsdata kan också vara grund för variation.

DIAGRAM 156 – SJUKHUS: Kostnad per DRG-poäng för obesitasoperation, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

157 MINIINVASIVT BORTTAGANDE AV GALLBLÅSA

Gallsten är en vanlig sjukdom. Mellan 25 och 50 procent av befolkningen kommer förr eller senare i livet utveckla sten i gallblåsan. De flesta känner inte av sina gallstenar och blir inte föremål för operation. Ändå är gallstensoperation bland de allra vanligaste kirurgiska ingreppen och årligen får cirka 12 000 patienter sin gallblåsa bortopererad i Sverige. En mindre del av befolkningen utvecklar dessutom sten i gallgångarna. För att ta bort dessa stenar som kvarstannat i gallgången används ofta endoskopisk retrograd kolangio-pankreatografi (ERCP), en endoskopisk metod med vilken man kan både kartlägga samt åtgärda stopp i gallgångarna. I Sverige utföres årligen drygt 7 500 ERCP.

Både vid operation för sten i gallblåsan och endoskopisk behandling av sten i gallgångarna finns en risk för någon form av postoperativ komplikation på mellan 5 och 10 pro-

cent. Allvarliga missöden vidolecystektomi, som skadad gallgång eller död, drabbar 0,1–0,5 procent av patienterna. Nästan 80 procent av de opererade blir av med de besvär som operationen avsåg bota.

GallRiks, ett nationellt kvalitetsregister för gallstenoperationer, startades 2005 och har nu etablerats som ett heltäckande nationellt register med 69 deltagande sjukhus (2013) och en täckningsgrad på drygt 85 procent (2012). GallRiks syfte är att bidra till att säkerställa en optimal kvalitet och säkerhet gällande den kirurgiska behandlingen av gallstenssjukdom i Sverige.

Vid operation för sten i gallblåsan tas gallblåsan bort. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt för att därmed leda till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Olika operationsmetoder ger olika mycket kirurgiskt trauma, men i vissa fall kan inte valet av metod enbart ta hänsyn till det

kirurgiska traumat, utan måste också vägas mot vad som är tekniskt möjligt och vilken metod som ger minst risk för komplikationer.

Indikatorn visar andelen patienter som genomgick kolecystektomi, borttagande av gallblåsa, med laparoskopisk metod eller som "mini-galla", med enbart ett kort snitt i bukväggen. Både akuta och planerade operationer ingår. Jämförelsen baseras på 11 700 operationer under mätperioden.

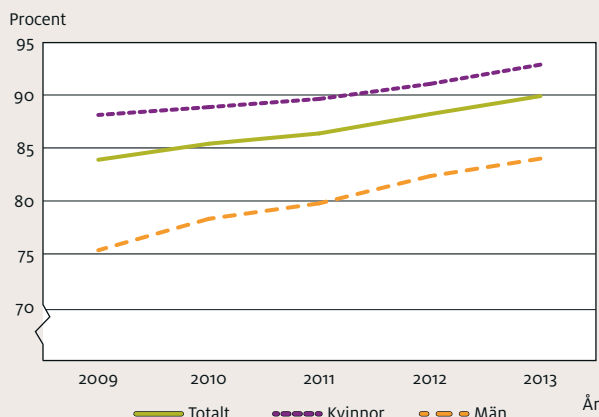
Andelen operationer som genomförs med miniinvasiv teknik uppgick i riket till närmare 90 procent och varierar mellan olika landsting, från knappt 70 till närmare 96 procent. Män opererades 2013 med miniinvasiv teknik i 84 procent och kvinnor i 93 procent av fallen.

Det finns ingen bestämd optimal nivå på andelen patienter som bör opereras med miniinvasiv teknik. Däremot kan variationen mellan olika landsting tala för att andelen kan öka ytterligare, utan några negativa medicinska konsekvenser.

För både kvinnor och män ökar andelen som opereras med miniinvasiv metod. Att män oftare opereras med öppen teknik hänger sannolikt ihop med att en högre andel av operationerna hos män görs på indikationen gallstenskomplikation. Detta leder i sin tur även till en högre andel postoperativa komplikationer och bidrar till att en högre andel antibiotikaproxylax ges vid operationerna. Varför män har en mer avancerad gallstenssjukdom när de opereras är oklart och kommer att bli föremål för forskning.

Data ur sammanlagt 2 509 slumpvis utvalda patientjournaler har jämförts med korresponderande GallRiks-registreringar vid två olika valideringsomgångar. Vid den första valideringsomgången förelåg en överensstämmelse mellan journaldata och GallRiks i 97,2 procent och vid den andra i 98,2 procent av fallen. På landstingsnivå är risken för skillnader i patientsammansättning begränsad och täckningsgraden hög. Resultaten för denna indikator är på landstingsnivå därför mycket tillförlitliga.

DIAGRAM 157 – RIKET: Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

DIAGRAM 157 – TOTALT: Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2013.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

158 KIRURGISKA KOMPLIKATIONER EFTER BORTTAGANDE AV GALLBLÅSA

Indikatorn speglar förekomst av kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter en operation där gallblåsan opereras bort,olecystektomi. Exempel på komplikationer är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. De som här redovisas är sådana som betraktas som specifika för det kirurgiska ingreppet ifråga och som har krävt någon form av åtgärd. Både akuta och planerade operationer ingår.

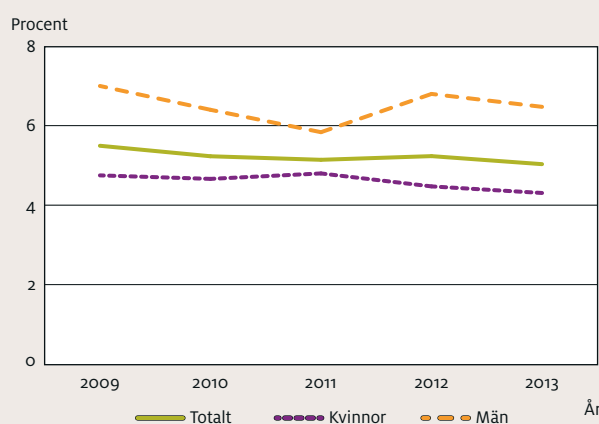
År 2013 drabbades 590 av 11 728 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5 procent. Komplikationsandelen i landsting varierar från 1,8 till knappt åtta procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor. Komplikationsfrekvensen ligger relativt stabil över åren.

Det finns ingen "acceptabel" nivå för andelen patienter som får drabbas av kirurgiska komplikationer vidolecystektomi. Målet måste vara noll, även om det idag verkar vara långt borta. Väl genomarbetade rutiner, checklistor, god utbildning och ett välfungerande team kring patienten ökar chansen till en komplikationsfri operation.

Det finns skillnader mellan olika landsting, men tolkningen av dessa bör göras med stor försiktighet, dels för att konfidensintervallen är breda, dels för att det för närvarande finns vissa frågetecken kring validiteten i denna del av GallRiks.

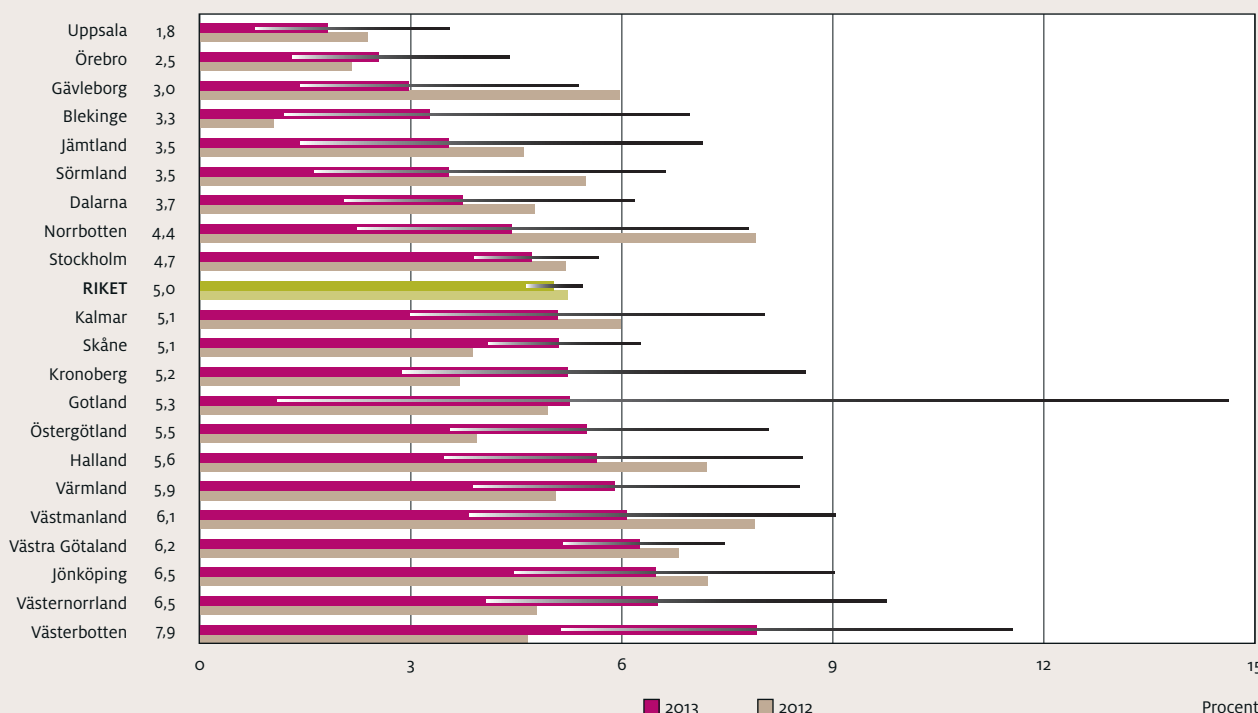
En omfattande kontroll av GallRiks validitet har genomförts. Denna visar att av drygt 45 000 registerdata var 1,8 procent felregistrerade, jämfört med vad som framgick av den medicinska journalen, vilket kan betecknas som en hög kvalitet. Dock fann granskarna ett antal kirurgiska komplikationer som inte blivit registrerade. Av 1 172 granskade journaler hade 30 en notering om en kirurgisk komplikation som inte registrerats. Detta motsvarar en underregistrering av komplikationer på cirka 30 procent. Ökad utbildning och mer arbetstid avsatt för uppföljningsarbetet vid deltagande kliniker bör de kommande åren kunna höja datakvaliteten även i denna del.

DIAGRAM 158 – RIKET: Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

DIAGRAM 158 – TOTALT: Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, 2013.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

159 ANTIBIOTIKA VID BORTTAGANDE AV GALLBLÅSA

Det har länge varit oklart om antibiotika behöver ges vid elektiv (planerad)olecystektomi för att förebygga att operationen medför infektionskomplikationer. Det finns emellertid nu flera studier som visar att förebyggande behandling med antibiotika inte minskar risken för infektionskomplikationer, bland annat en studie som är baserad på ett relativt stort antal opererade patienter från GallRiks. Därför rekommenderas nu att inte ge förebyggande antibiotikabehandling vid elektivolecystektomi.

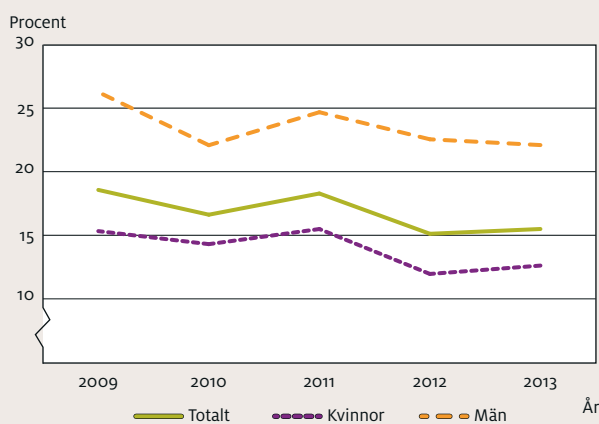
Indikatorn visar andelen patienter som ges förebyggande antibiotikabehandling i samband med operation där gallblåsan opereras bort,olecystektomi. Enbart planerade operationer ingår, och de där uppgift om antibiotika och patientens hemort finns. Redovisning per landsting baseras på patientens hemort.

I riket fick 2013 drygt 1 200 eller 15,5 procent av drygt 8 000 patienter antibiotikabehandling i samband med operationen, en svag ökning jämfört med året innan. Det kvarstår ännu stora skillnader i användningen av antibiotika mellan olika landsting, med en spridning från sju till 29 procent. Skillnaderna mellan könen är påtagliga: Knappt 13 procent av kvinnorna, men hela 22 procent av männen ges antibiotikabehandling i samband med operationen.

Även om det generellt inte anses motiverat att ge förebyggande antibiotikabehandling kan det i enskilda fall finnas faktorer som talar för att antibiotika bör ges "för säkerhets skull". Därför kan det på sjukhusnivå finnas en selektion av patienter med olika svårighetsgrad, vilket till en viss del kan förklara en skillnad i antibiotikaanvändning.

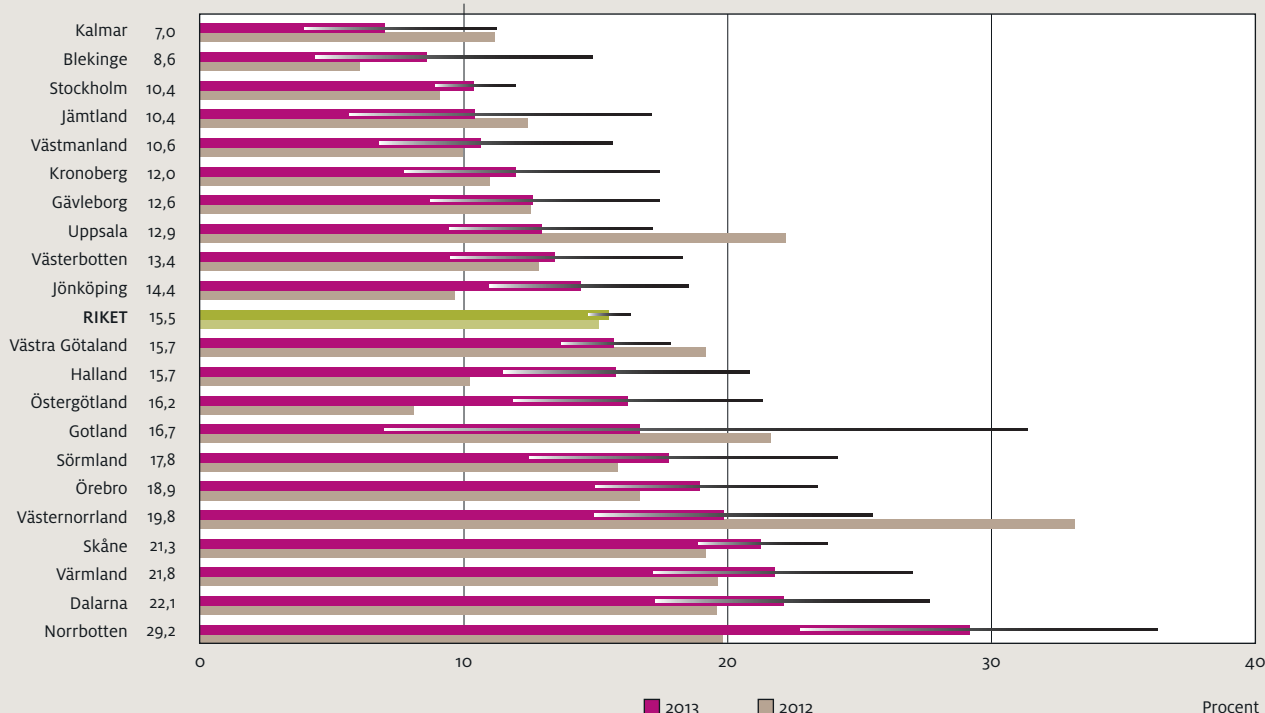
På landstingsnivå borde det dock inte finnas någon avgörande skillnad i patientsammansättning. En utjämning mellan landstingen borde därför vara möjlig, liksom en totalt sett lägre användning av antibiotika. Genom GallRiks sker en kontinuerlig bevakning av frekvensen infektionskomplikationer. Det finns hittills inga tecken på att infektionskomplikationerna ökar i Sverige, trots en sedan 2008 minskande antibiotikaanvändning.

DIAGRAM 159 – RIKET: Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

DIAGRAM 159 – TOTALT: Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa, 2013. Avser planerade operationer.



Källa: GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

160 KOSTNAD PER DRG-POÄNG VID GALLOPERATION

När kostnader per vårdtillfälle redovisas tas ingen hänsyn till olikheter i patientsammansättningen och till att enskilda vårdtillfällen kan kräva olika resursinsats trots att grundsjukdomen är densamma. I avsnittet om övergripande indikatorer och kostnader beskrivs kostnad per DRG-poäng, ett mått som relaterar kostnader till prestationer med en metod som innebär att hänsyn tas till resursinsatsen och är en uppskattning av hälso- och sjukvårdens produktivitet.

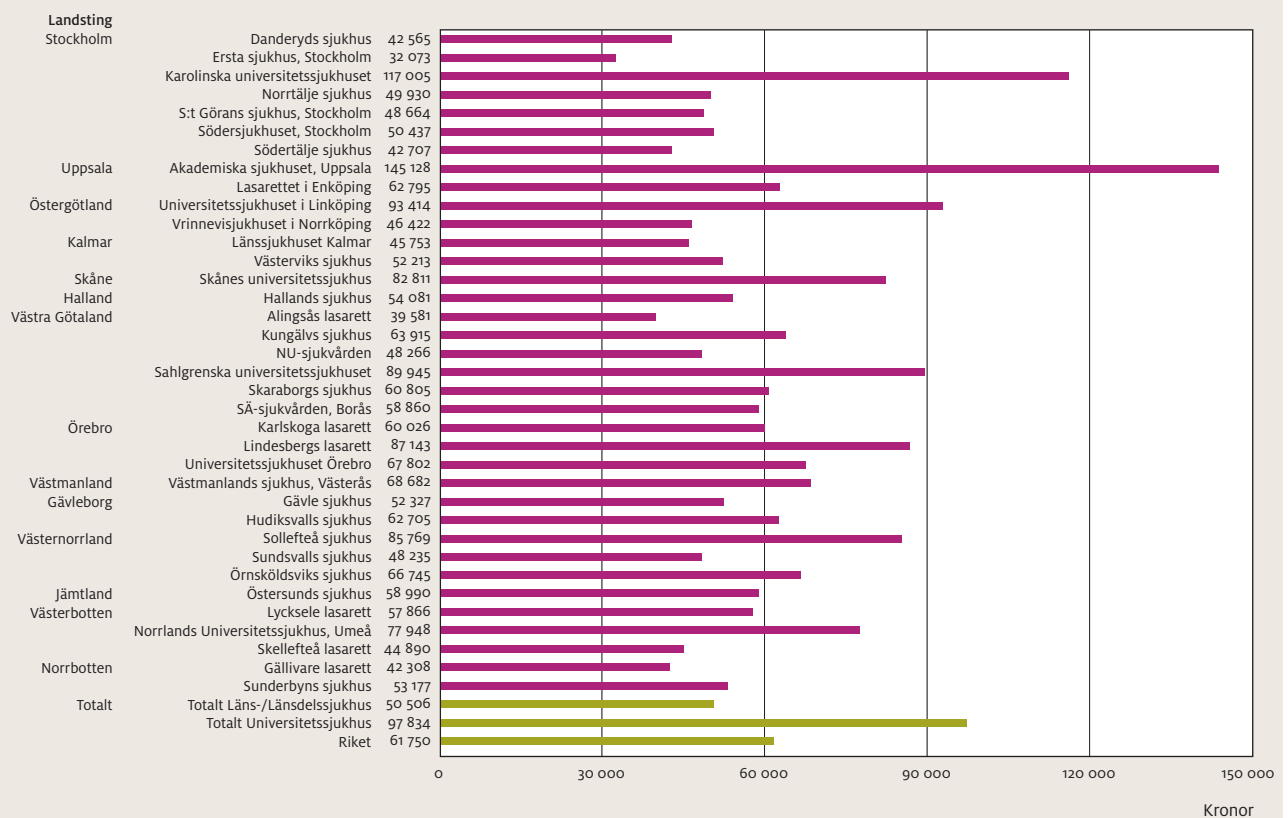
I diagrammet visas kostnader per DRG-poäng för kolecystektomi, borttagande av gallblåsan. 2013 fanns det i KPP-databasen 6 840 vårdtillfällen med åtgärds-koden för kolecystektomi. Både planerade och akuta operationer ingår.

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

KPP-databasens genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för innerfallen uppgick 2013 till 61 750 kronor. Kostnads-skillnaderna är påtagliga, från drygt 32 000 kronor till över 145 000 kronor. Medelvårdtiden är i genomsnitt cirka 4 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva ingreppet och även vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akuta respektive planerade operationer. Även val av operationsmetod påverkar.

DIAGRAM 160 – Sjukhus: Kostnad per DRG-poäng vid galloperation, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

161 TID TILL OPERATION VID FÖRTRÄNGNING AV HALSPULSÅDER

Förträngning av halspulsådern kallas karotisstenos. På den skrovliga åderväggen kan blodproppar bildas som kan föras upp i hjärnan och orsaka övergående förlamning (TIA) eller varaktig hjärninfarkt (stroke). Vid karotiskirurgi opererar man bort denna förträngning. De flesta operationerna utförs som sekundärpreventiv åtgärd efter en TIA eller en hjärninfarkt med mindre till måttliga kvarstående symtom. Ett mindre antal ingrepp utförs även primärpreventivt, på patienter utan symtom men som ändå diagnostiserats med en tät stenos.

Operation minskar påtagligt risken för stroke, särskilt hos patienter med symtomgivande höggradig stenos. Statistiskt sett krävs det i denna grupp få operationer för att förebygga en stroke, men tidsaspekten är väldigt viktig. Om behandlingen dröjer mer än två veckor halveras den gynnsamma effekten av karotiskirurgi.

Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för stroke. Måttet speglar kvalitet både inom strokesjukvård och inom kärllirurgisk verksamhet. För att minska fördröjningen är det även viktigt att befolkningen förstår och tar symtomen på allvar.

Källan är Svenska Kärllregistret, Swedvasc, som varje år publicerar uppgifter om tid till karotisoperation. Regist-

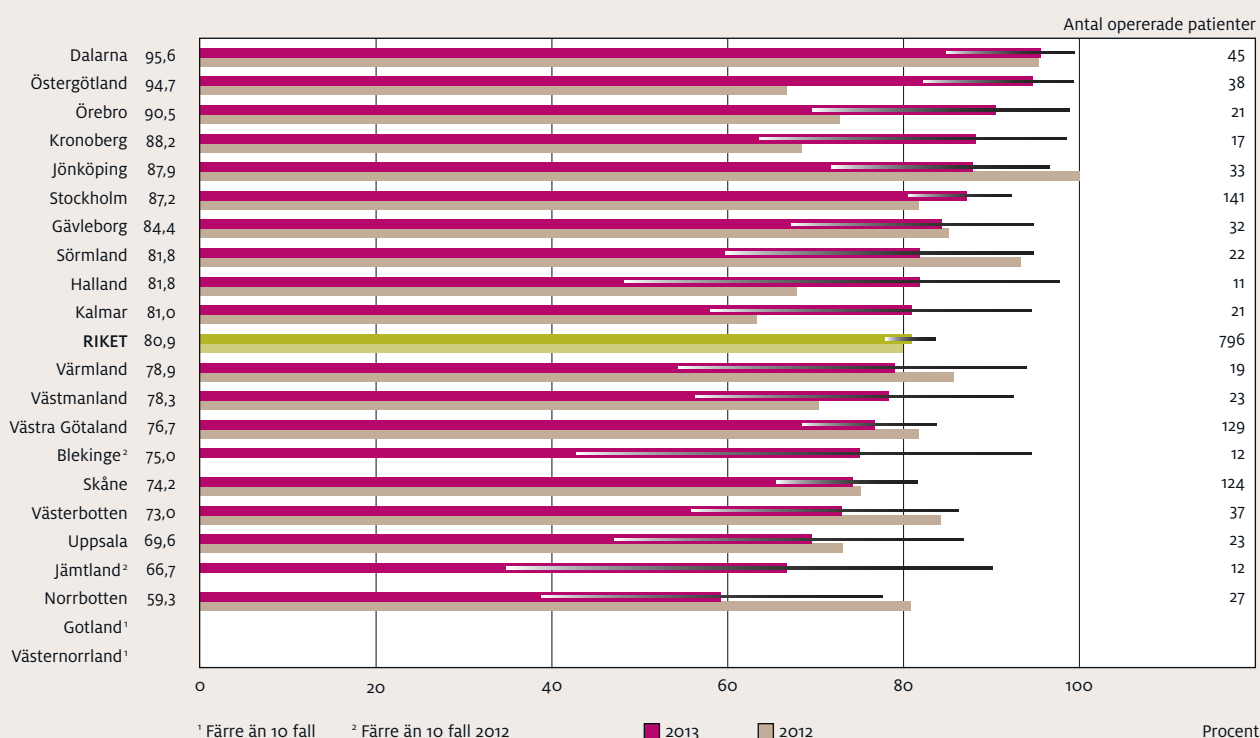
rets täckningsgrad är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras, och handläggningstiderna finns i samtliga registrerade fall.

Indikatorn visar andelen karotisoperationer av symtomgivande förträngningar som görs inom 14 dagar efter alarmsymtomet. Tidsangivelsen avser tiden från "alarm-symtom", de strokesymtom som ledde patienten att söka sjukvård, fram till operation. Landstingsredovisningen baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering. Sjukhusdiagrammet visar mediantid till operation i dagar, vilket är en annan indikator för samma kvalitetsaspekt.

Nära 81 procent av alla operationer för symtomgivande karotisstenos görs inom 14 dagar. Detta är en förbättring jämfört med tidigare år. Det finns en stor spridning mellan landstingen, med andelar som opererats inom den målsatta tiden från 60 till 100 procent. I vissa landsting är ingreppen få och den statistiska osäkerheten så stor att jämförelser försvåras. Andelen kvinnor och män som opereras inom 14 dagar efter symtomdebut är väsentligen lika. Jämförelsen omfattar 796 operationer under 2013.

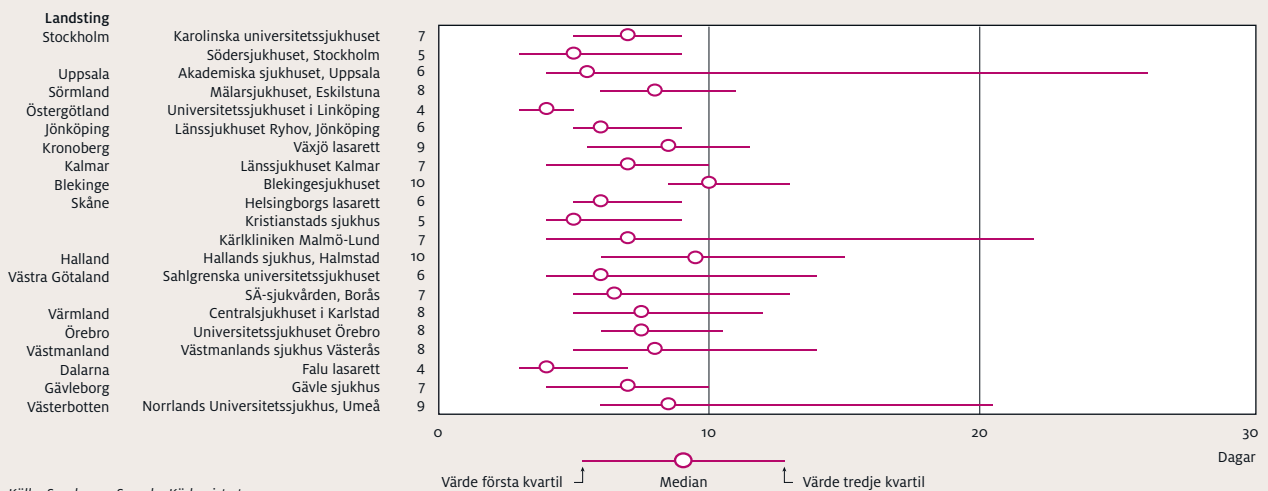
Socialstyrelsens riktlinjer från år 2009 rekommenderar operation inom 14 dagar. Det finns ett fortsatt behov av förbättring och variationen mellan landsting tyder på att en sådan är möjlig.

DIAGRAM 161 – TOTALT: Andel patienter som opererades inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern, 2013.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärllregistret.

DIAGRAM 161 – SJUKHUS: Tid till operation vid symtomgivande förträngning av halspulsådern, 2013.



162 DÖD ELLER AMPUTATION EFTER OPERATION AV KÄRLFÖRTRÄNGNING I BEN

Åderförkalkning medför att artärerna förträngs eller täpps till. Individer med benartärsjukdom har ökad risk att drabbas av andra kärlhändelser, som till exempel stroke eller hjärtinfarkt. Benen drabbas av försämrat blodflöde. Claudicatio är benämningen för de lindriga fall då blodflödet är otillräckligt bara vid ansträngning, vilket ger upphov till värk vid gång. I svårare fall, så kallad kritisk ischemi, är blodflödet otillräckligt även i vila, vilket medför vilovärk och risk för försämring med sår och vävnadsdöd som följd.

Den största riskfaktorn är rökning och många av patienterna med åderförkalkning har varit eller är rökare. Rökstopp är den viktigaste behandlingen av sjukdomen. Diabetes är också en betydande riskfaktor och förekommer hos 30 procent av patienterna. Noggrann och kontinuerlig kontroll av blodsocker är viktigt. Behandlingen består av såväl icke-kirurgiska som kirurgiska metoder. De senare kan vara öppna ingrepp, som vid by pass-operationer, eller kateterburna, som vid ballongvidgning.

Indikatoren visar andelen patienter som avlidit och/eller blivit amputerade ovan fotled inom 30 dagar efter kärlingrepp på benet. I jämförelsen ingår 2 451 patienter med kronisk kritisk ischemi som under år 2013 registrerats i kvalitetsregistret Swedvasc. Hälften av de opererade var kvinnor. Landstingsredovisningen baseras på patientens hemort, inte på kliniken lokalisering.

2013 avled eller amputerades i riket 6,8 procent av patienterna inom 30 dagar. Sedan 1999 har andelen varierat mellan sju och elva procent. Trots tillkomsten av nya kirurgiska behandlingsmetoder har ingen klar trend till förbättringar kunnat skönjas. Andelen varierar mellan

landsting, från drygt en till över 14 procent avlidna och/eller amputerade. Kvinnornas resultat är bättre än männens.

Det är stor variation mellan landstingen, men tolkning av denna stora spridning är dock svår att göra, eftersom antalet operationer är få och den statistiska osäkerheten stor. Tidigare års värden visar att de enskilda landstingens resultat varierar stort över tid. Skillnader mellan landstingen kan även bero på ofullständig inrapportering och på olikheter i patientsammansättning.

Någon målnivå för andelen amputerade eller döda efter ingrepp för kritisk ischemi finns inte. Det finns heller inga randomiserade studier som jämför icke-kirurgisk behandling med kärlingrepp för kritisk ischemi.

DIAGRAM 162 – RIKET: Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben.

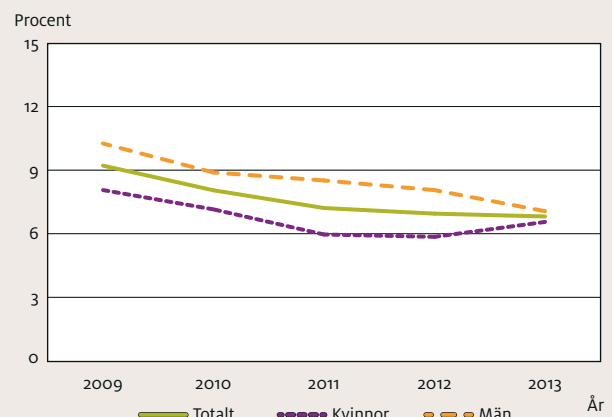
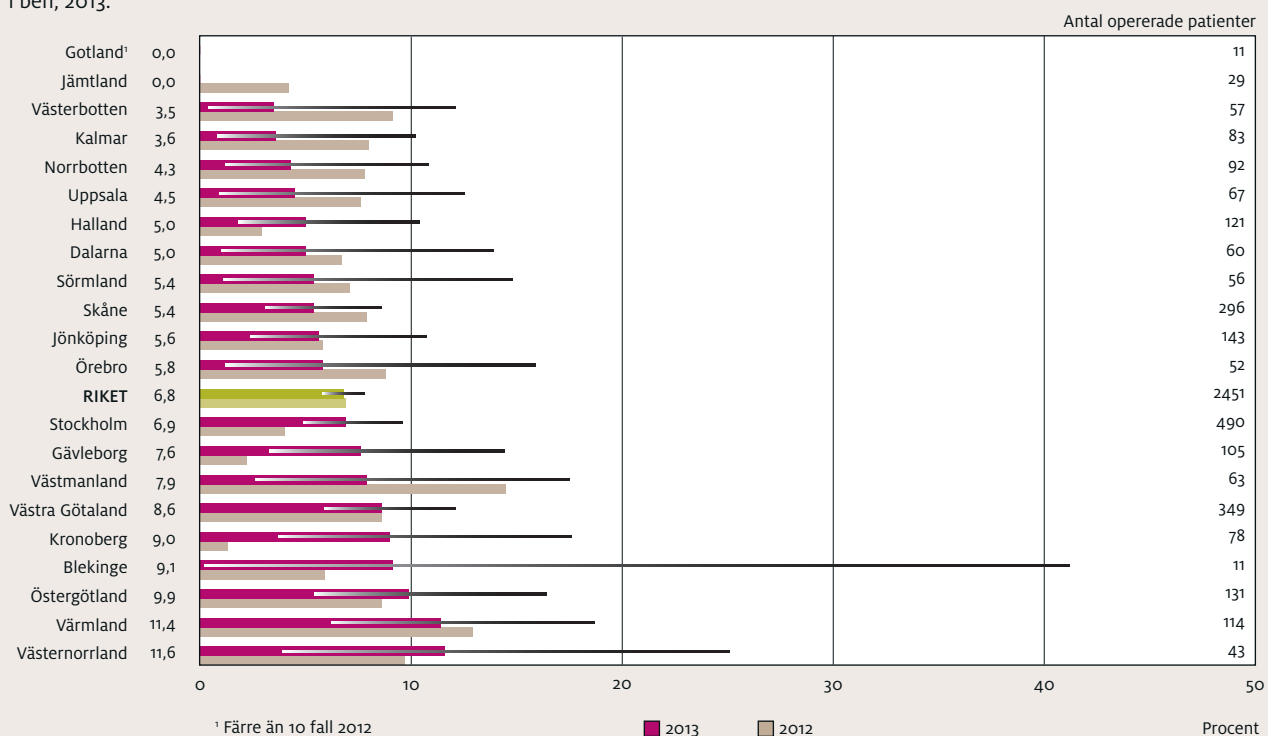
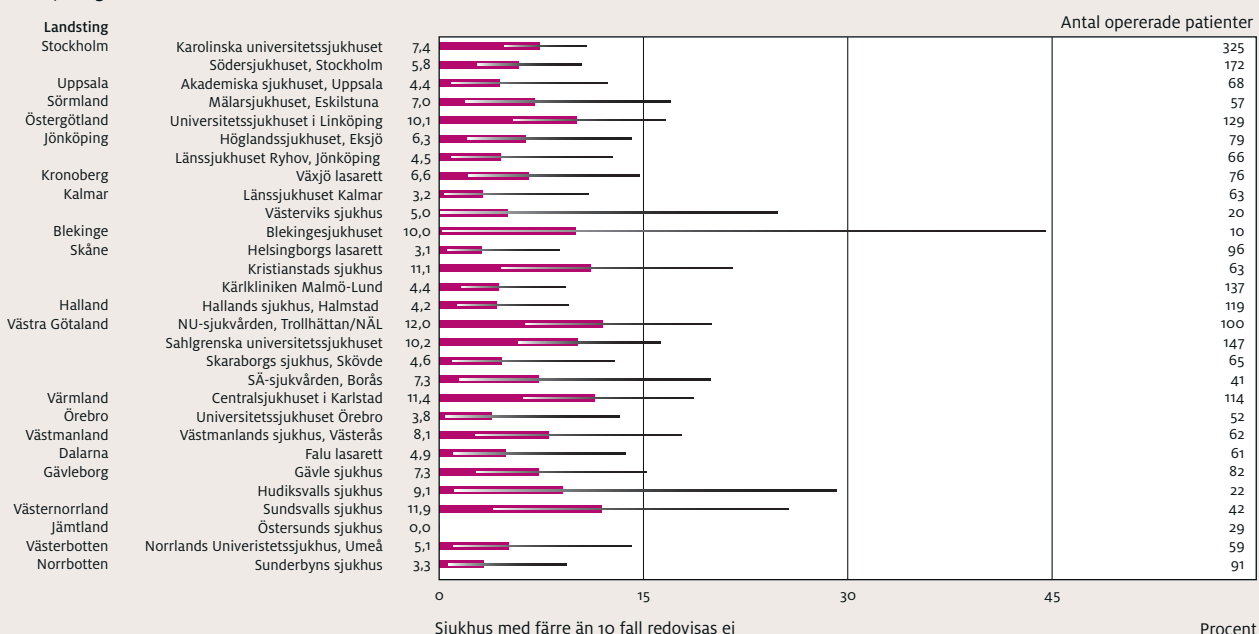


DIAGRAM 162 – TOTALT: Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, 2013.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärilregistret.

DIAGRAM 162 – SJUKHUS: Andel patienter som avled eller amputerades ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, 2013.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärilregistret.

163 DÖD EFTER PLANERAD OPERATION FÖR AORTAANEURYSM

Aortaaneurysm eller pulsåderbräck är en sjuklig vidgning av stora kroppspulsådern, aorta. Vid aneurysm har aortakärlväggens olika lager försvagats, vilket ökar risken för att kärlet ska brista. Aortaaneurysm är vanligast i buken och där vanligast hos män över 60 år. Övriga riskfaktorer, även för kvinnor, är ett långvarigt förhöjt blodtryck, rökning och hjärt-kärlsjukdom. Det finns även en viss ärftlighet hos denna sjukdom.

Aortaaneurysm ger sällan symtom och förblir därför ofta odiagnostiserat. Obehandlade aneurysm kan leda till bristning, vilket är ett allvarligt tillstånd som kräver akut kirurgi och som har en hög dödlighet. Cirka 80 procent av alla som kommer till sjukhus med ett brustet aortaaneurysm avlider.

1,5–5 procent av alla män mellan 65–79 år har ett aortaaneurysm, som oftast inte ger några symtom. De upptäcks som regel genom den screening med ultraljud som de senaste åren införts i landstingen, bland annat efter att SBU påvisat nyttan av screening av män över 65 år. Screening leder till att fler patienter med aortaaneurysm upptäcks, varav de med hög risk opereras, medan andra erbjuds fortsatt uppföljning. Screeningens syfte är att öka antalet patienter som genomgår planerad operation och att antalet patienter som drabbas av brustet aortaaneurysm ska minska.

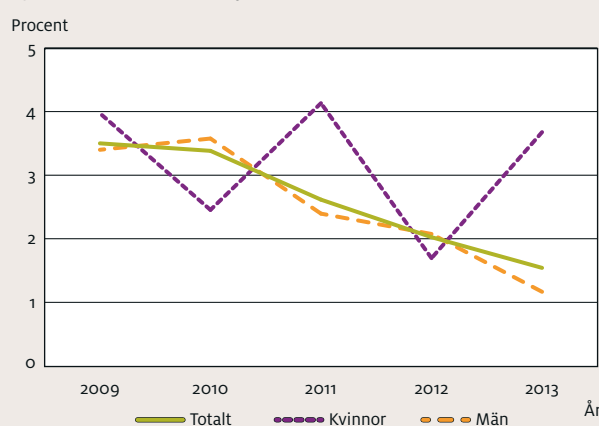
Indikatoren mäter dödligheten inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm. Jämförelsen baseras på 2 753 patienter som opererades 2011–2013 och som re-

gistrerades i Swedvasc. Landstingsredovisningen baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket avled 2 procent av patienterna inom 90 dagar efter operationen, med en variation mellan landsting från noll till fem procent.

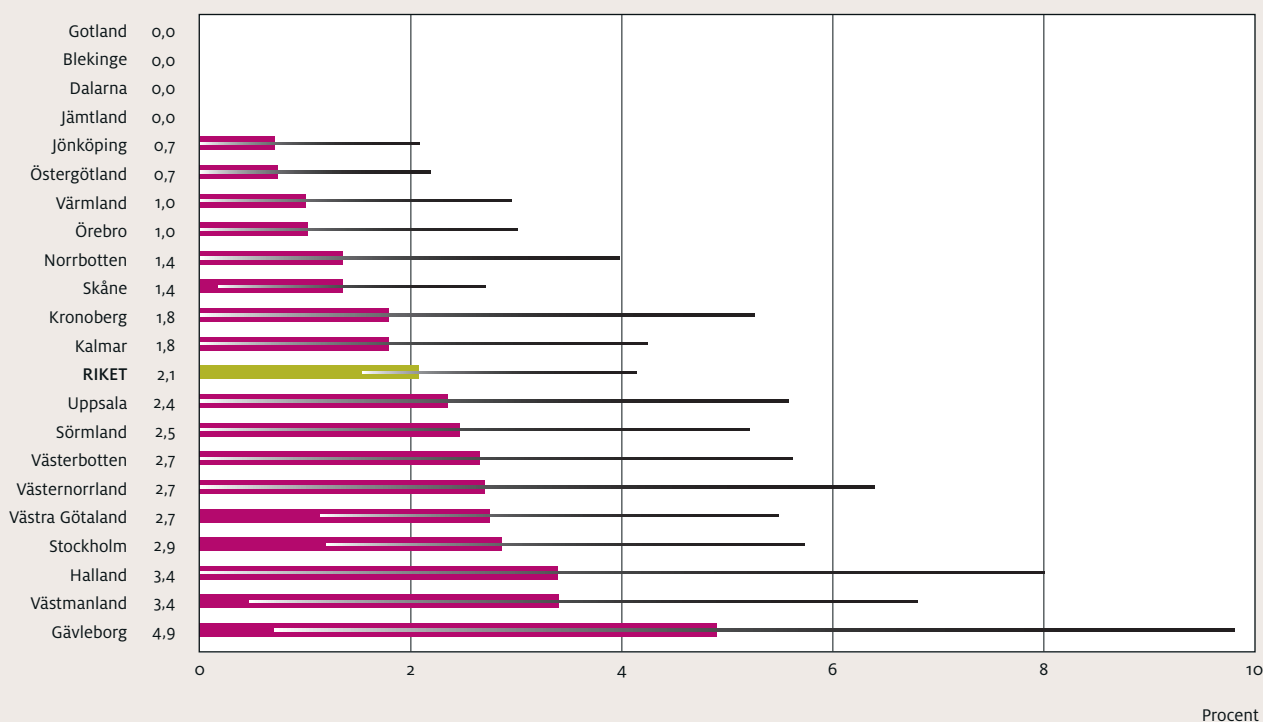
Den redovisade skillnaden mellan landsting är stor, men den låga andelen döda och ett relativt lågt antal opererade patienter gör att resultaten är osäkra. Resultaten kan påverkas av kirurgisk skicklighet, men även av egenskaper hos de patienter som genomgår operation, av skillnader i casemix.

DIAGRAM 163 – RIKET: Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

DIAGRAM 163 – TOLALT: Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm, 2011-2013.



Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

164 KOSTNAD PER OPERATION AV KÄRLFÖRTRÄNGNING I BEN

För 2013 rapporterade till KPP-databasen 20 sjukhus från 14 landsting sina kostnader för drygt 2 500 vårdtillfällen för kärloperation. Det är kostnader för de vårdinsatser som kan knytas till varje enskilt vårdtillfälle som rapporteras.

I diagrammet visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för den kärlkirurgiska operationen infrainguinal rekonstruktion/by pass. Operationen syftar till att förbättra blodcirkulationen i benen. Sjukhus med färre än 10 fall visas ej.

Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte. I denna redovisning är det enbart de så kallade innerfallen som ingår, vilket innebär att de dyraste vårdtillfällena är exkluderade.

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

Genomsnittskostnaden i KPP-databasen för innerfall uppgick 2012 till 96 192 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från knappt 53 000 kronor till knappt 180 000 kronor. Medelvårdtiden är 5 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan bero på flera olika faktorer: Olikheter i patientsammansättning, vårdtidens längd samt skillnader i medicinsk praxis kan vara några orsaker. Skillnader i beräkningar av kostnadsdata kan också vara grund för variation.

DIAGRAM 164 – SJUKHUS: Kostnad per vårdtillfälle vid operation av kärlförträngning i ben, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

165 BESÖK INOM 90 DAGAR – ALLMÄN KIRURGI

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till kirurgisk mottagning.

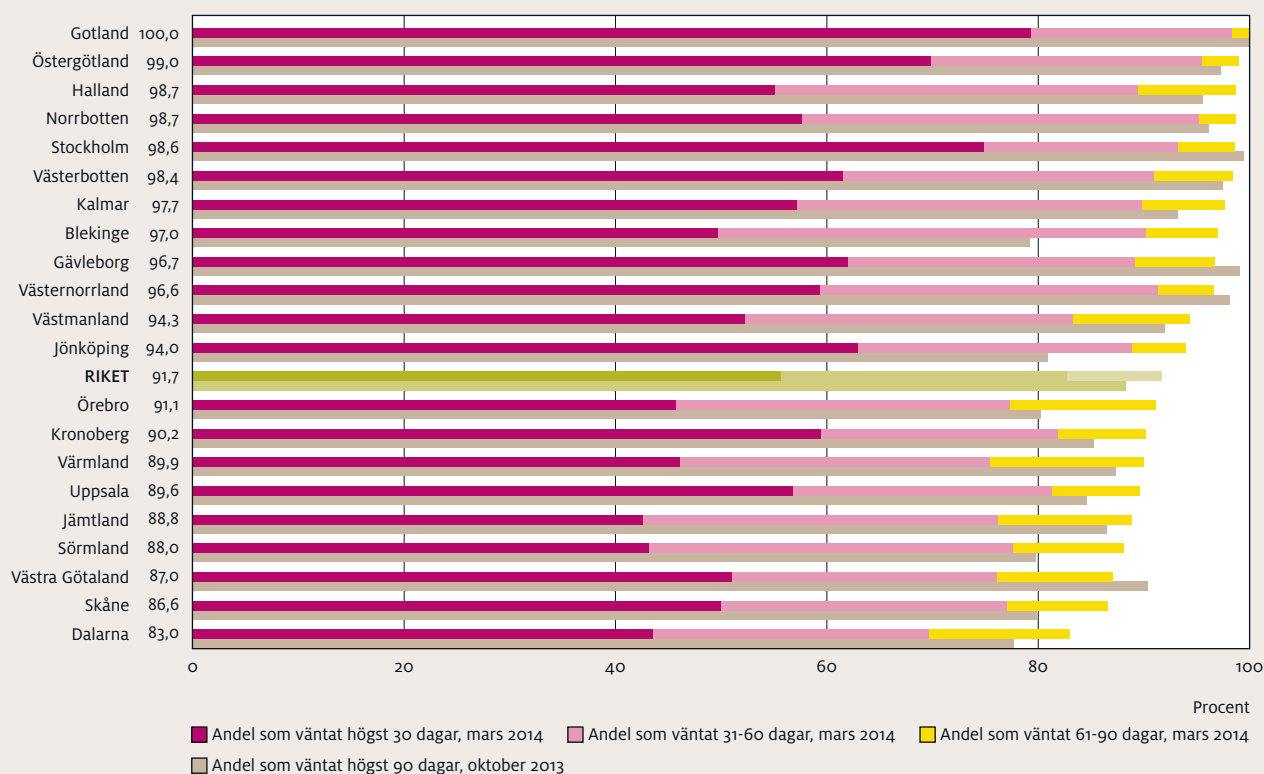
Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor för besök på en kirurgisk mottagning uppgick till 20 544 personer i mars 2014.

Diagrammet visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 92 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2014. Detta är en ökning med cirka fyra procentenheter sedan oktober 2013. Av de som väntat i högst 90 dagar har drygt hälften väntat i högst 30 dagar och 83 procent i högst 60 dagar.

Det är bara ett landsting som når upp till 100 procent och ytterligare 14 landsting kommer över 90 procent. Övriga sex landsting har en variation mellan 83 och 90 procent. I de landsting där andelen som väntat högst 90 dagar är över 90 procent, är andelen som väntat i högst 30 dagar drygt 50 procent, medan övriga landsting ligger mellan 45-50 procent. I samtliga landsting, utom ett, har mer än 70 procent av patienterna väntat i högst 60 dagar.

DIAGRAM 165 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök inom allmänkirurgi, sjukvård, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

166 OPERATION INOM 90 DAGAR – MAGSÄCK, TARM VID ÖVERVIKT

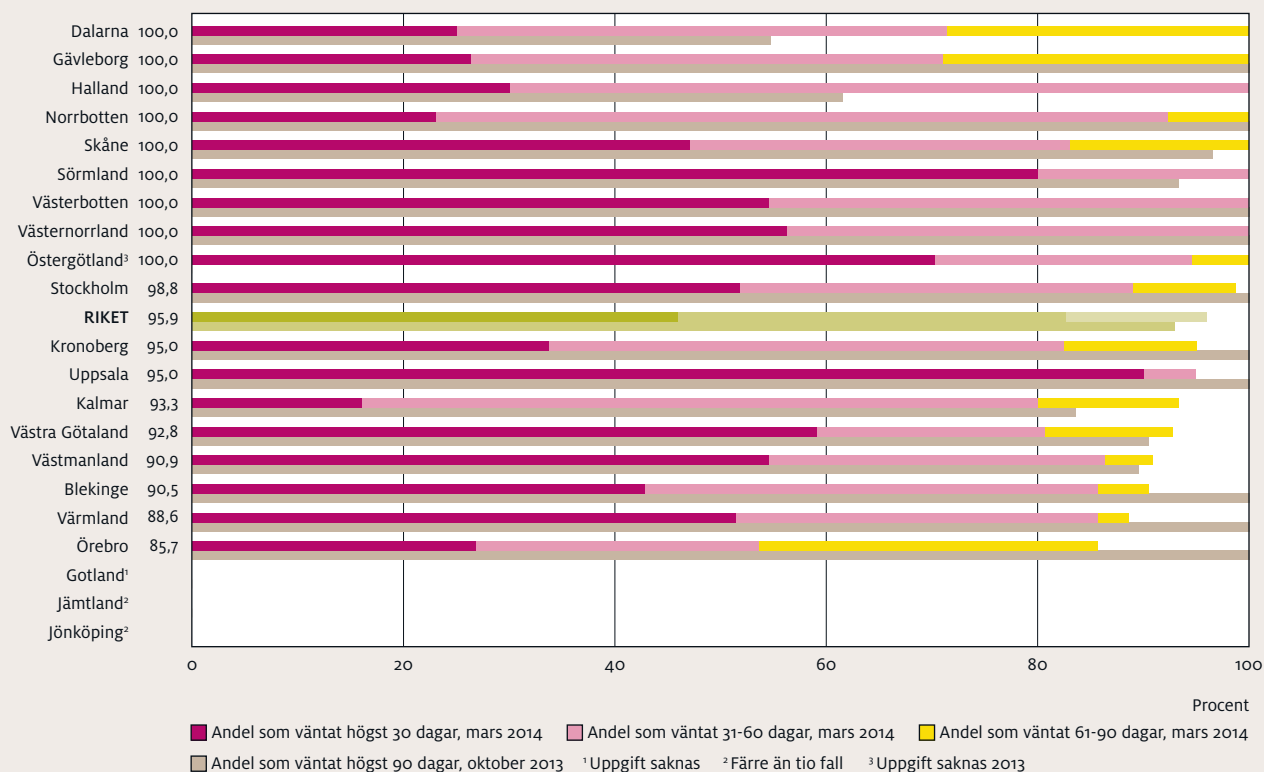
Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation/ behandling av magsäck/tarm vid övervikt.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Totalt i riket är det endast 1 085 personer som är uppsatta på vänte- eller planeringslista för operation/behandling av magsäck/tarm vid övervikt. I flera av landstingen är det totala antalet patienter som väntar mycket lågt.

I diagrammet kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling av magsäck/tarm vid övervikt var 96 procent i riket, vilket är en ökning med tre procentenheter sedan oktober 2013. Av de 1 085 personerna har knappt hälften väntat i högst 30 dagar. Andelen som väntat högst 90 dagar varierade mellan landstingen från 87 till 100 procent.

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

DIAGRAM 166 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation för övervikt, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

167 OPERATION INOM 90 DAGAR – LJUMSKBRÅCK

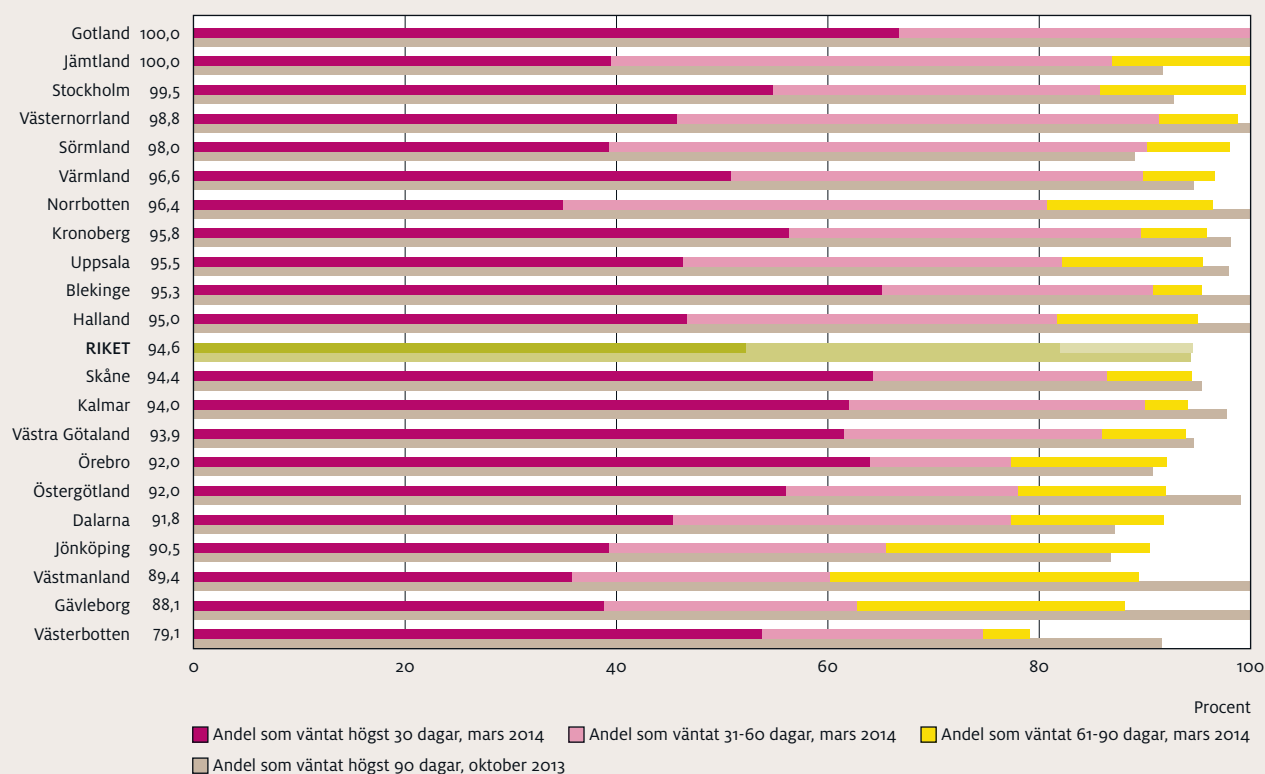
Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation av ljumskbråck.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Totalt i riket är det endast 2 057 personer som är uppsatta på väntel- eller planeringslista för operation av ljumskbråck. I flera av landstingen är det totala antalet patienter som väntar mycket lågt.

I diagrammet kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation av ljumskbråck var 95 procent i riket, vilket är ungefär samma nivå som oktober 2013. Av de 2 057 personerna har drygt hälften väntat i högst 30 dagar. Andelen som väntat högst 90 dagar varierade mellan landstingen från 79 till 100 procent.

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

DIAGRAM 167 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation för lumsbråck, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Intensivvård

Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik och behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner hos patienterna. Svårt sjuka patienter, oftast med flera livshotande tillstånd, vårdas i en personaltät och högteknologisk miljö. Intensivvården är därför en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård. Enligt KPP-databasen svarar intensivvård för cirka 8 procent av kostnaderna för den somatiska slutenvården vid sjukhus. Antalet vårdtillfällen på svenska intensivvårdsavdelningar (IVA) är drygt 50 000 årligen. Under 2013 fanns det 84 IVA, varav 66 var allmänna IVA på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets-/regionsjukhus, medan resterande IVA var avdelningar med specialinriktning.

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) är ett Nationellt Kvalitetsregister för intensivvård som startade år 2001. Intensivvårdens snabba utveckling och betydande resursförbrukning med hög morbiditet och mortalitet hos patienterna var skäl för att skapa ett register som speglar intensivvårdens alla diagnoser, i stället för att ha separata register kring enstaka diagnoser.

SIR samlar och sammanställer information för att stödja lokalt kvalitetsarbete och stimulera till jämförelser över tid inom samma intensivvårdsavdelning och mellan de deltagande avdelningarna. 77 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Under 2013 rapporterades 46 090 vårdtillfällen till SIR (40 258 IVA, 3 845 TIVA och 1 987 BIVA), vilket beräknas utgöra cirka 92 procent av alla intensivvårdstillfällen i landet. Täckningsgrad i meningen hur komplett registreringen är, varierar mellan olika variabler i registret. Andelen patienter som följts upp med avseende på överlevnad, ett av de mått som här redovisas, är nästan 98 procent. Två av medlemmarna kunde av IT-mässiga skäl inte skicka data under 2013. Data kan av detta skäl inte redovisas för vissa lands- och medlemsavdelningar.

SIR utvecklar och informerar om nationella riktlinjer för hur intensivvård i Sverige bör följas upp och registreras. Detta görs i tät samverkan med Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och Svenska Intensivvårdssällskapet. Fokus för registret är tio nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård. Ett revisionsarbete pågår av dessa kvalitetsindikatorer, vilket skall resultera i ny tillämpning

från och med 2016. Tre indikatorer avseende intensivvård redovisas här. Dessa beskriver riskjusterad dödlighet efter intensivvård, andel utskrivna från IVA nattetid och oplanerad återinläggning inom 72 timmar efter utskrivning från IVA.

168 RISKJUSTERAD DÖDLIGHET EFTER VÅRD PÅ IVA

Patienter som vårdas på IVA har en hög dödlighet. Ungefär 9–10 procent av alla patienter har avlidit inom 30 dagar från ankomst till IVA. Överlevnad 30 dagar efter ankomst till intensivvården har därför hög relevans som kvalitetsindikator. Dödligheten påverkas av patientsammansättningen vid de olika IVA-enheterna. I SIR:s årsrapport 2011 redovisas bland annat att dödligheten vid 1 månads uppföljning varierar från cirka 2 till 30 procent för olika enheter.

Med adekvat standardisering för patienternas ålder, sjukdomssvårighetsgrad och kroniska sjukdomar (= riskjustering) kan dödligheten jämföras över tid och mellan verksamheter på ett mer korrekt sätt.

SMR kan påverkas av vårdgivarna, eftersom indikatorn speglar omhändertagandet i hela vårdkedjan fram till och med 30 dagar efter inläggning på IVA. Både insatser på IVA och i den efterföljande vården kan påverka resultatet.

Indikatorn riskjusterad mortalitet är ett sammansatt mått som speglar de 30 första dagarna i vård- och omsorgskedjan från intensivvårdens start, över vården på sjukhus till eftervård på institution eller i hemmet. Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. I riskjusteringssystemen ingår bland annat ålder, förekomst av kronisk sjukdom, typ av akut sjukdom (intagningsorsak), ankomstväg till IVA samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad och om patienten nyligen opererats.

Utifrån dessa data beräknas risken för död, den förväntade dödligheten, inom 30 dagar. Denna förväntade dödlighet baseras i den mest använda modellen (SAPS3) på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002. Förväntad dödlighet jämförs sedan med den observerade dödligheten vid 30 dagar. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitetsratio, SMR.

SMR = 1 betyder att den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, SMR > 1 att den observerade dödligheten är högre än den förväntade och SMR < 1 betyder att den observerade dödligheten är lägre än den förväntade. SIR beräknar SMR på utfallen levande eller avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA.

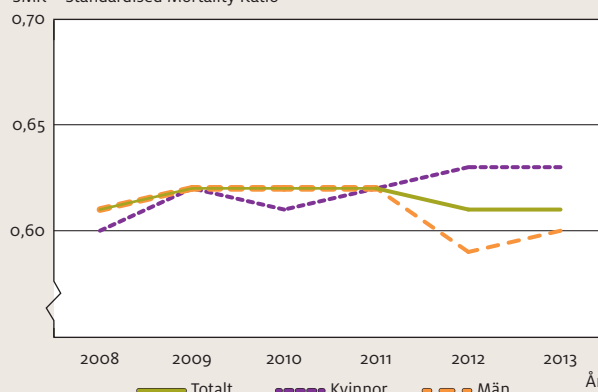
2013 var SMR för riket 0,61, vilket är en klart lägre faktisk dödlighet än den som kunde förväntas, baserat på resultaten i den internationella jämförelsedatabasen och ingen förändring ses över tid. Resultaten för landstingen varierar från 0,51 till 0,73 – samtliga landsting har lägre dödlighet än den förväntade. Detsamma gäller för alla IVA. Jämförelsen baseras på 38 910 IVA-vårdade patienter (med SAPS3-registrering) under 2013, varav 7 400 avled inom 30 dagar efter ankomst till IVA.

Målsättning för SMR, baserat på SAPS3, är ett värde mindre än 1. Denna nivå kommer att justeras med jämna mellanrum när SIR samlat tillräckligt med data för att definiera en till svensk intensivvård anpassad målnivå. Ett första sådant projekt är slutfört hösten 2013 och under vetenskaplig publicering. Denna version med rekalerad riskjustering kommer att börja användas för data från 2014 och framåt.

SMR kräver en nyanserad tolkning. Bästa möjliga vård och behandling för de sjukaste patienterna innebär oftast mesta möjliga behandling för fortsatt liv. Men bästa vård och behandling kan också innebära ändrad behandlingsstrategi till att avstå eller avbryta medicinsk behandling på

DIAGRAM 168 – RIKET: Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning.

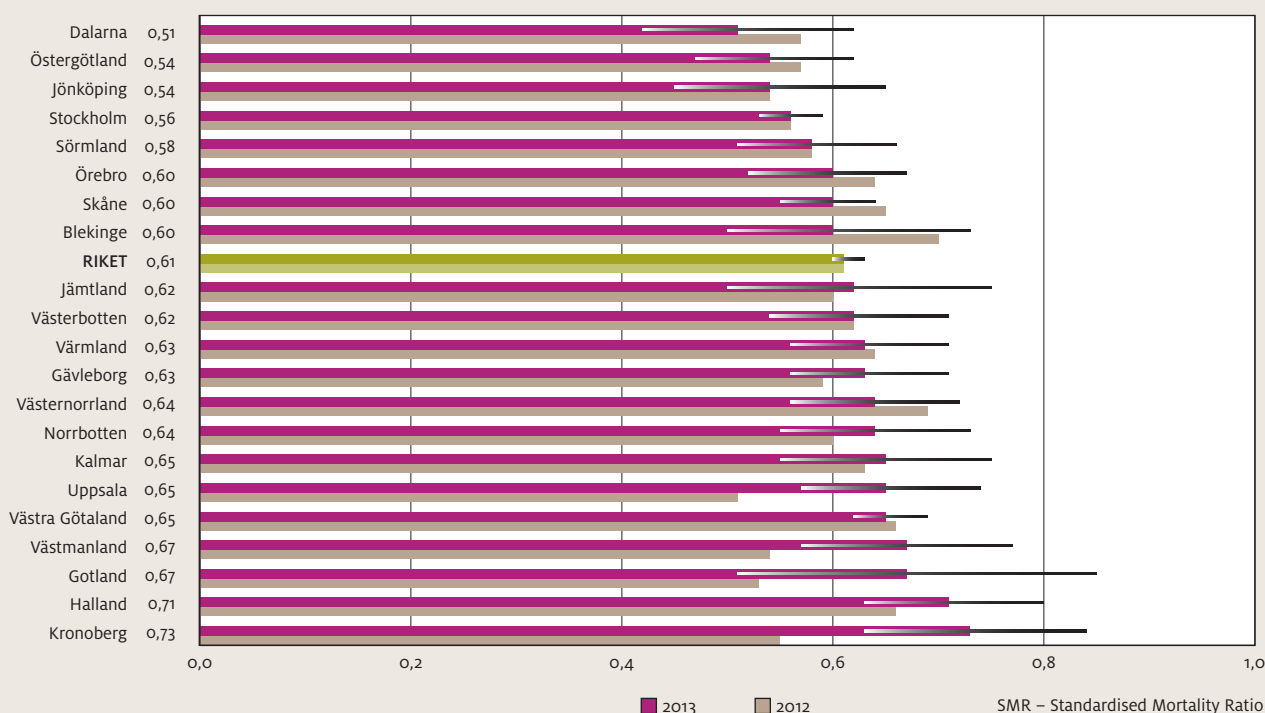
SMR – Standardised Mortality Ratio



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

IVA. SMR är en viktig kvalitetsindikator, som när den kompletteras med andra, till exempel förekomsten av beslut att avbryta/avstå från behandling, kan bidra till en korrekt beskrivning av intensivvårdens resultat. När hänsyn tagits till olika kvalitet på indata, till patientkaraktäristika som inte fångas av systemet för riskjustering och till slumpen, återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.

DIAGRAM 168 – TOTALT: Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2013.

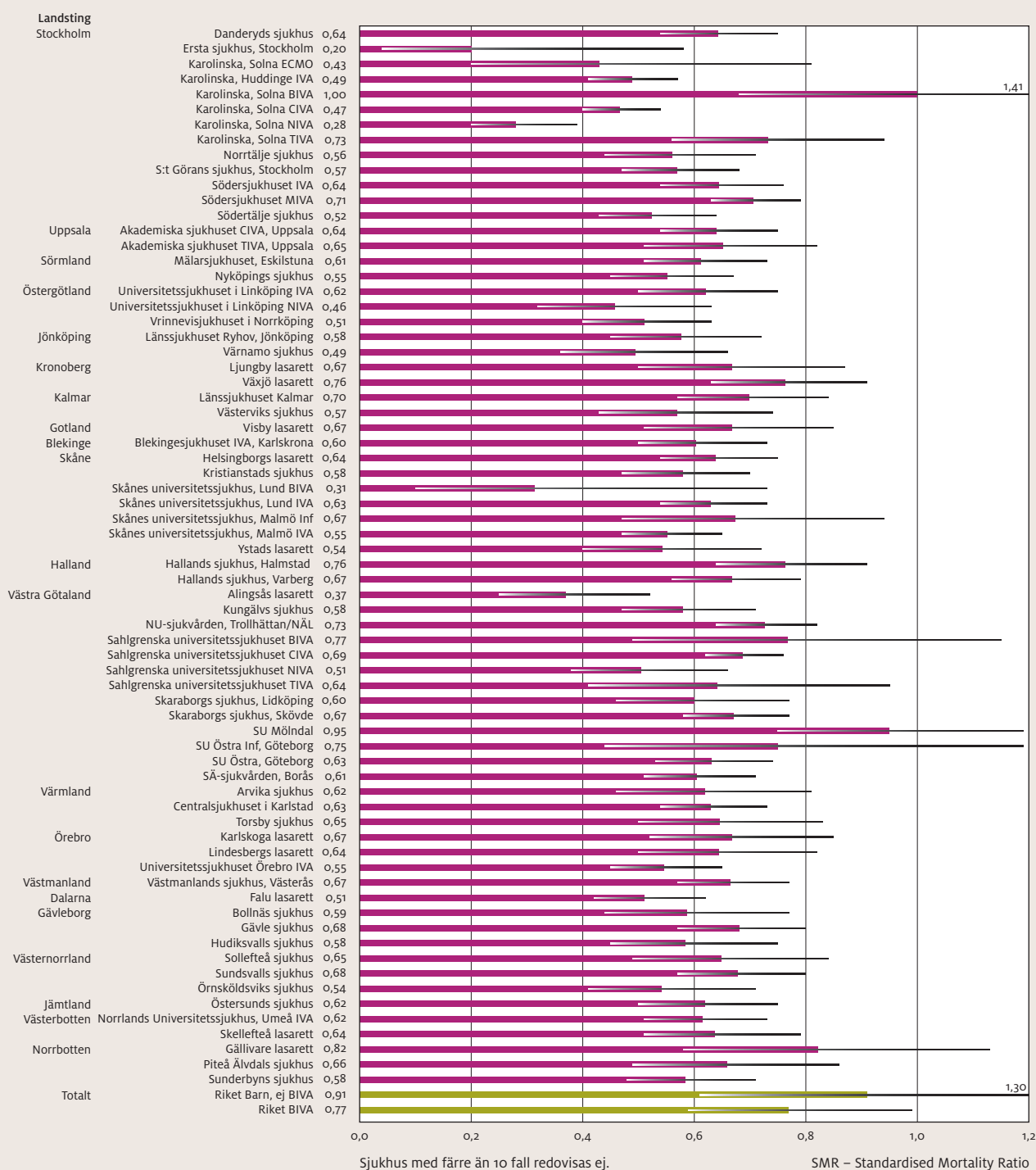


Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

SAPS3 är inte anpassat för riskjustering av barn som vårdas på IVA och används endast för patienter över 15 år. Därför har PIM2 introducerats för patienter under 16 år. Data redovisas för de tre specialiserade barnintensivvårdsavdelningarna, BIVA, på Astrid Lindgrens Barnsjukhus/Karolinska, Skånes Universitetssjukhus i Lund samt på

Drottning Silvias Barnsjukhus/Sahlgrenska. Antalet inläggningar av barn på övriga svenska IVA där riskjustering enligt PIM2 använts är så lågt att en separat redovisning per IVA inte blir meningsfull. Därför summeras dessa och visas som ett resultat i diagrammet. Från 2016 planeras en övergång till en vidareutvecklad riskjustering PIM3.

DIAGRAM 168 – SJUKHUS: Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2013.



Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

169 NATTLIG UTSKRIVNING FRÅN INTENSIVVÅRDSAVDELNING TILL VÅRDAVDELNING

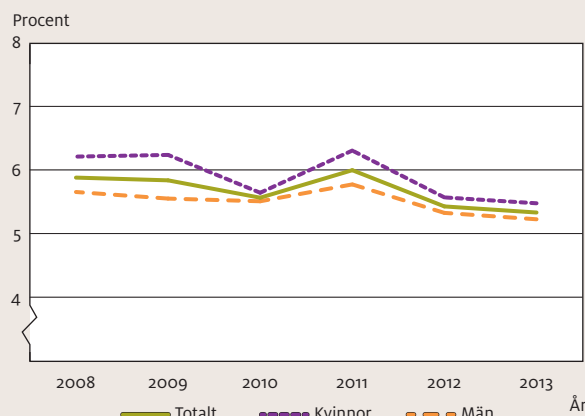
Utskrivning från intensivvården nattetid sker vanligen på grund av medicinska behov av specialistvård (till exempel neurokirurgi) eller på grund av platsbrist på IVA. Natlig utskrivning från IVA till vårdavdelning har under många år varit förknippat med ökad dödlighet, vilket dokumenterats i flera länder inklusive på data från Svenska Intensivvårdsregistret.

Eftersom bemanningen på vanliga vårdavdelningar ofta är begränsad nattetid, betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Denna indikator speglar förebyggande och samordnande åtgärder i vården och kan belysa tillgången på IVA-platser eller prioriteringar. Förekomsten av beslut att avbryta/avstå från behandling kan påverka andelen utskrivning nattetid från IVA, men för närvarande kan detta inte detaljstuderas. Utveckling av denna indikator planeras så att denna aspekt kan studeras.

Indikatorn visar andelen IVA-vårdtillfällen där natlig utskrivning från allmän intensivvård till vårdavdelning skedde. Natlig utskrivning definieras som utskrivning mellan klockan 22 på kvällen och 7 på morgonen.

I riket förekom natlig utskrivning i 5,3 procent av alla vårdtillfällen under 2013. Detta är en minskning med 0,1 procent jämfört med 2012, men andelen uppvisar i nuläget ingen stabilt nedåtgående trend. Variationen mellan

DIAGRAM 169 – RIKET: Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.



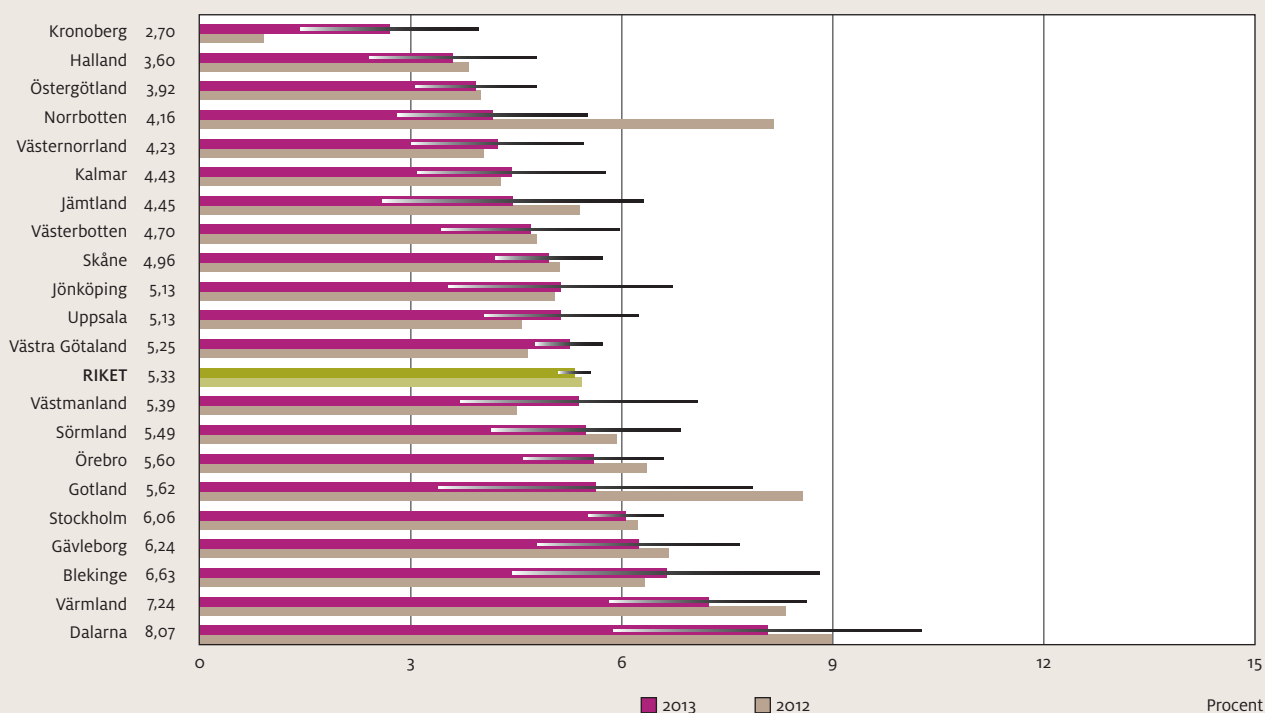
Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

landsting sträcker sig från 2,7 till 8,1 procent. Jämförelsen baseras på 37 106 vårdtillfällen och cirka 1 978 fall av natlig utskrivning.

Svenska Intensivvårdsregistret anger som målnivå att mindre än 6,8 procent av alla utskrivningar ska ske nattetid. Denna målnivå nåddes 2013 av alla utom två landsting.

Uppmärksamheten kring natlig utskrivning har de senaste åren varit stor, vilket gjort att många IVA vidtar särskilda åtgärder när man trots allt måste skriva ut patienter

DIAGRAM 169 – TOTAL: Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2013.

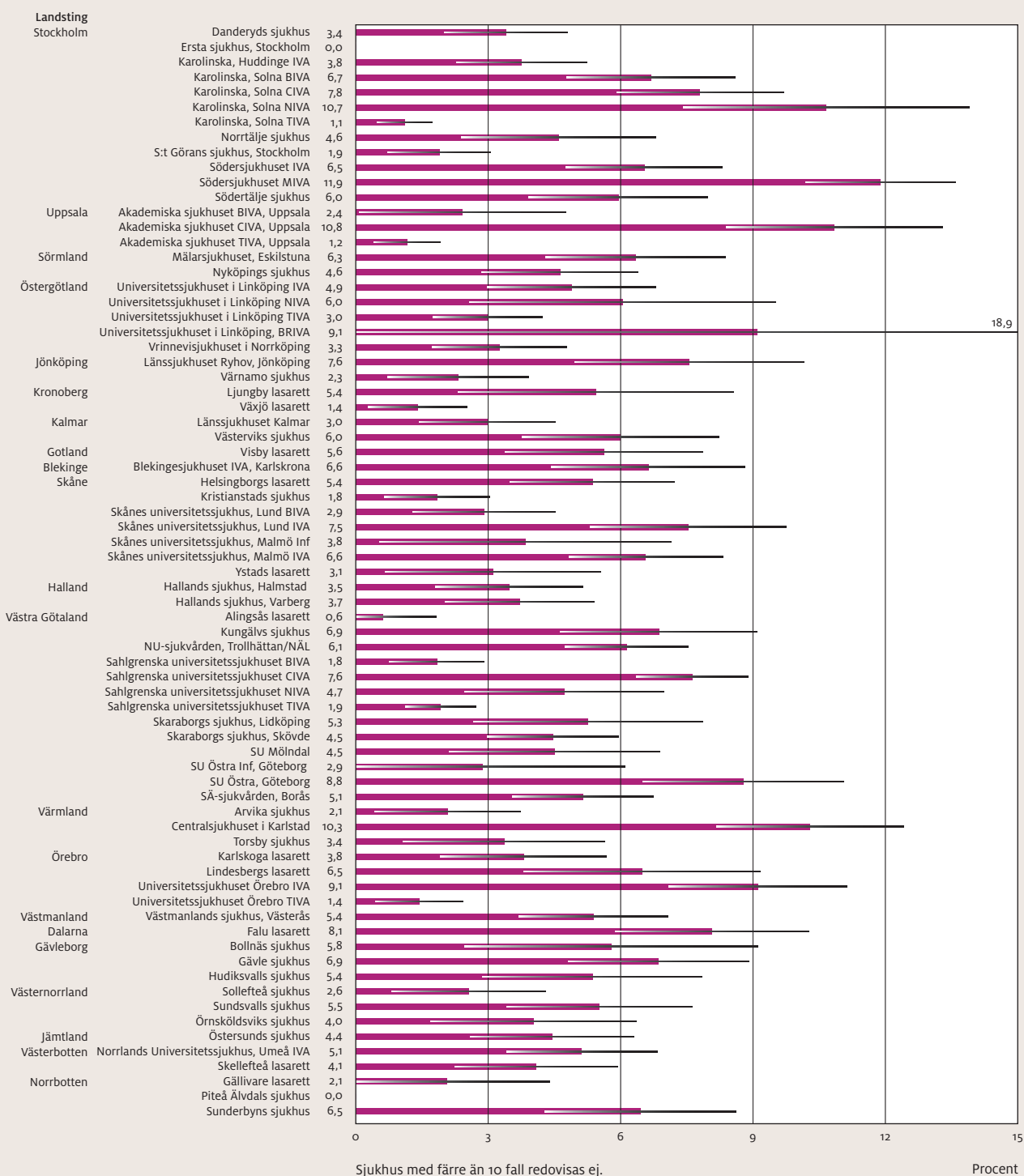


Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

på natten. SIR har under de senaste åren sett att tidigare noterad överdödlighet efter nattlig utskrivning minskat och för 2012 och 2013 föreligger inte längre en säkerställd

ökad dödlighet vid nattlig utskrivning. SIR kommer internt att fortsätta övervakningen kring nattlig utskrivning, och indikatorn kan komma att bytas ut framöver.

DIAGRAM 169 – SJUKHUS: Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2013.



Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret.

170 OPLANERAD ÅTERINSKRIVNING TILL INTENSIVVÅRDSAVDELNING

Patienter som oplanerat återkommer till samma intensivvårdsavdelning kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 2008–2010, där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet: 45 procent relativ riskökning, efter justering för sjukdomssvårighetsgrad med SAPS3. Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar som en kvalitetsindikator.

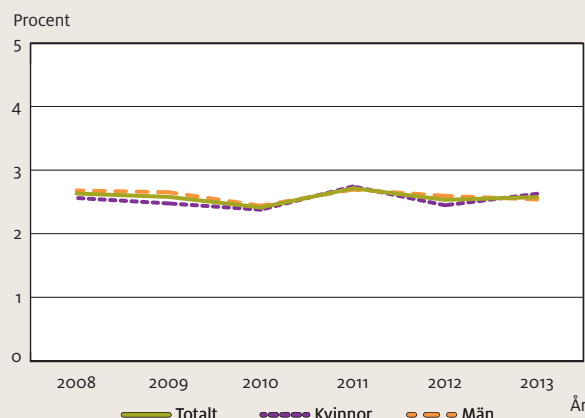
Indikatorn visar andelen vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar efter utskrivningen.

Utfallet för 2013 visar att andelen oplanerade återinskrivningar är 2,6 procent i riket, med en spridning mellan landsting från 1,8 till 4,0 procent. Andelen motsvarar 976 av 37 906 vårdtillfällen, och har i princip varit oförändrad (2, 4–2, 7 procent) de senaste åren. Det finns i riket som helhet inga nämnvärda skillnader i återinläggningsfrekvens mellan könen. Skillnaden mellan sjukhus är något större, utan att vara påtagliga - ingen IVA har en andel återinskrivna som är högre än 4,1 procent.

Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid IVA.

SIR:s målsättning är att andelen oplanerade återinläggningar på samma IVA inom 72 timmar ska vara lägre än 3,0

DIAGRAM 170 – RIKET: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.

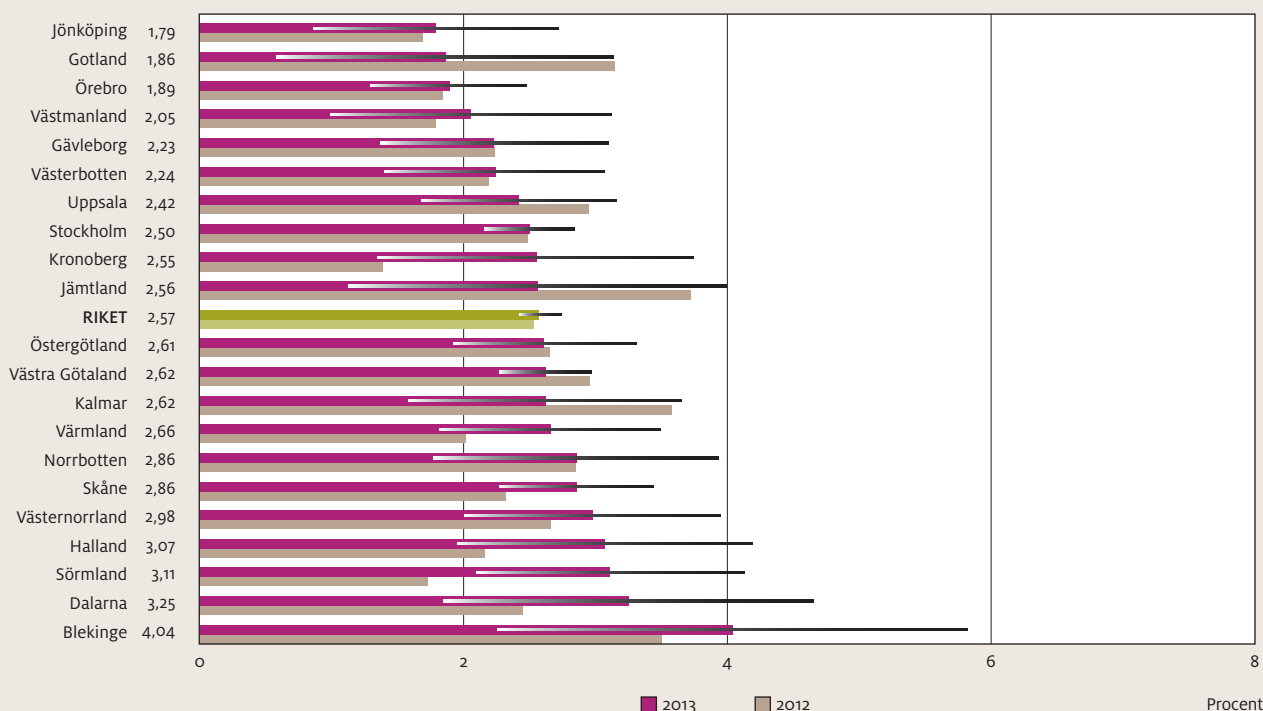


Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

procent. Detta mål klarades 2013 av alla landsting utom fyra.

Registreringen har hög kvalitet och har i sin definition exkluderat "normala" återinläggningar, som till exempel då patienter med skullskada för en kort tid skickas till neurointensivvårdsavdelning och sedan återkommer till hemsjukhusets intensivvårdsavdelning. I storstadsregionerna kan dock definitionens fokus på återinläggning på "samma intensivvårdsavdelning" göra att enstaka återin-

DIAGRAM 170 – TOTAL: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2013.

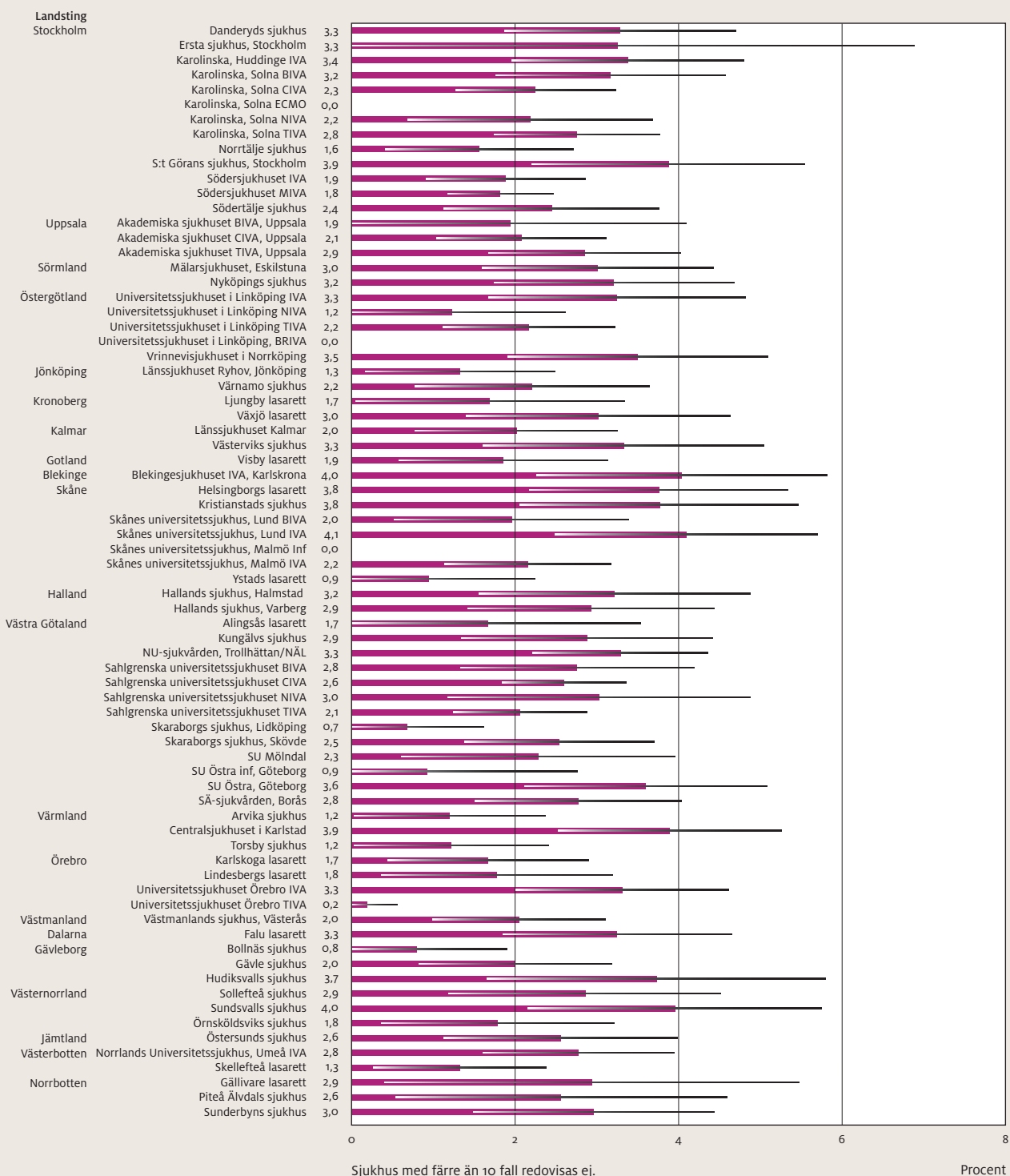


Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret.

läggningar som på grund av till exempel platsbrist sker på annan intensivvårdsavdelning missas. SIR skulle önska att kunna följa oplanerade återinläggningar oavsett intensivvårdsavdelning, men detta är i dagsläget inte möjligt då två av sju intensivvårdsavdelningar som valt att stå utanför

kvalitetsregistreringen är neurointensivvårdsavdelningar (Lund, Uppsala) och tre är thoraxintensivvårdsavdelningar (Lund, Umeå, Karlskrona) och dessa har stora patientvolymmer.

DIAGRAM 170 – SJUKHUS: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2013.



Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

Ögonsjukvård

Här visas fem indikatorer om ögonsjukvård. Utöver de tre som ingick förra året, har två indikatorer som speglar tillgänglighet till ögonmottagning och till kataraktoperation tillkommit. Dessa både är hämtade från *Väntetider i Vården* vid SKL. Av de tidigare visade indikatorerna speglar två kataraktoperation, som utförs vid grå starr. Årligen utförs över 100 000 ingrepp. Den ena indikatorn är en processindikator och den andra ett resultatmått. Den tredje indikatorn avser den svåra sjukdomen makuladegeneration och avser synförbättring efter läkemedelsbehandling.

171 SYNDEL VID KATARAKTOperation

Under 2013 utfördes drygt 105 000 kataraktoperationer i Sverige, vilket gör den till Sveriges klart vanligaste operation. Den stora mängden operationer som utförs förklaras av att grå starr tillhör det normala åldrandet. Betydligt flera kvinnor än män opereras. Väsentliga förbättringar av synförmågan samt minskande besvär nås för en stor del av patienterna.

Uppgift om patientens synskärpa på det bästa ögat vid tidpunkten för operationen är delvis ett mått på tillgänglighet till kataraktoperation i de olika landstingen. Om en stor andel av befolkningen under flera år opereras, kommer patienterna ha förhållandevis bättre syn vid tidpunkt för operation än tidigare års patienter. Fler operationer av så kallade andra-ögon bidrar också till bättre siffror.

Uppgifterna kommer från det Nationella Kataraktregistret. Registret har en mycket god täckningsgrad och innehåller för närvarande över 98 procent av alla operationer, enligt registrets bedömning.

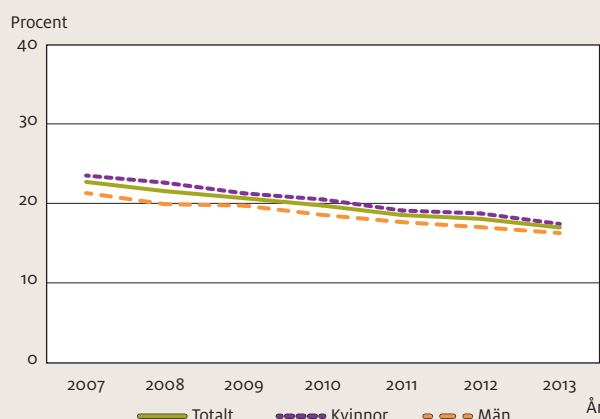
Indikatorn visar andelen patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat, av alla patienter som opererades för grå starr. En låg andel innebär att patienterna hade bättre syn och vice versa. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes.

I riket som helhet hade 17 procent av patienterna synskärpa lägre än 0,5 på bästa ögat, med en variation mellan landsting från knappt 12 till närmare 27 procent. I riket finns en stadigt sjunkande trend, med allt lägre andel patienter som opereras med synskärpa sämre än 0,5 på bästa ögat. 2007 var andelen 22 procent. Kvinnor (17,4 procent) ser något sämre än män (16,2 procent) när de opereras.

Skillnaderna mellan landstingen har varit stor under en följd av år, men har minskat något de senaste åren. Som en del i arbetet med vårdgarantin har gemensamma indikatorer utarbetats för när kataraktoperation bör utföras. Detta kan leda till att skillnaderna mellan landstingen minskar.

Den långsiktiga utvecklingen för riket som helhet har visat att patienterna ser allt bättre vid tidpunkten för operation. Registret har kunnat påvisa ett klart samband mellan operationsfrekvens och vilken grad av synnedsättning man har vid tiden för operation. Detta gör att landstingen kan påverka sitt utfall i denna indikator genom att förändra det antal operationer man finansierar för sin befolkning.

DIAGRAM 171 – RIKET: Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation.



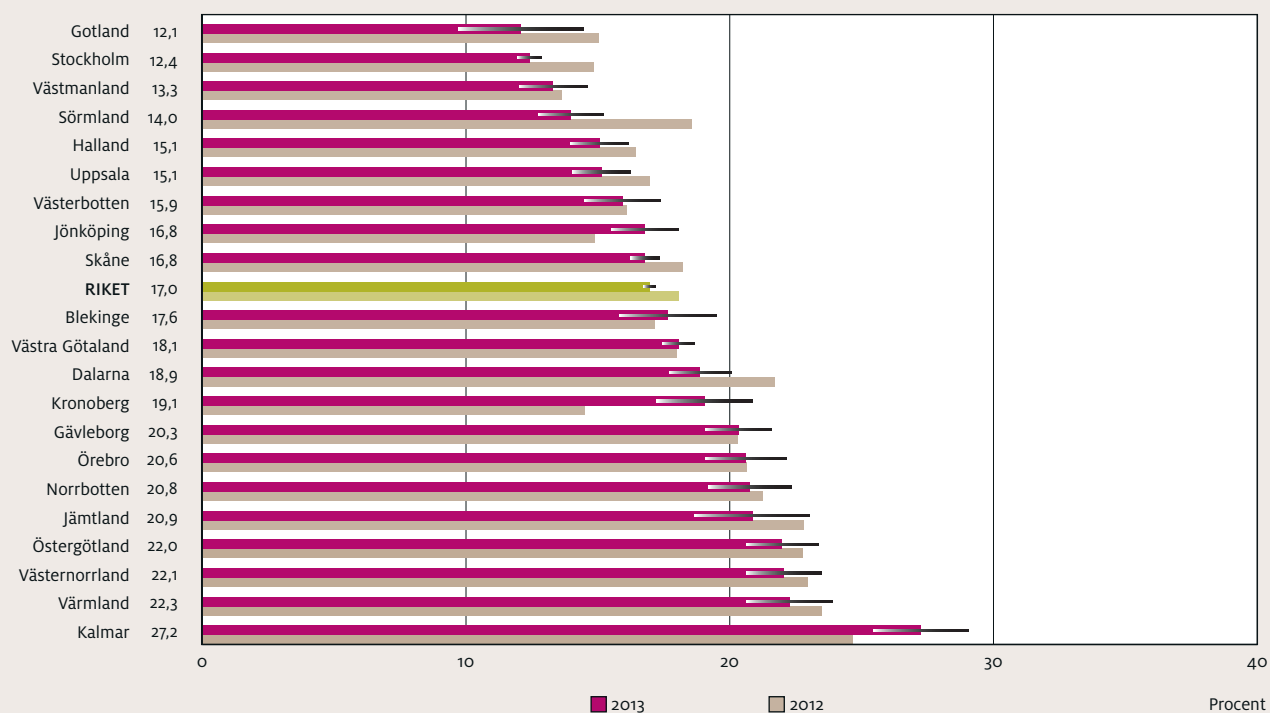
Källa: Nationella Kataraktregistret.

Generellt gäller att kvinnor har en sämre syn när de opereras än vad män har. Tolkning av könsskillnaderna försvåras av att kvinnor och män som opereras skiljer sig åt, till exempel med avseende på ålder, operation av andra ögat, körkort etc. Dessutom är operationsfrekvensen för kvinnor 1,5 gånger större än för män, vilket ju delvis förklaras av att kvinnors medellivslängd är längre än mäns.

Data på klinikinivå har en annan mening än landstingsdata. En klinik med låg andel har inte bättre resultat än en klinik med hög, och vice versa.

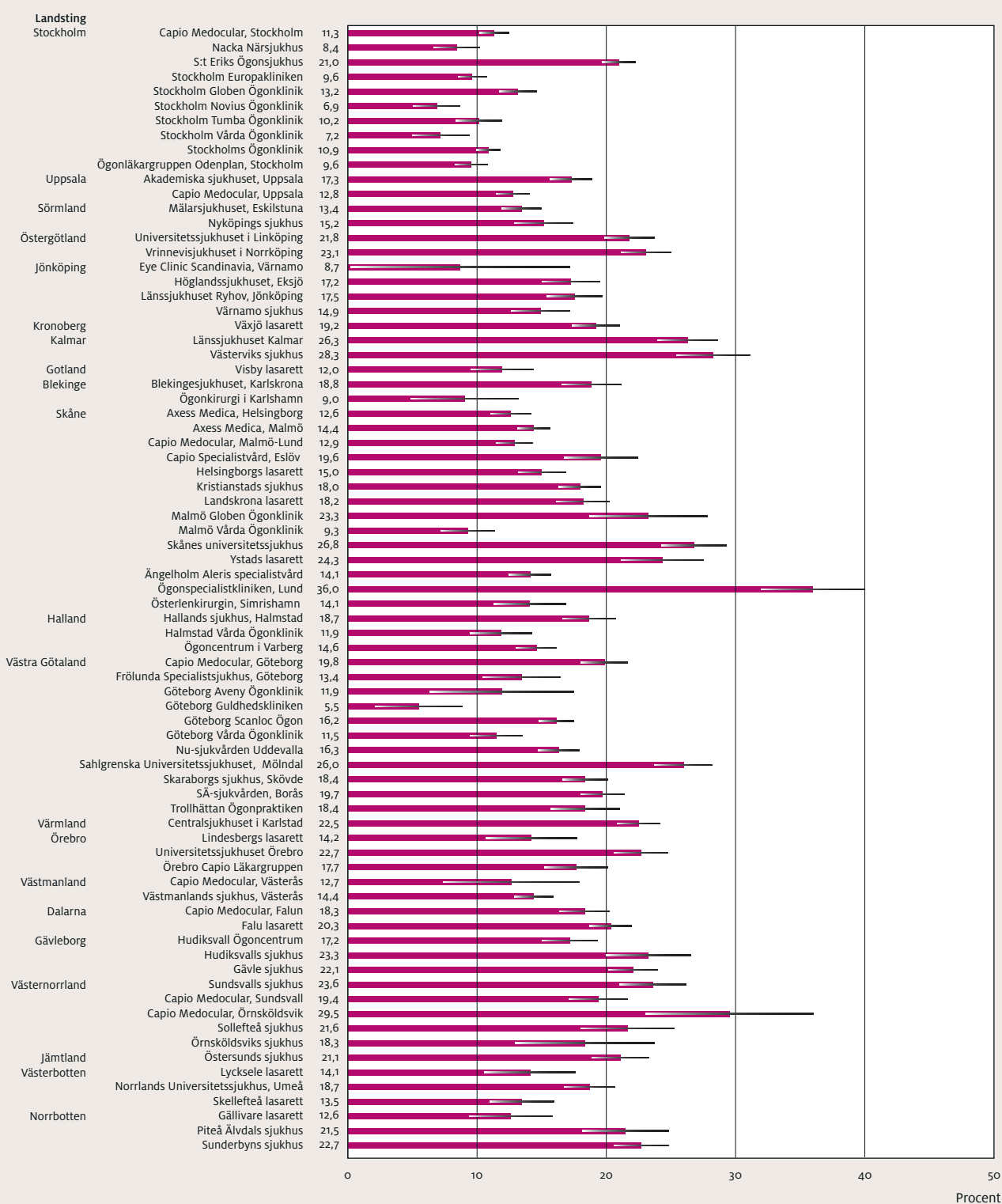
Synskärpan är numera bara en av flera indikationer för en kataraktoperation. Indikationen för kataraktkirurgi är under förändring. Operationer utförs nu på ögon med relativt god synskärpa men andra påtagliga besvär som bländning. Även stora brytningsfel på det icke opererade ögat kan ge besvär som dubbelseende, vilket gör att dessa ögon kan opereras även med god synskärpa. Ytterligare en anledning till operation av ögon med relativt god synskärpa är önskan om att sänka ett för högt ögontryck som på sikt kan ge skador på synnerven och synfältsdefekter.

DIAGRAM 171 – TOTALT: Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2013.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

DIAGRAM 171 – SJUKHUS: Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2013.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

172 SJÄLVSKATTAD NYTTA AV KATARAKTOperation

Kataraktoperation (gråstarrsoperation) är Sveriges vanligaste operation. Syftet med operationen är att återställa synen genom att avlägsna den grå starren. Det övergripande målet med denna kirurgi är att åstadkomma optimal synskärpa, optimal refraktion (ögats brytningskraft), ett minimum av komplikationer och en nöjd patient.

Indikatorn visar andelen patienter som tre månader efter operationen upplever mindre hinder att utföra dagliga aktiviteter än innan. Denna indikator speglar hur väl man lyckats med att förbättra patientens självskattade synfunktion i det dagliga livet. Indikatorn har använts i Nationella Kataraktregistret fullt ut sedan 2009 och 2010. Frågeformuläret, Catquest-9SF, är ett sjukdomsspecifikt frågeformulär. Det är självinstruerande och fylls i av patienten före och tre månader efter operation. Kliniker deltar frivilligt under en månad varje kalenderår.

I riket upplever drygt 90 procent av patienterna mindre besvär efter operationen än innan, med en variation mellan kliniker från 80 till 97 procent. Det är svårt att dra

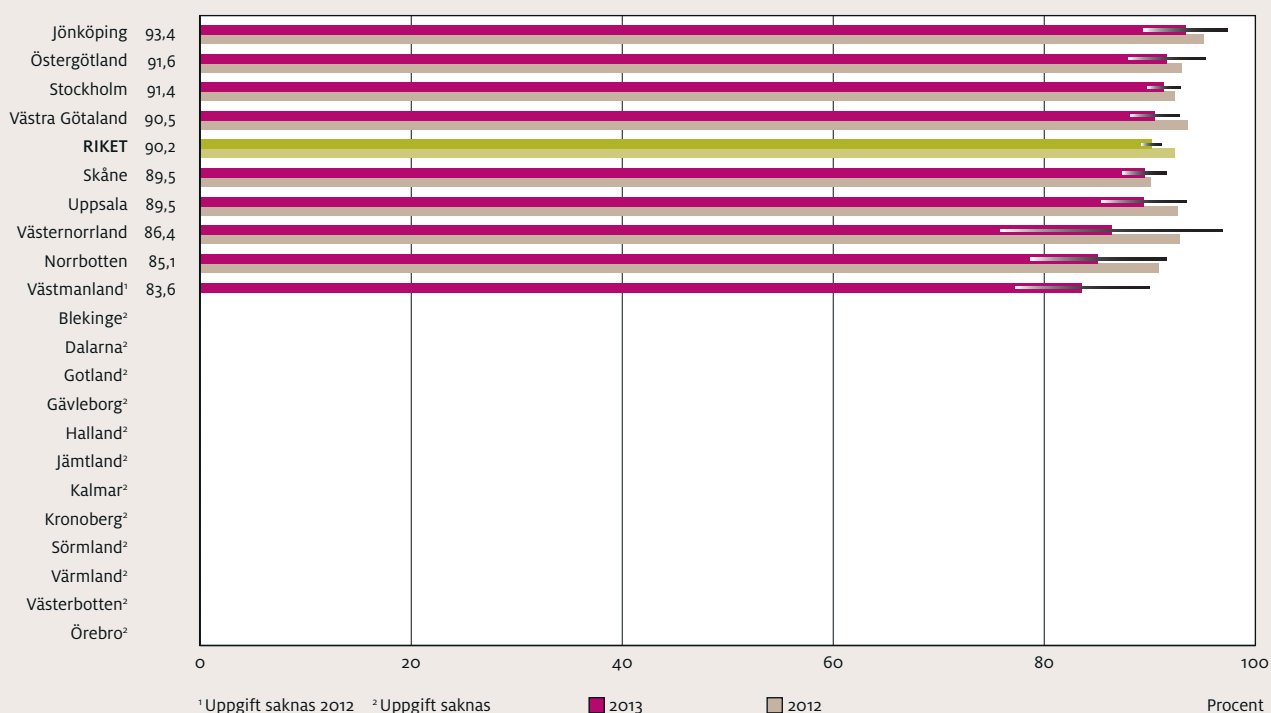
slutsatser på nationell nivå angående skillnaden mellan åren, eftersom olika kliniker deltagit olika år. Det finns i riket inga skillnader mellan könen. Jämförelsen baserar sig på 3 658 patienter som opererades under 2013. Vid registreringen 2013 deltog 38 kliniker. Data från två kliniker redovisas inte på grund av för litet antal besvarade enkäter.

Jämförelsen baseras på en mindre del av de utförda operationerna, men resultaten på nationell nivå kan troligen anses som ganska representativa.

Flera faktorer kan leda till en självskattad försämring efter operationen: Förekomst av annan ögonsjukdom i operationsögat, operationskomplikationer, avvikande refraktionsutfall och frånvaro av besvär före operation. Kortfattat kan man konstatera att svårt sjuka ögon och alltför friska ögon samt operationskomplikationer är riskfaktorer för mer självskattade besvär efter operation än före.

Enkäten efter operationen har en svarsfrekvens på cirka 80 procent. Studier har pekat på att de som inte besvarar enkäten är genomsnittligt lite sjukare och äldre än de som besvarar den.

DIAGRAM 172 – TOTALT: Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation, 2013.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

DIAGRAM 172 – SJUKHUS: Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation, 2013.



Källa: Nationella Kataraktregistret.

173 FÖRBÄTTRING EFTER BEHANDLING VID MAKULADEGENERATION

Makuladegeneration eller så kallad åldersförändring i gula fläcken, AMD, är den vanligaste orsaken till synnedsättning hos personer över 50 år. Med stigande ålder ökar antalet drabbade och över 30 procent av personer som fyllt 70 år har någon form av åldersförändring i gula fläcken. En klar majoritet av patienterna är kvinnor, beroende på sjukdomens ålderskaraktär. 15–20 procent får en svår form av sjukdomen, med blödningar och svullnad (våt makuladegeneration) eller svår atrofi (uttalad torr makuladegeneration).

Den allvarligare fuktiga formen av sjukdomen leder obehandlad i stor utsträckning snabbt till grav synnedsättning, med synskärpa mindre än 0,1 och därmed oförmåga att läsa eller att ta sig fram i okänd miljö. Patienten behöver hjälp för att klara basala saker såsom t ex matlagning och städning och kan behöva färdtjänst till följd av synnedsättningen.

Våt makuladegeneration kan behandlas med läkemedel som hämmar kärlnybildning i ögat och komplikationer till denna. Möjligheten till bibehållen synskärpa är över 90 procent med denna behandling och en betydande andel uppnår även förbättringar. Den ges som en injektion i ögats glaskropp.

Behandling påbörjas på mer än 3000 nya ögon årligen. Den är mycket kostsam både avseende läkemedelskostnad och andra sjukvårdsresurser. Behandlingen behöver upprepas och patienterna kräver täta regelbundna kontroller. Den är ofta flerårig, även om antalet injektioner som behövs årligen minskar. Hälsoekonomiskt finns stora vinster med behandlingen. En bevarad synskärpa värderas högt och ger möjlighet till självständigt boende och minskat hjälpbehov.

Uppgifter om vården av patienter med AMD registreras i Makularegistret som är ett nationellt kvalitetsregister, dit 38 av 41 kliniker rapporterar. Registret registrerar uppföljda ögon, eftersom vissa patienter har behov av behandling på båda ögonen. Täckningsgraden är 78 % i jämförelse med PAR.

Behandlingsfrekvensen varierar mellan landstingen. Det kan dels bero på att täckningsgraden för registreringen skiljer sig åt mellan klinikerna, dels på att vissa landsting har en högre andel äldre i befolkningen. Hur tillgänglig vården är och hur frikostig man är med att erbjuda behandling kan också spela roll.

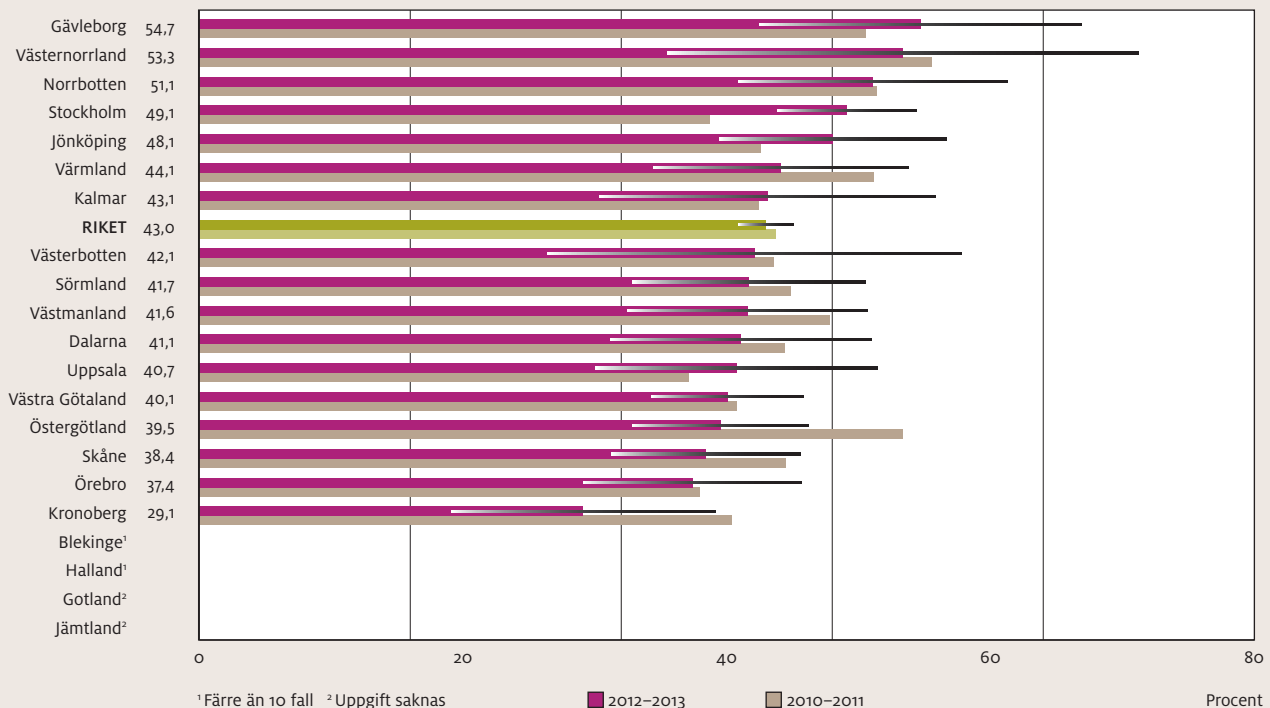
Indikatoren visar andelen ögon som uppnått en synförbättring på en rad eller mer på ETDRS syntavla, 12 månader efter påbörjad behandling. De flesta kliniker registrerar sina patienter vid såväl ursprungsbesök som vid uppföl-

jande återbesök och behandlingsbesök. Har patientkontakten avslutats innan uppföljning vid 12 månader kommer patienten inte med i resultatuppföljningen. Bara kliniker som använder ETDRS syntavla för att mäta synförbättring kommer med i sammanställningen.

I riket har förbättring med minst en rad på syntavla nåtts för 43 procent av alla behandlade ögon, med en variation mellan landstingen från 29 till knappt 55 procent. Den finns inga könsskillnader. Jämförelsen baseras på 2 145 uppföljda ögon under 2012–2013.

Den nya behandlingen har motsvarat förväntningarna med en större andel patienter som bevarar synskärpan och även får en förbättring, jämfört med tidigare behandlingar. Möjligen är fortfarande antalet uppföljda patienter per landsting för lågt för att siffrorna ska bedömas som säkra. Resultatet kan även påverkas av vilka patienter som erbjuds behandling, liksom indikationerna för förnyad behandling på kliniken. De patientkontakter som avslutas innan ett år har gått, till exempel för att synförmågan blivit så låg att fortsatt behandling inte bedömts meningsfull, finns inte heller med i redovisningen.

DIAGRAM 173 – TOTALT: Andel patienter (ögon) med minst en rads förbättring på syntavla 1 år efter behandling vid åldersförändringar i gula fläcken, 2012–2013. Mätperioden avser uppföljningsår.



Källa: Makularegistret.

174 BESÖK INOM 90 DAGAR – ÖGONSJUKVÅRD

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till ögonmottagning.

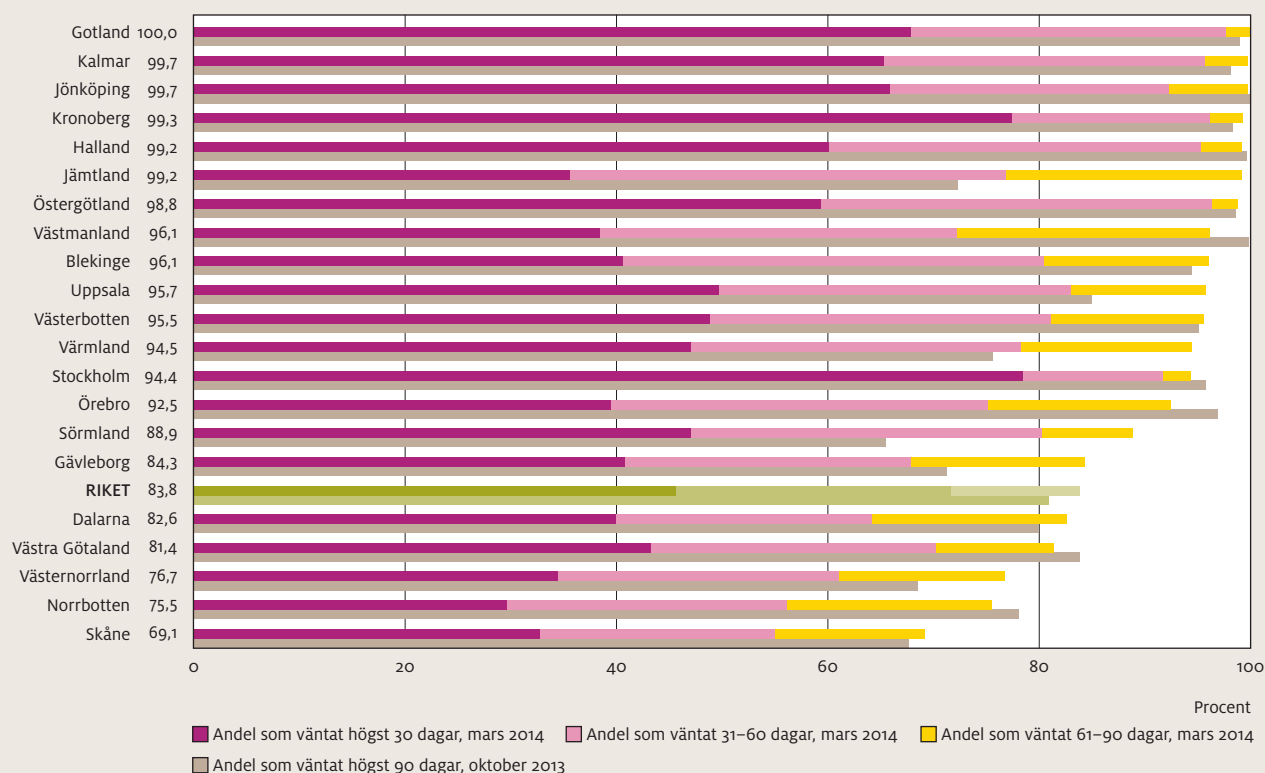
Indikatoren visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor för besök på en ögonmottagning uppgick till 36 851 personer i mars 2014.

Diagrammet visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 84 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2014. Detta är en ökning med cirka tre procentenheter sedan oktober 2013. Av de som väntat i högst 90 dagar har knappt hälften väntat i högst 30 dagar och 71 procent i högst 60 dagar.

Det är bara ett landsting som når upp till 100 procent och ytterligare 13 landsting kommer över 90 procent. Övriga åtta landsting har en variation mellan 69 och 89 procent. I sjutton landsting har minst 70 procent av patienterna väntat i högst 60 dagar.

DIAGRAM 174 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i ögonsjukvård, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

175 OPERATION INOM 90 DAGAR – GRÅSTARR

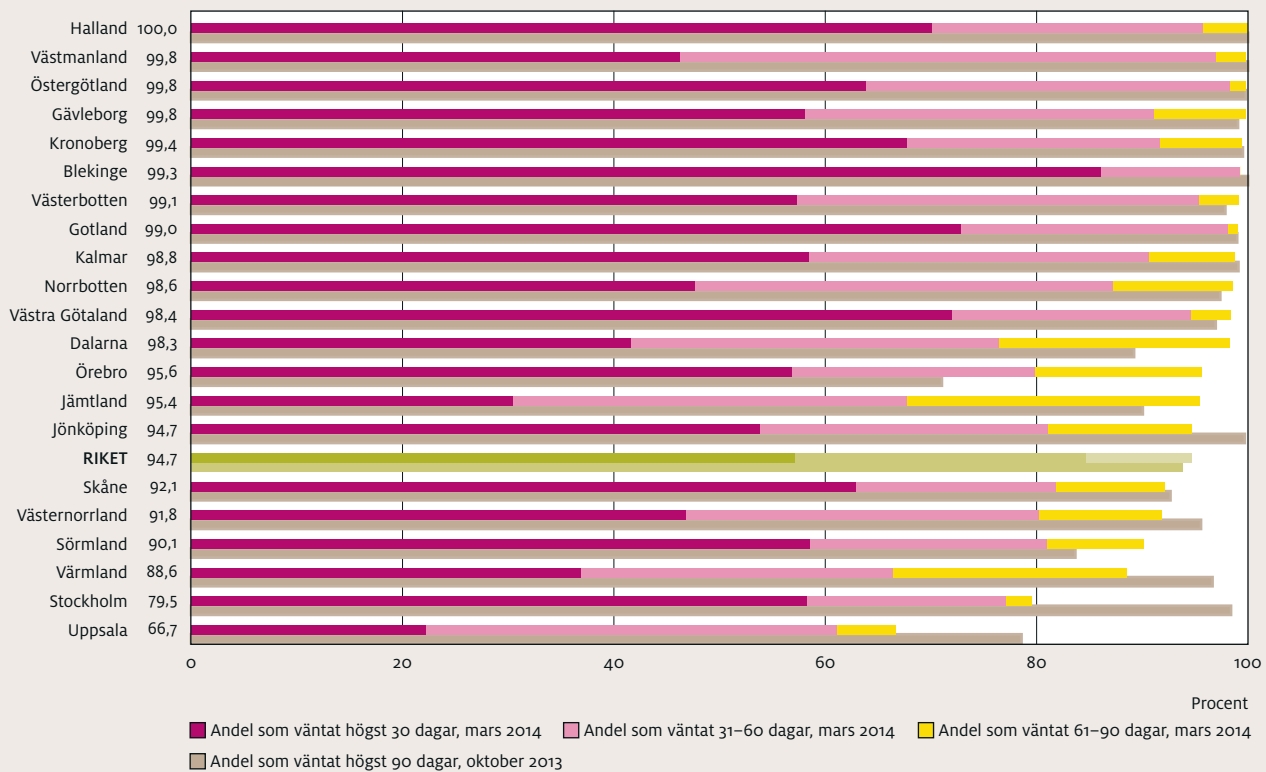
Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerad operation/ behandling av gråstarr.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Totalt i riket är det endast 11 299 personer som är uppsatta på väntelista eller planeringslista för operation av gråstarr.

I diagrammet kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation av gråstarr var 95 procent i riket, vilket är en ökning med enprocentenhet sedan oktober 2013. Av de 11 299 personerna har 57 procent väntat i högst 30 dagar. Andelen som väntat högst 90 dagar varierade mellan landstingen från 67 till 100 procent.

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

DIAGRAM 175 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation för gråstarr, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Vård i livet slutskede - palliativ vård

Palliativ vård avser de lindrande åtgärder som kan vidtas när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända till det är mycket kort tid kvar att leva. Det är därmed viktigt att konstatera att palliativ vård är mer än vård i livets sista veckor. En procent av befolkningen, eller drygt 90 000 personer, dör i Sverige varje år.

I Socialstyrelsens rapport *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* från 2013 anges nio indikatorer. Sex av indikatorerna redovisas i följande avsnitt.

Tre av indikatorerna är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas generellt sett att det i dagsläget saknas tillräckligt precisa nationella datakällor, men att indikatorerna i många fall ändå kan följas upp på lokal och regional nivå. I detta fall innebär det att datakällan Svenska Palliativregistret inte fångar indikatorn på det sätt som den beskrivs utifrån kunskapsstödet rekommendation. Detta förtydligas under respektive indikator.

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

176 SMÄRTSKATTNING UNDER SISTA LEVNADSVECKAN

Upplevelse av smärta är något personligt. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet och ökar också risken för medicinska komplikationer. Vårdpersonal har en tendens att underskatta, medan närstående har en tendens att överskatta den sjukes smärtupplevelse. Rädslan för smärta i livets slut finns hos majoriteten av befolkningen.

För att i tid fånga och därmed minimera den sjukes smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. Där så är möjligt bör ett strukturerat skattningssinstrument användas, men i livets slutskede är det vanligt att personen inte är i stånd att svara. Det är viktigt att alltid göra en klinisk bedömning för att minimera risken för obehandlad smärta.

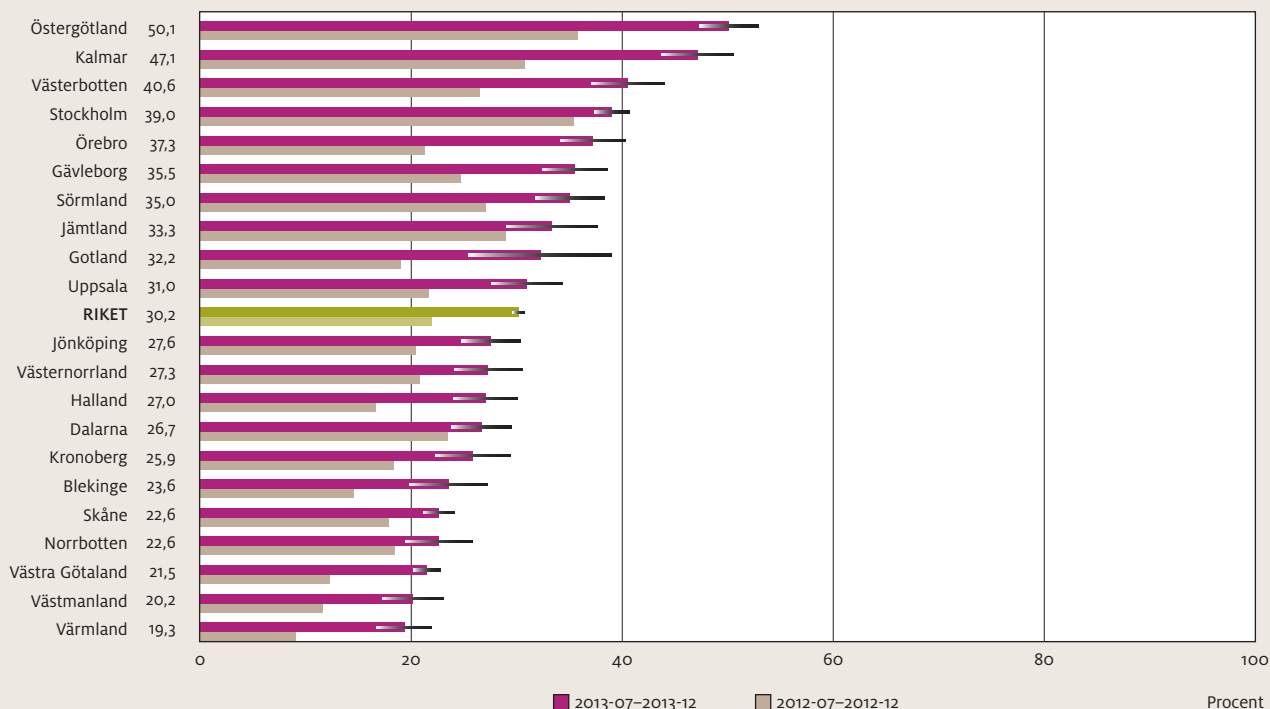
Socialstyrelsen prioriterar regelbunden smärtanalys och smärtskattning högt i det nationella kunskapsstödet för god palliativ vård i livets slutskede. En indikator om detta har lagts som en utvecklingsindikator i kunskapsstödet, eftersom frågans formulering i Svenska Palliativregistret inte fullt ut svarar på den rekommenderade indikatorn. Det huvudsakliga syftet med indikatorn är att mäta smärtfrihet för patienten.

Indikatorn visar andelen dödsfall där smärtskattning med smärtskattningssinstrumentet VAS/NRS eller annat validerat instrument använts sista levnadsveckan för döende patienter. Alla diagnoser ingår.

VAS/NRS har i det nationella riktlinjearbetet för cancervård bedömts som det mest tillförlitliga smärtskattningssinstrumentet för patienter som kan kommunicera med omgivningen. För demenspatienter som inte längre kan uttrycka sin smärta verbalt finns Abbey Pain Scale.

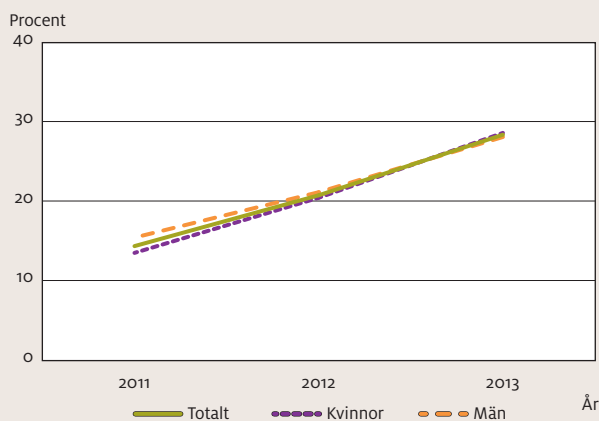
I riket utfördes smärtskattning med validerat smärtskattningssinstrument endast i 30,2 procent av de dödsfall som inträffade under andra halvåret 2013. Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga. Det har skett en klar ökning jämfört med 2011.

DIAGRAM 176 – TOTALT: Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan, juli–december 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

DIAGRAM 176 – RIKET: Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan.



Källa: Svenska Palliativregistret.

177 VIDBEHOVSORDINATION AV OPIOIDER MOT SMÄRTA I LIVETS SLUTSKEDE

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom och tillstånd har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas. Då ska vissa medicinska och omvårdnadsmässiga åtgärder vidtas, bland annat ska det finnas lämpliga ordinationer i händelse av smärtge-nombrott. Ordinationen ska vara individuellt anpassad,

då generella ordinationer inte anses vara tillräckligt bra i det här skedet. Det medicinska ansvaret flyttar ibland från specialisten till läkare i primärvård som ansvarar för hemsjukvård eller särskilda boendeformer. Då är det extra viktigt att det inte blir några glapp i, för patienten, viktiga ordinationer.

Det är väl känt att majoriteten av människor som dör i cancer behöver minst en injektion av opioid, smärtstillande morfinpreparat, den sista tiden i livet.

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

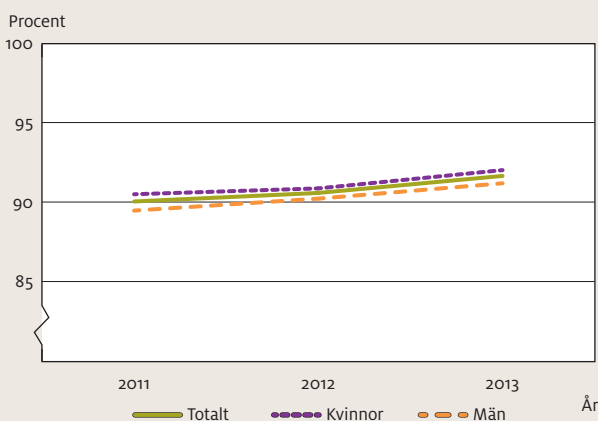
Indikatorn visar andelen patienter för vilka det andra halvåret 2013 fanns ordination av opioider vid behov, oavsett patientens diagnos. I riket hade 92 procent av patienterna sådan ordination. Skillnaderna mellan landsting är måttliga. Alla landsting/län når över 80 procent. Palliativregistret har som mål att 100 procent av patienterna ska ha ordination för smärtstillande behandling.

DIAGRAM 177 – TOTALT: Andel patienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled, juli–december 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

DIAGRAM 177 – RIKET: Andel patienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled.



Källa: Svenska Palliativregistret.

178 BRYTPUNKTSSAMTAL I LIVETS SLUTSKEDE

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

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

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

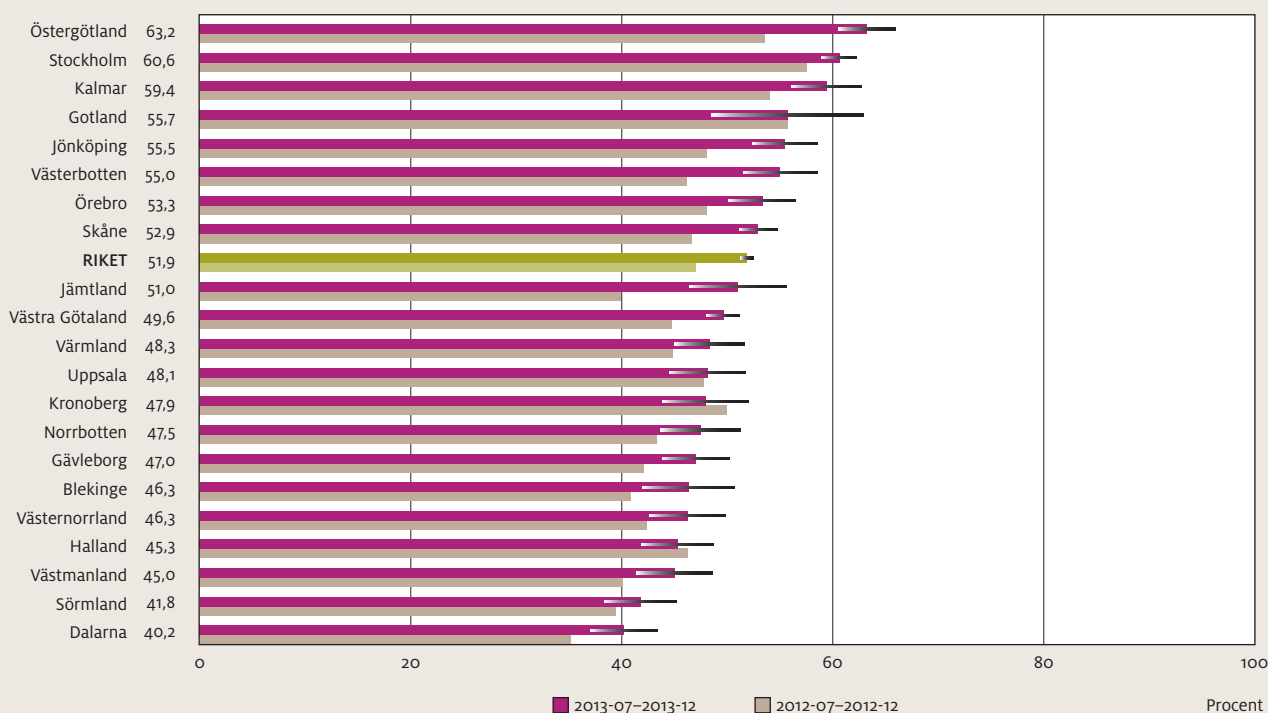
Indikatorn för denna rekommendation har lagts som en utvecklingsindikator i kunskapsstödet, eftersom Palliativregistrets registrering av denna aspekt inte ansågs motsvara den rekommenderade indikatorn.

Frågans formulering i Svenska Palliativregistret syftar till att spegla en aktiv läkarmedverkan samt dokumentationen av denna typ av samtal i den medicinska journalen.

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

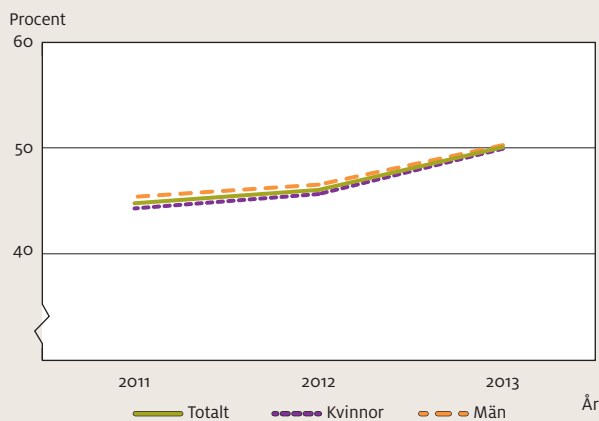
I riket hade 51,9 procent av patienterna erhållit ett sådant samtal, vid dödsfall som inträffade under andra halvåret 2013.

DIAGRAM 178 – TOTALT: Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes, juli-december 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

DIAGRAM 178 – RIKET: Andel patienter i livets slutskede där brytpunktssamtal genomfördes.



Källa: Svenska Palliativregistret.

179 MUNHÄLSOBEDÖMNING UNDER SISTA LEVNADSVECKAN

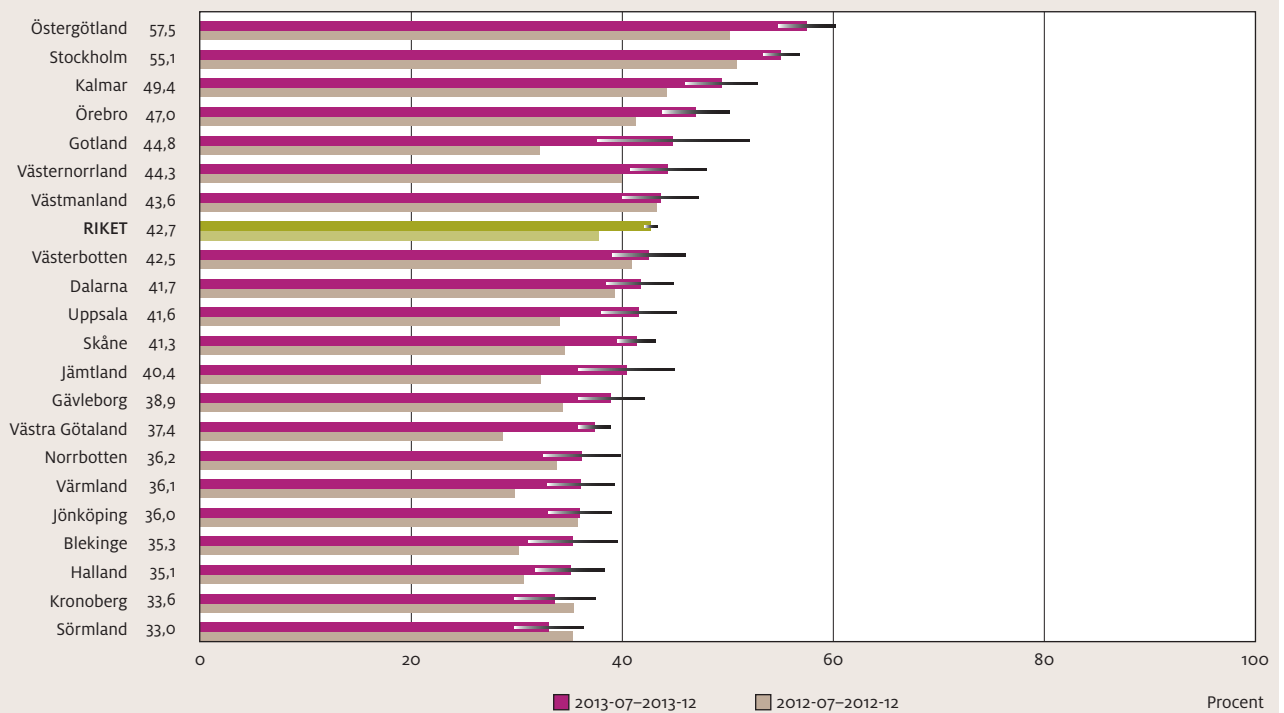
Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka flera funktioner, till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten.

I det nationella kunskapsstödet ingår tre rekommendationer för munhälsa. Dessa berör läkemedel mot oral svampinfektion, med systemisk respektive lokal effekt, vid kliniska tecken på svampinfektion, samt regelbunden användning av bedömningsinstrument för munhälsa.

Det finns för närvarande ingen möjlighet att följa upp dessa specifika rekommendationer. Att ha kontroll på munstatus i livets slutskede är dock betydelsefullt och detta följs i stället upp med en övergripande indikator som mäter huruvida en dokumenterad bedömning har genomförts under sista veckan i livet. I Svenska Palliativregistret mäts detta i tre led. Först besvaras frågan om munhälsobedömning har gjorts, därefter om det upptäcktes några avvikelser och till sist om den gjorda bedömningen dokumenterats.

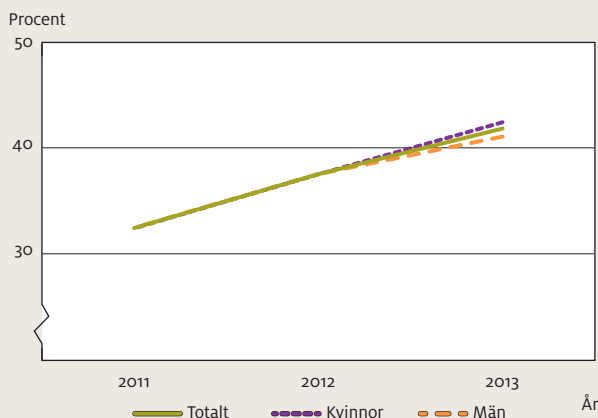
Indikatorn visar andelen patienter som hade en dokumenterad munhälsobedömning gjord under sista levnadsveckan, vid dödsfall under andra halvåret 2013. I riket var värdet 42,7 procent, med en spridning mellan landsting från 33 till över 57 procent.

DIAGRAM 179 – TOTALT: Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan, juli–december 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

DIAGRAM 179 – RIKET: Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan.



Källa: Svenska Palliativregistret.

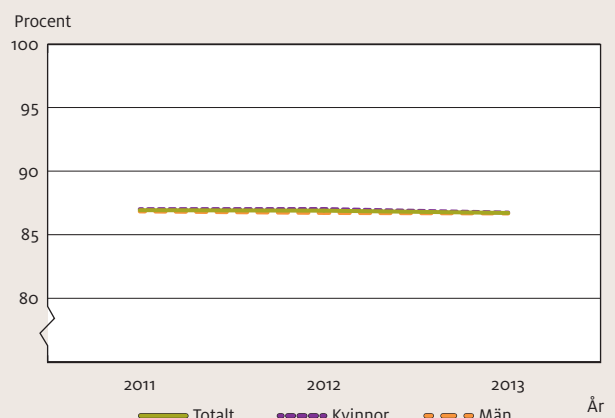
180 FÖREKOMST AV TRYCKSÅR AV GRAD 2-4

Att mäta förekomst av trycksår är en viktig del i ett arbete för säker omvårdnad. Trycksår kan försämra livskvaliteten kraftigt den sista tiden i livet. I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd rekommenderas att trycksår hos sängbundna patienter skall förebyggas med tryckutjämnande madrass. Ett bra arbete med trycksårsprofilax kan minska frekvensen av trycksår och att mäta förekomsten är en

förutsättning för att kunna sätta in åtgärder vid behov. Trycksår registreras i Svenska Palliativregistret enligt en fyrgradig skala, där grad 2, 3 och 4 är de nivåer som ingår i indikatorn, enligt modifierad Norton-skala.

Indikatorn visar andelen patienter utan förekomst av trycksår av grad 2-4, vid dödsfall andra halvåret 2013. I riket var värdet 86,7 procent, med en förhållandevis måttlig spridning mellan landstingen. En felkälla kan vara olikartad tolkning och gradering av trycksår.

DIAGRAM 180 – RIKET: Andel patienter som inte hade trycksår när de avled. Avser trycksår av grad 2-4.



Källa: Svenska Palliativregistret.

DIAGRAM 180 – TOTALT: Andel patienter som inte hade trycksår när de avled, juli–december 2013. Avser trycksår av grad 2–4.



Källa: Svenska Palliativregistret.

181 VIDBEHOVSORDINATION AV ÅNGESTDÄMPANDE LÄKEMEDEL

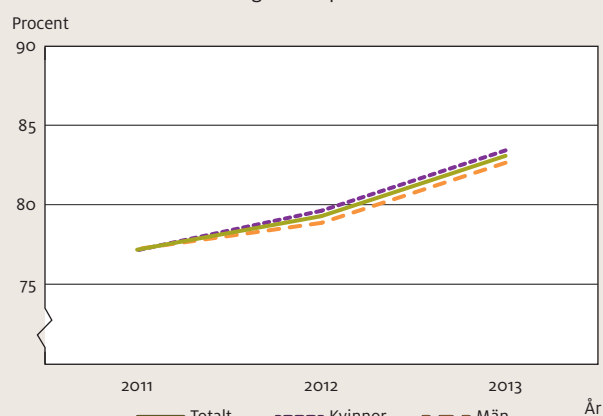
Symtomlindring är en av hörnstenarna i palliativ vård. Att känna oro för det okända, som att dö, är fullt naturligt. Men om oron övergår i ångest som framkallar starkare psykiska och fysiska symtom, skall behandling erbjudas, precis som vid alla andra symtom som kan uppstå. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt.

Förekomst av ångest är vanlig oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Ångestattacker kan komma hastigt och orsaka ett stort lidande för den döende patienten. Därför skall relevanta läkemedel kunna ges vid behov, oavsett när det uppstår.

I Svenska Palliativregistret registreras i vilken utsträckning patienten haft en vidbehovsordination innan dödsfallet. Detta kan ses som en förutsättning för att patienten ska kunna bli symtomlindrad när eller om behovet dyker upp.

Indikatoren visar andelen patienter som hade en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel vid dödsfallet. I riket var värdet 84,3 procent, vilken innebär att de senaste årens ökande trend fortsatte under andra halvåret 2013.

DIAGRAM 181 – RIKET: Andel patienter i livets slutskede med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel.



Källa: Svenska Palliativregistret.

DIAGRAM 181 – TOTALT: Andel patienter i livets slutskede med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel, juli–december 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

Annan vård

Under denna rubrik visas totalt fem indikatorer för tre olika sjukdomstillstånd, multipel skleros (MS), cerebral pares (CP) och HIV. De båda indikatorerna för MS har visats tidigare i Öppna jämförelser, medan de båda indikatorerna avseende CP är nya. För HIV visas dels den gängse indikatorn om viruskontroll, dels som tilläggsinformation ett mått som mäter hur nöjda patienterna är med sin HIV-mottagning.

182 BROMSMEDICIN VID SKOVVIS FÖRLÖPANDE MS

Multipel skleros (MS) är en kronisk inflammatorisk sjukdom där immunsystemet angriper det centrala nervsystemet, vilket efter många års sjukdom oftast leder till tilltagande funktionshinder. Redan tidigt påverkas arbetsförmåga av återkommande symtom och en trötthet som minskar livskvaliteten. En hälsoekonomisk studie från 2003 anger samhällskostnaden för MS till fem miljarder kronor, i form av bortfallen arbetsförmåga och vård- och behandlingskostnader. MS drabbar ungefär 1 av 500 svenskar, dubbelt så ofta kvinnor som män och debuten sker vanligen mellan 20 och 40 års ålder.

Sedan 1990-talet finns registrerade läkemedel med bromsande effekt på sjukdomsaktiviteten vid MS. Gemensamt för dessa behandlingar är att deras effekt i första hand är dokumenterad som en minskning av antalet "skov", de perioder med försämring som kännetecknar de första 10–15 åren hos de flesta med MS, innan sjukdomens progressiva fas vanligtvis tar över. Studier har visat att det redan vid tidiga skeden av MS ofta uppstår skador av irreversibel natur även om symtomen fortfarande är lindriga. Därför ska så kallad immunmodulerande läkemedelsbehandling, med "bromsmedicin", påbörjas tidigt. Behandlingen ska sedan upphöra när sjukdomen övergått till den progressiva fasen.

Svenska MS-registret, SMSreg, har uppgifter om över 15 000 MS-patienter och deras behandling. Täckningsgraden har ökat men varierar påtagligt mellan landsting. En jämförelse med Patientregistret visade att det under 2011 registrerades vårdkontakter för 11 936 patienter i endera registret. Antalet patienter i indikatorerna baseras på skattningar av MS-förekomst, inte på registrerade patienter.

Indikatorn visar andelen patienter med tidig, skovvist förlöpande MS som behandlas med någon av de aktuella bromsmedicinerna, av det beräknade antalet patienter med MS och som haft sjukdomen kortare tid än 15 år. I jämförelsen ingår 4 151 patienter, varav 2 950 kvinnor, som hade behandling 31 december 2013, vilket relateras till det beräknade antalet patienter i respektive landsting. Denna beräkning baseras på data i SMSreg och Patientregistret, och metoden har förändrats jämfört med tidigare år.

I riket har 64,5 procent av de förmodade patienterna behandling. Skillnaden mellan landsting är stor och varierar från 36 till 93 procent. Andelen behandlade kvinnor är något högre än män. Sedan 2003 har andelen behandlade mer än fördubblats.

Enligt Svenska MS-Sällskapet (SMSS), en fristående förening av vårdpersonal och forskare, bedöms att cirka 75 procent av patienterna med skovvist förlöpande MS uppfyller kriterier för behandling. Utgår man från denna bedömning är andelen behandlade alltför låg i alla landsting utom ett.

Underrapportering av läkemedelsbehandlade patienter till kvalitetsregistret är en felkälla. En osäkerhet är vidare beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen. Beräkningen grundas på faktiska data om sjukdomsförekomst från ett vetenskapligt projekt, och på fördelningen mellan olika sjukdomsstadier i landstinget med högst täckningsgrad, men den kan ändå vara osäker.

DIAGRAM 182 – TOTALT: Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmediciner, 31 december 2013.

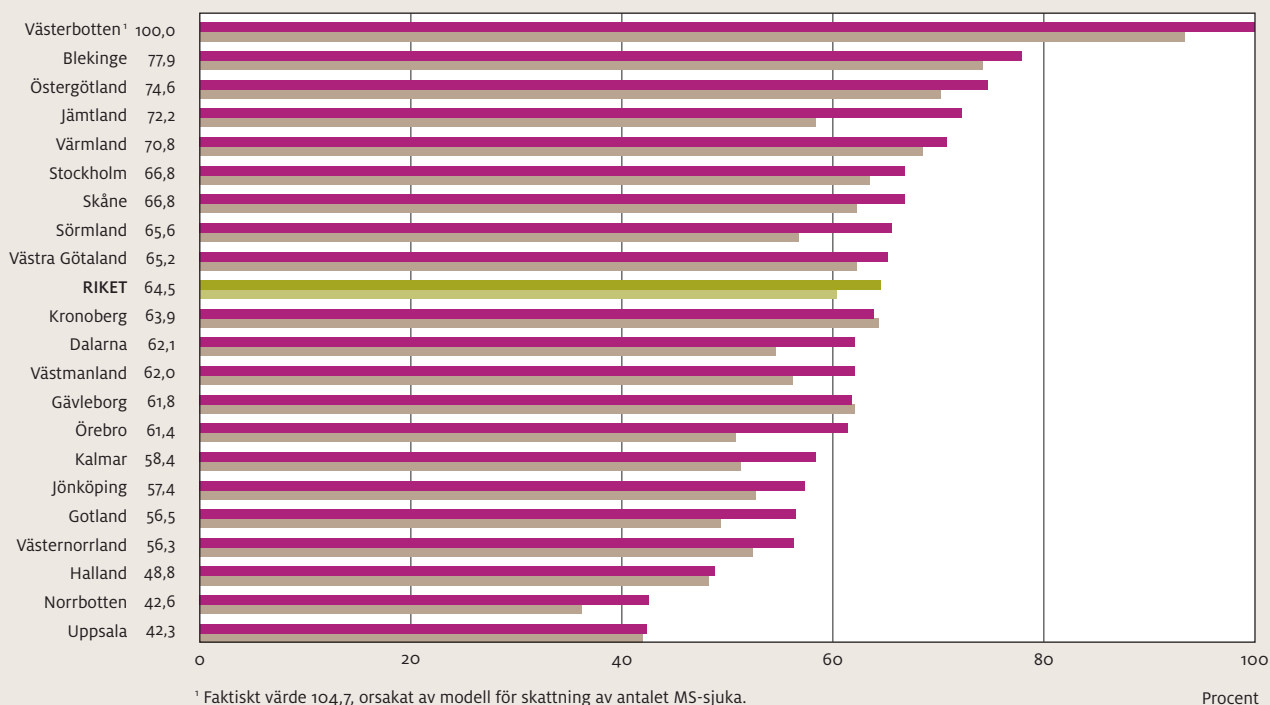
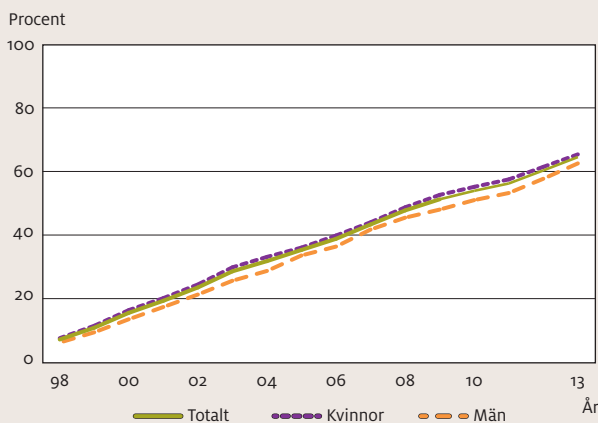


DIAGRAM 182 – RIKET: Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmediciner.



183 BROMSMEDICIN VID SEKUNDÄRPROGRESSIV MS

Svenska MS-Sällskapet (SMSS) är en fristående förening av vårdpersonal och forskare, som utfärdar rekommendationer för användning av förloppsmodifierande behandling vid MS. Enligt SMSS bör enbart en låg andel patienter med sekundärprogressiv MS komma ifråga för denna läkeme-

delsbehandling. Att behandling alls kan accepteras vid progressiv MS förklaras av det övergångsskede från skovfasen till den progressiva fasen där både skov och gradvis försämring förekommer parallellt. Några års fortsatt behandling kan därför motiveras.

För 10 år sedan visade data från SMSreg att behandlingsfrekvensen var i det närmaste oberoende av funktionshindret, således att många patienter i tidigt skede inte behandlades och att många patienter med avancerad sjukdom fick behandling trots bristande dokumentation av effekter på kliniska variabler. Under de gångna åren har en förändring skett till ökad behandling tidigt och minskad behandling sent i förloppet.

Indikatorn visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS och EDSS lika med eller över 6,5 som behandlas med bromsmedicin vid mättidpunkten. EDSS är ett instrument för att mäta graden av funktionsnedsättning. Uppgift om antalet behandlade patienter kommer från SMSreg. Beräkningen av antalet patienter med sekundärprogressiv MS i varje landsting är en skattning, baserad på uppgifter i det landsting med bäst täckningsgrad, med SMSreg och patientregistret som källor.

Vid mättidpunkten 31 december 2013 var andelen patienter i riket med denna läkemedelsbehandling knappt 7 procent. Det är stora variationer mellan landstingen, från 1 till 14 procent. Men antalet behandlade är litet i många lands-

ting, vilket gör att tolkning bör ske med försiktighet. I riket var det 236 patienter som hade läkemedelsbehandling trots betydande funktionshinder och progressiv sjukdom.

I princip är ett lågt värde önskvärt, eftersom bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS inte har dokumenterat gynnsamma effekter för dessa patienter. Behandling kan dock motiveras i de fall där patienten befinner sig i ett övergångsskede mellan de båda sjukdomsfaserna.

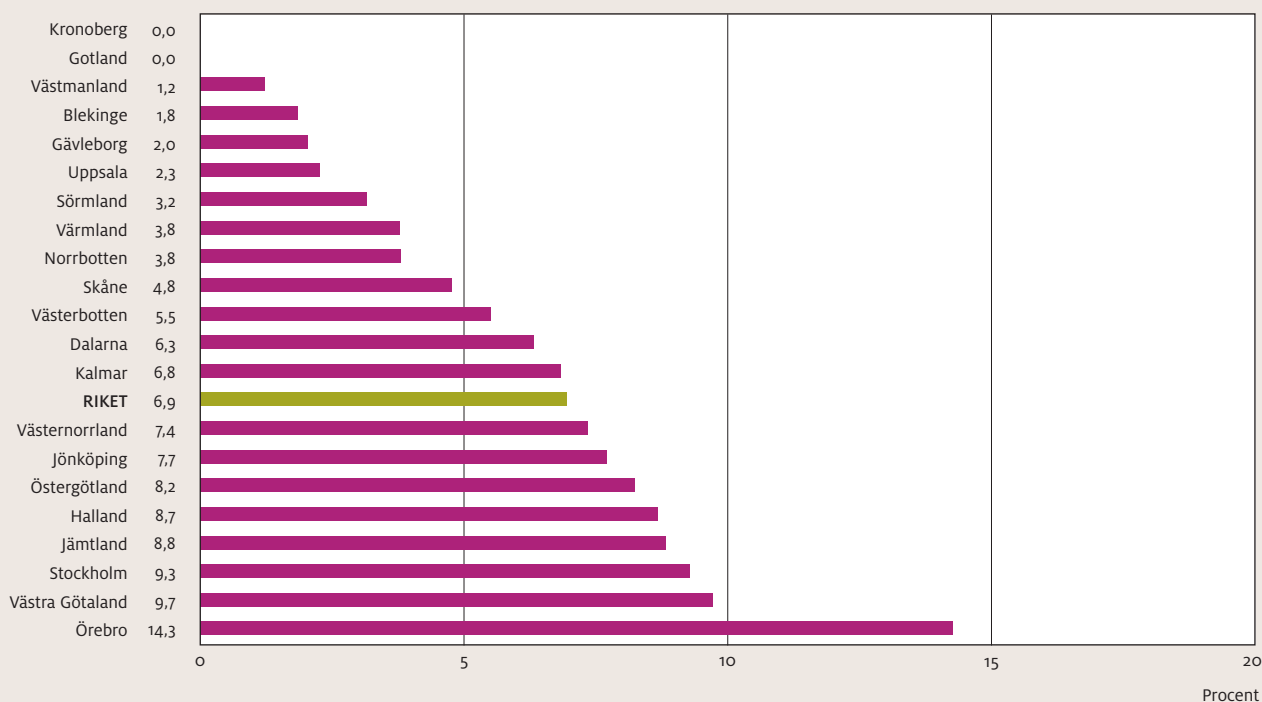
En förklaring till att behandling stundtals fortsätts onödigt långt in i den progressiva fasen kan vara ett tillmötesgående av önskemål om fortsatt behandling från patienter som gradvis försämras. En bidragande faktor kan vara det faktum att det är omöjligt att veta exakt när en behandling

inte längre gör någon nytta eftersom skov kommer glest och oregelbundet. En med tiden alltmer kännbar brist på öppenvårdsresurser för kroniska sjukdomar på många neurologkliniker begränsar också möjligheten att ta beslut om att avsluta en behandling i rätt tid.

Även om sådan behandling sällan är skadlig skulle sjukvårdsresurser här kunna användas bättre än vad som sker idag. Behandlingskostnaden för de patienter som identifierats är i storleksordningen 30 miljoner kronor.

En osäkerhet är, liksom i den tidigare indikatorn, beräkningen av antalet patienter med sekundärprogressiv MS per landsting. Även underrapportering av antalet behandlade patienter påverkar utfallet.

DIAGRAM 183 – TOTALT: Andel av uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmediciner, 31 december 2013.



Källa: Svenska MS-registret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

184 ANDELEN BARN MED CP SOM BEDÖMTS AV FYSIOTERAPEUT

Cerebral pares (CP) orsakas av en hjärnskada som inträffat i fosterlivet, vid förlossningen eller nyföddhetsperioden. I Sverige drabbas 1 av 400 levande födda, vilket gör CP till den vanligaste orsaken till nedsatt motorisk funktion hos barn. Diagnosen är ett samlingsnamn för ett brett spektrum av rörelsehinder av olika svårighetsgrad. Den motoriska funktionsnedsättningen vid CP är ofta kombinerad med andra, till exempel nedsatt syn eller kognitiv förmåga. Personer med cerebral pares behöver regelbunden uppföljning och ofta livslång behandling för att förhindra

uppkomst av sekundära komplikationer som till exempel höftluxation (höft ur led), kontrakturer (ledstelhet) med tilltagande rörelsehinder, sittproblem och smärtor som följd.

CPUP är ett uppföljningsprogram för personer med cerebral pares (CP). Sedan 2005 är CPUP ett nationellt kvalitetsregister och sedan 2007 deltar samtliga regioner och landsting i Sverige i CPUP. I stället för att följa resultatet av en given behandling, följer CPUP resultaten av kontinuerliga behandlingsinsatser från spädbarnstiden upp i vuxen ålder. Syftet med CPUP är att genom kontinuerlig och långsiktig undersökning av rörelseorganen

i kombination med, vid behov, tidigt insatt behandling försöka förhindra uppkomst av höftluxation och svåra kontrakturer och därigenom optimera funktion och höja livskvalitet för personer med CP. Täckningsgraden i CPUP bedöms vara över 95 procent.

I CPUP mäter och registrerar barnets arbetsterapeut och fysioterapeut rörelsefunktionen i armar och ben. Höfter och rygg kontrolleras regelbundet genom undersökning av fysioterapeut och röntgenkontroller enligt vårdprogram. Operationer och andra behandlingar registreras. Den kontinuerliga och standardiserade uppföljningen medför att man tidigt kan se om någon försämring sker. Detta skapar förutsättningar för att tidigt i förloppet sätta in förebyggande behandling. I CPUP finns nationella riktlinjer för vid vilken grad av rörelsehinder, grad av förskjutning av lårbenshuvudet, grad av skolios etc. som behandling bör sättas in.

I CPUP är ett huvudsyfte att genom standardiserad uppföljning tidigt identifiera en eventuell försämring av rörelsestatus och motorisk funktion. Grunden för detta är att barnet blir undersökt minst en gång per år. I programmet ingår rapportering av barnets fysioterapeut. Målet är att 90

procent av alla personer skall undersökas och rapporteras minst en gång per år.

Indikatorn visar andelen barn födda 2000 och senare som rapporterats av fysioterapeut under det aktuella året. Barnens motoriska funktion klassificeras enligt Gross Motor Function Classification System (GMFCS), och handfunktionen enligt Manual Ability Classification System (MACS). Barn som har högst funktionsnivå (GMFCS I+MACS I) behöver enligt vårdprogram bara undersökas vartannat år. För dessa barn har rapportering under de två senaste åren inkluderats.

För hela riket var andelen barn som bedömts av fysioterapeut 87 procent, med en variation mellan landsting från 77 till 100. Jämförelsen baseras på 2 700 barn, varav knappt 350 inte rapporterats av fysioterapeut detta år. Målet i CPUP är att minst 90 procent av alla skall vara uppföljda och rapporterade enligt vårdprogrammet. Det var 2013 sex landsting som uppfyllde detta mål, medan alla utom sju hade andelar över 85 procent.

Några landsting har få barn med CP och deras resultat är i motsvarande grad osäkra.

DIAGRAM 184 – TOTALT: Andel barn med CP som undersökts av fysioterapeut, 2013. Avser barn födda 2000 eller senare.



Källa: CPUP – Nationellt kvalitetsregister för CP.

185 ANDELEN BARN MED GOD KNÄSTRÄCKNINGSFÖRMÅGA

I CPUP ingår rapportering av barnets ledrörelsestatus. Nationell riktlinje för rörelsestatus är indelat enligt trafikljus-princip, där ett grönt värde är bra, utan risk för påverkan av motorisk funktion. En gul eller röd grad av inskränkt förmåga att sträcka i knäleden medför försämrade gångförmåga och ökad risk för försämrade ligg- och sittställning, vilket i sin tur ökar förekomsten av ryggdeformiteter. Målnivåerna är relaterade till barnets grovmotoriska funktionsnivå (GMFCS).

Indikatorn visar andelen barn födda 2000 och senare som har gröna mätvärden för knästräckning. Jämförelsen baseras på uppgift om knästräckning.

Målet i CPUP är att minst 90 procent av barnen skall ha gröna värden. För hela riket är resultatet 85,3 procent och 2013 uppfyllde tre landsting målet 90 procent, medan elva har andelar på över 85 procent. Medelåldern i CPUP ökar årligen och det finns en risk att andelen barn med gröna värden minskar om inte den aktiva preventionen fortsätter som nu.

I CPUP finns manual med instruktion för goniometermätning av rörlighet. Trots det kan det finnas variation i mätteknik. I CPUP görs undersökningar av ett stort antal fysioterapeuter så eventuella mätskillnader bör inte påverka resultaten i större landsting.

DIAGRAM 185 – TOTALT: Andel barn med CP som har god sträckningsförmåga i knäled, 2013. Avser barn födda 2000 eller senare.



Källa: CPUP – Nationellt kvalitetsregister för CP.

186 GOD VIRUSKONTROLL VID HIV

HIV är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död. Modern livslång behandling ger förväntad normal livslängd. I Sverige finns nu cirka 6 500 diagnostiserade personer, varav de flesta är boende i storstadsregionerna.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret InfCare HIV. Syftet med InfCare HIV är att skapa en god och jämlik vård för patienterna, oavsett smittväg och vårdgivare. Detta sker genom att identifiera problem och förbättringspotentialer. InfCare HIV är samtidigt ett kvalitetsregister och ett

kliniskt beslutsstöd i vården, med grafisk framställning av data som används i varje möte med patienten. InfCare HIV används i dag på alla de 32 kliniker som handlägger HIV-infekterade patienter och har en täckningsgrad på över 99 procent.

Den främsta indikatorn för HIV-behandling i den kliniska vardagen är processmättet HIV-RNA < 50 kopior/ml. Detta mått följs regelbundet och över tid för alla patienter. Det motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma. Det är ett virusmått som är direkt relaterat till överlevnad vid HIV-

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

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

Indikatorn visar andelen HIV-patienter med viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml, april/maj 2014. Redovisningen baseras på patientens senaste mätvärde. Alla patienter som behandlats i mer än 6 månader, 5 736, ingår i jämförelsen.

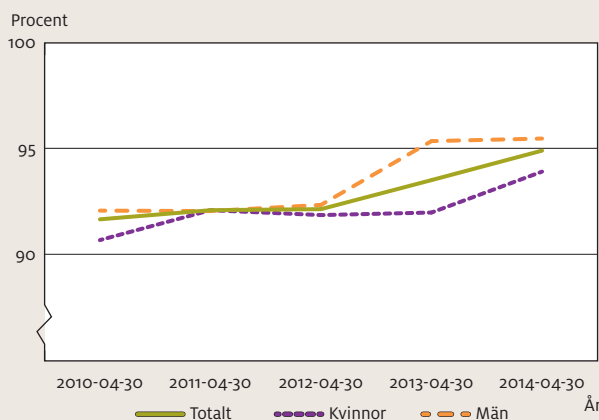
I riket når 94,9 procent av alla patienter behandlingsmålet, med innebörden att de har en mycket god och stabil behandlingseffekt. Andelen har legat över 90 procent i flera år och en viss förbättring har skett sedan 2013. Landstingens resultat sträcker sig från 83 till 100 procent av patienterna som når målet. Skillnaderna har minskat sedan 2009. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns behandlingsresultat.

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

De svenska behandlingsresultaten är mycket goda ur ett internationellt perspektiv, även jämfört med de resultat som vanligtvis redovisas från kliniska studier, med de strikta kriterier på patienturval som tillämpas där.

HIV-populationen har av tradition beskrivits utifrån möjliga sätt att förvärva infektionen. Dessa grupper har stora olikheter i socioekonomiska och kulturella faktorer och även vad gäller behandlingsfrekvens och resultat. Dessa skillnader i patientsammansättning kan påverka resultaten för olika landsting. Resultaten för mindre landsting är av statistiska skäl mer osäkra, vilket framgår av konfidensintervallen.

DIAGRAM 186 – RIKET: Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling.



Källa: InfCare HIV.

DIAGRAM 186 – TOTALT: Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA<50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 30 april 2014.



Källa: InfCare HIV.

DIAGRAM 186 – SJUKHUS: Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA<50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 30 april 2014.



Källa: InfCare HIV.

PATIENTNÖJDHET VID HIV-VÅRD

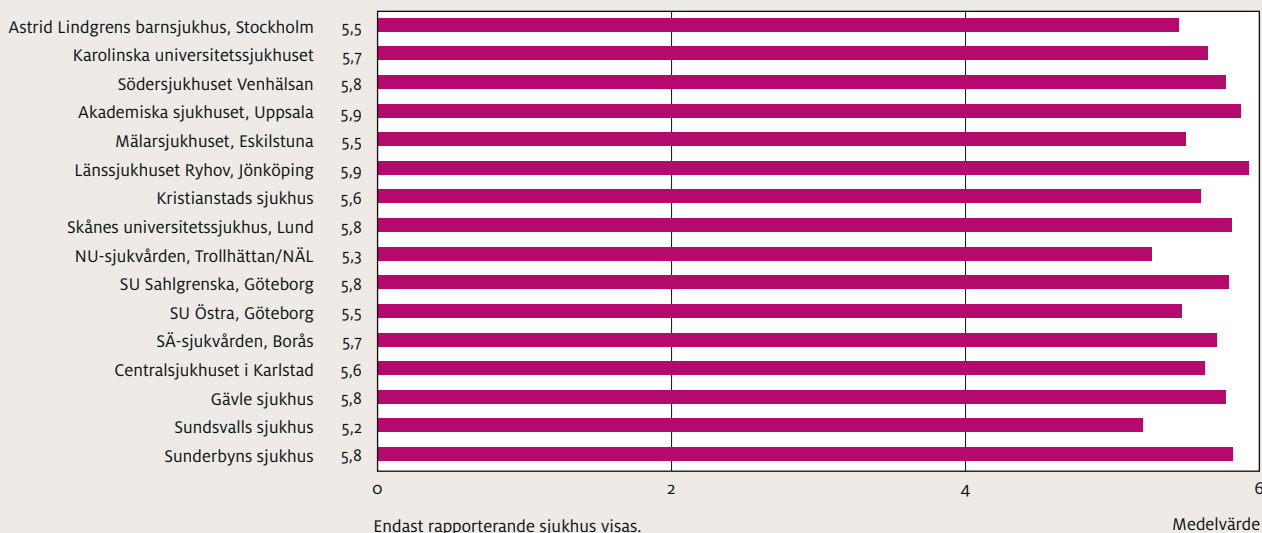
InfCare HIV ger patienterna möjlighet att årligen besvara en elektronisk enkät om sin hälsa. Den innehåller åtta frågor, varav en avser hur nöjda de är med vården. Den besvaras i samband med besök hos läkare eller sjuksköterska. På ett mindre antal kliniker besvaras enkäten i pappersform och där svaren därefter matas in av sjuksköterska.

Frågan lyder: "Hur nöjd är du med den vård du får vid din HIV-mottagning." Patienterna anger ett värde på en skala 1–6, där 6 är mycket nöjd och 1 mycket missnöjd.

Nöjdheten är överlag hög och alla kliniker har genomsnittsvärde över 5.

De aktuella klinikerna har 5 007 patienter tillsammans. Antalet enkätsvar uppgår till 1 470, vilket innebär att svar saknas från en stor del av patienterna.

Hur nöjd är du med den vård du får vid din HIV-mottagning?, 2013. Medelvärde på en skala 1–6 poäng, där 6 är mycket nöjd, 1 mycket missnöjd



Källa: InfCare HIV.

Öppna jämförelser 2014

Hälso- och sjukvård

Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar

Sedan 2006 har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt tagit fram öppna jämförelser för hälso- och sjukvården. I jämförelserna sammanställs indikatorer som belyser olika aspekter av hälso- och sjukvården, till exempel medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapport har fått en ny disposition och består av två delar:

- Del 1 innehåller övergripande indikatorer. I denna del finns även ett särskilt avsnitt om hälsoinriktad hälso- och sjukvård.
- Del 2 innehåller indikatorer om sjukdomar och behandlingar.

Totalt innehåller årets rapport 186 indikatorer för vilka landstingens resultat presenteras. Avsikten är framförallt att jämföra landstingen, men i många fall visas även utvecklingen för riket över tid. Ett flertal indikatorer redovisas även på sjukhus- och klinikinivå.

Avsikten med öppna jämförelser är att ge landstingen underlag för styrning, fördjupad analys och förbättringsarbeten inom den egna verksamheten samt att skapa öppenhet och insyn i den offentligt finansierade vården.

Öppna jämförelser 2014: Hälso- och sjukvård – Del 2. Indikatorer om sjukdomar och behandlingar
kan laddas ner eller beställas från:

SOCIALSTYRELSEN

www.socialstyrelsen.se/publikationer
Artikelnummer: 2014-12-5
ISBN: 978-91-7555-241-5
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

webbutik.skl.se
ISBN-nummer: 978-91-7585-157-0
E-post: publikationer@sklfs.se
Telefon: 08-452 75 50