

Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård

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

Artikelnummer 2014-2-19

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2014

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att fastställa målnivåer för indikatorer för de nationella riktlinjerna för stroke-, diabetes- och hjärtsjukvård. Syftet med målnivåerna är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara mål att sträva mot i arbetet med att förbättra den vård som patienterna får. Grunden för arbetet är den modell för fastställande av målnivåer som togs fram och testades inom de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.

I denna rapport fastställer Socialstyrelsen målnivåer för strokevård och hjärtsjukvård. Sammanlagt har Socialstyrelsen fastställt 15 målnivåer. Målnivåer för diabetesvård är i dagsläget inte möjliga att ta fram då den huvudsakliga datakällan behöver valideras först, och de uppdaterade riktlinjerna fastställas.

Merparten av arbetet har utförts av en projektledningsgrupp med Björn Nilsson som projektledare. Externa experter har varit Bertil Lindahl, Jan Harnek och Tomas Jernberg (hjärtsjukvård), Kjell Asplund, Eric Berthold, Mia von Euler och Per Wester (strokevård) samt Claes-Göran Östenson, Janeth Leksell, Soffia Gudbjörnsdottir och Stefan Jansson (diabetesvård). Utöver dessa har även tre större konsensusgrupper bestående av sakkunniga, patientrepresentanter och huvudmannaföreträdare arbetat med att ta fram målnivåerna.

Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence.

Lars-Erik Holm
generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	8
Vad är en målnivå?	8
Regeringsuppdraget	8
Målnivåmodellen	8
Användningsområden för nationella målnivåer	10
Om indikatorerna	13
Datakällor	13
Socialstyrelsens nationella målnivåer	15
Om målnivåerna	15
Målnivåer för hjärtsjukvård	17
Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt	17
Reperfusionsterapi inom målsatt tid	20
Rökstopp efter hjärtinfarkt	24
Statinbehandling efter hjärtinfarkt	27
Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke	29
Målnivåer för strokevård	33
Mediantid till trombolys	33
Trombolysbehandling vid ischemisk stroke	36
Vård på strokeenhet	39
Direktinläggning på strokeenhet	42
Blodtrycksbehandling efter stroke	45
Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter hjärninfarkt	48
Statinbehandling efter stroke	52
Rökstopp efter stroke	55
Stöd och hjälp efter stroke	57
Andel nöjda med rehabilitering efter stroke	60
Målnivåer för diabetesvård	64
Pågående uppdatering av nationella riktlinjer	64
Justering av indikatorer	64
Validering av datakällor	64
Referenser	65
Bilaga 1. Deltagarförteckning	67
Bilaga 2. Indikatorer för senare målsättning	70

Sammanfattning

Utgångspunkten för målnivåerna som presenteras i den här rapporten är de indikatorer som Socialstyrelsen tog fram till de nationella riktlinjerna för stroke-, diabetes- och hjärtsjukvård som publicerades 2008–2011 [1–4]. De ursprungliga indikatorlistorna omfattar totalt 107 indikatorer, varav 20 är så kallade utvecklingsindikatorer som saknar nationell datakälla. Socialstyrelsens expertgrupper gick i ett tidigt skede igenom indikatorlistorna för respektive riktlinjeområde och valde bort indikatorer som av olika anledningar inte bedömdes uppfylla kraven på målnivåindikatorer. Ytterligare indikatorer föll bort efter de konsensusmöten som Socialstyrelsen genomförde tillsammans med företrädare för professioner, patientföreträdare och huvudmän. Efter genomfört arbete har Socialstyrelsen fastställt målnivåer för sammanlagt 15 indikatorer (tabell 1) för hjärtsjukvård och strokevård. Myndigheten har dock beslutat att inte fastställa några målnivåer för diabetesvård i detta skede, bland annat till följd av det pågående riktlinjearbetet.

Socialstyrelsen bedömde ytterligare indikatorer som intressanta som målnivåindikatorer, men först då indikatorn justerats eller dess datakälla validerats. Dessa indikatorer kommer att hanteras inom ramen för de pågående uppdateringarna av de nationella riktlinjerna. Samtliga indikatorer och målnivåer presenteras i detalj längre fram i rapporten.

Tabell 1. Socialstyrelsens målnivåer för stroke- och hjärtsjukvård

Riktlinjeområde	Indikator	Målnivå
Hjärtsjukvård	Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	≥ 85 %
Hjärtsjukvård	Reperfusionsbehandling inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt	≥ 90 %
Hjärtsjukvård	Rökstopp efter hjärtinfarkt	≥ 75 %
Hjärtsjukvård	Statinbehandling efter hjärtinfarkt	≥ 90 %
Hjärtsjukvård	Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke	≥ 80 %
Strokevård	Mediantid till trombolys	< 40 min
Strokevård	Trombolysbehandling vid stroke	≥ 15 %
Strokevård	Vård på strokeenhet	≥ 90 %
Strokevård	Direktinläggning på strokeenhet	≥ 90 %
Strokevård	Blodtryckssänkande behandling, 12–18 månader efter stroke	≥ 80 %
Strokevård	Antikoagulantia vid förmaksflimmer, 12–18 månader efter ischemisk stroke	≥ 80 %
Strokevård	Statinbehandling, 12–18 månader efter stroke	≥ 75 %
Strokevård	Rökstopp, 3 månader efter stroke	≥ 75 %
Strokevård	Helt tillgodosett behov av stöd och hjälp 3 månader efter utskrivning	≥ 75 %
Strokevård	Andel nöjda med rehabilitering, 3 månader efter stroke	≥ 87 %

Uppdragets förutsättningar

Vad är en målnivå?

En målnivå kan i det här sammanhanget enklast beskrivas som en angivelse av hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. En målnivå kan exempelvis ange att 70 procent av patienterna med ett visst sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna i sig har antingen tagits fram utifrån kännedom om exempelvis biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer, eller genom konsensusförfarande i flera steg. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer som beskrivs längre fram i kapitlet.

Målnivåer gäller alltså övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Behandlingsmålen syftar ofta till att förebygga eller undvika följsjukdomar och komplikationer hos den enskilda patienten.

Regeringsuppdraget

I maj 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram målnivåer för indikatorer inom nationella riktlinjer för strokevård, diabetesvård och hjärtsjukvård. Uppdraget är en del av regeringens satsning på vården av kroniskt och långvarigt sjuka, och skulle genomföras enligt den modell som tagits fram och testats för nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård [5]. Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Bedömningen är att målnivåerna kan påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska eller långvariga ohälsotillstånd.

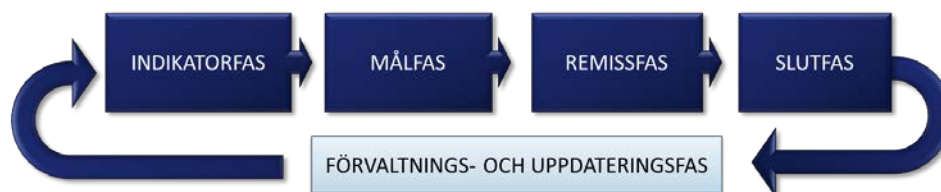
Det främsta användningsområdet för målnivåerna är uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men de ska även vara användbara på regional och lokal nivå för att möjliggöra förbättringsarbete där det ger störst effekt. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Den modell för att fastställa målnivåer (figur 1) som togs fram och testades inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård består av fem faser. Syftet med modellen är

att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfasen

I den första fasen sker grundarbetet med att välja ut lämpliga målnivåindikatorer och formulera dessa på ett sådant vis att de blir mätbara. Genom att specificera indikatorerna noggrant blir det möjligt att fastställa mer exakta målnivåer. Ansvariga för detta arbete är en mindre grupp sakkunniga som tidigare deltagit i riktlinjeprocessen eller i den nationella utvärderingen av landstingens följsamhet till riktlinjerna, alternativt har en framträdande roll i de kvalitetsregister som bidrar med uppgifter till det statistiska underlaget.

För att bedöma huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår expertgruppen från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- fortfarande vara aktuella för området
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning; högt eller lågt resultat är att föredra
- ha stabila och tillförlitliga datakällor.

När expertgruppen har genomfört urvalet av indikatorer beställer Socialstyrelsen uppgifterna från berörda register. Därefter sammanställer gruppen dessa uppgifter i diagram och tabeller som utgör en del av underlaget till konsensusprocessen.

I indikatorfasen ingår även att expertgruppen tar fram ett antal förslag till målnivåer för varje indikator. Förslagen ingår sedan som ett av flera underlag i nästa fas.

De flesta indikatorer som redovisas i denna rapport har redan testats i de nationella utvärderingarna av hjärtsjukvård [6] och strokevård [7], eller i öppna jämförelser [9].

Målfasen

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag. Konsensusgruppen består av företrädare från berörda professioner och patientorganisationer samt huvudmän.

Som inledning till denna fas kan en modifierad Delhiprocess genomföras i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delhiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag och expert-

gruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare i två omgångar. I första omgången röstar deltagarna på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller att ange ett eget förslag. Därefter sammanställs resultaten och kommentarerna från första rundan, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Var och en har då möjlighet att utifrån sammanställningen ompröva sitt ursprungliga ställningstagande och lämna ett nytt svar. Resultatet från den andra omgången ingår, tillsammans med indikatorbeskrivningar, statistiska underlag och expertgruppens förslag, som underlag till det avslutande konsensusmötet.

Under konsensusmötet, som är ett heldagsmöte, diskuterar gruppen varje enskild indikator utifrån underlagen och försöker enas om ett gemensamt förslag till målnivåer för de indikatorer som bedöms vara lämpliga som målnivåindikatorer. Förslagen går sedan vidare till nästa fas.

Remissfasen

Under remissfasen får landstingen möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Remissfasen kan se olika ut beroende på i vilket sammanhang målnivåarbetet sker. Om målnivåarbetet ligger inom ramen för det ordinarie riktlinjearbetet sker remissfasen i de flesta fall genom regionala seminarier. I det här fallet sammanställdes målnivåförslagen i tre rapporter (en per riktlinjeområde) som skickades till samtliga landsting för kommentarer och synpunkter.

När berörda intressenter har lämnat synpunkter på målnivåerna är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar av målnivåerna och därefter överlämna ett slutligt förslag på målnivåer till Socialstyrelsen.

Beslutsfasen

I beslutsfasen fastställer Socialstyrelsen målnivåerna och publicerar dem. De träder i kraft först när de har publicerats.

Förvaltnings- och uppdateringsfasen

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, exempelvis när kunskapsläget inom området förändras. Socialstyrelsen håller för närvarande på att bygga upp en organisation för detta.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåer ger landstingen tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheterna inom landstingen.

Nationell uppföljning och utvärdering

I samband med nationella uppföljningar och utvärderingar kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, samt vilka merkostnader som uppkommer genom val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet samt i sina nationella utvärderingar av riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting och regioner använder i dag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa landsting kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På enhetsnivå kan de också användas för att utveckla vårdprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen har fastställt är i flera fall högt satta i förhållande till det aktuella läget för landstingen. Det innebär att det kommer att ta tid för flertalet av landstingen att närma sig de uppsatta målen. Av den anledningen bör landstingen se över de egna resultaten och arbeta för att ta fram en genomförandeplan med realistiska delmål i syfte att sträva i rätt riktning och om möjligt uppnå de nationella målnivåerna inom några år.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Vissa landsting använder ersättningsmodeller där enheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk compensation från landstinget. Dessa system kan se olika ut och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningar kopplade till nationella målnivåer för kvalitetsindikatorer kan medföra vissa risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattar Socialstyrelsen tre exempel på risker.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån resultatet riskerar att bli godtyckligt. Trots att indikatorn inte passar i ett ersättningssystem kan den fortfarande vara ett värdefullt verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När landstinget kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns det en risk att verksamheterna inte bara arbetar för att öka kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av en eller annan orsak inte har fått den rekommenderade behandlingen kanske registreras i lägre grad än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i såväl kvalitetsregister som hälsodataregister blir mindre tillförlitliga, vilket i sin tur kan få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk; genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss behandling blir den skarpare, och målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella behandlingen. Även personer i andra åldersgrupper kan dra nytta av den. Vid redovisningar av öppna jämförelser och nationella utvärderingar av landstingens följsamhet till riktlinjerna betraktas detta ofta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade behandlingen. Det gäller i synnerhet om behandlingen är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har med några få undantag hämtat indikatorerna som ingår i uppdraget från de indikatorlistor som tillhör de nationella riktlinjerna för stroke-, diabetes- och hjärtsjukvård som publicerades 2008–2011. Flertalet av dessa indikatorer är väletablerade såväl nationellt som regionalt och lokalt, och används i dagsläget för att följa utveckling och kvalitet inom respektive diagnosområde. Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har också genomgått en remissrunda i samband med att Socialstyrelsen publicerade de preliminära versionerna av riktlinjerna. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär dock inte att samtliga är lämpliga som målnivåindikatorer.

Indikatorerna som ingår i de nationella riktlinjerna kan rikta sig till olika intressenter. Vissa indikatorer är lämpade för övergripande ledning och styrning av hälso- och sjukvården medan andra är mer intressanta ur ett professionsperspektiv. I samband med att Socialstyrelsen fastställer målnivåer blir det mer aktuellt att tydliggöra vilka indikatorer som bör bli föremål för politiska eller hälso- och sjukvårdsövergripande omprioriteringar, och vilka som speglar i stället processer som de berörda professionerna kan påverka direkt i det dagliga arbetet. Socialstyrelsen har försökt förtydliga detta ytterligare genom att för varje målsatt indikator ange om den lämpar sig bäst som stöd till styrning och ledning eller som professionsinriktad indikator. I vissa fall är indikatorn lika viktig ur båda aspekterna.

Datakällor

Merparten av uppgifterna som Socialstyrelsen har sammanställt i diagrammen har tillhandahållits av nationella kvalitetsregister inom respektive diagnosområde. Vi har även hämtat uppgifter från patientregistret och läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. En kortfattad beskrivning av respektive register följer nedan.

Nationella Diabetesregistret (NDR) samlar in uppgifter om bland annat behandlingsresultat, preventiva åtgärder och resultat inom diabetesvården. Såväl primärvård som specialiserad vård rapporterar uppgifter till registret. Under 2012 fanns över 346 000 patienter registrerade i registret vilket innebär en täckningsgrad på 90 procent i förhållande till läkemedelsregistret [10].

Riks-Stroke inriktar sig på strokevård. Samtliga sjukhus i Sverige som tar emot akuta strokefall rapporterar in bakgrundsuppgifter och vårdåtgärder för det akuta skedet samt patientrapporterade processdata och utfall tre och tolv

månader efter strokeinsjuknandet. Under 2012 registrerade sjukhusen sammanlagt över 24 700 vårdtillfällen i Riks-Stroke. Detta motsvarar en täckningsgrad på över 88 procent i förhållande till patientregistret [11].

RIKS-HIA, som är en del av SWEDEHEART, samlar in uppgifter om den akuta vården av patienter med kranskärslsjukdom. De 69 sjukhus som rapporterar till registret registrerade nästan 52 000 vårdtillfällen under 2012. I patientgruppen < 80 år var täckningsgraden 90 procent, i den äldre åldersgruppen cirka 66 procent i förhållande till patientregistret. Anledningen till denna skillnad är att yngre patienter i högre grad vårdas på specialiserade hjärtavdelningar som har mer utvecklade rutiner för att rapportera till kvalitetsregistret [12].

SEPHIA, som är en del av SWEDEHEART, samlar in uppgifter om den sekundärpreventiva vården 6 till 10 veckor samt 12 till 14 månader efter hjärtinfarkt, för patienter som vårdats på HIA-avdelning (hjärtinfarktavdelning). De 62 sjukhus som rapporterar till registret registrerade 6 430 patienter under 2012. Detta motsvarar en täckningsgrad på 78 procent i förhållande till de HIA-vårdade patienterna i RIKS-HIA [12].

Patientregistret vid Socialstyrelsen omfattar all slutenvård samt alla läkarbesök i öppen vård som inte betecknas som primärvård. Registret uppdateras årligen. I patientregistret registreras varje år cirka 1,5 miljoner slutenvårdsbesök och närmare 10 miljoner öppenvårdsbesök.

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som har förskrivits via recept och som hämtats ut från apotek från och med juli 2005. Registret uppdateras månadsvis med cirka två veckors fördröjning. Läkemedel som ges i slutenvård, dispenseras ur läkemedelsförråd eller köps utan recept ingår inte i registret. Läkemedelsregistret anger inte heller orsaken till förskrivningen, det vill säga diagnosen.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

Om målnivåerna

Målnivåerna som Socialstyrelsen har fastställt i denna rapport har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som många landsting presterar i dag. Det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Målnivåerna måste utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Expertgrupperna bedömer att målnivåerna i detta arbete bör utvärderas två alternativt fyra år efter införandet.

För närvarande pågår, eller startas inom kort, uppdateringar av de nationella riktlinjerna för samtliga tre områden som ingår i uppdraget. Inom ramen för det arbetet blir det också aktuellt att utveckla indikatorer som speglar följsamheten till de nya rekommendationerna. Det innebär att ytterligare målnivåer kan tillkomma inom något år.

I de kommande avsnitten presenterar Socialstyrelsen målnivåerna för de indikatorer som i nuläget bedömts vara aktuella som målnivåindikatorer. Myndigheten redovisar målnivåerna per riktlinjeområde, och redovisningen följer samma mönster för samtliga indikatorer:

- Ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta.
- En teknisk beskrivning av indikatorn med nämnare och täljare angiven.
- Redovisning av de statistiska underlag som låg till grund för expertgruppens och konsensusgruppens förslag.
- Socialstyrelsens fastställda målnivå, inklusive en motivering.
- Redovisning av hur målnivån förhåller sig till senast tillgängliga resultat på landstingsnivå.

De statistiska underlagen var avidentifierade i de underlag som konsensusgrupperna fick ta del av. Det finns flera anledningar till detta: dels minskar risken för att lokal hänsyn kan påverka bedömningen av de nationella målnivåernas relevans och riktighet, dels är det en viktig markering att uppgifterna i diagrammen inte är att betrakta som del av en utvärdering av landstingens prestationer utan endast som ett underlag för målnivåarbetet. I denna rapport redovisar Socialstyrelsen dock även ett diagram med landstingens namn angivna vid varje stapel och där den fastställda målnivån är inlagd. I diagrammet framgår det också hur många patienter som återstår för att uppnå målnivån, per landsting. Syftet med denna redovisning är inte att utvärdera enskilda landstings resultat utan att ge en första bild av vilket förbättringsutrymme som respektive landsting har i förhållande till målnivån.

Socialstyrelsen redovisar de statistiska uppgifterna i stapeldiagram där rikets genomsnittliga resultat genomgående visas med orange stapel. I de fall det varit möjligt att ta fram historiska uppgifter redovisas också ett trenddiagram.

Varför är vissa indikatorer åldersavgränsade?

Vissa av indikatorerna som presenteras i rapporten har avgränsats till att endast gälla patienter under 75 eller 80 år. Detsamma gäller de målnivåer som tagits fram till dessa indikatorer. Eftersom rekommendationerna i de nationella riktlinjerna många gånger gäller alla patienter, oavsett ålder, vill Socialstyrelsen här förklara varför indikatorerna och målnivåerna inte alltid gör det.

I flera fall har åldersavgränsningen gjorts utifrån vilka uppgifter som finns tillgängliga. Ett exempel på detta är då det register som använts som datakälla har en lägre täckningsgrad för patienter över en viss ålder. Det kan i sin tur bero på att äldre patienter i lägre grad än yngre vårdats på avdelningar med goda rutiner för registrering i kvalitetsregistret. Åldersavgränsningen har i dessa fall gjorts för att möjliggöra en så korrekt mätning som möjligt med de uppgifter som finns tillgängliga.

En annan anledning till att indikatorer åldersavgränsas är att riskerna med och kontraindikationerna mot en viss behandling i många fall ökar med stigande ålder. Om även de äldre patienterna ingått i mätningen skulle Socialstyrelsen ha behövt lägga målnivån lägre för att kompensera för att färre kan genomgå behandlingen. Det skulle i sin tur få negativa konsekvenser för den yngre patientgruppen där flertalet patienter bör behandlas. De indikatorer som åldersavgränsats utifrån det argumentet kommer vi att lyfta igen under kommande riktlinjeuppdateringar och, om så bedöms möjligt, målsätta utifrån den äldre patientgruppens specifika förutsättningar.

Socialstyrelsen vill poängtera att oavsett vilken åldersavgränsning som gjorts i de indikatorer och målnivåer som presenteras i denna rapport gäller rekommendationerna i riktlinjerna i första hand. Det är den individuella läkarbedömningen som avgör om en patient, oavsett ålder, bör ha en viss behandling eller inte.

Målnivåer för hjärtsjukvård

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för totalt fem av de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård (tabell 2). I detta avsnitt presenteras indikatorerna och målnivåerna mer detaljerat.

Tabell 2. Målnivåer inom hjärtsjukvård

Indikator	Målnivå
Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	≥ 85 %
Reperusionsbehandling inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt	≥ 90 %
Rökstopp efter hjärtinfarkt	≥ 75 %
Statinbehandling efter hjärtinfarkt	≥ 90 %
Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke	≥ 80 %

Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter < 80 år med hjärtinfarkt och ST-höjning eller vänstergrenblock som får akut reperusionsbehandling. Av mättekniska skäl har indikatorn avgränsats till att gälla patienter under 80 år, men även patienter över 80 år bör få tillgång till behandlingen efter en individuell läkarbedömning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Patienter med hjärtinfarkt som uppvisar ST-höjning eller vänstergrenblock på EKG är i omedelbart behov av behandling som återställer blodflödet till det drabbade kranskärlet i hjärtat (reperusionsbehandling). Behandlingen utgörs antingen av mekanisk vidgning av kärlet (PCI) eller propplösande behandling (trombolys). Behandlingen är ofta direkt livräddande och minskar även risken för bestående skador på hjärtmuskeln. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

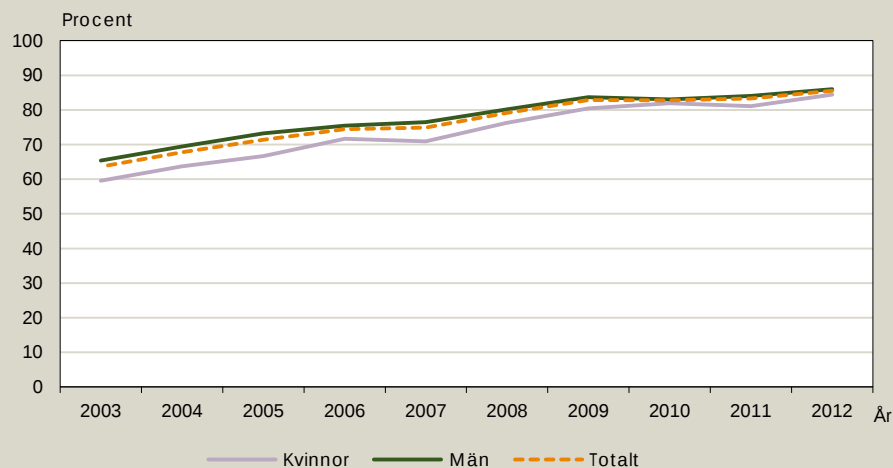
Täljare: Antalet patienter < 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperusionsbehandling under mätperioden.

Nämnare: Samtliga patienter < 80 år som vårdats för ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock år 2012.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 1a. Reperfusion vid ST-höjningsinfarkt

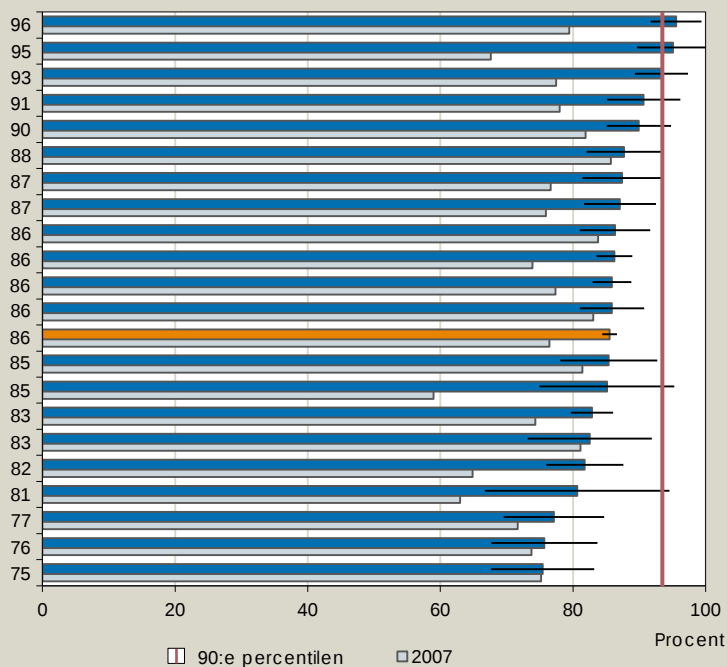
Andel patienter som reperfusionsbehandlats vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA.

Diagram 1b. Reperfusion vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlats vid ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter < 80 år.



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA.

Befintliga målnivåer

För denna indikator finns det angivna målnivåer från SWEDEHEART:s kvalitetsindex [12]. Detta kvalitetsindex ger poäng i två steg beroende på utfall; ett halvt poäng för måttlig och ett poäng för hög måluppfyllelse. SWEDEHEART poängsätter resultatet utifrån följande kriterier:

Typ av målnivå	Värde
Måttlig måluppfyllelse (0,5 poäng)	80 % (uppfylls av 17 landsting)
Hög måluppfyllelse (1 poäng)	85 % (uppfylls av 14 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 85 procent för patienter under 80 år.

Motivering till målnivån

Detta är en viktig indikator som speglar kvaliteten i den akuta fasen av hälso- och sjukvårdens omhändertagande av patienter med ST-höjningsinfarkt. Behandlingen är i många fall direkt livräddande och kan ges antingen i form av kärlvidgande ingrepp (PCI) eller som blodproppslösande läkemedel (trombolys). Det förekommer i sällsynta fall också att patienten opereras akut med bypasskirurgi. Behandlingen är högt prioriterad i de nationella riktlinjerna men den är inte helt riskfri. Bland annat kan det uppstå blödningskomplikationer.

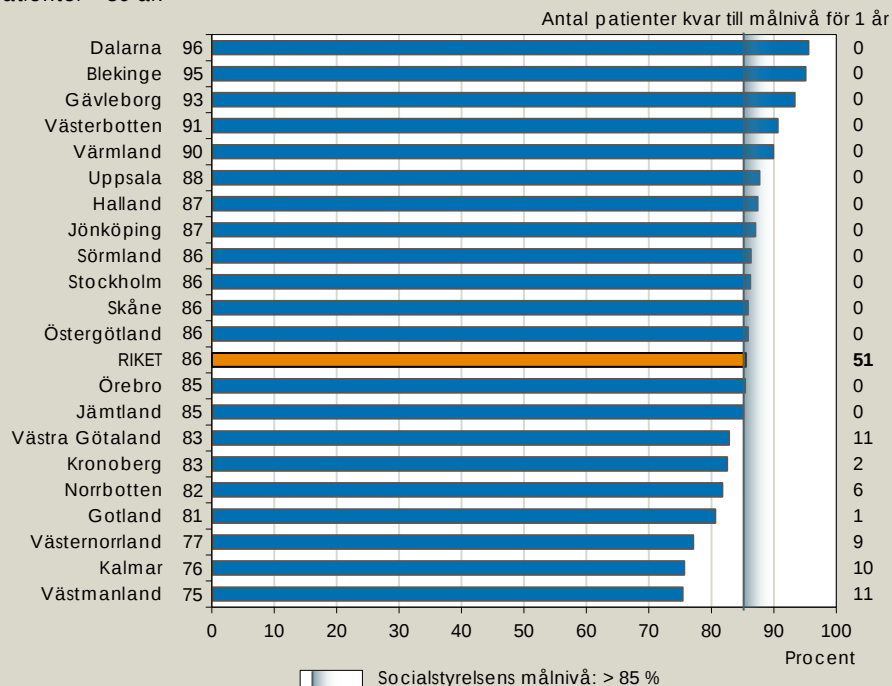
Journalgenomgångar som genomförts i RIKS-HIA:s regi har visat att cirka 15 procent av patienterna med ST-höjningsinfarkt inte blir aktuella för reperfusionsterapi till följd av kontraindikationer. Ett sådant exempel är annan allvarlig samsjuklighet. Underlaget för en målnivå på ≥ 85 procent kan därför sägas vara gott. Andelen patienter med kontraindikationer kan variera mellan landstingen från år till år. Därmed går det inte generellt att säga att landsting med riktigt höga andelar överbehandlar.

Inför att man fortsätter att använda indikatorn bör den justeras så att endast ST-höjningsinfarkter, ej vänstergrenblock, ingår. Andelen patienter med vänstergrenblock är dock så liten att den i praktiken inte påverkar resultaten i någon högre grad.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 1c. Reperfusion vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter < 80 år.



Källa: SWEDEHEART - RIKS-HIA.

Med utgångspunkt i 2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 85 procent att ytterligare cirka 50 patienter per år bör få reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.

Reperusionsbehandling inom målsatt tid

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som får reperfusionsbehandling inom de tidsintervall som anges i de nationella riktlinjerna. Av mättekniska skäl har Socialstyrelsen avgränsat indikatorn till att gälla patienter under 80 år. Även patienter 80 år och äldre bör dock få tillgång till behandlingen efter en individuell läkarbedömning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Patienter med hjärtinfarkt som uppvisar ST-höjning eller vänstergrenblock på EKG är i omedelbart behov av behandling som återställer blodflödet till det drabbade kranskärlet i hjärtat (reperfusionsbehandling). Snabbt insatt reperfusionsbehandling är en viktig framgångsfaktor vid ST-höjningsinfarkt – ju kortare tid till behandling, desto större behandlingsvinst. Efter att man konstaterat infarkten med EKG bör man sätta in trombolysbehandling inom 30

minuter eller PCI-behandling inom 90 minuter. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

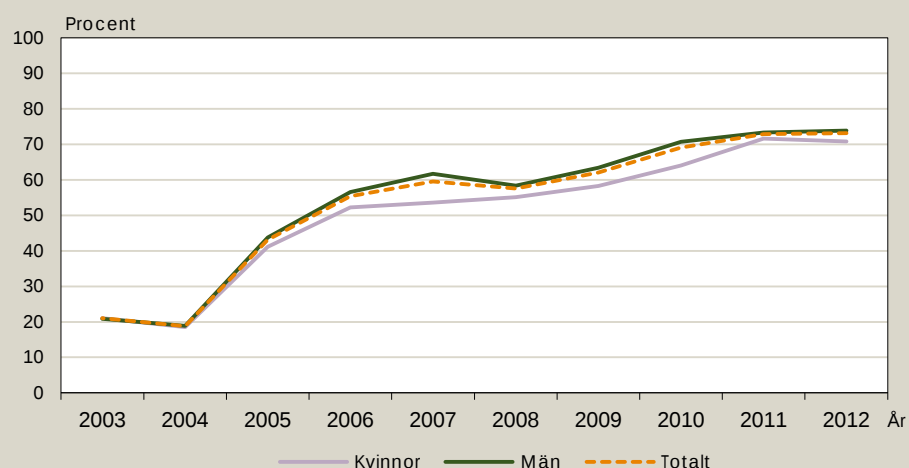
Täljare: Antal patienter < 80 år med ST-höjningsinfarkt som efter första EKG behandlades med PCI inom 90 minuter eller trombolys inom 30 minuter under mätperioden.

Nämnare: Antal patienter < 80 år med EKG-bekräftad ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som behandlades med PCI eller trombolys.

Redovisning av uppgifter

Diagram 2a. Reperfusion inom målsatt tid

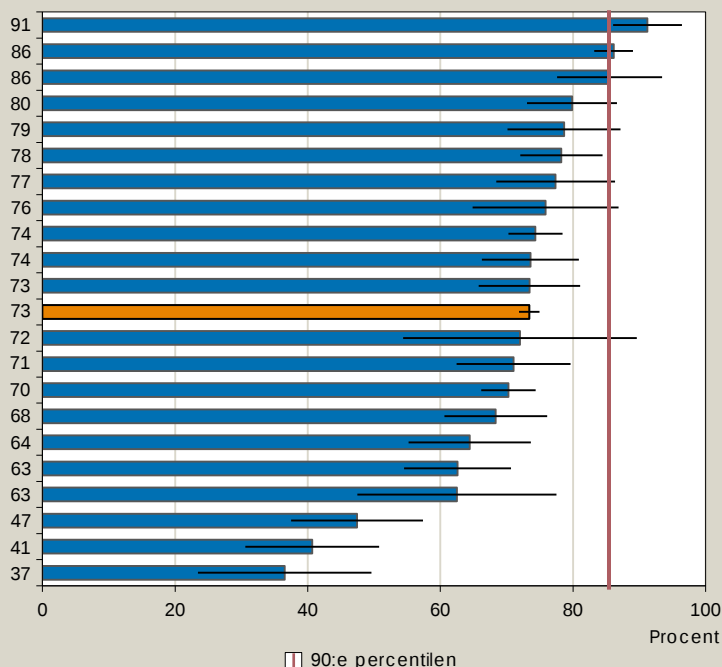
Andel patienter som reperfusionsbehandlats inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA.

Diagram 2b. Reperfusion inom målsatt tid

Andel patienter som reperfusionsbehandlats inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2012.
Avser patienter < 80 år



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA.

Befintliga målnivåer

För denna indikator finns det angivna målnivåer från SWEDHEART:s kvalitetsindex [12]. Detta kvalitetsindex ger poäng i två steg beroende på utfall; ett halvt poäng för måttlig och ett poäng för hög måluppfyllelse. SWEDHEART poängsätter resultatet utifrån följande kriterier:

Typ av målnivå	Värde
Måttlig måluppfyllelse (0,5 poäng)	75 % (uppfylls av 8 landsting)
Hög måluppfyllelse (1 poäng)	90 % (uppfylls av 1 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

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

Motivering till målnivån

Tidsaspekten är mycket viktig för resultatet av reperusionsbehandlingen. Behandling given i ett tidigt skede kan dels vara direkt livräddande, dels minska risken för allvarliga skador på hjärtmuskeln. Dessa skador kan leda till bland annat hjärtsvikt och andra bestående men.

Konsensusgruppen finner det rimligt att lägga målnivån på ≥ 90 procent eftersom det i vissa fall finns omständigheter som omöjliggör en behand-

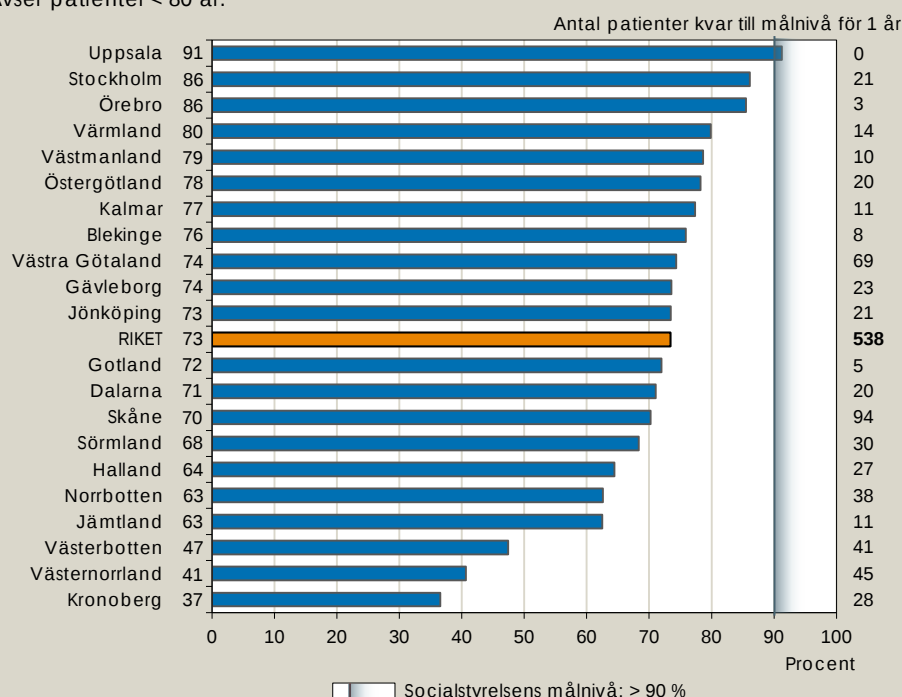
lingsstart inom den målsatta tiden. Exempel på detta kan vara långa eller på annat vis tidskrävande transportsträckor, i synnerhet i glesbygd. Ett mål på 100 procent skulle också innebära att det skulle krävas en kraftig överkapacitet inom sjukvården, vilket ur resurssynpunkt inte är hållbart.

Innan man fortsätter att använda indikatorn bör man justera den så att endast ST-höjningsinfarkter, ej vänstergrenblock, ingår. Andelen patienter med vänstergrenblock är dock så liten att den i praktiken inte påverkar utfallen i någon högre grad.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 2c. Reperfusion inom målsatt tid

Andel patienter som reperfusionsbehandlats inom målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt, 2012. Avser patienter < 80 år.



Källa: SWEDHEART - RIKS-HIA.

Med utgångspunkt i 2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 540 patienter per år bör få reperfusionsbehandling inom målsatt tid, i riket som helhet.

Rökstopp efter hjärtinfarkt

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter som var rökare vid tiden för sin hjärtinfarkt, och som slutat röka vid uppföljning 6–10 veckor senare. Indikatorn är avgränsad till att gälla patienter under 75 år eftersom äldre patienter inte ingår i kvalitetsregistret. Socialstyrelsen har slagit samman tre års uppgifter för att få ett stabilare statistiskt underlag.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Patienter med kranskärslssjukdomar som slutar röka reducerar risken för återinsjuknande och mortalitet i hjärtinfarkt. Detta gäller oavsett ålder eller kön. Rökstopp är därför en mycket viktig sekundärpreventiv åtgärd efter hjärtinfarkt. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

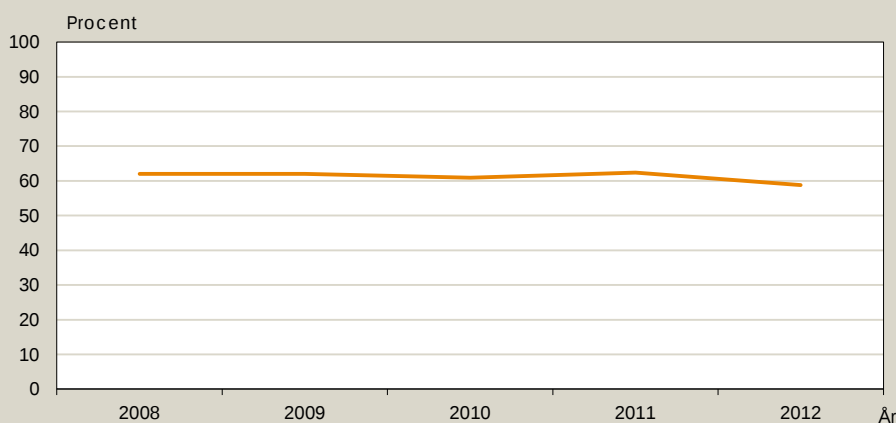
Täljare: Antalet tidigare rökare som slutat röka vid uppföljning 6 till 10 veckor efter hjärtinfarkt.

Nämnare: Totala antalet hjärtinfarktpatienter < 75 år som var rökare när hjärtinfarkten inträffade, och som registrerats i kvalitetsregistret SEPHIA.

Redovisning av uppgifter

Diagram 3a. Rökstopp efter hjärtinfarkt

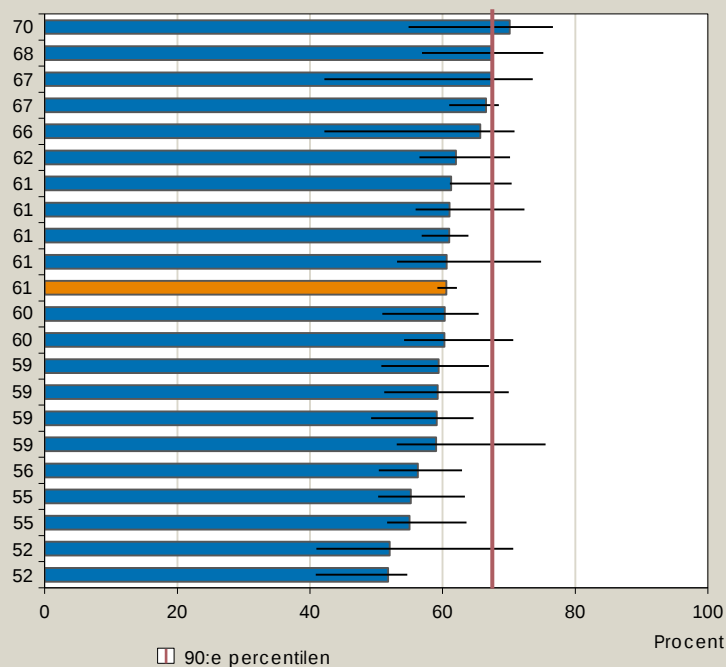
Andel av dem som rökte före hjärtinfarkt som slutat röka 6-10 veckor efter infarkt. Avser patienter < 75 år.



Källa: SWEDHEART - SEPHIA.

Diagram 3b. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel av dem som rökte före hjärtinfarkt som slutat röka 6-10 veckor efter infarkt, 2010-2012. Avser patienter < 75 år.



Källa: SWEDHEART - SEPHIA.

Befintliga målnivåer

För denna indikator finns det angivna målnivåer från SWEDHEART:s kvalitetsindex [12]. Detta kvalitetsindex ger poäng i två steg beroende på utfall; ett halvt poäng för måttlig och ett poäng för hög måluppfyllelse. SWEDHEART poängsätter resultatet utifrån följande kriterier:

Typ av målnivå	Värde
Måttlig måluppfyllelse (0,5 poäng)	60 % (uppfylls av 12 landsting)
Hög måluppfyllelse (1 poäng)	70 % (uppfylls av 1 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

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

Motivering till målnivån

Rökstopp är en viktig sekundärpreventiv åtgärd vid all hjärt- och kärlsjukdom. Helst borde samtliga patienter sluta röka, men uppgifter från kvalitetsregistret SEPHIA (SWEDHEART) [12] visar att endast 14 procent av de personer som röker när de insjuknar i hjärtinfarkt erbjuds att delta i ett rökavvänjningsprogram. Målnivån på ≥ 75 procent är initialt en rimlig nivå för

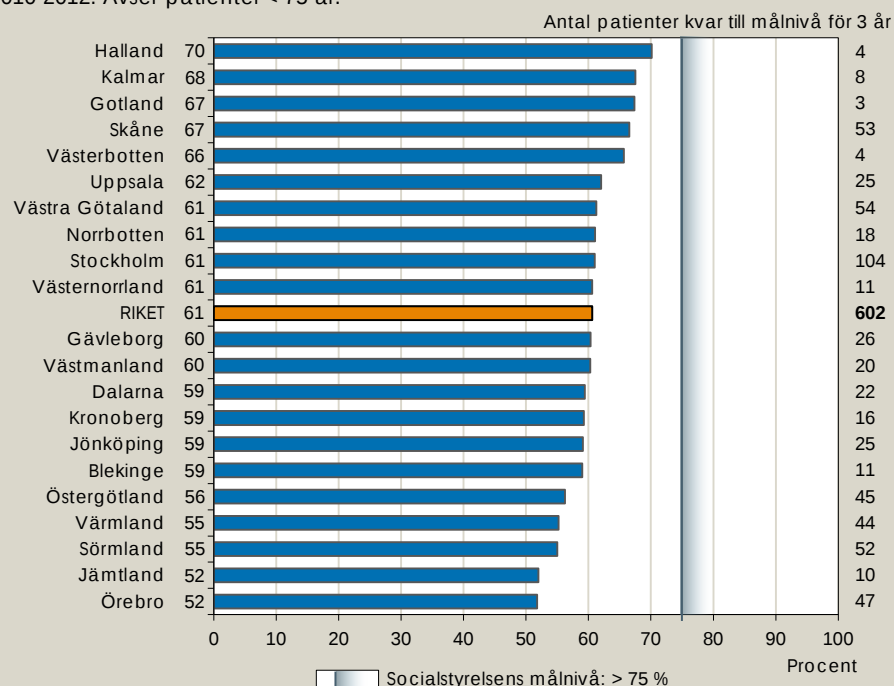
att få landstingen att prioritera frågan om rökavvänjning i högre grad än vad som är fallet i dag.

Målnivån är densamma som för den indikator som mäter andel rökstopp efter stroke.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 3c. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel av dem som rökte före hjärtinfarkt som slutat röka 6-10 veckor efter infarkt, 2010-2012. Avser patienter < 75 år.



Källa: SWEDEHEART - SEPHIA.

Med utgångspunkt i 2010–2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 75 procent att ytterligare cirka 200 patienter per år bör få tillgång till professionell hjälp att sluta röka efter hjärtinfarkt. Notera dock att bortfallet av uppgifter vid uppföljningstillfället 6–10 veckor är cirka 24 procent för denna indikator. Antalet patienter som behöver hjälp att sluta röka kan därmed vara högre än 200 per år.

Statinbehandling efter hjärtinfarkt

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter som behandlas med blodfettssänkande läkemedel (statiner) 12–18 månader efter hjärtinfarkt. Socialstyrelsen har slagit samman två års uppgifter för att få ett stabilare statistiskt underlag. Genom att mätningen genomförs en tid efter infarkten tar indikatorn hänsyn till variationer i förskrivningsmönster mellan landstingen, och fångar även primärvårdens agerande.

I denna indikator ingår patienter under 80 år och uppgifterna presenteras åldersstandardiserade. Det är dock viktigt att notera att även patienter över 80 år kan vara aktuella för behandlingen efter en individuell läkarbedömning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Risken att utveckla kranskärslsjukdom är bland annat relaterad till kolesterolnivån i blodet. Statiner sänker denna nivå och minskar risken för att återinsjukna i hjärt- och kärlsjukdom. Indikatorn är framför allt intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

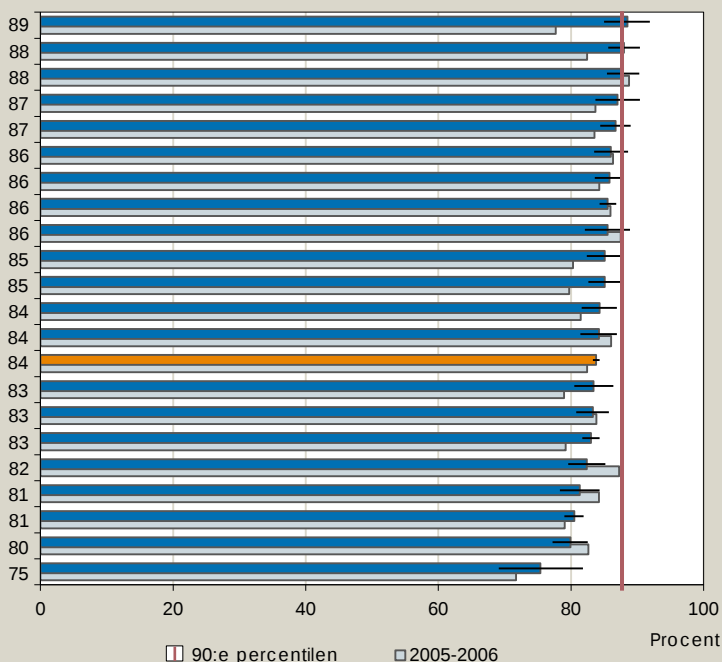
Täljare: Antal patienter som 12 till 18 månader efter utskrivning hämtat ut statiner (ATC-kod: C10AA) från apoteket.

Nämnare: Totalt antal patienter < 80 år som vårdats på sjukhus för hjärtinfarkt (ICD10-kod: I21, I22) någon gång under 2010 eller 2011 och som registrerats i PAR under mätperioden.

Redovisning av uppgifter

Diagram 4a. Statiner efter hjärtinfarkt

Andel patienter < 80 år med hjärtinfarkt som behandlats med statiner 12-18 månader efter infarkt (uppföljning t.o.m. 30/6-13), 2010-2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *statinbehandling efter hjärtinfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent för patienter under 80 år.

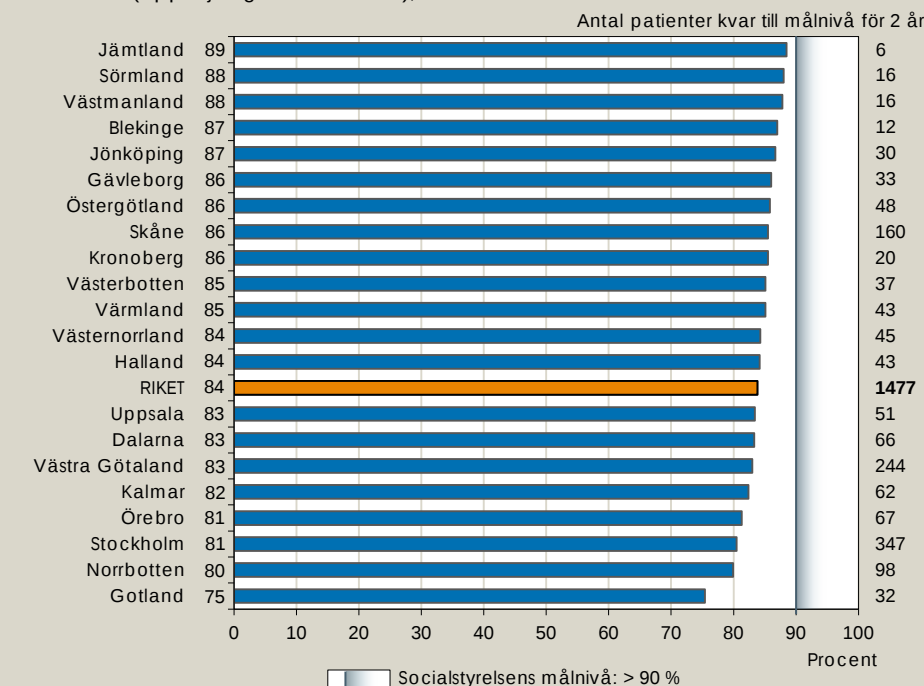
Motivering till målnivån

Höga blodfetter (LDL-kolesterol) innebär ökad risk för återinsjuknande i hjärt- och kärlsjukdom hos patienter som haft hjärtinfarkt. Patienter med genomgången hjärtinfarkt bör därför behandlas med blodfettsänkande läkemedel (statiner) i så hög grad som möjligt. Behandlingen för dock med sig biverkningar för en del patienter, varför en målnivå på 100 procent inte är realistisk. Genom att lägga nivån på 90 procent lämnas utrymme för de patienter som inte tål behandlingen.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 4b. Statiner efter hjärtinfarkt

Andel patienter < 80 år med hjärtinfarkt som behandlas med statiner 12-18 månader efter infarkt (uppföljning t.o.m. 30/6-13), 2010-2011. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Med utgångspunkt i 2010–2011 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 740 patienter per år bör behandlas med statiner efter hjärtinfarkt.

Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter med antikoagulantibehandling (blodproppshämmande läkemedel), 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, värdena presenteras åldersstandardiserade. Notera dock att endast 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.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Förmaksflimmer är en sjukdom som ökar risken för blodpropp och stroke. Risken ökar om patienten har en eller flera ytterligare riskfaktorer utöver

förmaksflimmer. Då är behandling med antikoagulantia aktuell. Indikatoren är framför allt intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som hämtat ut följande substanser från apotek under perioden 1 januari 2013 till och med 30 juni 2013:

Substans	ATC-kod
Warfarin	B01AA03
Dabigatran	B01AE07
Rivaroxaban	B01AF01
Apixaban	B01AF02

Nämnare: Totalt antal patienter som vårdats på sjukhus med förmaksflimmer (ICD10-kod: I48) under perioden 2010–2012 och som får minst två poäng enligt nedanstående risktabell (*ChadsVASC*):

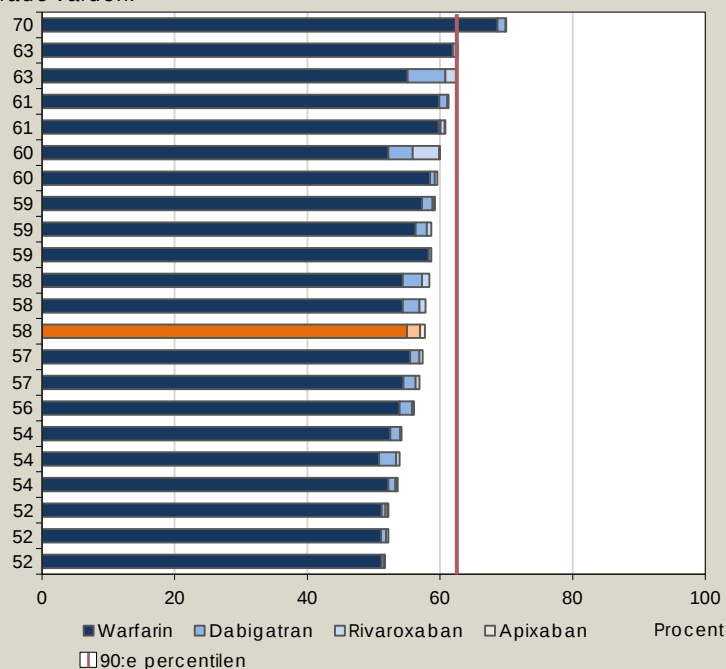
Tillstånd/förutsättning	ICD10 alt. ATC-kod	Riskpoäng
Hjärtsvikt (huvud- eller bidiagnos, vård 2003–2012)	I50.0, I50.1, I50.9, I42.0, I42.6	1
Hypertoni (huvud- eller bidiagnos, vård 2003–2012)	I10-I15	1
Stroke/TIA/tromboembolism (huvud- eller bidiagnos, vård 2003–2012)	I63, G45.9, I80-I82	2
Kärlsjukdom (huvud- eller bidiagnos, vård 2003–2012)	I25.2, I20, I70.0, I70.9, I71, I73.9, I74	1
Diabetes ¹	ATC-kod A10	1
Ålder ≥ 75 år		2
Ålder 65–74 år		1
Kvinna		1
Mekanisk hjärtklaffsprotos ² (huvud- eller bidiagnos, vård 2003–2012)	Z95.2	2
Mitralisstenos ² (huvud- eller bidiagnos, vård 2003–2012)	I34.2, I05.0, I05.2	2

¹Uttag av diabetesläkemedel under perioden 1 januari 2013 till och med 30 juni 2013, ²Ingår ej i CHA2DS2 VASc-skalan

Redovisning av uppgifter

Diagram 5a. Antikoagulantia vid förmaksflimmer

Andel som hämtat ut antikoagulantia från apotek 1/1-30/6 2013 av patienter som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor, 2010-2012. Alla åldrar, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

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

Motivering till målnivån

Patienter som har förmaksflimmer löper en ökad risk att drabbas av en stroke. Om patienten dessutom har andra riskfaktorer (två riskpoäng enligt bedömningsinstrumentet *CHA2DS2-VASc*) så 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 gör det möjligt att behandla fler patienter som befinner sig i riskzonen.

Enligt en nyligen publicerad SBU-rapport [13] behandlas alldeles för få patienter i riskgruppen med blodförtunnande läkemedel. Slutsatsen i rapporten är 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. En nivå på ≥ 80 procent är sannolikt kliniskt rimlig. Denna nivå stämmer också överens med

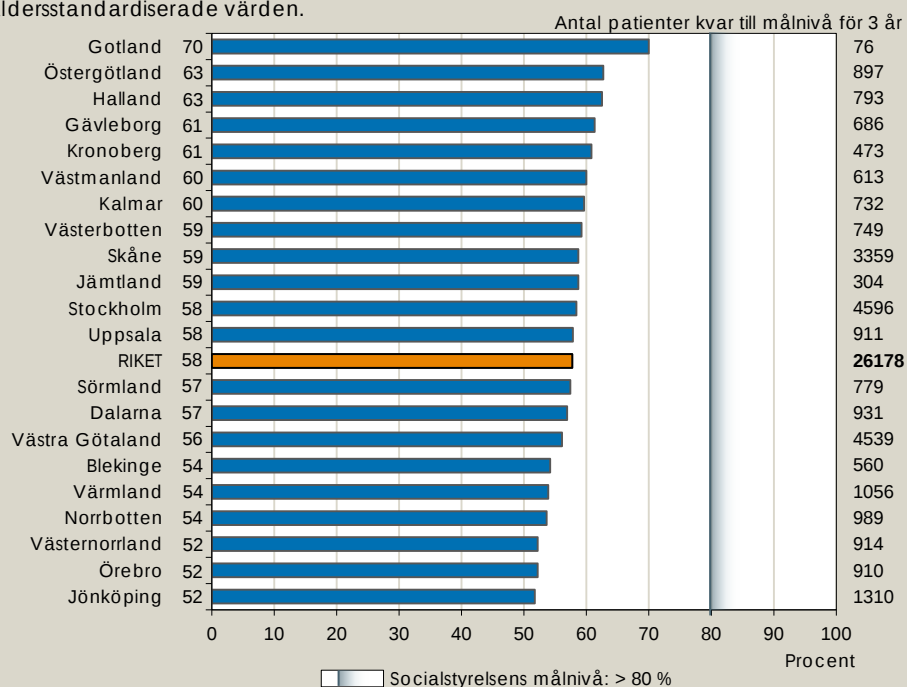
målnivån som Socialstyrelsen har föreslagit för indikatorn *Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter hjärninfarkt* i den del av uppdraget som avser strokevård.

Landstingen bör också påminnas om vikten av att registrera bidiagnoser på ett noggrant och enhetligt vis eftersom det annars är svårt att identifiera patienter med riskfaktorer i patientregistret.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 5b. Antikoagulantia vid förmaksflimmer

Andel som hämtat ut antikoagulantia från apotek 1/1-30/6 2013 av patienter som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor, 2010-2012. Alla åldrar, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Med utgångspunkt i 2010–2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 80 procent att ytterligare cirka 8 700 patienter per år bör behandlas med antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke.

Målnivåer för strokevård

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för totalt tio av de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för strokevård (tabell 3). I detta avsnitt presenteras indikatorerna och målnivåerna mer detaljerat.

Tabell 3. Målnivåer inom strokevård

Indikator	Målnivå
Mediantid till trombolys	< 40 minuter
Trombolysbehandling vid stroke	≥ 15 %
Vård på strokeenhet	≥ 90 %
Direktinläggning på strokeenhet	≥ 90 %
Blodtryckssänkande behandling, 12–18 månader efter stroke	≥ 80 %
Antikoagulantia vid förmaksflimmer, 12–18 månader efter ischemisk stroke	≥ 80 %
Statinbehandling, 12–18 månader efter stroke	≥ 75 %
Rökstopp, 3 månader efter stroke	≥ 80 %
Helt tillgodosett behov av stöd och hjälp 3 månader efter utskrivning	≥ 75 %
Andel nöjda med rehabilitering, 3 månader efter stroke	≥ 87 %

Mediantid till trombolys

Vad visar indikatorn?

Indikatorn speglar mediantiden i minuter från dess att en patient med ischemisk stroke anländer till sjukhus till dess att trombolysbehandling (blodproppslösande behandling) påbörjats.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

När en patient med misstänkt stroke anländer till sjukhuset är det av stor vikt att så snabbt som möjligt ställa en korrekt diagnos genom klinisk undersökning och datortomografi. Endast patienter med ischemisk stroke (hjärnfarkt) är aktuella för trombolys. Genom att korta handläggningstiden fram till diagnos ökar patientens möjligheter att få en god effekt av trombolysbehandlingen i de fall sådan kan och bör ges. Det finns också tydliga gränser för hur lång tid som får ha passerat mellan insjuknandet och trombolysbehandlingen, och genom ett effektivt omhändertagande i det akuta skedet är det möjligt att öka andelen strokepatienter som kan ta del av behandlingen. Indikatorn är framför allt intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

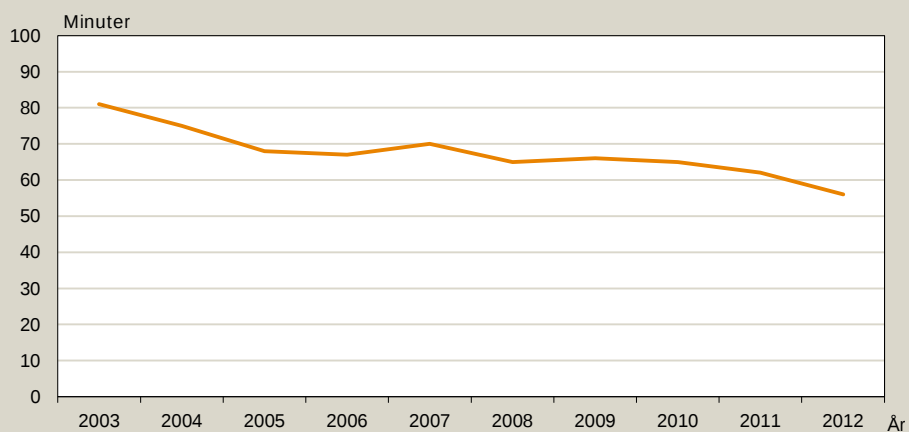
Täljare: Tidsfördröjning i minuter (medianvärde) mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandlingen.

Nämnare: Antal patienter med ischemisk stroke (ICD10: I63) som fått trombolysbehandling och registrerats i Riks-Stroke under mätperioden.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 6a. Tid till trombolys

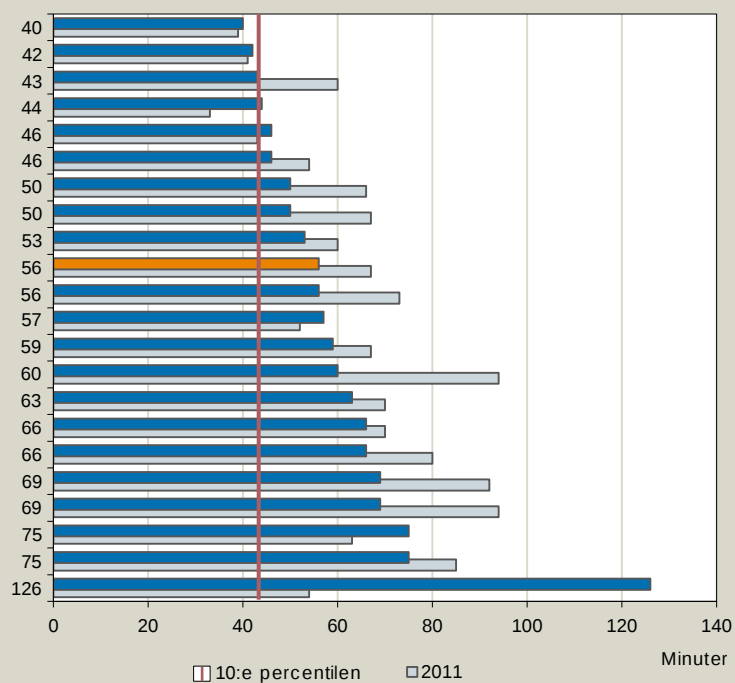
Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad trombolysbehandling.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 6b. Tid till trombolys

Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad trombolysbehandling, 2012.



Källa: Riks-Stroke.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har angivit målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	40 minuter (uppnås av 1 landsting)
Måttlig målnivå	60 minuter (uppnås av 13 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *mediantid till trombolys* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 40 minuter.

Motivering till målnivån

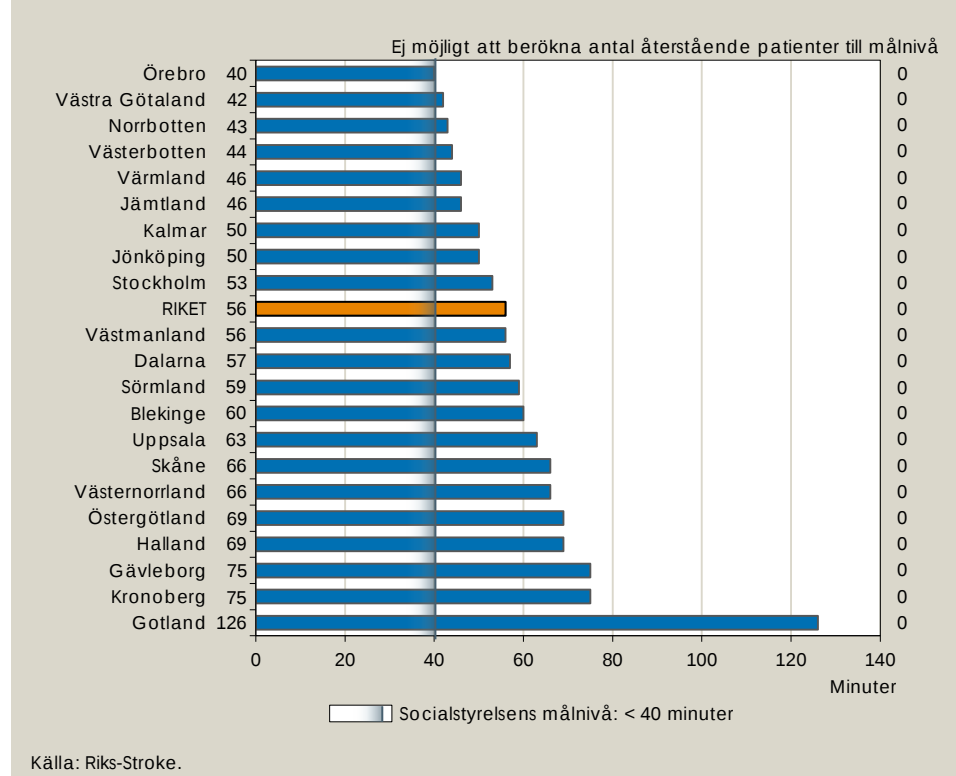
Detta är en synnerligen viktig indikator som speglar kvaliteten i den akuta fasen av hälso- och sjukvårdens omhändertagande av patienter med stroke. Tiden är en avgörande faktor för möjligheten att ge trombolysbehandling och återställa blodflödet till den drabbade delen av hjärnan för att undvika bestående skador eller död. Varje minuts fördröjning försämrar prognosen.

De senaste åren har mediantiden från ankomst till sjukhus till dess att trombolysbehandlingen påbörjats kortats väsentligt. En viktig anledning till detta är att många sjukhus har förbättrat sina processer för det akuta omhändertagandet av strokepatienter och att detta arbete nu börjar ge resultat. De landsting som i dag har kortast fördröjningstider ligger på runt 40 minuter. Genom ett fortsatt målinriktat arbete ute i landstingen för att förkorta fördröjningstiderna bör det vara möjligt för merparten av landstingen att nå mediantider under 40 minuter inom ett par år. Därefter bör man utvärdera målnivån och vid behov justera den.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 6c. Tid till trombolys

Mediantid mellan ankomst till sjukhus och påbörjad trombolysbehandling, 2012.



För denna indikator saknas det underlag för att beräkna antalet återstående patienter till målnivå.

Trombolysbehandling vid ischemisk stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen sedan tidigare ADL-oberoende patienter under 80 år som fick trombolysbehandling (blodproppslösande behandling) vid ischemisk stroke (hjärninfarkt) under åren 2010–2012.

Det är viktigt att notera att rekommendationen om trombolysbehandling för närvarande genomgår en översyn inom ramen för nationella riktlinjer. I den preliminära uppdateringen av rekommendationen har den övre åldersgränsen för trombolysbehandling tagits bort vilket innebär att även personer över 80 år kan bli aktuella för behandlingen efter en individuell medicinsk bedömning. Tills vidare kan man dock använda åldersgränsen 80 år som just en indikator på vårdatgårdens förekomst inom hälso- och sjukvården.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Syftet med trombolysbehandling vid hjärninfarkt är att lösa upp den blodpropp som orsakar strokesymtomen. Genom att snabbt återställa blodcirkulationen till det drabbade området i hjärnan kan man reducera risken för

hjärnskador och framtida men och öka chansen till överlevnad. För att behandlingen ska ge önskad effekt utan alltför hög risk för komplikationer ska den ges inom som mest fyra och en halv timme efter symtomdebuten, dock helst tidigare än så. Indikatoren är intressant både för professionerna och ur ett styrnings- och ledningsperspektiv

Teknisk beskrivning

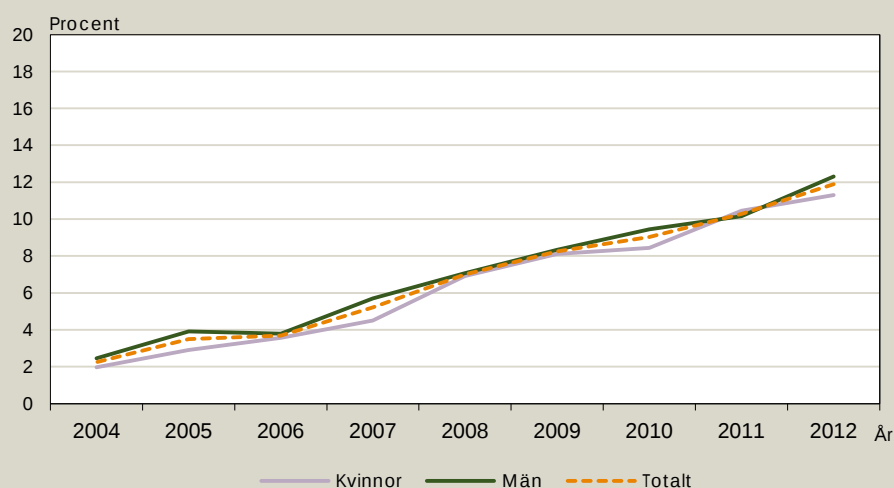
Täljare: Antal patienter som har trombolysbehandlats.

Nämnare: Antal patienter med ischemisk stroke (ICD10: I63) som uppfyller kriterierna för behandlingen (18–80 år, ADL-oberoende vid insjuknandet) och som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 7a. Trombolysbehandling vid ischemisk stroke

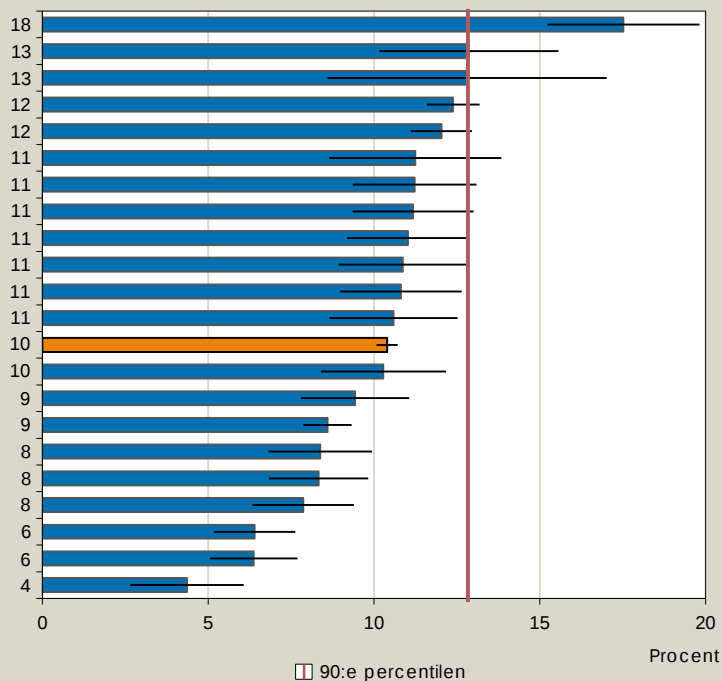
Andel strokepatienter som fått trombolys, av dem som uppfyller kriterierna för behandling. Avser patienter < 80 år.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 7b. Trombolysbehandling vid ischemisk stroke

Andel strokepatienter som fått trombolys, av dem som uppfyller kriterierna för behandling, 2010-2012. Avser patienter < 80 år.



Källa: Riks-Stroke.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har angivit målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	15 % (uppnås av 1 landsting)
Måttlig målnivå	10 % (uppnås av 12 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *trombolysbehandling vid stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 15 procent för patienter under 80 år.

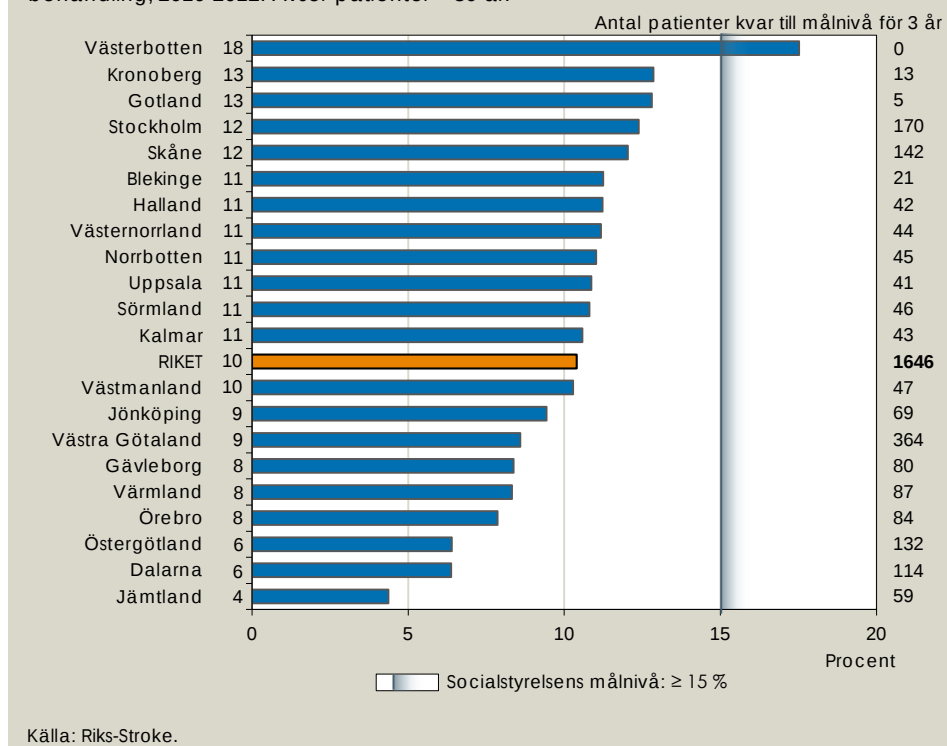
Motivering till målnivån

Användning av trombolysbehandling vid ischemisk stroke ökar markant över tid, vilket är positivt. Bedömningen är att en målnivå på 15 procent eller högre för patienter under 80 år är kliniskt rimlig i nuläget. Den strokekampanj som genomförts i landstingens regi, och som syftar till att få personer med strokesymtom att söka vård i ett tidigare skede, kan sannolikt ge resultat ytterligare en skjuts uppåt då fler blir aktuella för denna behandling.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 7c. Trombolysbehandling vid ischemisk stroke

Andel strokepatienter som fått trombolys, av dem som uppfyller kriterierna för behandling, 2010-2012. Avser patienter < 80 år.



Med utgångspunkt i 2010–2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 15 procent att ytterligare cirka 550 patienter per år bör behandlas, i riket som helhet.

Vård på strokeenhet

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen strokepatienter som vårdats på en strokeenhet någon gång under sin akuta sjukdomsperiod. Indikatorn omfattar samtliga patienter, oavsett ålder eller sjukdomens svårighetsgrad.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Strokeenheter är vårdavdelningar som är organiserade för att i huvudsak vårda patienter som insjuknat i stroke. Utmärkande för strokeenheter är bland annat personal med expertkompetens inom strokevård, multi-disciplinärt arbetssätt, fastställda vårdprogram och tydliga rutiner. Att vårdas på en strokeenhet har en positiv inverkan på såväl överlevnad som funktionsförmåga efter ett strokeinsjuknande. Indikatorn är intressant både för professionerna och ur ett styrnings- och ledningsperspektiv

Teknisk beskrivning

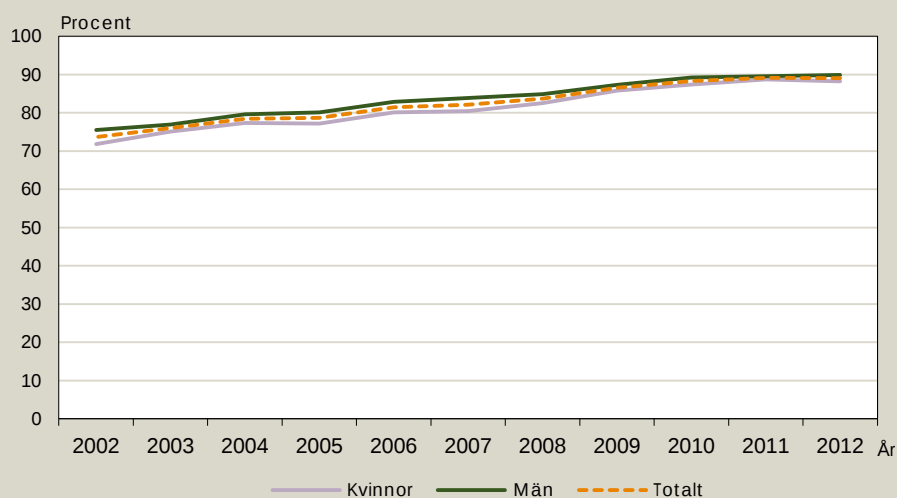
Täljare: Antal patienter som vårdats på en strokeenhet vid något tillfälle under den akuta vårdtiden efter insjuknande i stroke.

Nämnare: Antal patienter med stroke (ICD10: I61, I63, I64) som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 8a. Vård på strokeenhet

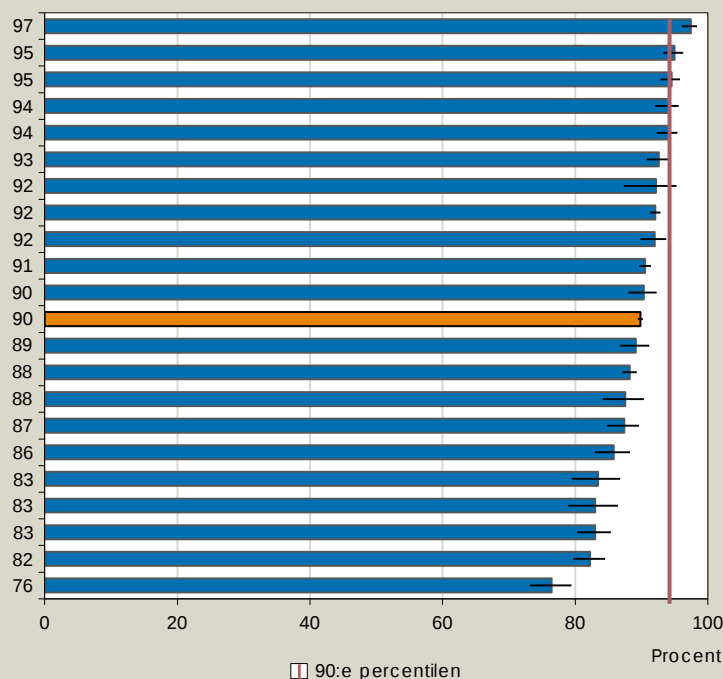
Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 8b. Vård på strokeenhet

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2012. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har angivit målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	90 % (uppnås av 11 landsting)
Måttlig målnivå	85 % (uppnås av 16 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *vård på strokeenhet* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent. Målnivån gäller samtliga patienter oavsett ålder.

Motivering till målnivån

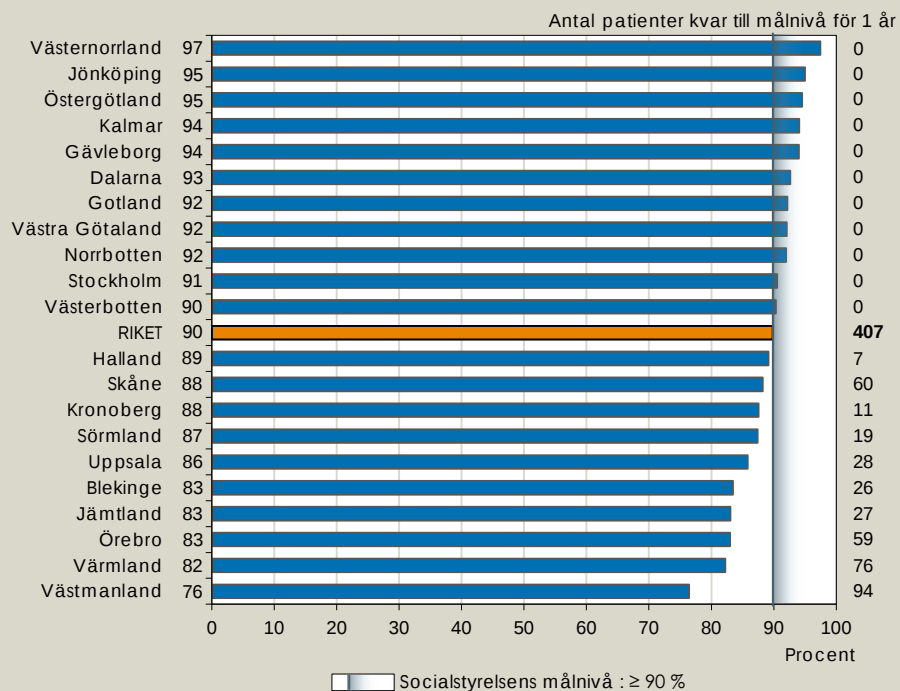
Nästan alla patienter med stroke drar fördel av att vårdas på en specialiserad strokeenhet, och målet behöver därför vara högt. Det finns dock en del patienter som av olika anledningar inte kan placeras på en strokeenhet. Exempel på detta är personer som samtidigt har en allvarlig hjärtsjukdom som i första hand behöver vårdas på en kardiologisk avdelning, eller personer med samtidiga frakturer som i första hand behöver vårdas på en ortopedavdelning. Av

den anledningen har målnivån inte lagts vid 100 procent. Det är dock viktigt att varje patients individuella vårdbehov styr var de vårdas, och den absoluta merparten av patienter med stroke bör vårdas på en strokeenhet.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 8c. Vård på strokeenhet

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2012. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Med utgångspunkt i 2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 400 patienter per år bör få vård på strokeenhet, i riket som helhet.

Direktinläggning på strokeenhet

Vad visar indikatorn?

Indikatorn mäter andelen strokepatienter som vid akut insjuknande i stroke skrivs in direkt på strokeenhet eller intensivvårdsavdelning utan att först vårdas på annan vårdavdelning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

För att patienter som insjuknat i stroke ska kunna dra maximal nytta av den högre vårdkvalitet som en strokeenhet ger bör de läggas in direkt på en strokeenhet vid ankomst till sjukhus, utan att först vårdas på annan vårdavdelning. Vissa patienter kan dock, efter en läkarbedömning, vara i behov av intensivvård under sin första tid på sjukhuset. Av den anledningen har Socialstyrelsen även räknat in direktinskrivning till intensivvårdsavdelning i måt-

tet. Indikatoren är intressant både för professionerna och ur ett styrnings- och ledningsperspektiv

Teknisk beskrivning

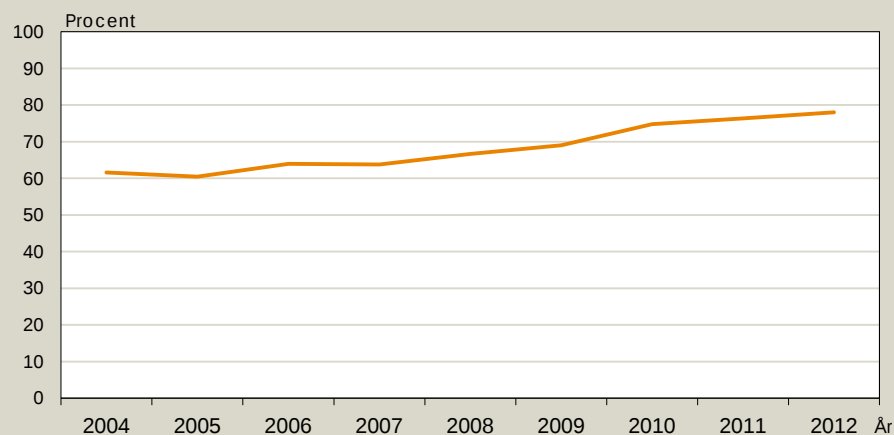
Täljare: Antal patienter med stroke som initialt under det akuta vårdtillfället vårdats på en strokeenhet eller intensivvårdsavdelning (IVA) vid inskrivning på sjukhus.

Nämnare: Antal patienter med stroke (ICD10: I61, I63, I64) som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 9a. Direktinläggning på strokeenhet

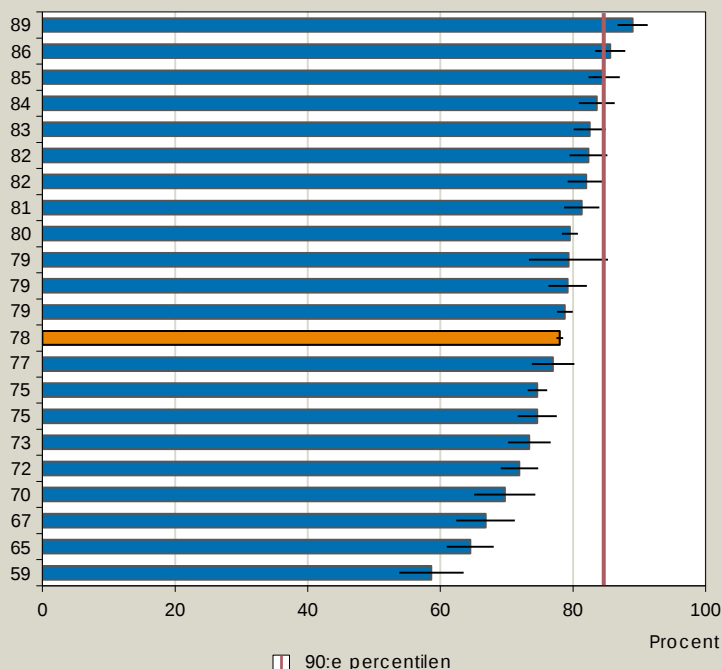
Andel strokepatienter som lagts in direkt på strokeenhet vid inläggning på sjukhus. Avser även vård på intensivvårdsavdelning. Alla åldrar ingår.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 9b. Direktinläggning på strokeenhet

Andel strokepatienter som lagts in direkt på strokeenhet vid inläggning på sjukhus, 2012. Avser även vård på intensivvårdsavdelning. Alla åldrar ingår.



Källa: Riks-Stroke.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har angivit målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	90 % (uppnås av 0 landsting)
Måttlig målnivå	80 % (uppnås av 9 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *direktinläggning på strokeenhet* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent. Målnivån avser samtliga patienter oavsett ålder.

Motivering till målnivån

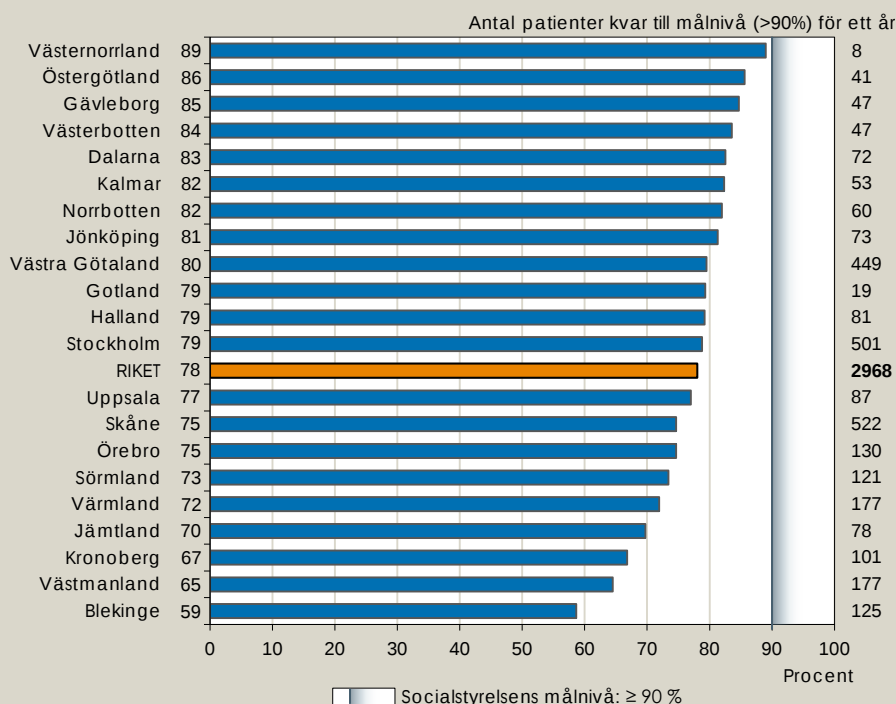
För att dra full nytta av de positiva effekter som vård på strokeenheter medför för patienter med stroke bör en så hög andel som möjligt läggas in direkt på en strokeenhet när de skrivs in på sjukhus. Denna indikator omfattar även patienter vars medicinska status innebär att de omedelbart kräver intensivvård vid ankomst till sjukhus. Det finns dock en del patienter som av olika anledningar inte kan placeras på en strokeenhet. Inte heller patienter med mer

oklara symtom, exempelvis yrsel, där diagnosen stroke uppdagas efter något dygn, innefattas i kategorin av dem som placeras på strokeenhet direkt. Av den anledningen har vi inte lagt målnivån på 100 procent. Ett mål på 100 procent skulle också innebära att det skulle krävas en överkapacitet på strokeenheterna, vilket ur resurssynpunkt inte är hållbart.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 9c. Direktinläggning på strokeenhet

Andel strokepatienter som lagts in direkt på strokeenhet vid inläggning på sjukhus, 2012. Avser även vård på intensivvårdsavdelning. Alla åldrar ingår.



Källa: Riks-Stroke.

Med utgångspunkt i 2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 3 000 patienter per år bör skrivas in direkt till en strokeenhet vid inskrivning på sjukhus, i riket som helhet.

Blodtrycksbehandling efter stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn mäter andelen patienter som vårdats för stroke på sjukhus och som behandlades med blodtryckssänkande läkemedel 12–18 månader efter utskrivningstillfället.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Blodtrycksbehandling efter stroke är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra återinsjuknande i hjärt- och kärlsjukdom. Behandlingen ges i form av blodtryckssänkande läkemedel och är i många fall livslång. De flesta

strokepatienter med normalt eller förhöjt blodtryck bör behandlas med blodtryckssänkande läkemedel i efterförloppet till sjukdomen. Genom att mäta andelen patienter som behandlas 12–18 månader efter utskrivning tar man hänsyn till skillnader mellan landstingen om förskrivningsrutiner av sekundärpreventiva läkemedel. Indikatorn är framför allt intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

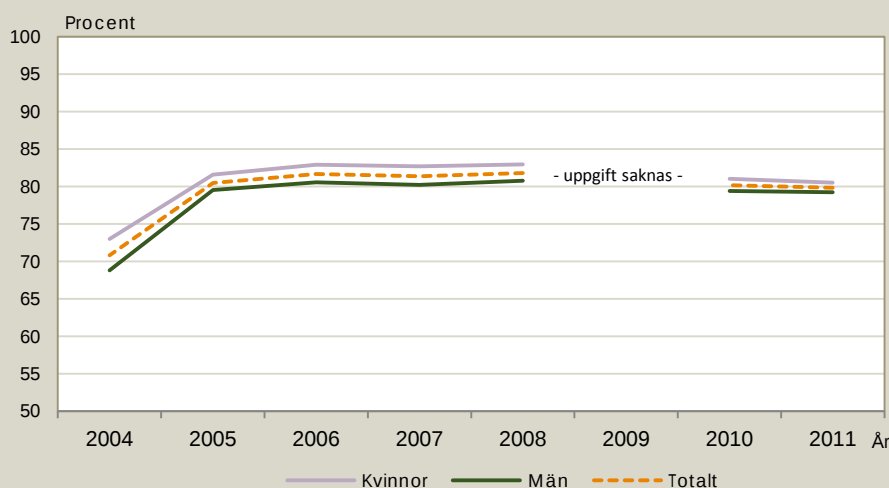
Täljare: Antal patienter som 12–18 månader efter utskrivningstillfället efter sjukhusvårdad stroke hämtat ut blodtryckssänkande läkemedel (ATC: C3, C7–C9) från apotek.

Nämnare: Antal patienter med stroke (I61, I63, I64) som registrerats i patientregistret under mätperioden 1 januari 2010 till 31 december 2011, exklusive dem som avlidit inom 18 månader efter strotillfället.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 10a. Blodtryckssänkande behandling efter stroke

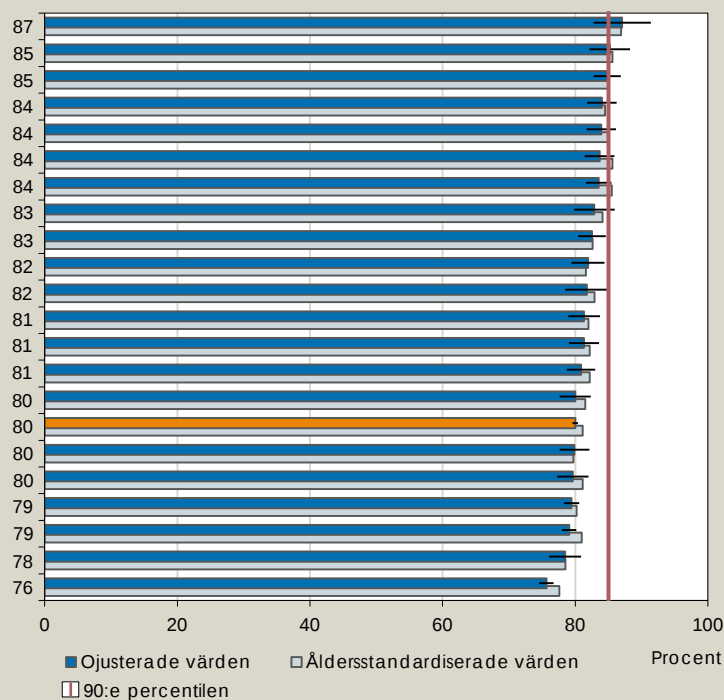
Andel patienter med blodtryckssänkande behandling 12-18 månader efter stroke. Avser alla åldrar.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 10b. Blodtryckssänkande behandling efter stroke

Andel patienter med blodtryckssänkande behandling 12-18 månader efter stroke, 2010-2011. Avser alla åldrar.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har angivit målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Det är dock viktigt att notera att dessa målnivåer avser blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus, inte 12–18 månader senare. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	80 % (uppnås av 15 landsting)
Måttlig målnivå	70 % (uppnås av samtliga 21 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *blodtryckssänkande läkemedel 12–18 månader efter stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

Blodtryckssänkande läkemedel har en god sekundärpreventiv effekt hos strokepatienter med normalt eller högt blodtryck. De allra flesta är aktuella för behandlingen, men det finns också en grupp patienter som redan har lågt blodtryck och där behandlingen istället riskerar göra skada. En målnivå på

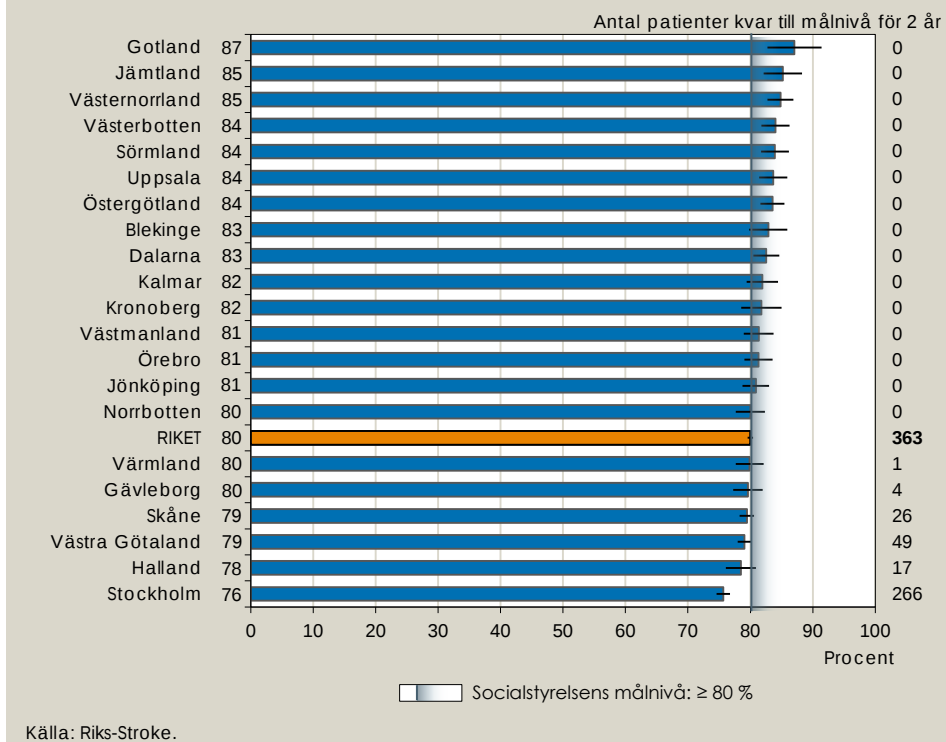
≥ 80 procent bedöms vara kliniskt relevant för denna indikator.

Fortsättningsvis bör indikatorn tas fram genom en samkörning mellan Riks-Stroke och läkemedelsregistret. Detta för att minska eventuella effekter av en överdiagnostisering av strokefall i patientregistret. En samkörning med Riks-Stroke gör det också möjligt att följa läkemedelsbehandlingen från utskrivningstillfället och framåt.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 10c. Blodtryckssänkande behandling efter stroke

Andel patienter med blodtryckssänkande behandling 12-18 månader efter stroke, 2010-2011. Avser alla åldrar.



Med utgångspunkt i 2010–2011 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 80 procent att ytterligare cirka 180 strokepatienter per år bör behandlas med blodtryckssänkande läkemedel, i riket som helhet.

Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter hjärninfarkt

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer i åldern 55–79 år som behandlas med antikoagulantia 12–18 månader efter stroke.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Patienter med förmaksflimmer som insjuknar i ischemisk stroke behöver behandling med blodproppshämmande läkemedel som sekundärprevention för att minska risken för en ny stroke. Behandlingen innebär dock en del risker, framför allt för äldre patienter. Därför är det åldersgruppen < 80 år som står i fokus i denna mätning. Många patienter har en ökad blödningsrisk och därför kontraindikationer mot denna behandling. Utvecklingen i många landsting visar dock att det är möjligt att framgångsrikt behandla två tredjedelar eller fler av de patienter med förmaksflimmer som insjuknar i stroke genom användning av antikoagulantia. Indikatorn är framför allt intressant ur ett professionsperspektiv.

Teknisk beskrivning

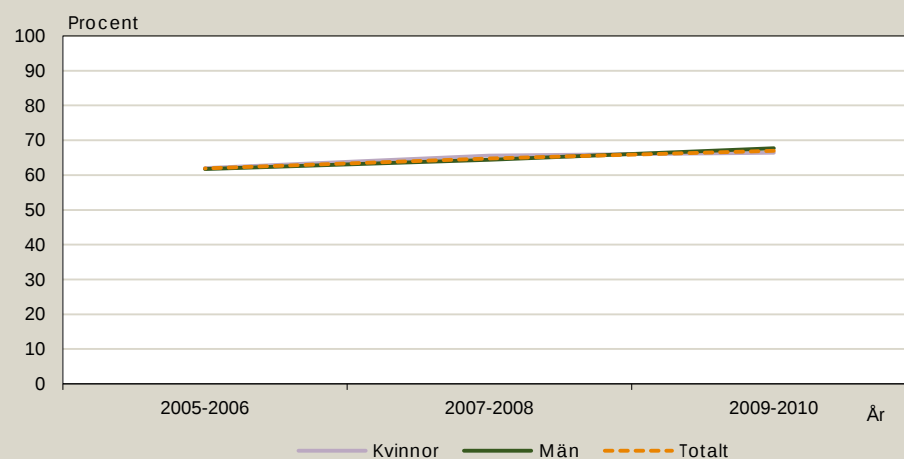
Täjlare: Andel patienter som 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för stroke hämtat ut peroral antikoagulantia (ATC: B01AA03, B01AE07, B01AF01, B01AF02) från apotek.

Nämnare: Antal patienter med ischemisk stroke (I63) och förmaksflimmer (I48) som registrerats i patientregistret under mätperioden.

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 11a. Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter stroke

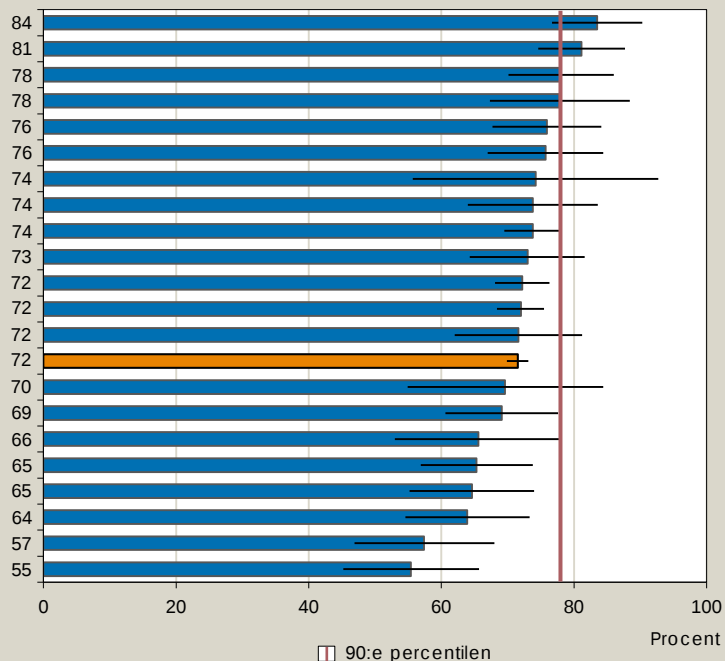
Andel patienter som behandlats med antikoagulantia 12-18 månader efter ischemisk stroke och vid förmaksflimmer. Avser patienter 55-79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 11b. Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter stroke

Andel patienter som behandlats med antikoagulantia 12-18 månader efter ischemisk stroke och vid förmaksflimmer, 2010-2011. Avser patienter 55-79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har satt målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Det är dock viktigt att notera att dessa målnivåer avser blodproppshämmande behandling hos patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer vid utskrivning från sjukhus, inte 12–18 månader senare. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	70 % (uppnås av 14 landsting)
Måttlig målnivå	55 % (uppnås av 21 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *antikoagulantia vid förmaksflimmer 12–18 månader efter hjärninfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

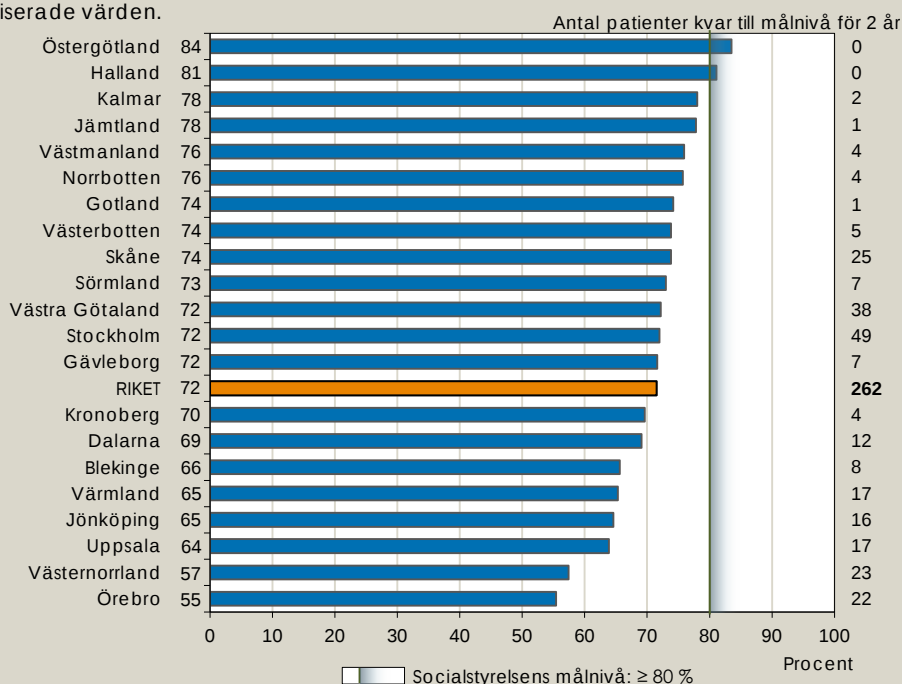
För patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer är behandling med antikoagulantia av stor betydelse för att undvika återinsjuknande i stroke. Det är dock en behandling förenad med vissa risker, varför alla patienter inte kommer i fråga för behandlingen. Under senare år har nya typer av antikoagulantia kommit ut på marknaden vilket delvis förbättrar möjligheterna att behandla fler patienter, även om kontraindikationer fortfarande behöver beaktas. Med bakgrund i detta anser Socialstyrelsen att ≥ 80 procent för patienter under 80 år är en relevant målnivå.

Fortsättningsvis bör indikatorn tas fram genom en samkörning mellan Riks-Stroke och läkemedelsregistret för att minska eventuella effekter av en överdiagnostisering av strokefall i patientregistret. En samkörning med Riks-Stroke gör det också möjligt att följa läkemedelsbehandlingen från utskrivningstillfället och framåt.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 11c. Antikoagulantia vid förmaksflimmer efter stroke

Andel patienter som behandlats med antikoagulantia 12-18 månader efter ischemisk stroke och vid förmaksflimmer, 2010-2011. Avser patienter 55-79 år, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Med utgångspunkt i 2010–2011 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 80 procent att ytterligare cirka 130 patienter per år bör bli aktuella för behandling med antikoagulantia vid ischemisk stroke och förmaksflimmer.

Statinbehandling efter stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter som behandlas med statiner (blodfettssänkande läkemedel) 12–18 månader efter utskrivning efter att de vårdats för ischemisk stroke. Indikatorn avser alla åldrar över 18 år.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Statinbehandling har en dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter ischemisk stroke (hjärninfarkt). Notera dock att det finns risker med behandlingen, inte minst i form av muskelpåverkan, varför behandlingen inte lämpar sig för samtliga patienter. Indikatorn är framför allt intressant ur ett professionsperspektiv.

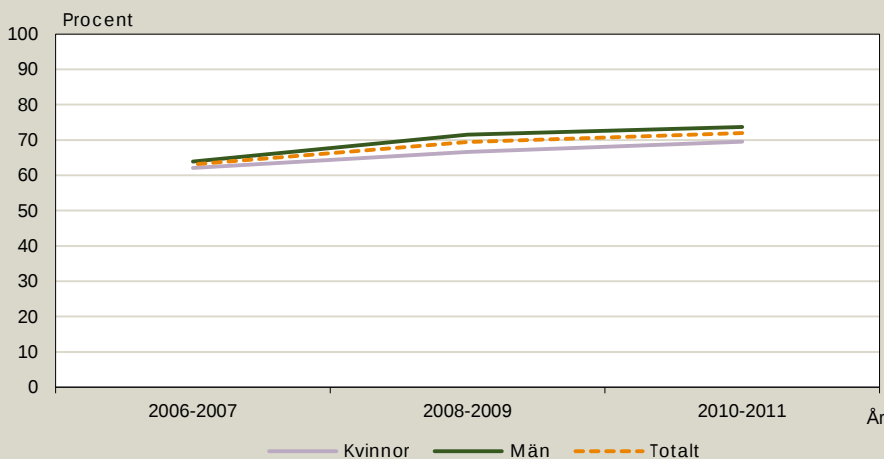
Teknisk beskrivning

Täljare: Andel patienter som 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus efter vård för ischemisk stroke hämtat ut statiner (ATC: C10AA) från apotek.
Nämnare: Antal patienter med ischemisk stroke (ICD10: I63) som registrerats i patientregistret under mätperioden.

Redovisning av statistiska underlag

Diagram 12a. Statiner efter stroke

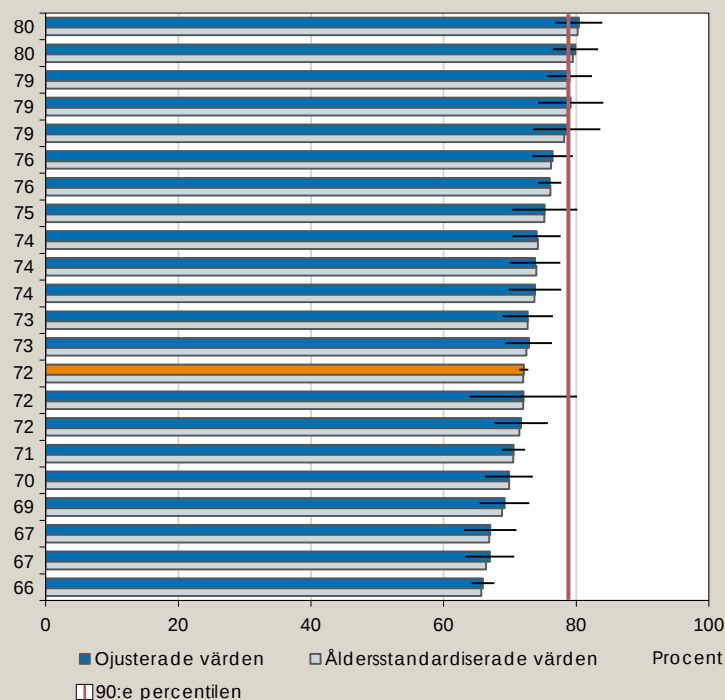
Andel patienter som behandlats med statiner 12-18 månader efter ischemisk stroke. Avser alla åldrar, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 12b. Statiner efter stroke

Andel patienter som behandlats med statiner 12-18 månader efter ischemisk stroke, 2010-2011. Avser alla åldrar.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har satt målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Det är dock viktigt att notera att dessa målnivåer avser statinbehandling vid utskrivning från sjukhus, inte 12–18 månader senare. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	75 % (uppnås av 8 landsting)
Måttlig målnivå	65 % (uppnås av 21 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *statinbehandling 12–18 månader efter hjärninfarkt* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 75 procent.

Motivering till målnivån

För patienter med ischemisk stroke ger behandling med statiner skydd mot återinsjuknande i stroke. Med tanke på att det är relativt vanligt med biverkningar av statiner är inte alla patienter aktuella för behandlingen. Likaså är statiner ett av de läkemedel som ofta sätts ut i samband med översyn av lä-

kemedelslistor hos patienter med många läkemedel. I dagsläget behandlas drygt 70 procent av hjärninfarktpatienterna med statiner vid uppföljningstillfället 12–18 månader efter stroke. En kliniskt rimlig nivå ligger sannolikt närmare 75 procent.

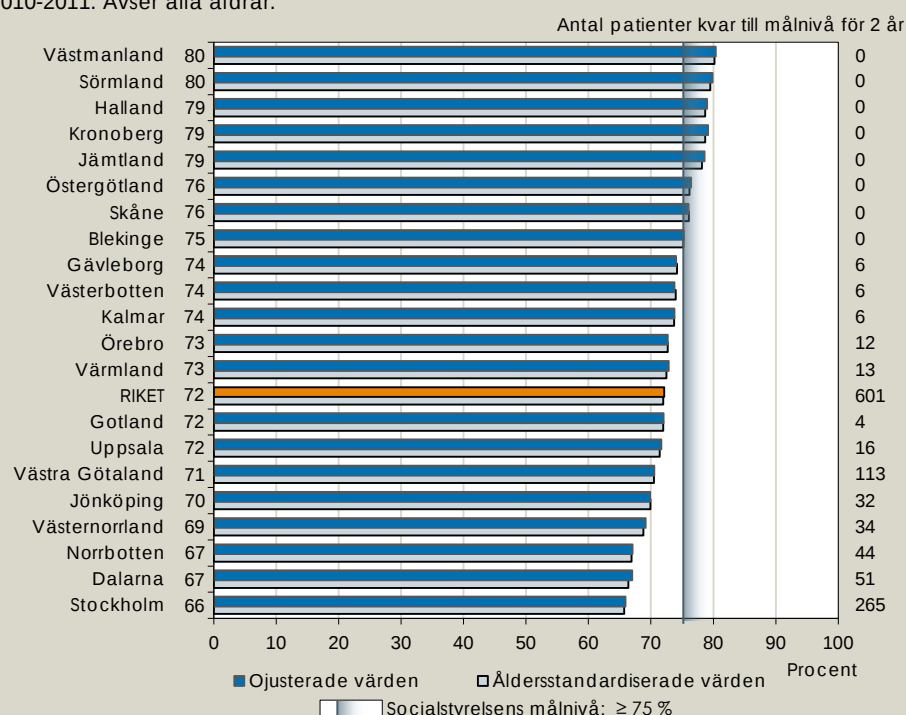
Fortsättningsvis bör man ta fram indikatorn genom att samköra Riks-Stroke och läkemedelsregistret för att minska eventuella effekter av en överdiagnostisering av strokefall i patientregistret. En samkörning med Riks-Stroke gör det också möjligt att följa läkemedelsbehandlingen från utskrivningstillfället och framåt.

Förekomsten av biverkningar kopplade till statiner bör också bedömas i kommande uppdatering av de nationella riktlinjerna. En ny bedömning kan eventuellt leda till att man behöver justera målnivån.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 12c. Statiner efter stroke

Andel patienter som behandlats med statiner 12-18 månader efter ischemisk stroke, 2010-2011. Avser alla åldrar.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Med utgångspunkt i 2010–2011 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 75 procent att ytterligare cirka 300 patienter per år bör bli aktuella för behandling med statiner vid ischemisk stroke.

Rökstopp efter stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter som slutat röka inom 3 månader efter stroke, av dem som var rökare vid insjuknandet.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Rökstopp är en viktig och effektiv åtgärd för att förebygga ny stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Genom att erbjuda rökavvänjande insatser kan hälso- och sjukvården utgöra ett viktigt stöd i patientens process att sluta röka. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

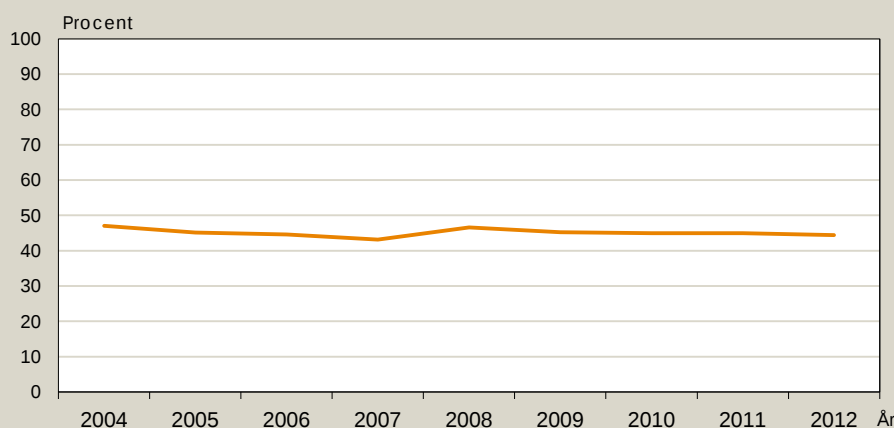
Täljare: Antal patienter som uppgivit att de slutat röka vid Riks-Stroke's uppföljning 3 månader efter stroke.

Nämnare: Antal patienter som uppgivit att de är rökare när de insjuknade i stroke och som registrerats i Riks-Stroke.

Redovisning av data

Diagram 13a. Rökstopp efter stroke

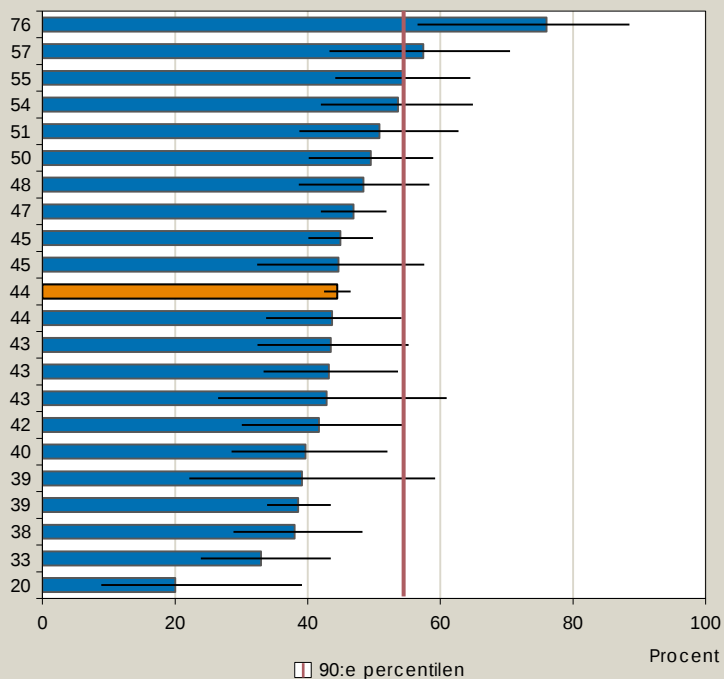
Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke, av dem som var rökare vid tidpunkten för insjuknandet. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 13b. Rökstopp efter stroke

Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke, av dem som var rökare vid tidpunkten för insjuknandet, 2012. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Socialstyrelsens nationella målnivå

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

Motivering

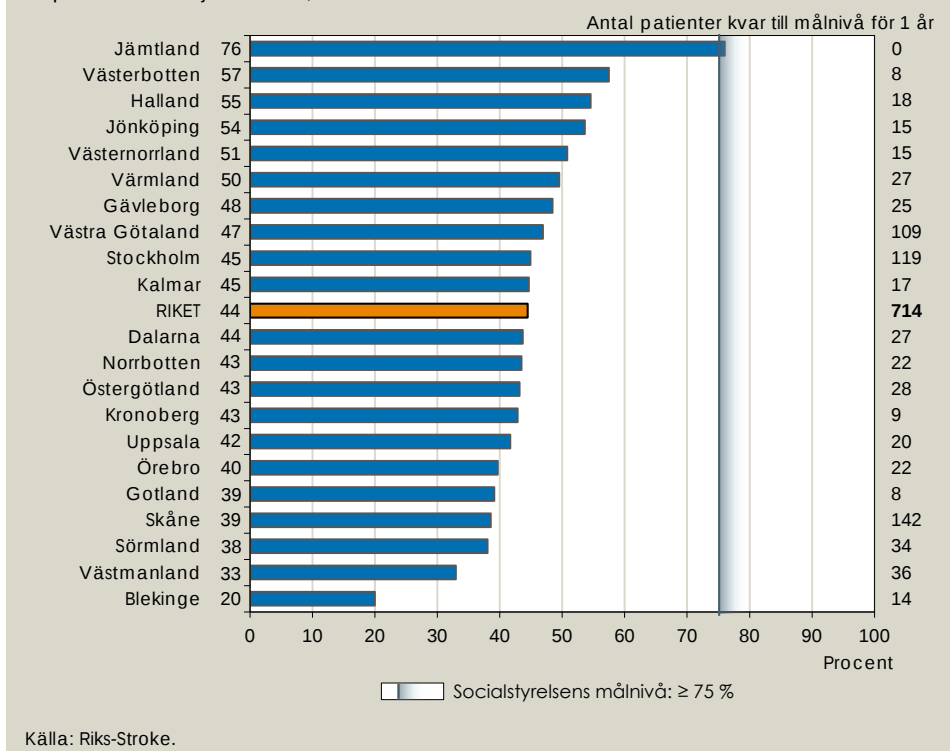
Andelen rökare bland strokepatienter är inte så hög, år 2012 var 15,6 procent av de patienter Riks-Stroke hade uppgift om rökare när de insjuknade. Rökstopp är dock en viktig åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Av den anledningen är det viktigt att sätta in rökavvänjande åtgärder i ett tidigt skede för att hjälpa fler att sluta röka efter stroke. Helst skulle alla patienter vara rökfria tre månader efter stroke, men med tanke på hur det statistiska underlaget ser ut, med en relativt låg andel patienter som slutat röka och en stor variation mellan landstingen, kan ett första steg på vägen vara en målnivå på ≥ 75 procent.

Med tanke på att det skiljer över 30 procentenheter mellan nuvarande resultat och den fastställda målnivån vill Socialstyrelsen poängtera att ett långsiktigt arbete krävs för att nå målfyllelse för indikatorn.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 13c. Rökstopp efter stroke

Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke, av de som var rökare vid tidpunkten för insjuknandet, 2012. Avser alla åldrar.



Med utgångspunkt i 2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 75 procent att ytterligare cirka 715 patienter per år bör få hjälp och stöd att sluta röka efter stroke.

Stöd och hjälp efter stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn mäter andelen patienter som uppgett att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Indikatorn är ett viktigt mått på kvaliteten för omhändertagandet under och efter sjukhusvistelsen. Indikatorn speglar såväl landstingens som kommunernas insatser. Den är också i huvudsak intressant ur ett styrnings- och ledningsperspektiv för såväl kommuner som landsting.

Teknisk beskrivning

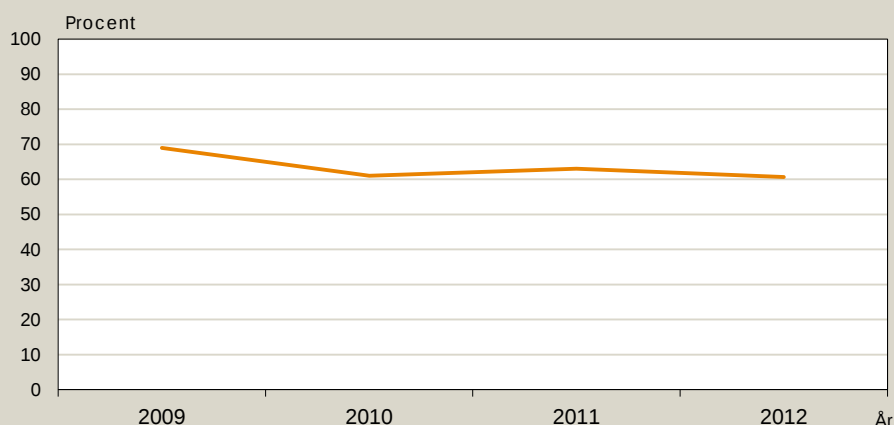
Täljare: Antal patienter som uppgett att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke.

Nämnare: Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 3 månader efter stroke och som besvarat frågan om tillgodosett behov av stöd och hjälp med [Ja, helt], [Ja, delvis] eller [Nej].

Redovisning av statistiskt underlag

Diagram 14a. Stöd och hjälp efter stroke

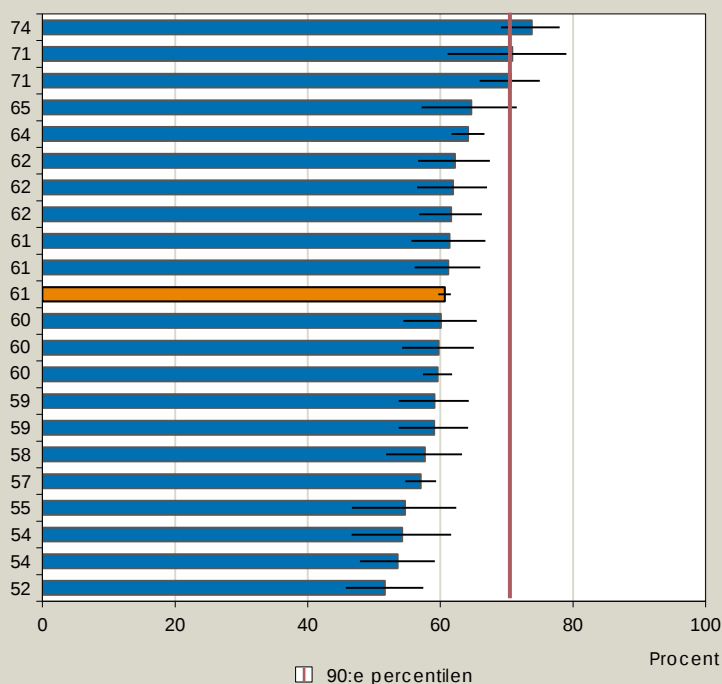
Andel patienter som uppgivit att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Diagram 14b. Stöd och hjälp efter stroke

Andel patienter som uppgivit att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Befintliga målnivåer

Riks-Stroke har angivit målnivåer för denna indikator enligt systemet *hög eller måttlig målnivå*. Den höga målnivån ska representera en hög ambitionsnivå men vara fullt möjlig att nå. Den måttliga målnivån ska redan ha uppnåtts av ett betydande antal sjukhus [11]. Målnivåerna är:

Typ av målnivå	Värde
Hög målnivå	75 % (uppnås av 0 landsting)
Måttlig målnivå	60 % (uppnås av 13 landsting)

Socialstyrelsens nationella målnivå

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

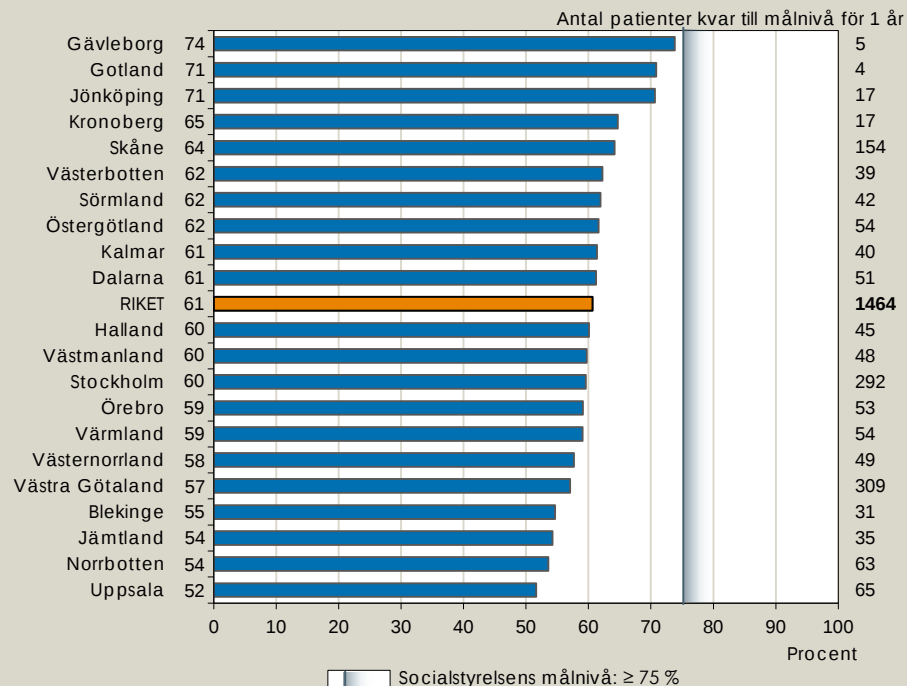
Motivering till målnivån

Denna indikator speglar det samlade stöd som patienten upplever att samhället ger. Indikatorn är ur det perspektivet ett viktigt mått på hur vårdkedjan fungerar under de första månaderna efter utskrivning. Det optimala vore om samtliga patienter upplevde att deras behov av hjälp och stöd var helt tillgodosett, men eftersom många olika faktorer spelar in är detta sannolikt inte realistiskt. Utöver de 61 procent som upplever ett helt tillgodosett behov tillkommer också cirka 29 procent som upplever ett delvis tillgodosett behov för denna indikator. Bedömningen är att ≥ 75 procent bör uppleva sina behov av hjälp och stöd helt tillgodosedda.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 14c. Stöd och hjälp efter stroke

Andel patienter som uppgivit att deras behov av stöd och hjälp är helt tillgodosett 3 månader efter stroke, 2012. Avser alla åldrar.



Källa: Riks-Stroke.

Med utgångspunkt i 2012 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 75 procent att ytterligare cirka 1 500 patienter per år bör få sina behov av hjälp och stöd helt tillgodosedda.

Andel nöjda med rehabilitering efter stroke

Vad visar indikatorn?

Indikatorn mäter andelen som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen 3 månader efter stroke.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Indikatorn är ett viktigt mått på kvaliteten på rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen. Den är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen.

Nämnare: Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 3 månader efter stroke och som i frågan om de är nöjda med rehabili-

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn *andel nöjda med rehabilitering 3 månader efter stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 87 procent.

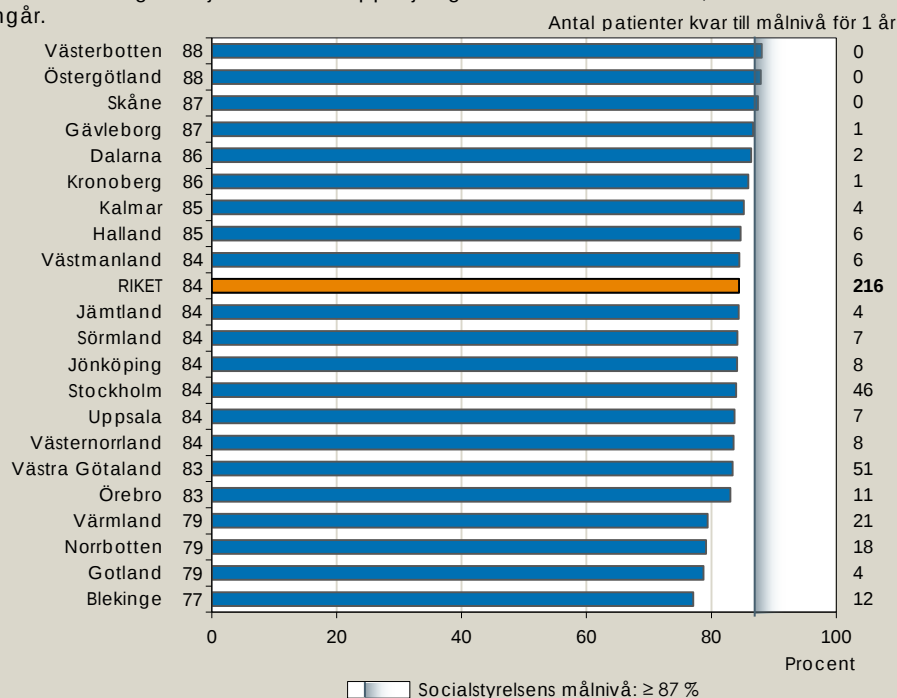
Motivering till målnivån

Merparten av patienterna med omfattande rehabiliteringsbehov får sin rehabilitering utanför akutsjukhuset. Rehabiliteringen ges antingen i landstingets eller i kommunens regi. Eftersom rehabilitering efter stroke är absolut nödvändigt för att återfå eller förbättra kroppsfunktioner som skadats, och åtgärden dessutom har högsta prioritet i de nationella riktlinjerna, är Socialstyrelsens bedömning att målnivån bör ligga högt för denna indikator. Man bör dock ta hänsyn till att patientens förväntningar på resultatet av rehabiliteringen kan spela in i bedömningen av rehabiliteringens kvalitet och omfattning. Därmed kan inte målnivån bli 100 procent. Socialstyrelsen har satt indikatorns målnivå till 90:e percentilens värde, i detta fall ≥ 87 procent.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 15c. Rehabilitering efter stroke

Andel patienters som upplever sig vara tillfredsställda med rehabilitering som de erhållit efter utskrivning från sjukhus. Avser uppföljning 3 månader efter stroke, 2012. Alla åldrar ingår.



Källa: Riks-Stroke.

Med utgångspunkt i 2010–2011 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 87 procent att ytterligare cirka 215 patienter per år bör få rehabilitering av sådan

kvalitet och omfattning att de kan säga sig vara nöjda eller mycket nöjda med insatserna.

Målnivåer för diabetesvård

Socialstyrelsen har, efter att konsensusmöte och remissrunda genomförts, beslutat att för närvarande inte fastställa några målnivåer för indikatorer inom diabetesvård. Det finns flera anledningar till detta, de viktigaste beskrivs nedan.

Pågående uppdatering av nationella riktlinjer

För närvarande arbetar Socialstyrelsen med att uppdatera de nationella riktlinjerna för diabetesvård. I dessa uppdateringar ingår även en översyn av de nuvarande behandlingsmålen eller referensvärdena för tre av de viktigaste rekommendationerna: HbA1c, LDL-kolesterol och målblodtryck. Som beskrivits i rapportens inledande kapitel är ett behandlingsmål den nivå av en viss markör i blodet, eller en annan mätbar parameter, som inte bör överskridas hos den enskilda patienten. Om dessa behandlingsmål eller referensvärden skulle komma att justeras i riktlinjens rekommendationer kommer även indikatorerna kopplade till rekommendationerna att påverkas. Därmed är det inte aktuellt att fastställa några målnivåer på gruppnivå för dessa indikatorer innan det beslutats vilka behandlingsmål eller referensvärden som ska gälla framöver. Socialstyrelsens ambition är att ha målnivåer för dessa indikatorer klara så snart de nationella riktlinjernas remissfas är avslutad.

Utöver de tre indikatorerna ovan kan ytterligare indikatorer att bli aktuella för målnivåer till den slutliga versionen av riktlinjen.

Justering av indikatorer

Under arbetets gång har det blivit tydligt att flera indikatorer som speglar viktiga vårdåtgärder är i behov av justeringar för att kunna användas på bästa sätt. Exempelvis behöver vissa indikatorer avgränsas tydligare utifrån ålder eller sjukdomsduration, eller mätmetoden förändras. Därefter behöver dessa indikatorer testas igen. Denna typ av justeringar görs bäst inom ramen för uppdateringen av de nationella riktlinjerna.

Validering av datakällor

För att indikatorer ska vara mätbara och möjliga att målsätta krävs en stabil datakälla med hög täckningsgrad för den vårdaspekt som ska undersökas. Socialstyrelsen har bedömt att datakällorna för vissa indikatorer varit alltför osäkra för att indikatorerna i dagsläget ska vara användbara. Därmed är dessa inte heller aktuella för målnivå.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Komplettering av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 och strokesjukvård 2009. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2013. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
6. Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
7. Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Nationell utvärdering 2011 – Diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
9. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL; 2012.
10. Årsrapport – 2012 års resultat. Göteborg: Nationella Diabetesregistret (NDR); 2013.
11. Årsrapport – Rapport från Riks-Stroke 2012. Umeå: Västerbottens läns landsting; 2013.
12. Årsrapport SWEDEHEART 2012. Uppsala: UCR; 2013.
13. Förmaksflimmer. Förekomst och risk för stroke. Stockholm: SBU; 2013.

Bilaga 1. Deltagarförteckning

Tabell 4-1. Projektorganisation

Styrgrupp	
Marie Lawrence	Enhetschef – Indikatorbaserad utvärdering
Mona Heurgren	Enhetschef – Öppna jämförelser 1
Lars Grönvik	Enhetschef – Statistik 1
Kristina Wikner	Enhetschef – Nationella riktlinjer
Projektledningsgrupp	
Björn Nilsson	Projektledare, Socialstyrelsen
Göran Zetterström	Utredare, Socialstyrelsen
Tony Holm	Konsult

Tabell 4-2. Deltagare strokevård

Expertgrupp	
Kjell Asplund	Medicinskt sakkunnig
Eric Bertholds	Medicinskt sakkunnig
Mia von Euler	Medicinskt sakkunnig
Per Wester	Medicinskt sakkunnig
Konsensusgrupp	
Bo Norrving	Medicinskt sakkunnig
Lars Rosengren	Medicinskt sakkunnig
Barbro Högvall	Sakkunnig, omvårdnad
Anna Brändal	Sakkunnig, sjukgymnastik
Lisbeth Claesson	Sakkunnig, arbetsterapi
Daniela Bjarne	Patientföreträdare
Thomas Troëng	Regionföreträdare (Södra)
Christina Edward*	Regionföreträdare (Sydöstra)
Henning Elvtengen*	Regionföreträdare (Sydöstra)
Marianne Förars	Regionföreträdare (Västra Götaland)
Ann Fjellner	Regionföreträdare (Stockholm)
Anders Hallberg	Regionföreträdare (Uppsala-Örebro)
Susanne Waldau	Regionföreträdare (Norra)
<i>*Delat uppdrag, varje region har en röst i konsensusprocessen</i>	
Övriga deltagare	
Frida Lundgren	Statistiker, Socialstyrelsen
Helena Schiöler	Statistiker, Socialstyrelsen
Fredrik Jonsson	Statistiker, Riks-Stroke
Caroline Kjulén	Administration, Socialstyrelsen
Lars Sandman	Rådgivare i etiska frågor

Tabell 4-3. Deltagare hjärtsjukvård

Expertgrupp	
Bertil Lindahl	Medicinskt sakkunnig
Jan Harnek	Medicinskt sakkunnig
Tomas Jernberg	Medicinskt sakkunnig
Konsensusgrupp	
Agneta Stahle	Sakkunnig, sjukgymnastik
Claes Held	Medicinskt sakkunnig
Jan-Erik Karlsson	Medicinskt sakkunnig
Örjan Friberg	Medicinskt sakkunnig
Pelle Johansson	Patientföreträdare (Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund)
Thomas Troëng	Regionföreträdare (Södra)
Christina Edward	Regionföreträdare (Sydöstra)*
Henning Elvtegen	Regionföreträdare (Sydöstra)*
<i>Representant saknades</i>	<i>Regionföreträdare (Västra Götaland)</i>
<i>Representant saknades</i>	<i>Regionföreträdare (Stockholm)</i>
Helena de la Cour	Regionföreträdare (Uppsala-Örebro)
Carsten Dencker	Regionföreträdare (Norra)
<i>*Delat uppdrag, varje region har en röst i konsensusprocessen</i>	
Övriga deltagare	
Frida Lundgren	Statistiker, Socialstyrelsen
Helena Schiöler	Statistiker, Socialstyrelsen
Annika Edberg	Statistiker, UCR
Lars Creutzberg	Statistiker, UCR
Zsolt Palfi	Systemarkitekt, Omegapoint (Svenska ICD- och pacemakerregistret)
Caroline Kjulín	Administration, Socialstyrelsen
Lars Sandman	Rådgivare i etiska frågor
Diskussionspartner	
Peter Vasko	Medicinskt sakkunnig, kardiolog
Fredrik Gadler	Medicinskt sakkunnig, registerhållare Svenska ICD- och pacemakerregistret
Johan Herlitz	Medicinskt sakkunnig, Svenska Hjärtstoppsregistret

Tabell 4-4. Deltagare diabetesvård

Expertgrupp	
Claes-Göran Östenson	Medicinskt sakkunnig
Janeth Leksell	Sakkunnig, omvårdnad
Soffia Gudbjörnsdottir	Medicinskt sakkunnig
Stefan Jansson	Medicinskt sakkunnig
Konsensusgrupp	
Alexandre Wajngot	Medicinskt sakkunnig
Carl Johan Östgren	Medicinskt sakkunnig
Jan Stålhammar	Medicinskt sakkunnig
Katarina Eeg-Olofsson	Medicinskt sakkunnig
Mikael Lilja	Medicinskt sakkunnig
Anki Lord	Sakkunnig, omvårdnad
Elisabeth Sjöström Fahlén	Sakkunnig, omvårdnad
Kajja Seijboldt	Sakkunnig, omvårdnad
Karin Johansson	Sakkunnig, omvårdnad
Fredrik Löndahl	Patientföreträdare (Diabetesförbundet)
Lillemor Fernström	Patientföreträdare (Diabetesförbundet)
Susanne Waldau	Regionföreträdare (Norra)
<i>Representant saknades</i>	<i>Regionföreträdare (Stockholm)</i>
Christina Edward	Regionföreträdare (Sydöstra) ¹
Henning Elvtegen	Regionföreträdare (Sydöstra) ¹
<i>Representant saknades</i>	<i>Regionföreträdare (Södra)</i>
Anders Hallberg	Regionföreträdare (Uppsala-Örebro)
Marianne Förars	Regionföreträdare (Västra Götaland)
<i>*Delat uppdrag, varje region har en röst i konsensusprocessen</i>	
Övriga deltagare	
Ann-Marie Svensson	Biträdande registerhållare, NDR
Helena Schiöler	Statistiker, Socialstyrelsen
Christina Broman	Observatör, Socialstyrelsen
Inger Lundkvist	Observatör, Socialstyrelsen
Caroline Kjulin	Administration, Socialstyrelsen
Lars Sandman	Rådgivare i etiska frågor

Bilaga 2. Indikatorer för senare målsättning

Respektive expertgrupp och/eller konsensusgrupp ansåg i första gallringsfasen respektive under konsensusmötet att ett antal av indikatorerna var relevanta att fastställa målnivåer för. De ansåg dock att man kunde fastställa dem först efter att man genomfört en justering av indikatorn eller validering av dess datakälla. Uppdateringarna av de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård och diabetesvård pågår för närvarande, vilket ger en möjlighet att inom relativt snar framtid justera de aktuella indikatorerna och ta ny ställning till en eventuell målnivå för dessa. Även uppdateringen av de nationella riktlinjerna för strokevård kommer att påbörjas inom kort.

I detta avsnitt presenterar Socialstyrelsen de indikatorer som kan bli aktuella för fastställande av målnivå efter justering. Indikatorer som expertgrupperna redan i ett tidigt skede skickat vidare till riktlinjearbetet markeras med ¹, de som konsensusgrupperna skickat vidare i samband med respektive konsensusmöte markeras med ².

Indikatorer för hjärtsjukvård

Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt¹

Höga kolesterolvärden (LDL-kolesterol) ökar kraftigt risken för att återinsjukna i hjärt- och kärlsjukdom efter hjärtinfarkt. Av den anledningen bör en så hög andel av patienterna som möjligt behandlas med statiner. Det är dock även viktigt att behandla patienterna med rätt doser för att hålla nere kolesterolvärdet. Indikatorn mäter i nuvarande utformning andelen patienter med ett LDL-kolesterolvärde under 2,5 mmol/liter ett år efter hjärtinfarkt. Eftersom behandlingsmålen för bland annat LDL-kolesterol för närvarande genomgår en översyn är det rimligt att vänta med målnivån för indikatorn till dess att eventuella justeringar genomförts. Expertgruppen skickar därmed indikatorn vidare till riktlinjearbetet.

PCI vid huvudstamsstenos¹

Denna indikator visar andelen patienter med huvudstamsstenos (förträngning av den del av hjärtats kranskärl som försörjer huvuddelen av hjärtmuskeln med syresatt blod) som genomgår en ballongvidgning (PCI) av kärlet. Enligt 2008 års riktlinjer var förstahandsalternativet för denna patientgrupp kranskärlskirurgi istället för PCI. Endast patienter som bedömts olämpliga för kranskärlskirurgi borde bli aktuella för behandlingen. Eftersom en uppdatering av rekommendationen för närvarande pågår inom ramen för de nationella riktlinjerna anser expertgruppen att det är rimligt att vänta med målnivån för indikatorn till dess att de nya studierna har värderats och rekommendationen prioriterats.

Andel kranskärslröntgade vid icke ST-höjningsinfarkt¹

Även här kan det bli aktuellt med en förändring av rekommendationen i de nationella riktlinjerna. Av den anledningen anser Socialstyrelsen att det är rimligt att vänta med att föreslå målnivån till dess att arbetet med riktlinjerna är slutfört.

Väntetid till klaffkirurgi²

Väntetider är viktiga att följa, både ur medicinskt perspektiv och ur patientperspektiv. Denna indikator är dock alltför generell i nuvarande form. Klaffsjukdomar som utan problem kan vänta länge kombineras med mer akuta tillstånd på ett sätt som gör indikatorn svårtolkad.

Ett annat bekymmer är att det inte finns separata kölistor för klaffkirurgi och annan hjärtkirurgi. Ofta sker prioriteringarna på kölistan utifrån samtliga väntande patienter oavsett vilket hjärtkirurgiskt ingrepp de ska genomgå.

En tredje svårighet är att det finns olika rutiner för dokumentationen av när en patient sätts på väntelistan. Exempelvis genomför vissa kliniker alla undersökningar och utredningar innan de anmäler patienten för operation medan andra i ett tidigt skede sätter patienten på kölistan innan de kompletterande utredningarna genomförts. Detta gör variationerna mellan klinikerna svårtolkade.

Socialstyrelsen skickar vidare indikatorn till riktlinjearbetet för justering och avgränsning. Dessutom behöver en definition tas fram för när patienter bör sättas på kölistan, men det är en fråga för kvalitetsregistret att ta ställning till. Indikatorn bör fortsättningsvis redovisas på kliniknivå (opererande sjukhus) snarare än på landstingsnivå.

Väntetid till kranskärlskirurgi²

Även denna väntetidsindikator är viktig att följa, av samma skäl som ovan. Indikatorn behöver dock renodlas till att gälla enbart kranskärlskirurgi, inte kombinationsingrepp. I övrigt gäller samma svårigheter som för föregående indikator. Även denna bör fortsättningsvis redovisas på kliniknivå (opererande sjukhus) snarare än på landstingsnivå. Indikatorn går vidare till riktlinjearbetet för justering.

Död eller återinskriven inom 30 dagar efter vård för hjärtsvikt²

Denna indikator mäter två olika utfall samtidigt och bör delas upp i andel döda och andel återinskrivna. Indikatorn bör ses över för att om möjligt avgränsas bättre, eftersom den i nuvarande utformning även fångar upp patienter som befinner sig i palliativt skede och därmed i högre grad kräver inläggande vård. Dessutom ingår patienter som planerats för inläggning på sjukhus för fortsatta utredningar eller behandlingar. Om avgränsningen lyckas på ett bättre sätt är indikatorn definitivt lämplig att fastställa en målnivå för. Den skickas därmed vidare till riktlinjearbetet för justering.

Antal CRT (sviktpacemaker) per 100 000 invånare²

Behandling med CRT (sviktpacemaker) kan förbättra livskvaliteten och livslängden hos patienter med hjärtsvikt. Sannolikt används denna åtgärd till alltför få patienter i dagsläget och indikatorn är därmed viktig. I nuvarande utformning är den dock svår att målsätta eftersom den inte har någon tydlig nämnare. Ett förslag från konsensusgruppen är att ta fram en nämnare genom att identifiera de patienter som vårdats med hjärtsvikt som huvud- eller bi-diagnos i patientregistret och därefter samköra dem med ICD- och pacemakerregistret för att se vilka som fått en sviktpacemaker. Indikatorn skickas vidare till riktlinjearbetet för justering och försök till samkörning av uppgifter. Därefter tar Socialstyrelsen förnyad ställning till en eventuell målnivå.

Komplikation vid pacemaker- och ICD-implantation²

Indikatorn mäter andelen patienter som drabbats av en komplikation inom 365 dagar efter nyimplantation, byte eller korrektion av någon typ av pacemaker eller ICD. Med komplikation menas oönskade händelser som uppstår under vårdtillfället eller efter vårdtillfället. Exempel på komplikationer är perforation eller tamponad, infektioner, blödningar och elektriska störningar.

Sannolikt underrapporteras vissa av dessa komplikationer i och med att det inte alltid är det opererande sjukhuset som sköter patienterna när komplikationen har inträffat. Inrapporteringen från icke opererande sjukhus till kvalitetsregistret varierar kraftigt. Detta är också möjligt att se i den tillgängliga statistiken; vissa enheter har inga rapporterade komplikationer alls under två år trots relativt många ingrepp. Variationen i inrapporteringsgraden måste räknas som en viktig felkälla för indikatorn med den utformning den har i nuläget.

Konsensusgruppen föreslår att indikatorn avgränsas till att gälla komplikationer som kräver inläggande vård på sjukhus. Därmed skulle indikatorns nämnare hämtas från ICD- och pacemakerregistret (antal genomförda ingrepp) och täljaren från patientregistret (antal patienter med komplikation som krävt sjukhusvård). Indikatorn skickas vidare till riktlinjearbetet för justering och försök till samkörning av uppgifter. Därefter sker nytt ställningstagande till eventuell målnivå.

Letalitet hos patienter med behandlat hjärtstopp på sjukhus

Detta är en indikator som kan vara aktuell för en målnivå. Det fanns dock, till följd av tidsbrist, ingen möjlighet att få fram statistiska underlag inom ramen för detta uppdrag. Därmed skickas indikatorn vidare till riktlinjearbetet för ett nytt försök.

Indikatorer för strokevård

Tidsfördröjning mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus²

Indikatorn är i dagsläget formulerad som *andel strokepatienter som anländer till sjukhus inom 3 timmar efter symtomdebut*. Konsensusgruppen har synpunkter på om tidsgränsen 3 timmar är relevant. Sannolikt skulle mediantiden vara av större intresse för att ge ett mer ändamålsenligt mått. Det finns också andra aspekter att ta hänsyn till, bland annat skulle indikatorn behöva justeras för avstånd till sjukhus, och nämnaren möjligen avgränsas ytterligare med hänsyn till så kallad *wake-up stroke* där den exakta symtomdebuten kan vara svår att fånga. Sammantaget bör indikatorn ses över inom ramen för det kommande riktlinjearbetet, och eventuellt kompletteras med den sammanlagda mediantiden från symtomdebut till trombolys.

Hjärnblödning efter trombolysbehandling²

Indikatorn är en av de få på listan som speglar säker vård, och av den anledningen vore det värdefullt att fastställa en målnivå för den. Detta kräver dock att flera förutsättningar uppfylls:

- att man fastställer en optimal tidsperiod för mätningen när få patienter drabbas av blödningar
- att man tydliggör definitionen av blödningar i registret
- att man genomför en analys av indikatorns täckningsgrad.

Förslaget är att indikatorn ses över inom ramen för det kommande riktlinjearbetet innan man kan ta ny ställning till en eventuell målnivå.

Död eller ADL-beroende 90 dagar efter stroke²

Avsikten med denna indikator är att spegla två av strokevårdens viktigaste utfallsmått på en och samma gång: andel avlidna och andel överlevande med svåra hjärnskador. Indikatorn är en av få på listan som är internationellt jämförbar, och den anses vara ett viktigt mått på vårdens kvalitet. För närvarande pågår det dock ett valideringsarbete i Riks-Stroke's regi för den rapporterade ADL-förmågan. ADL-förmåga är ett patientrapporterat mått och som samlas in på olika sätt beroende på hur sjukhuset valt att göra (enkäter, telefonintervjuer eller i samband med uppföljande läkar- eller sjuksköterskebesök). Syftet med valideringsarbetet är att undersöka om insamlingsmetoden på något vis påverkar hur patienterna väljer att rapportera sin ADL-förmåga. Socialstyrelsen anser att indikatorn kan få en målnivå först när resultatet av valideringsarbetet är klart.

ADL-förmåga 3 månader efter stroke²

Denna indikator mäter enbart patienternas ADL-förmåga 3 månader efter stroke och är formulerad som *andel strokepatienter som är ADL-oberoende 3 månader efter insjuknandet*. Detta är en av de viktigaste resultatindikatorerna

på listan och bör definitivt vara aktuell som målnivåindikator. Men även här bör resultatet av valideringsarbetet inväntas.

Allmänt hälsotillstånd 12 månader efter stroke²

Indikatorn speglar ett flertal aspekter på en och samma gång, bland annat resultatet av vård och rehabilitering, samsjuklighet och psykiskt hälsotillstånd. Detta gör det svårt att veta exakt vad som behöver göras för att förbättra den enskilda patientens allmänna hälsotillstånd. Trots detta anser Socialstyrelsen att indikatorn är viktig som ett allmänt mått på hur väl landsting och kommuner klarar omhändertagandet av personer som insjuknat i stroke. Förslaget är att man gör en översyn av indikatorn inom ramen för det kommande riktlinjearbetet för att om möjligt göra indikatorn tydligare. Dessutom berörs även denna indikator av det pågående valideringsarbetet.

Nedstämdhet 12 månader efter stroke²

Indikatorn är viktig av flera anledningar, inte minst för att spegla såväl landstingens som kommunernas åtgärder för att fånga upp personer med depressiva besvär i syfte att ge dem stöd och behandling. Indikatorn berörs av det pågående valideringsarbetet och bör inte målsättas innan resultatet är klart.

Andel nöjda med vård på sjukhus i samband med stroke²

Denna indikator speglar hur patienterna har upplevt den vård de fått under vistelsen på sjukhus i samband med stroke. Den är formulerad som *andel patienter nöjda eller mycket nöjda med vården på sjukhus*, och har Riks-Stroke's tremånadersuppföljning som datakälla. Även denna indikator berörs av det pågående valideringsarbetet, varför målnivåprocessen får vänta.

Indikatorer för diabetesvård

Måluppfyllelse för HbA1c¹

Detta är en av de viktigaste indikatorerna för att spegla kvalitet i diabetesvården, och den lämpar sig också för en målnivå. Eftersom en översyn av tidigare referensnivåer för HbA1c sker inom ramen för riktlinjearbetet är det inte aktuellt att fastställa en målnivå innan det arbetet är slutfört. Indikatorn målsätts därför inom ramen för riktlinjearbetet.

Måluppfyllelse för blodtryck¹

Även detta är en viktig indikator där referensnivåerna kan komma att förändras inom ramen för riktlinjearbetet. Därmed avvaktar Socialstyrelsen med en målnivå till dess det arbetet är avslutat.

Måluppfyllelse för behandling av LDL-kolesterol¹

Även i detta fall kan referensnivåerna komma att förändras i den nationella riktlinjen. Indikatorn målsätts först när det arbetet är avslutat.