

Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar

Metoder, resultat och utmaningar
Rapport februari 2017

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

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

Artikelnummer 2017-2-17
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2017

Förord

Socialstyrelsen hade 2014–2016 uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, vilket slutrapporterades i mars 2016. Ett nytt uppdrag under ytterligare två år möjliggjorde att arbetet skulle fortsätta kring att följa upp vårdens tillgänglighet med avseende på väntetider och andra tillgänglighetsaspekter.

I uppdraget ingår bland annat att göra årliga mätningar av tillgänglighet. I denna delrapport redovisas väntetider samt patienters upplevelse av samordning och kontinuitet i sin vård, med fokus på främst kroniska sjukdomar och tillstånd. Delrapporten kompletterar därmed tidigare rapporter om tillgänglighet i cancervården samt årliga uppföljningar av tillgänglighet i akutvården. Redovisning av väntetider baseras i första hand på data från nationella kvalitetsregister.

Rapporten kan användas som underlag för diskussioner om hur tillgänglighet, i synnerhet väntetider, kan mätas för att bli tillförlitliga och användbara för utveckling av vården, men även för planering och verksamhetsutveckling inom vården för de diagnoser som redovisas i rapporten.

Socialstyrelsen tackar alla kvalitetsregister som bidragit med data och till ansvariga för den nationella patientenkäten för stödet i att ta fram uppgifter.

Rapporten har utarbetats av utredaren Anna Löfgren Wilteus tillsammans med en projektgrupp där Sevim Barbasso Helmers och Jenny Asplund ingått. Statistiska analyser av data från patientregistret genomfördes av Julius Collin. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Uppdrag att mäta vårdens tillgänglighet	10
Kroniska sjukdomar och tillstånd i hälso- och sjukvården ökar	10
Tillgänglighet är en del av en god vård	11
Metod	13
Urval och avgränsningar	13
Datakällor	13
Väntetider och andra tillgänglighetsaspekter	18
Ledgångsreumatism – tid från symtom till diagnos	19
Multipel skleros – tid från symtom till diagnos	22
Demenssjukdom – tid från remiss till utredning	23
Obstruktiv sömnapné – tid till utredning och behandling	28
Ätstörning – tid från remiss till besök	33
Smärtrehabilitering – tid från remiss till besök	38
Rehabilitering – tid från remiss till behandling	41
Sköldkörtel- och bisköldkörtelkirurgi – tid från remiss till operation	44
Högt blodtryck i lungartärerna – tid från diagnos till behandlingsstart ..	49
Bensår, fotsår och trycksår – sår läkningstid	51
Psoriasis – tid till uppnått målvärde	54
KOL – fysioterapi och uppföljning efter slutenvård	57
Astma och KOL – patientutbildning	59
Artros – patientutbildning	61
Psykiatrisk diagnos – läkarbesök första året	63
Patienters upplevelse av tillgänglighet i vården	71
Diskussion och slutsatser	75
Referenser	80
Bilagor	84
Bilaga 1. Besök och operationer/åtgärder inom 90 dagar i nationella väntetidsdatabasen	84
Bilaga 2. Nationella kvalitetsregister 2016 som tillfrågats om medverkan	87

Sammanfattning

Denna delrapport ingår i regeringsuppdraget att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Den är första steget i att utveckla uppföljningen av väntetider och andra tillgänglighetsaspekter vid kroniska sjukdomar och tillstånd. Detta dels mot bakgrund av att Socialstyrelsens rapport om öppna jämförelser 2015 med fokus på kronisk sjukdom uppvisade att patienter med långvarig sjukdom upplever sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården, dels regeringens insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.

Rapporten kompletterar Socialstyrelsens redovisningar om tillgänglighet i akutvården och cancervården.

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården varierar

När det gäller väntetid till vården anger majoriteten av patienterna som svarat på den nationella patientenkäten 2016 att de fått vänta i rimlig tid (78 procent i primärvården och 86 procent i öppenvården). Uppföljningar av vårdgarantin hösten 2016 visar att det var 89 procent av patienterna som fick kontakt med vårdcentralen samma dag (varierade mellan 76 och 100 procent i olika landsting/regioner) och att 89 procent av besöken i primärvården genomfördes inom 7 dagar (varierade mellan 80 och 93 procent).

Enligt den nationella väntetidsdatabasen minskade under perioden september 2011 till september 2016 andelen patienter i riket som fick ett första besök i specialistvården inom 90 dagar från 83 procent till 80 procent. Andelen patienter i riket som fick en operation eller annan åtgärd inom tidsgränsen 90 dagar minskade från 77 procent till 74 procent. Det var stor variation mellan olika typer av operationer/åtgärder.

En övergripande redovisning av tillgänglighet till hälso- och sjukvården har gjorts i Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016. Den pekar bland annat på att ett flertal indikatorer som avser tillgänglighet inte visar på samma goda utveckling eller resultat i förhållande till andra jämförbara länder, till exempel andel som får besöka vården inom en vecka, väntetid till specialistvård och koordinering av vården. Samtidigt svarade en majoritet av befolkningen i Sverige (78 procent) att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Långa väntetider för vissa kroniska sjukdomar

För att kunna följa upp väntetider för patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd tillfrågade Socialstyrelsen 69 av samtliga 109 nationella kvalitetsregister om medverkan i projektet, varav 14 hade möjlighet att delta. Nedan följer exempel på medianväntetider i riket 2015 (samt för första och

tredje kvartilen) redovisade av kvalitetsregistren för vissa kroniska sjukdomar och tillstånd:

- från symtom till diagnos vid tidig ledgångsreumatism: 154 (89–232) dagar
- från remiss till diagnostisk undersökning vid obstruktiv sömnapné: 90 (39–140) dagar
- från diagnosdatum till utprovning av CPAP-behandling vid obstruktiv sömnapné: 63 (31–106) dagar
- från remiss till operation vid knölstruma: 131 (83–225) dagar
- från remiss till första besök vid smärtehabilitering: 56 (34–89) dagar
- från remiss till utredningsstart vid demenssjukdom i specialistvård: 28 (18–49) dagar
- från remiss till behandling vid anorexia nervosa 18 (8–32) dagar, bulimia nervosa 29 (18–47) dagar samt ätstörning utan närmare specifikation 27 (15–44) dagar.

Resultatet visar att väntetiden till hälso- och sjukvården är längre för vissa diagnoser, medan de är betydligt kortare inom andra områden. För att uppfylla vårdgarantin behöver de längsta väntetiderna kortas för patienter med exempelvis obstruktiv sömnapné, knölstruma och smärtehabilitering. Generellt sett är ålders- och könsskillnaderna små. Ingen tydlig trend i utvecklingen av väntetider för de ingående kroniska sjukdomarna kunde heller ses mellan 2011 och 2015.

För vissa diagnoser är det stora variationer i väntetid både mellan och inom olika landsting och regioner. Dessa skillnader kan bero på exempelvis vårdens organisation och patientsammansättningen, men kan även bero på skillnader i rutiner för registrering av väntetider. Vidare analys om vad som orsakar dessa skillnader behövs för att kunna tolka resultaten och vad de kan säga om tillgången på hälso- och sjukvård ur ett jämlikhetsperspektiv.

Enligt den nationella patientenkäten upplever de flesta patienterna att de vid sitt senaste besök fått hjälp att samordna sin vård och att vårdpersonalen är samstämmig i sin kommunikation, även om hälften av vårdcentrals-patienterna inte fått träffa samma läkare vid sina besök.

Utmaningar med att följa upp tillgänglighet

Mätning av väntetider med hjälp av nationella kvalitetsregister visade sig inte vara optimalt för att få en heltäckande bild av tillgänglighet inom kroniska sjukdomar och tillstånd. Många av de kvalitetsregister som tillfrågades innehåller inte uppgifter om väntetider utan är uppbyggda för andra ändamål, till exempel behandlingsuppföljningar. Inte heller Socialstyrelsens patientregister gav en tillräckligt komplett bild av tillgänglighet vid kronisk sjukdom, i detta fall psykiatrisk diagnos. Uppföljning av tillgång till regelbundna återbesök eller rehabilitering, optimal behandling över tid och andra tillgänglighetsaspekter som är viktiga för patienten i en icke-akut fas av sjukdomen behöver utvecklas.

Sammanfattningsvis har tillvägagångssättet i denna rapport varit att utveckla uppföljning av tillgänglighet, i första hand väntetider och även kontinuitet och samordning för patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd. Rapporten visar att mer arbete behövs för att skapa en metodologisk grund vad gäller den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd.

Inledning

Uppdrag att mäta vårdens tillgänglighet

Regeringen gav den 21 januari 2016 Socialstyrelsen ett fortsatt uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). Ett tidigare uppdrag slutrapporterades i mars 2016 (S2014/4157/FS). Åren 2011–2015 har Socialstyrelsen redovisat väntetider inom cancervården [1-5] och akutvården [6-9] och senast 2013 gjort en uppföljning av vårdgarantin [10].

Uppdraget består av flera delar, varav en del är med fokus på uppföljning av väntetider och andra aspekter av tillgänglighet i hälso- och sjukvården, exempelvis samordnings- och kontinuitetsaspekter för personer med kroniska sjukdomar. Denna rapport är första steget i att utveckla uppföljningen av väntetider och andra tillgänglighetsaspekter vid kroniska sjukdomar och tillstånd och kompletterar därför tidigare rapporter om tillgänglighet i cancervården och årliga uppföljningar av tillgänglighet i akutvården. En slutrapport för hela uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2018.

Kroniska sjukdomar och tillstånd i hälso- och sjukvården ökar

Kroniska sjukdomar och tillstånd ökar globalt sett i och med att befolkningen växer och andelen äldre ökar, även om befolkningens hälsa förbättras som helhet [11]. Medellivslängden i Sverige ökade 2005–2015 från 82,6 till 83,8 år för kvinnor och från 78,4 till 80,2 år för män [11]. Åldersstandardiserade siffror visar en minskning av sjukdomsbördan orsakad av kroniska sjukdomar i världen totalt sett, men för vissa tillstånd ökade den eller var oförändrad mellan 2005 och 2015, till exempel depression, drogmissbruk, diabetes och artros.

De tio främsta orsakerna till sjukdomsbörda i Sverige 2015, mätt i funktionsjusterade levnadsår (*disability adjusted life years, DALY*), var ischemisk hjärtsjukdom, rygg- och nacksmärta, hjärt-kärlsjukdom, Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar, sinnesorganens sjukdomar, diabetes, depressionssjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom, lungcancer samt hudsjukdomar [11].

Även om fler personer framöver kommer att leva med kronisk sjukdom finns det i dag goda möjligheter att ha god hälsa även med en kronisk sjukdom, om personen får rätt behandling. Många tillstånd kan också förebyggas, genom exempelvis förändrade levnadsvanor [12]. Som ett stöd för hälso- och sjukvården i det arbetet kan Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder användas, till exempel när det gäller förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Socialstyrelsen har också tagit fram nationella riktlinjer för en rad kroniska sjukdomar, vilket

fungerar som en del i myndighetens arbete med Agenda 2030, delmål 3.4 [13].

Patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd upplever sämre tillgänglighet

Kroniska sjukdomar ökar och utgör en stor del av sjukdomsbelastningen i Sverige, med betydande utmaningar för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens öppna jämförelser 2015 fokuserade på kroniska sjukdomar [12]. Resultaten visade att personer i befolkningen som har någon långvarig sjukdom uppgav i lägre grad än andra att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Det visade sig också att det finns skillnader mellan olika landsting/regioner i vilken tillgång till vården patienter med olika kroniska sjukdomar har. Vården av patienter med kroniska sjukdomar har historiskt sett inte varit prioriterad, utan betoningen har legat på slutenvård som främst utformats för att möta patienter med akuta sjukdomstillstånd [14].

Regeringen har inom ramen för nationella strategin för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar initierat ett flertal insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar [15]. Socialstyrelsen har fått ett antal andra uppdrag inom ramen för denna strategi.

Mot bakgrund av dessa insatser och att patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd upplever sämre tillgänglighet har Socialstyrelsen valt att utveckla uppföljningen av väntetider och andra tillgänglighetsaspekter vid kroniska sjukdomar och tillstånd, vilket redovisas i denna rapport. Rapporten kan användas som underlag för diskussioner om hur tillgänglighet, i synnerhet väntetider, kan mätas för att bli tillförlitliga och användbara för utveckling av vården, men även för planering och verksamhetsutveckling inom vården för de diagnoser som redovisas i rapporten.

Tillgänglighet är en del av en god vård

En av grundstenarna för en god vård är att hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig (2 a § hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). Det finns många sätt att definiera vad tillgänglighet är. En aspekt av tillgänglighet som ofta tas upp är att den ges i rimlig tid [16]. Det innebär att patienter inte ska behöva vänta oskäligt lång tid på de vårdinsatser de har behov av.

Personer med kroniska sjukdomar svarade i en tidigare rapport [17] att god tillgänglighet inrymmer såväl väntetider som andra aspekter av vården, till exempel kontinuitet, samordning, fysisk tillgänglighet, personalens kompetens, information, delaktighet, bemötande och förtroende.

Tillgänglighet kan också beskrivas både utifrån systemets egenskaper (till exempel hur vården koordineras) och utifrån individens förmåga att möta systemets egenskaper (till exempel förmåga att ta till sig information) [18].

Flera av dessa aspekter inryms även inom andra dimensioner av god vård, särskilt inom patientcentrerad vård, där samordning, kontinuitet, patientens delaktighet samt information lyfts upp [16].

Den här rapporten fokuserar främst på väntetider vid kroniska sjukdomar och tillstånd, men också på patienternas upplevelse av samordning och kontinuitet i sin vård.

Den övergripande tillgängligheten i hälso- och sjukvården varierar

Sedan 1990-talet har tillgänglighet till vård mätts av Sveriges Kommuner och Landsting med hjälp av den nationella väntetidsdatabasen [19]. Syftet med väntetidsdatabasen är i första hand att följa upp vårdgarantin, det vill säga att primärvården erbjuder kontakt samma dag, läkarbesök inom 7 dagar, första besök inom specialistvården inom 90 dagar och behandling inom 90 dagar. När det gäller specialiserad vård samlas data in från landstingen/regionerna för ett urval av besök och åtgärder (bilaga 1). De områden som följs upp har valts ut baserat på att de har stora volymer av patienter eller kända problem med tillgängligheten. Alla offentliga sjukhus ingår i mätningarna; privata vårdgivare ingår om landstinget/regionen anmält enheten och om vårdgivaren har efterfrågade uppgifter.

Hösten 2016 var det 89 procent av patienterna som fick kontakt med vårdcentralen samma dag [19]. Mellan olika landsting och regioner varierade andelen mellan 76 och 100 procent. Det var också 89 procent av besöken i primärvården som genomfördes inom 7 dagar, och variationen i landet var mellan 80 och 93 procent.

Enligt den nationella väntetidsdatabasen minskade under perioden september 2011–september 2016 andelen patienter i riket som fick ett första besök i specialistvården inom 90 dagar från 83 procent till 80 procent (bilaga 1, tabell 4). Inom handkirurgi och allergisjukvård var det 6 av 10 patienter som fick ett första besök inom 90 dagar. Inom cancersjukvård fick 99 av 100 ett första besök inom 90 dagar.

Andelen patienter i riket som fick en operation eller annan åtgärd inom tidsgränsen 90 dagar minskade från 77 procent till 74 procent mellan 2011 och 2015 (tabell 5, bilaga 1). Andelen varierade mycket mellan olika typer av operationer/åtgärder, till exempel genomfördes 87 procent av operationerna vid diskbräck i ländryggraden inom 90 dagar, men endast 29 procent vid diskbräck i halsryggraden.

En övergripande redovisning av tillgänglighet till hälso- och sjukvården har gjorts i Socialstyrelsens rapport om öppna jämförelser 2016 [20]. Den pekar bland annat på att ett flertal indikatorer som avser tillgänglighet inte visar på samma goda utveckling eller resultat i förhållande till andra jämförbara länder, till exempel andel som får besöka vården inom en vecka, väntetid till specialistvård och koordinering av vården. Rapporten visar även att en av fem vuxna i Sverige avstår från tandvård på grund av kostnaden och att det är stora skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå i hur vanligt det är att få tänderna undersökta inom en tvåårsperiod. Samtidigt svarade en majoritet av befolkningen i Sverige (78 procent) att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Andelen varierade mellan olika landsting och regioner, från 70 procent till 86 procent [20].

Majoriteten av patienterna som svarat i den nationella patientenkäten 2016 angav att de fått vänta i rimlig tid; 86 procent av patienterna i specialiserad öppenvård och 78 procent av patienterna i primärvården.

Metod

Urval och avgränsningar

I projektet används en bred definition av kroniska sjukdomar och tillstånd. Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat kroniska tillstånd utifrån dess varaktighet över tid: "Health problems that require ongoing management over a period of years or decades"[21].

Detta projekt tar in fler tillstånd än de som Socialstyrelsen tidigare identifierat som kroniska sjukdomar som lämpar sig för uppföljning (hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, diabetes, bröst-, prostata-, lung-, rektal- och koloncancer, astma, KOL, bipolär sjukdom, depression, schizofreni, MS, artros, reumatism, osteoporos, alkoholberoende och rökning samt fetma/övervikt) [22]. Mot bakgrund av att väntetider i cancervården ingått i tidigare delar av regeringsuppdraget [5] och numera redovisas inom andra uppdrag på Socialstyrelsen [23], ingår inte denna sjukdomsgrupp i mätningen för denna rapport.

Resultaten i denna rapport presenteras med fokus på tillgänglighetsaspekterna väntetider, samordning och kontinuitet, men analyserar inte närmare orsaker till och konsekvenser av bristande tillgänglighet. Dock ges i rapporten en övergripande diskussion om orsaker och konsekvenser.

Datakällor

I inledningen av rapporten redovisas väntetiderna enligt vårdgarantins måluppfyllelse baserat på den nationella väntetidsdatabasen. För att utveckla mätningen av tillgänglighet vid kroniska sjukdomar och tillstånd har Socialstyrelsen använt flera olika nationella datakällor: nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsens patientregister samt den nationella patientenkät som Sveriges Kommuner och Landsting genomför regelbundet. Valet av datakällor bygger på en delstudie om vilka aspekter av tillgänglighet som är viktiga ur ett patientperspektiv, där 8 olika områden identifierades och där möjliga datakällor angavs för respektive område [17].

Socialstyrelsens mätningar av väntetider i cancervården har byggts på data från nationella kvalitetsregister. Kvalitetsregistrens möjligheter till mätpunkter för väntetider inom andra områden har studerats i tidigare delstudie och testas i denna rapport för mätning av väntetider inom kroniska sjukdomar och tillstånd.

Utöver väntetider i kvalitetsregistren inhämtades även tillgänglighetsdata från den nationella patientenkäten och Socialstyrelsens patientregister. För att se utvecklingen över tid samlades data in för 2011–2015.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården syftar till att följa upp vårdens processer och resultat för att utveckla och kvalitetssäkra vården.

Många olika patientgrupper, diagnoser och åtgärder följs upp i de 109 nationella kvalitetsregistren [24].

År 2015 tillfrågade Socialstyrelsen genom en enkät kvalitetsregistren om möjligheten att följa upp väntetider och andra aspekter av tillgänglighet [17]. Baserat på enkätsvaren valdes 69 av 109 kvalitetsregister ut som kontaktades i detta projekt (se bilaga 2). De register som kontaktades hade i enkätsvaret uppggett att de hade möjliga mätpunkter för att kunna följa upp väntetider eller andra aspekter av tillgänglighet, såsom kontinuitet och samordning. Register som fokuserar på akutvård eller cancervård tillfrågades inte inom ramen för detta projekt.

Totalt 14 kvalitetsregister (20 procent av de tillfrågade) hade möjlighet att leverera aggregerade data under oktober och november 2016 avseende tillgänglighet, varav ett tjugotal diagnoser redovisas i denna rapport:

- Andningssviktregistret, Swedevox
- Bättre omhändertagande av patienter med artros, BOA
- Luftvägsregistret
- Nationellt kvalitetsregister för åtstörning, Riksät
- Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering, WebRehab Sweden
- Nationella registret över smärtrehabilitering, NRS
- Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQRTPA
- Register för systembehandling av psoriasis, PsoReg
- Svenska Demensregistret, SveDem
- Svenska nationella kvalitetsregistret för ben-, fot- och trycksår, RiksSår
- Svenska neuroregister, MS-registret
- Svensk reumatologisk kvalitetsregister, SRQ
- Svenska Sömnapnéregistret, SESAR
- Svenska Pulmonell Arteriell Hypertension registret, SPAHR.

Medverkande register skickade in aggregerade data om väntetider och andra relevanta mått till Socialstyrelsen. Övriga register uppgav att de inte hade väntetider eller andra aspekter av tillgänglighet i sina register (23 procent), att de fokuserade på akuta sjukdomar eller palliativ vård (10 procent), att registret var nystartat eller hade för låg täckningsgrad av andra skäl (12 procent), att de inte hade möjlighet att medverka på grund av tids- eller resursbrist (10 procent) eller annat skäl (14 procent), och resten svarade inte på förfrågan om medverkan (10 procent).

Socialstyrelsens modell för väntetidsmätning användes som utgångspunkt i dialogen om väntetider med kvalitetsregistren [17]. Modellen innehåller fem mätpunkter: (1) remissbeslut, (2) första besök hos specialistläkare, (3) information om diagnos, (4) med patienten upprättad och beslutad vårdplan, (5) behandling startar. I samråd med respektive kvalitetsregister har relevanta väntetidsmått valts ut. I de fall där flera mätpunkter registrerats i registret har den väntetid som griper över flera mätpunkter valts, i stället för att flera delväntetider presenterats. Exempel på rapporterade mått är väntetid från remissbeslut till datum för första besök och väntetid från diagnos till behandling.

I rapporten presenteras värden för medianväntetiden i dagar och för att beskriva spridningen eller variationen runt medianen illustreras även första och tredje kvartilen (se faktaruta nedan).

Socialstyrelsens patientregister

Socialstyrelsens patientregister används för att ta fram statistik, följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra den slutna hälso- och sjukvården och den del av den öppna vården som inte är primärvård samt till forskning och epidemiologiska undersökningar. Registret innehåller data om slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård. I registret finns uppgifter från både privata och offentliga vårdgivare om till exempel läkarbesök, diagnoser och insatser i vården. Uppgifter om besök i primärvården eller öppenvårdsbesök hos andra yrkesgrupper än läkare finns inte i patientregistret.

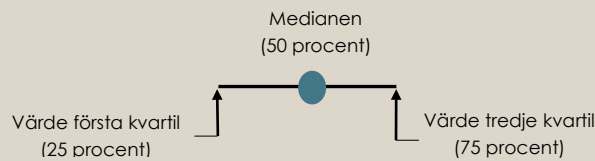
Patientregistret har använts i detta projekt som ett sätt att beskriva tillgänglighet till psykiatrisk vård i Sverige. En kartläggning av möjliga mått gjordes i delprojekt 4 i tidigare regeringsuppdrag [17] och där föreslogs analyser av åtgärds-koder (KVÅ) relaterade till samordning av vården.

Eftersom datakvaliteten på relevanta åtgärds-koder i en preliminär analys för denna rapport visade sig vara för låg valdes i stället analys av läkarbesök och förekomst av slutenvård första året efter diagnos, som ett sätt att följa upp kontinuiteten i vården.

Tre diagnoser (adhd, schizofreni och bipolär sjukdom) analyserades med avseende på antal läkarbesök, inklusive 95-procentigt konfidensintervall, de första 365 dagarna efter att patienten nydiagnostiserats med någon av dessa diagnoser. Även andelen patienter som vårdats inom slutenvården under första året efter diagnos beräknades. Diagnoserna valdes mot bakgrund av att de ofta behandlas med läkemedel och därmed behöver följas upp av läkare och att kontinuiteten är viktig ur ett patientperspektiv.

Med nydiagnostiserade menas att de inom en femårsperiod före första läkarbesöket 2013 inte hade vårdats för den specifika diagnosen i specialiserad öppen- eller slutenvård. Individerna följdes upp från första diagnosdatum 2013 och 365 dagar framåt med avseende på inläggning i slutenvård samt antal läkarbesök i specialiserad öppenvård för psykiatriska diagnoser (F-diagnoser) enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10.

Median och kvartiler



Kvartil innebär den fjärdedel som skapas när observationsvärden storlekssorteras och delas i fyra lika stora grupper. Av denna delning uppstår fem värden:

- det lägsta värdet (illustreras inte i rapportens stolpdiagram)
- det högsta värdet (illustreras inte i stolpdiagrammen), som motsvarar de extrema värdena bland observationerna i undersökningsmaterialet
- värdet för första kvartilen (den vänstra änden på stolpdiagrammen) som delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar; 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen
- det mittersta värdet (ifyllda cirkeln på stolpdiagrammen), det vill säga medianen, som delar de storlekssorterade observationsvärdena i två lika stora delar; hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen
- värdet för tredje kvartilen (den högra änden på stolpdiagrammen), som delar övre halvan av materialet i två lika stora delar; 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika tredje kvartilen.

Avståndet mellan första och tredje kvartilen, det vill säga kvartilavståndet, beskriver hur stor spridningen/variationen är i närheten av medianen och motsvarar variationsbredden för de 50 procent av värdena som befinner sig i mitten av serien av observationsvärden.

Den nationella patientenkäten

För att få en övergripande bild av patienters uppfattning om väntetider, samordning och kontinuitet i hälso- och sjukvården kan data från den nationella patientenkät som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomför regelbundet sedan 2009 användas. Primärvård, akutvård, öppenvård, slutenvård och psykiatri ingår i mätningen. Resultaten från enkäten ska hjälpa vården att utvecklas utifrån ett patientperspektiv samt ligga till grund för styrning och ledning på olika nivåer.

Den här rapporten redovisar utvalda data från tre mätningar inom ramen för den nationella patientenkäten, vilka hämtats från www.patientenkat.se under oktober 2016. Mätningarna görs med hjälp av tre olika enkäter för primärvården, öppenvården respektive slutenvården. Enkäten skickades ut till 265 618 personer inom primärvården (2015), till 276 771 personer inom öppenvården (2016) och till 97 226 personer inom slutenvården (2016).

Svarsfrekvensen var 41 procent för primärvården, 47 procent för öppenvården och 51 procent för slutenvården. Region Gotland saknar data för öppen- och slutenvården för 2016.

Svarsalternativen för de tre versionerna av enkäten bestod av en femgradig Likertskala med rangordning från 1 ”nej, inte alls” eller ”nej, aldrig” till 5 ”ja, helt och hållet”. Alternativet ”ej aktuellt” låg utanför skalan. Andra frågor hade svarsalternativen ”ja” eller ”nej”. I den här rapporten används andelen positiva svar av alla patienter som svarat på frågan, förutom de som angett ”ej aktuellt”. Positiva svar beräknades som andel patienter som svarat antingen alternativ 4 eller 5 på skalan. Alternativet ”ej aktuellt” exkluderades ur beräkningarna.

Väntetider och andra tillgänglighetsaspekter

I resultatdelen kring väntetider och andra tillgänglighetsaspekter presenteras resultat från medverkande nationella kvalitetsregister samt från Socialstyrelsens patientregister. En rad olika mått används, vilka inte är jämförbara sinsemellan.

Utvecklingen under perioden 2011–2015 beskrivs för diagnoser där det var möjligt att få fram aggregerade data från respektive kvalitetsregister.

Statistiskt signifikanta skillnader (baserat på 95-procentiga konfidensintervall) beskrivs antingen i figur eller enbart i texten, till exempel eventuella skillnader mellan män och kvinnor. Alla register har inte redovisat konfidensintervall (eller p-värde för skillnader mellan grupper). För varje register presenteras också information om täckningsgrad och/eller anslutningsgrad baserat på registrets årsrapport, Socialstyrelsens täckningsgradsanalys 2015 [25] eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beräkning av täckningsgrader från 2014 [26]. För de register som har låg täckningsgrad behöver tolkningen av resultaten, särskilt på nationell nivå, göras med försiktighet.

För varje område presenteras fakta om diagnosen, uppgifter om respektive kvalitetsregister och dess täckningsgrad samt korta resultatbeskrivningar och figurer. Faktagranskning har gjorts av respektive registerhållare.

Ledgångsreumatism – tid från symtom till diagnos

Ledgångsreumatism (reumatoid artrit – RA)

Mellan 0,5–1 procent av befolkningen lever med ledgångsreumatism (reumatoid artrit – RA) i Sverige. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor och debuterar ofta i åldern 45–65 år, även om den kan drabba personer i alla åldrar [27,28].

RA är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som ofta börjar med värk och svullna leder i händer och fötter, samt trötthet och allmän sjukdomskänsla. Sjukdomen kan också drabba andra organ som hjärta och lungor. Orsakerna till RA är inte helt klarlagda men det finns en viss ärftlighet och miljöfaktorer som påverkar. Rökning ökar risken att insjukna och kan leda till ett allvarligare sjukdomsförlopp [28].

Tidigt startad sjukdomsmodifierande läkemedelsbehandling kan förbättra långtidsprognosen och minska risken för kroniska ledskador vid RA. Det är därför viktigt med tidig diagnostik [27]. Det finns nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar [28].

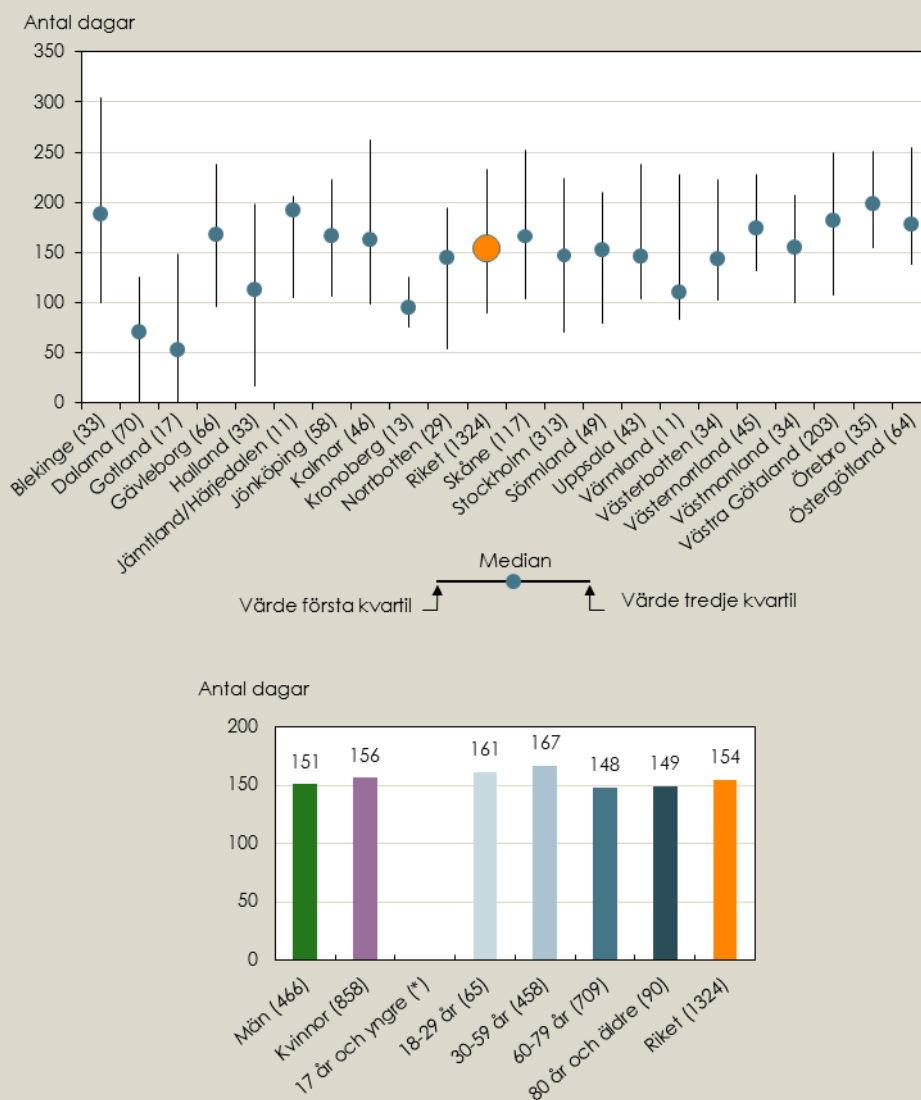
Figur 1 visar att tiden från första symtom till diagnos vid tidig reumatoid artrit (RA) är 154 dagar (median) i riket med vissa skillnader mellan olika landsting och regioner. Skillnaderna mellan olika landsting/regioner kan bero på lokala variationer för hur symtomdebut definieras och lokala rutiner som påverkar tidpunkten för när patienten inkluderas i nationella kvalitetsregistret Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Redovisade data i figur 1 bygger på 1324 patienter som 2015 fick diagnosen RA och inkluderades i SRQ. Tidig RA definieras här som alla patienter diagnostiserade med RA och inkluderade i registret inom 13 månader från symtomdebut. Tidpunkten då patienten registrerades i kvalitetsregistret användes som diagnosdatum. Avgränsningen till nydebuterad RA gjordes eftersom SRQ även används för uppföljning av etablerad RA-sjukdom och vissa personer då inkluderas lång tid efter diagnosen ställts. Registrets täckningsgrad var 83 procent år 2014 [25].

På vilket sätt uppföljning av tillgänglighetsaspekter för patienter med RA kan utvecklas diskuteras inom SRQ, till exempel hur återbesök och uppföljning av läkemedelsbehandling kan mätas.

Figur 1. Antal dagar (median) från sjukdomsdebut till diagnos vid tidig reumatoid artrit, 2015

Antal dagar (median) från debut till diagnos samt första och tredje kvartil för patienter diagnostiserade med reumatoid artrit och inkluderade i SRQ inom 13 månader från sjukdomsdebut. Antal patienter redovisas inom parentes (n).



* Data visas ej om antalet patienter färre än tio.

Källa: Svensk reumatologisk kvalitetsregister, SRQ.

Utveckling över tid 2011–2015

I figur 2 presenteras tiden från debut till diagnos och utvecklingen över tid för reumatoid artrit för riket respektive landstingen/regionerna. Figuren visar att det inte skett några större förändringar i tid från debut till diagnos mellan 2011 och 2015.

Figur 2. Variationer i tid från sjukdomsdebut till diagnos mellan landsting/regioner för reumatoid artrit samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar antal dagar (median) för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas antal patienter i riket (n) inom parentes



Källa: Svensk reumatologisk kvalitetsregister, SRQ.

Multipel skleros – tid från symtom till diagnos

Multipel skleros (MS)

Multipel skleros (MS) är en livslång kronisk sjukdom som drabbar centrala nervsystemet. Uppskattningsvis lever knappt 17 500 personer med MS i Sverige. Sverige har en av världens högsta frekvenser av insjuknande [29]. MS förekommer dubbelt så ofta hos kvinnor som hos män och sjukdomen debuterar ofta mellan 20 och 40 års ålder.

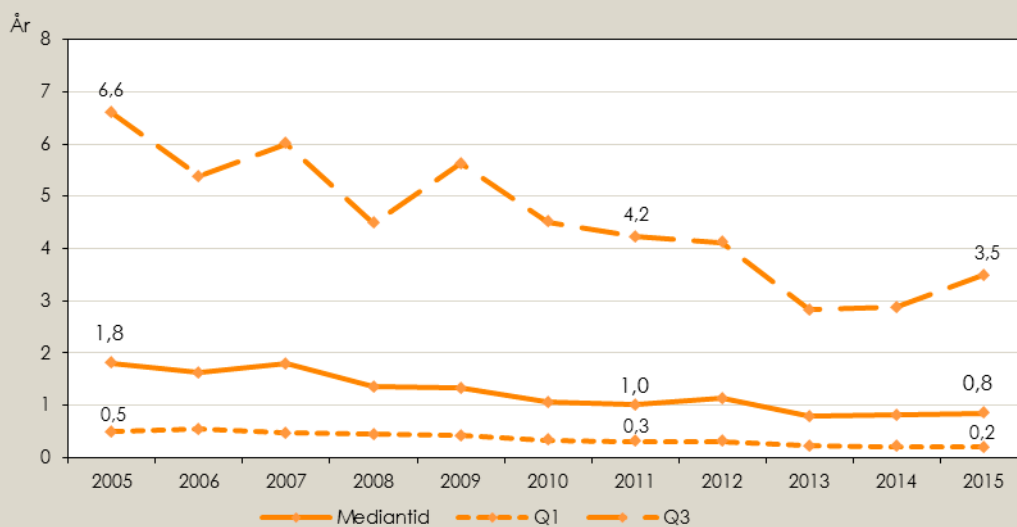
MS innebär att det bildas inflammationer och ärr på nervtrådarna, vilket påverkar nervsignalerna. Beroende på inflammationens läge ger den upphov till besvär i kroppen som domningar, balansrubbingar och synbesvär. Sjukdomsförloppet varierar och besvären återkommer ofta i skov, det vill säga i perioder. Orsakerna till MS är fortfarande huvudsakligen okända.

Läkemedelsbehandling kan bromsa sjukdomsförloppet och lindra besvären. Behandlingen är långsiktig för att minska antalet skov och skovens påverkan [30]. Det finns nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom [31].

Figur 3 visar att tiden mellan sjukdomsdebut och diagnos vid multipel skleros (MS) har minskat från 1,8 år till 0,8 år mellan 2005 och 2015. Även variationen mellan första och tredje kvartil (Q1 och Q3) har minskat kraftigt (streckade linjer i figuren). Täckningsgraden för MS i Svenska neuroregister var 74 procent 2014 och rapporteringen från de olika landstingen/regionerna var relativt jämn [25].

Figur 3. Antal år (median) från debut till diagnos vid multipel skleros, 2005–2015

Antal år (median) mellan debut och diagnos hos personer med multipel skleros, uppdelat på diagnosår 2005–2015. Streckade linjer redovisar kvartilavstånd, Q1 respektive Q3.



Källa: Svenska neuroregister/MS-registret.

Demenssjukdom – tid från remiss till utredning

Demenssjukdom

Cirka 160 000 personer beräknas leva med demenssjukdom i Sverige. Varje år tros omkring 25 000 personer insjukna. Risken för demenssjukdom ökar med stigande ålder och med en åldrande befolkning förväntas fler insjukna i demenssjukdom.

Demenssjukdom är ett samlingsnamn för flera diagnoser som orsakas av en hjärnskada och symtomen ser olika ut beroende på var i hjärnan skadan finns. Sjukdomsförloppet utvecklas ofta långsamt med en gradvis försämring av korttidsminnet, språket och tidsuppfattningen. Den vanligaste formen av demenssjukdom är Alzheimers sjukdom.

För att fastställa en demensdiagnos ska i första hand en basal demensutredning genomföras. Den basala demensutredningen består av flera delar, till exempel intervjuer med anhöriga, kognitiva test samt en strukturell hjärnabbildning med datortomografi. När en sådan utredning inte är tillräcklig kan en utvidgad demensutredning genomföras.

Demenssjukdom går inte att bota utan behandlingen syftar till att lindra symtomen och kompensera för de funktionsnedsättningar som uppstår. All vård och omsorg ska underlätta vardagen och hjälpa till att skapa en så god livskvalitet som möjligt för individen [32,33]. Det finns nationella riktlinjer för demenssjukdom och en reviderad version skickades ut på remiss år 2016 [32].

I urvalet av patienter från Svenska Demensregistret (SveDem) ingår patienter med demens vid Alzheimers sjukdom (tidig debut och sen debut), mix demens vid Alzheimers sjukdom och vaskulär demens, vaskulär demens (inklusive subkortikal vaskulär demens), Lewykroppsdemens, frontotemporal demens, Parkinsons sjukdom med demens, demens utan närmare specifikation samt övrig demensdiagnos (figur 4–7).

Täckningsgraden i Svenska Demensregistret är svår att beräkna. Om en skattad incidens på 20 000–26 000 personer per år används, ger det en täckningsgrad på ca 30–38 procent [34]. En samkörning med patientregistret gav en täckningsgrad på 43 procent [26].

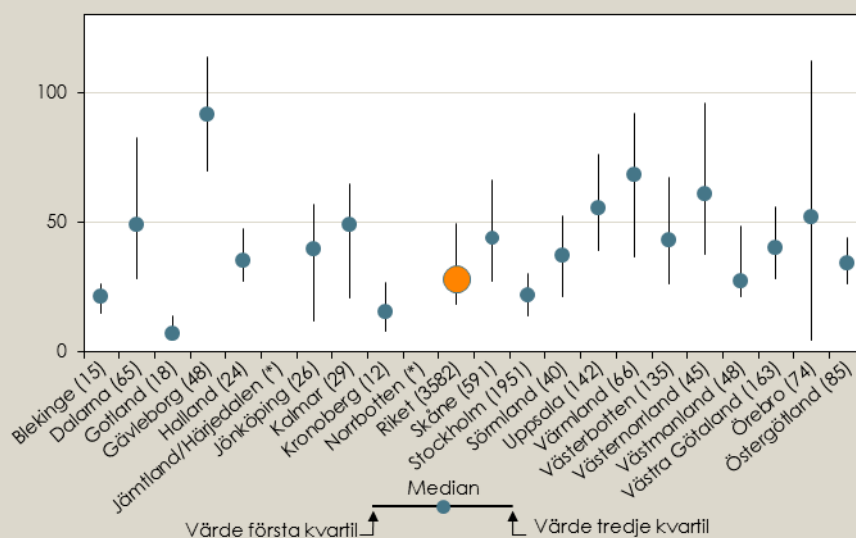
Väntetid till utredningsstart i specialistvård

Antalet dagar (median) från remiss till utredningsstart vid demenssjukdom är 28 dagar i specialistvården (figur 4). Specialistvårdens kortaste väntetider fanns i Region Gotland (7 dagar) och de längsta väntetiderna fanns i Region Gävleborg (91,5 dagar).

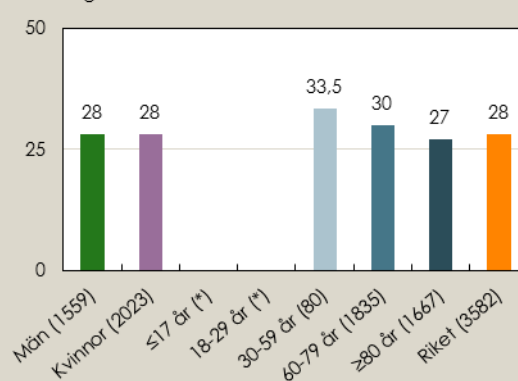
Figur 4. Antal dagar (median) från remiss till utredningsstart i specialistvård vid demenssjukdom, 2015

Antal dagar (median) från remissankomst till första utredningsdag i specialistvård vid demenssjukdom, till exempel vid Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Parkinsons sjukdom med demens. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.

Antal dagar



Antal dagar



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

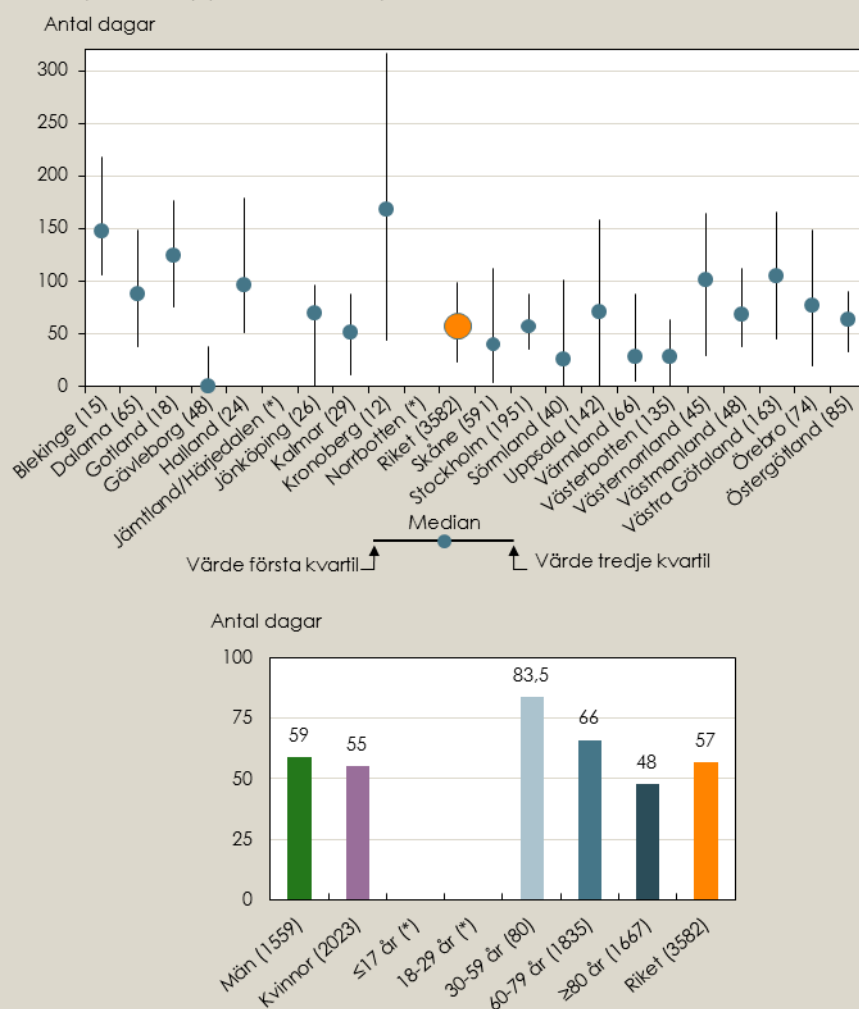
Källa: Svenska demensregistret, SveDem.

Utredningstid i specialistvård

Antalet dagar (median) från utredningsstart till diagnos i specialistvård vid demenssjukdom var 57 dagar 2015 (figur 5). Det fanns mycket stora skillnader mellan olika landsting/regioner, med medianen 168,5 dagar i Region Kronoberg, 25,5 dagar i Landstinget Sörmland och 0 dagar i Region Gävleborg. Att utredningstiden kan vara 0 dagar skulle kunna bero på att specialistvården inte behövt ytterligare undersökningar för att ställa en diagnos.

Figur 5. Antal dagar (median) från utredningsstart till diagnos i specialistvård vid demenssjukdom, 2015

Antal dagar (median) från utredningsstart till demensdiagnos i specialistvård, till exempel vid Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Parkinsons sjukdom med demens. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.
Källa: Svenska demensregistret, SveDem.

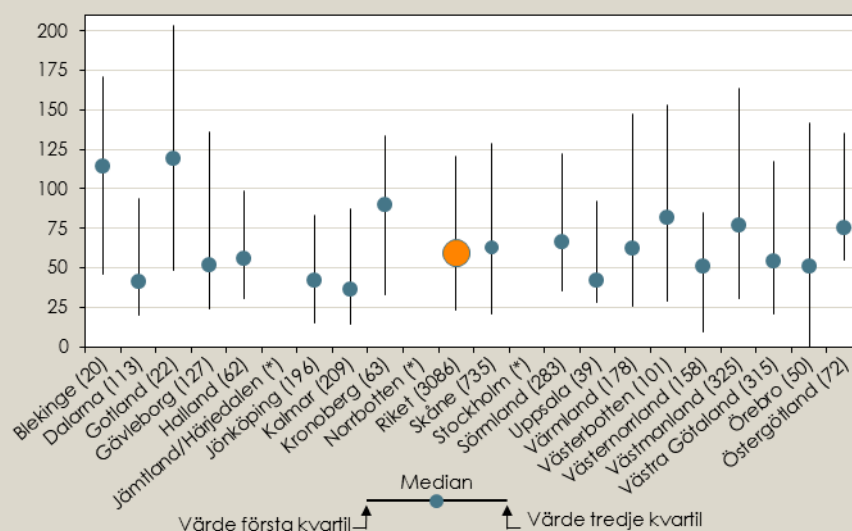
Utredningstid i primärvård

Tiden från utredningsstart till diagnos i primärvård var 59 dagar (figur 6). År 2015 fanns kortaste tiden mellan utredningsstart och diagnos i primärvården i Landstinget i Kalmar län (36 dagar) medan längst tid fanns i Region Gotland (119 dagar).

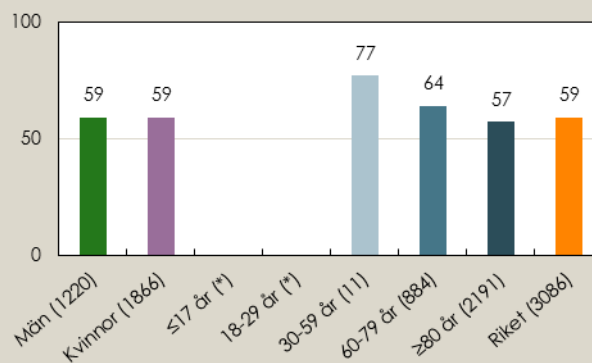
Figur 6. Antal dagar (median) från utredningsstart till diagnos i primärvård vid demenssjukdom, 2015

Antal dagar (median) från första besök gällande minnesproblem till demensdiagnos i primärvård, till exempel vid Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Parkinsons sjukdom med demens. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.

Antal dagar



Antal dagar



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

Källa: Svenska Demensregistret, SveDem.

Utveckling över tid 2011–2015

I figur 7 presenteras mediantiderna för demensutredning i primärvården och specialistvården för riket samt respektive landsting/region över tid. För primärvården och specialistvården presenteras tiden från utredningsstart till diagnos och för specialistvården presenteras även tiden från remiss till utredningsstart.

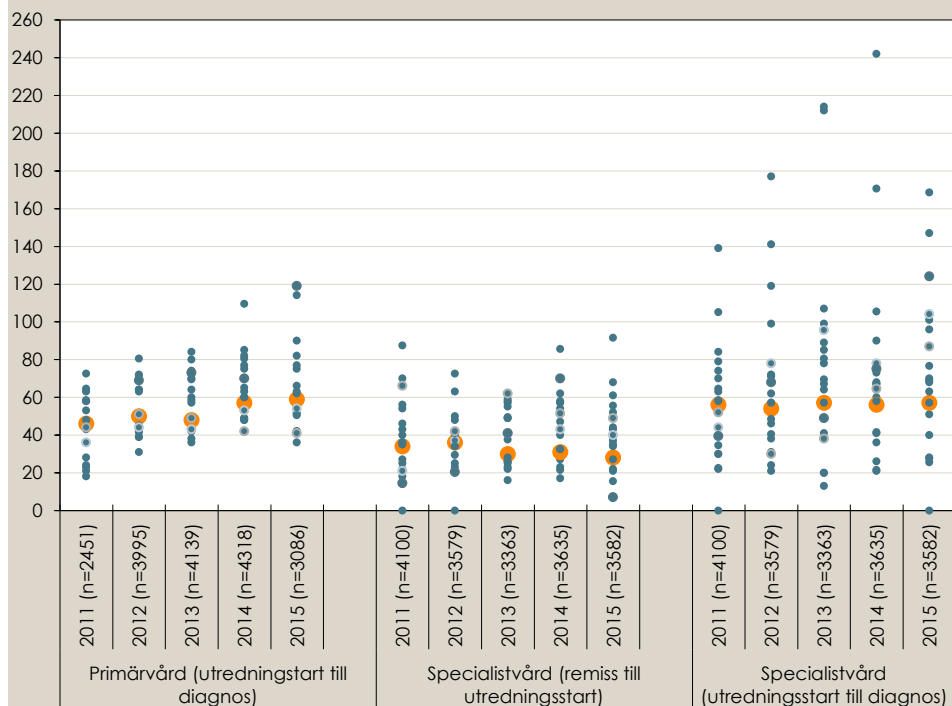
Medianväntetiden från remiss till utredningsstart vid demenssjukdom minskade från 34 till 28 dagar i riket mellan 2011 och 2015 (figur 7).

Mediantiden från utredningsstart till diagnos är knappt 60 dagar både i primärvården och i specialistvården (figur 7). I primärvården har medianen för utredningstid ökat från drygt 46 till 59 dagar mellan 2011 och 2015 (figur 7). Enligt registerhållaren kan ökningen delvis bero på att under samma period har andelen patienter som genomgår en basal demensutredning i primärvården ökat. I och med det har också fler patienter fått en mer precis demensdiagnos.

Figur 7. Variationer i median(vänte)tid mellan landsting/regioner för väntetid respektive utredning vid demenssjukdom samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar medianvärdet för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas inom parentes antal patienter i riket.

Antal dagar



Källa: Svenska Demensregistret, SveDem.

Obstruktiv sömnapné – tid till utredning och behandling

Obstruktiv sömnapné

Obstruktiv sömnapné förekommer hos cirka 10 procent av kvinnorna och 20 procent av männen i åldersgruppen 30–60 år [35]. Sjukdomen innebär upprepade andningsuppehåll under sömnen orsakad av att luftvägarna täpps till och luften till lungorna helt eller delvis hindras. Obstruktiv sömnapné påverkar sömnen men det är inte alltid som patienten själv vet om det.

Personer med obstruktiv sömnapné får ofta kognitiva och funktionella störningar på grund av onormal dåsighet och sömnhet dagtid med ökad risk för trötthetsrelaterade olyckor som följd. Det finns också en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes typ 2.

Övervikt och livsstilsrelaterade faktorer är ofta bidragande orsaker till obstruktiv sömnapné. Behandlingsförsök med viktnedgång, regelbunden motion, rökstopp och undvikande av alkoholkonsumtion har liten utsikt till framgång. CPAP (*continuous positive airway pressure*) är den effektivaste behandlingen. Den innebär att patienten sover med en flödesgenerator och näsmask. En CPAP-apparat blåser då in ett jämt flöde med luft i näsa och mun. Innan CPAP sätts in genomgår patienten en nattlig andningsregistrering (NAR) som ligger till grund för behandlingsbeslut. Bettskena, så kallad apnéskena, är ett annat behandlingsalternativ [36].

Obstruktiv sömnapné kan påverka förmågan att köra bil, och regelverket kring möjligheten att ha körkort vid obstruktiv sömnapné har nyligen blivit striktare, vilket sätter press på sjukvården att hantera utredningar och behandlingar i rimlig tid.

Uppgifter om väntetider vid obstruktiv sömnapné finns i två olika kvalitetsregister: Andningssviktregistret (Swedevox) och Svenska sömnapnéregistret (SESAR). Nattlig andningsregistrering (NAR) är den nödvändiga diagnostiska åtgärden som krävs vid obstruktiv sömnapné. Andningsregistreringen ligger också till grund för om patienten ska behandlas med CPAP.

Täckningsgraden för frågan om väntetid till NAR i Swedevox var omkring 75 procent, enligt registerhållaren. Vissa kliniker har mycket stort bortfall av data för väntetiden till NAR. Analysen av väntetider vid obstruktiv sömnapné bygger på CPAP-utprovande kliniker men den nattliga andningsregistreringen kan utföras även vid andra kliniker.

Täckningsgraden i SESAR var 49 procent 2014 [25]. SESAR redovisar, förutom liknande väntetider som i Swedevox, även uppgifter om väntetid till utprovning av apnéskena.

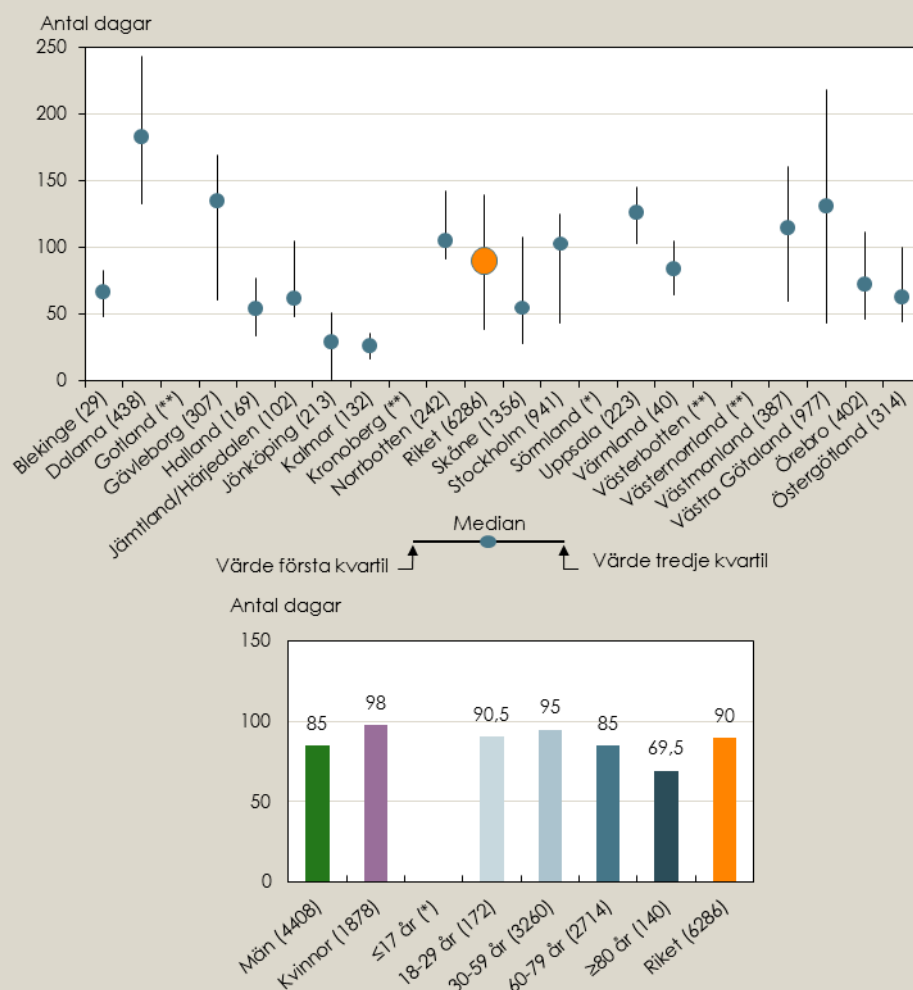
Tid från remiss till andningsregistrering

Antalet dagar (median) från remiss till utförd andningsregistrering vid obstruktiv sömnapné var 90 dagar i riket (figur 8). Det fanns stora skillnader mellan olika landsting/regioner. I Landstinget i Kalmar län var väntetiden kortast i landet (27 dagar) medan den längsta väntetiden fanns i Landstinget Dalarna (183 dagar).

Motsvarande väntetid i SESAR, beräknat som antal dagar från remiss till andningsregistrering till diagnosdatum var 83 dagars medianväntetid 2015, baserat på 3 096 patienter i riket (visas inte i figur).

Figur 8. Antal dagar (median) från remiss till utförd andningsregistrering vid sömnapné, 2015

Antal dagar (median) från remiss till utförd nattlig andningsregistrering vid misstänkt obstruktiv sömnapné. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i Swedex.

Källa: Andningssviktregistret, Swedex.

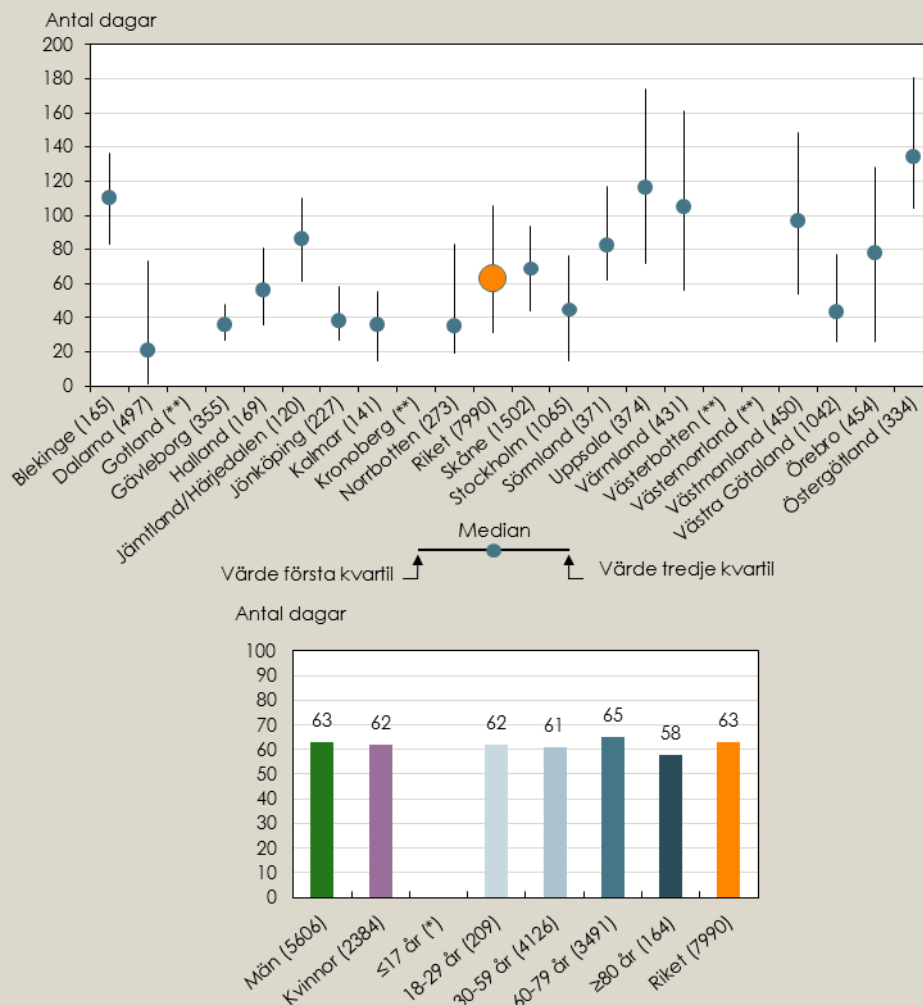
Tid från diagnos till utprovning av andningshjälp

När diagnosen obstruktiv sömnapné ställts tar det 63 dagar (median) för att få utprovning av andningshjälp med CPAP i riket (figur 9). Kortast var väntetiden i Landstinget Dalarna (21 dagar) och längst väntetid fanns i Region Östergötland (134 dagar). Tiden från diagnos till CPAP-utprovning kan variera eftersom patienten först kan ha prövat andra behandlingar, till exempel apnéskena.

Motsvarande medianväntetid i SESAR var 45 dagar från andningsregistrering till behandlingsstart med CPAP, baserat på 1217 patienter i riket 2015 (visas inte i figur).

Figur 9. Antal dagar (median) från diagnos till utprovning av andningshjälp vid sömnapné, 2015

Antal dagar (median) från nattlig andningsregistrering, vilket ligger till grund för diagnosen sömnapné, till utförd utprovning av CPAP-behandling. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

**Landsting/region som inte registrerar diagnosen i Swedexox.

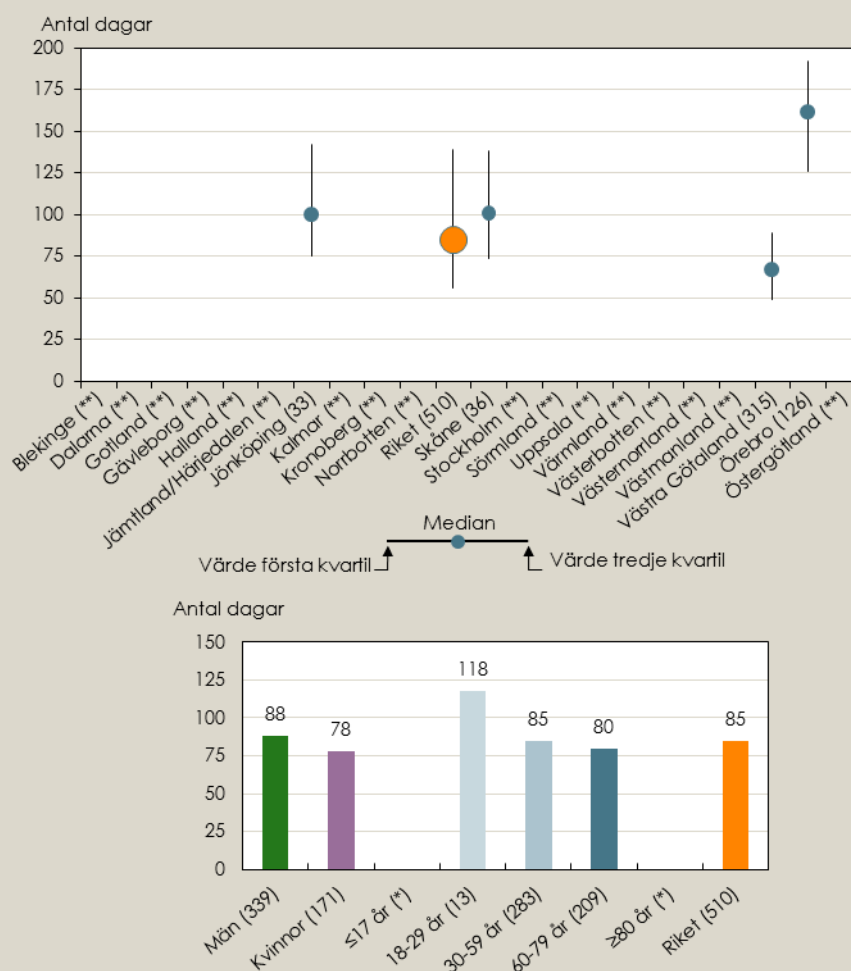
Källa: Andningssviktregistret, Swedexox.

Tid till behandling med apnéskena

Tiden från remiss till apnéskena till behandlingsstart med apnéskena var 85 dagar 2015 (figur 10). Endast fyra landsting/regioner rapporterade in uppgifter till SESAR om detta. Det var inga signifikanta skillnader mellan könen eller olika åldersgrupper, baserad på 95-procentigt konfidensintervall (visas inte i figuren).

Figur 10. Antal dagar (median) från remiss till behandlingsstart med apnéskena, 2015

Antal dagar (median) från remiss till apnéskena till behandlingsstart med apnéskena. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i SESAR.

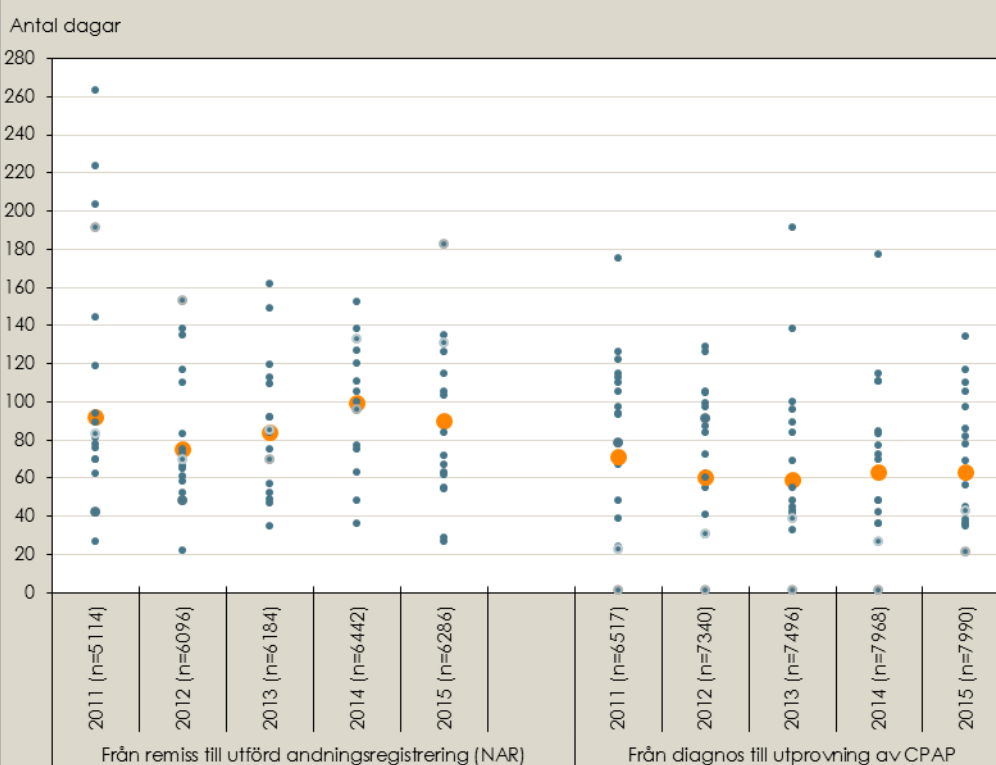
Källa: Svenska Sömnapnéregistret, SESAR.

Utveckling över tid 2011–2015

I figur 11 presenteras medianväntetiderna och utvecklingen över tid för väntetid till nattlig andningsregistrering (NAR) och väntetid till utprovning av andningshjälp (CPAP) för riket respektive landstingen/regionerna. Variationen mellan landstingen har minskat något för tid till andningsregistrering men medianväntetiden är densamma mellan 2011–2015. Variationen i väntetid till utprovning av andningshjälp (CPAP) mellan landstingen/regionerna är väldigt stor. Medianväntetiden i riket minskade mellan 2011–2015 från 71 dagar till 63 dagar.

Figur 11. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner till nattlig andningsregistrering (NAR) och till utprovning av andningshjälp (CPAP) vid sömnapné samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar medianvärdet för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas inom parentes antal patienter i riket.



Källa: Andningsviktsregistret, Swedevox och Svenska Sömnapnéregistret, SESAR.

Ätstörning – tid från remiss till besök

Ätstörning

Ätstörningar är ett samlingsnamn för flera diagnoser som kan delas in i huvudkategorierna anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsätningsstörning och andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom. Ätstörningar drabbar oftare kvinnor än män och omkring 5 procent av alla flickor och unga kvinnor i åldern 13–30 år beräknas vara drabbade vid ett givet tillfälle. Minst 100 000 personer i Sverige uppskattas leva med en ätstörning. Ätstörningar är vanligare bland yngre än bland äldre.

Anorexia nervosa innebär självsvält som leder till påtaglig undervikt och olika psykologiska symtom. Bulimia nervosa innebär hetsätning där personen äter onormalt stora mängder mat och det är vanligt med olika beteenden för att kompensera för hetsätningen som kräkningar, laxering, fasta eller överdriven motion. Andra specificerade ätstörningar eller ätstörning utan närmare specifikation innebär att det föreligger en ätstörning men att den inte uppfyller kriterierna för någon av de andra diagnoserna.

Behandlingen för olika ätstörningar omfattar både somatiska och psykiatriska insatser av olika slag. Det kan vara att övervaka kroppsliga konsekvenser av svält och hetsätning. Variationen av insatser är stor [37].

Figureerna i detta avsnitt bygger på data från Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, Riksät. Registret använder en tidigare version av indelning av ätstörningar: anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörningar utan närmare specifikation.

Täckningsgraden i Riksät är svår att beräkna eftersom patienter med ätstörning kan vårdas inom olika delar av vården, både allmän psykiatrisk vård och ätstörningsspecialiserad vård. Enligt registrets årsrapport är alla ätstörningsspecialiserade enheter i landet anslutna till registret och över 95 procent av alla nya behandlingar vid dessa specialiserade enheter registreras i Riksät [37]. Täckningsgraden i allmänpsykiatri är å andra sidan bristfällig. En samkörning med läkarbesök i patientregistret har uppskattat täckningsgraden i Riksät till omkring 20 procent [26]. Många patienter i den specialiserade ätstörningsvården träffar dock inte läkare, utan andra yrkesgrupper.

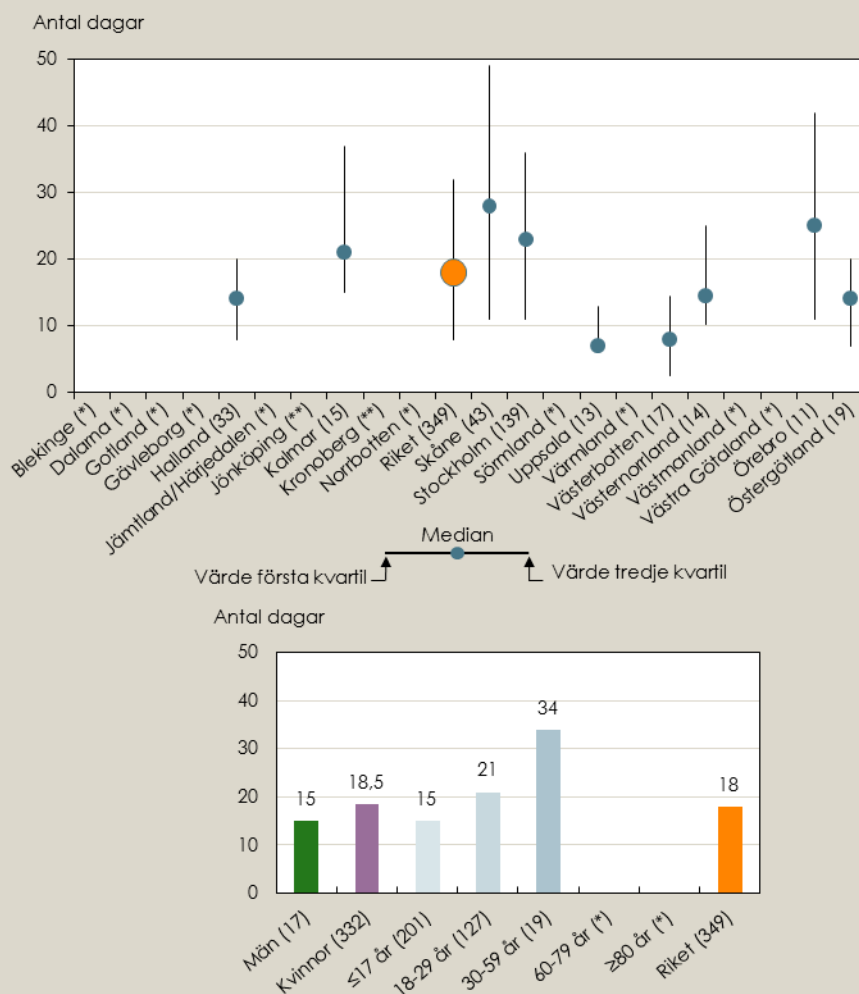
Skillnader i väntetid mellan landsting/regioner i figurena 12–14 kan bero på huruvida det är främst barn- och ungdomspsykiatri eller vuxenpsykiatri som registrerar i Riksät. Detta bör vägas in i tolkningen av skillnaderna.

Anorexia nervosa

Figur 12 visar att medianen var 18 dagars väntetid mellan remissbeslut och första besök vid anorexia nervosa (från 8 dagar till 28 dagar i deltagande landsting/regioner). Sammanlagt hade 17 män/pojkar och 332 kvinnor/flickor i Riksät fått diagnosen anorexia nervosa 2015. Medelåldern var 19 år för män/pojkar och 18 år för kvinnor/flickor.

Figur 12. Antal dagar (median) från remissbeslut till datum för första besök för patienter med anorexia nervosa, 2015

Antal dagar (median) från remissbeslut till datum för första besök för patienter med anorexia nervosa. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar i Riksät.

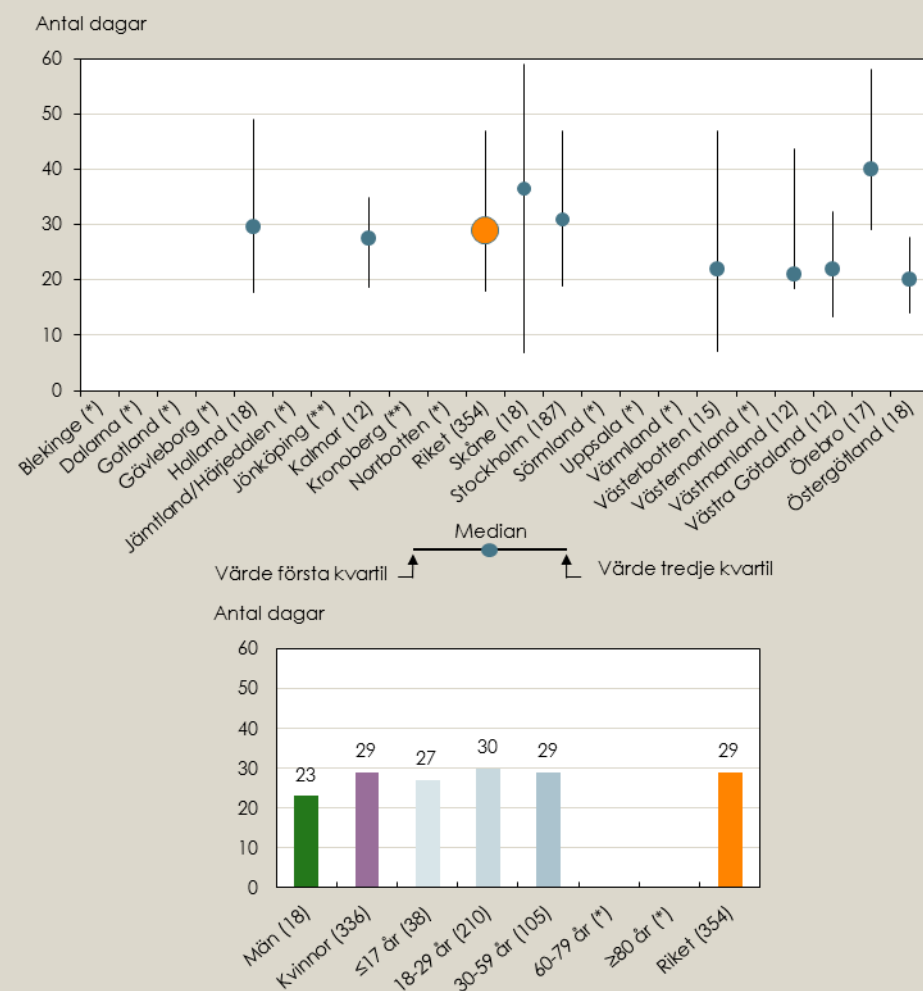
Källa: Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, Riksät.

Bulimia nervosa

Antalet dagar mellan remiss och datum för första besök vid bulimia nervosa var 29 dagar (median) i riket 2015 (figur 13). Kortast var väntetiden i Region Östergötland (20 dagar) och längst väntetid fanns i Region Örebro län (40 dagar). Medelåldern för män var 33 år och 26 år för kvinnor.

Figur 13. Antal dagar (median) från remissbeslut till datum för första besök för patienter med bulimia nervosa, 2015

Antal dagar (median) från remissbeslut till datum för första besök för patienter med bulimia nervosa. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i Riksät.

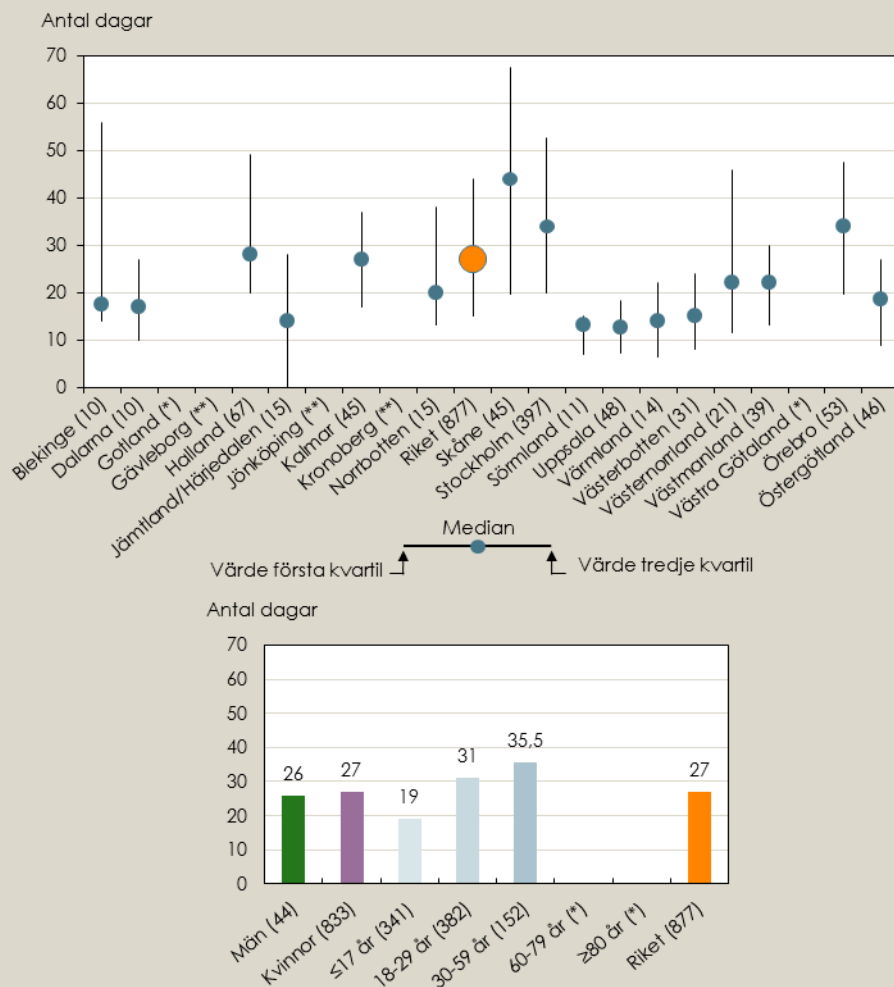
Källa: Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, Riksät.

Ätstörning utan närmare specifikation

Den största ätstörningsgruppen i Riksät var ätstörning utan närmare specifikation, där 877 patienter hade diagnosen 2015. Av dessa var 44 män/pojkar och 833 kvinnor/flickor (figur 14). Totalt 341 patienter (39 procent) som var under 18 år gamla. Medelåldern var 23 år för män/pojkar och 22 år för kvinnor/flickor.

Figur 14. Antal dagar (median) från remissbeslut till datum för första besök för patienter med ätstörning utan närmare specifikation, 2015

Antal dagar (median) från remissbeslut till datum för första besök för patienter med ätstörning utan närmare specifikation. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i Riksät.

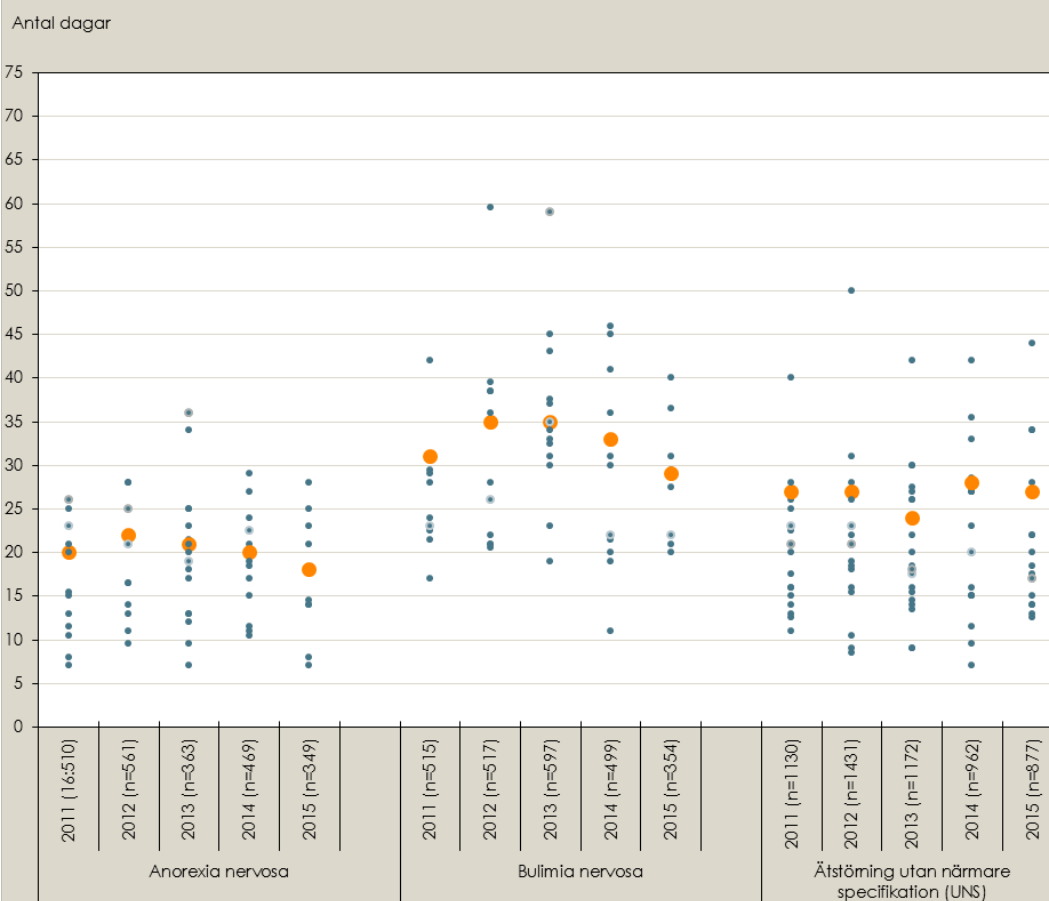
Källa: Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, Riksät.

Utveckling över tid 2011–2015

I figur 15 presenteras medianväntetiden för respektive ätstörningsdiagnos för riket (stor prick) samt för landstingen/regionerna (liten prick). Figuren visar att det inte skett några större förändringar mellan 2011 och 2015, vare sig i väntetid till behandling och eller i variationen mellan landstingen/regionerna. För varje år anges inom parentes det antal landsting/regioner respektive det antal patienter som analysen bygger på. Landsting/regioner med färre än tio registrerade patienter redovisas inte.

Figur 15. Variationer mellan landsting/regioner i medianväntetid från remiss till första besök vid ätstörningsdiagnos samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar medianvärdet för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln visas antal patienter i riket inom parentes.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, Riksst.

Smärtrehabilitering – tid från remiss till besök

Långvarig smärta och smärtrehabilitering

Smärta är en subjektiv upplevelse och därför förenat med emotionella och psykologiska reaktioner. Det är viktigt att acceptera patientens subjektiva upplevelse av sin smärta.

Förekomsten av svår till måttlig långvarig smärta vid ett givet tillfälle beräknas till cirka 20 procent. För att definieras som långvarig ska smärtan ha en viss varaktighet under minst tre månader.

Smärta leder ofta till inskränkningar i det dagliga livet, nedsatt livskvalitet och en stor samhällsekonomisk kostnad. Det förekommer ofta samsjuklighet mellan långvarig smärta och psykiska besvär, till exempel depression. Smärta är en komplex och subjektiv företeelse som påverkas av en rad olika faktorer, och långvarig smärta måste ses utifrån denna komplexa helhet.

Behandling för att lindra smärtan eller hantera dess konsekvenser kan ske på olika sätt och har olika effekt. Behandlingen kan bestå av till exempel läkemedel, breda rehabiliteringsprogram eller beteendemedicinsk behandling. Många läkemedel som i dag används för smärtbehandling är dock inte utvecklade för att särskilt behandla långvarig smärta. Breda och samordnade rehabiliteringsprogram leder till att fler människor kan återgå till arbetet men det saknas stöd för den smärtlindrande effekten. Beteendemedicinsk behandling leder till bättre aktivitetsförmåga [38].

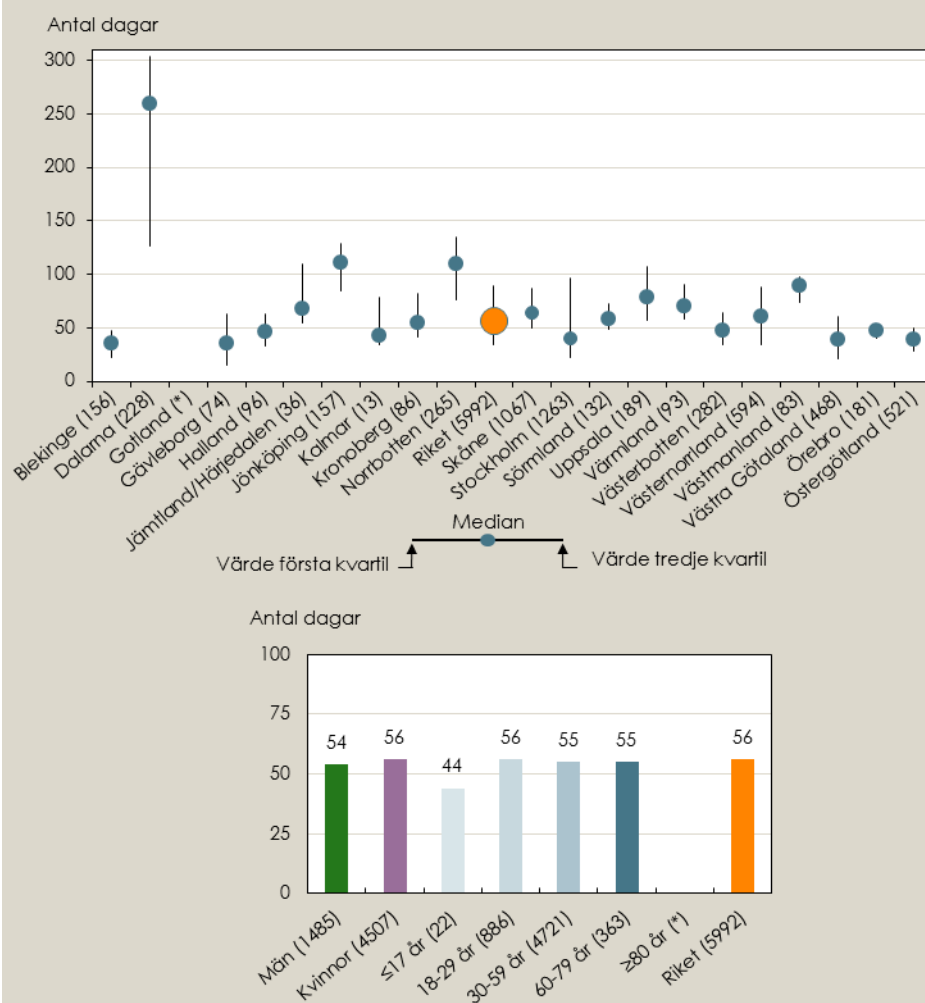
Nationella registret över smärtrehabilitering (NRS) registrerar patienter i behov av smärtrehabilitering och följer behandlingar och resultat. Patienter i behov av smärtrehabilitering har ofta komplexa tillstånd som kräver välfungerande och evidensbaserad rehabilitering. För att ingå i registret ska patienten uppfylla följande kriterier:

- Smärtan har varit ihållande eller återkommande i mer än tre månader.
- Smärtan påverkar det dagliga livet i hög grad.
- Patienten har potential till aktivt förbättringsarbete.
- Patienten har inte någon annan sjukdom eller något annat tillstånd som innebär ett hinder för att delta i rehabiliteringsprogrammet.
- Patienten ska vara i arbetsför ålder.

Väntetiden var 56 dagar från remiss till första besök för rehabilitering (figur 16). Längst var väntetiden i Landstinget Dalarna (259 dagar) och kortast i Landstinget Blekinge (35 dagar). Täckningsgraden i NRS 2015 var 99,5 procent. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen eller olika åldersgrupper, baserat på 95-procentigt konfidsensintervall.

Figur 16. Antal dagar (median) från remiss till första besök vid rehabilitering för smärtdiagnos, 2015

Antal dagar (median) från remissankomst till första besök för smärtrehabilitering vid smärtdiagnos. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

Källa: Nationellt register över smärtrehabilitering, NRS.

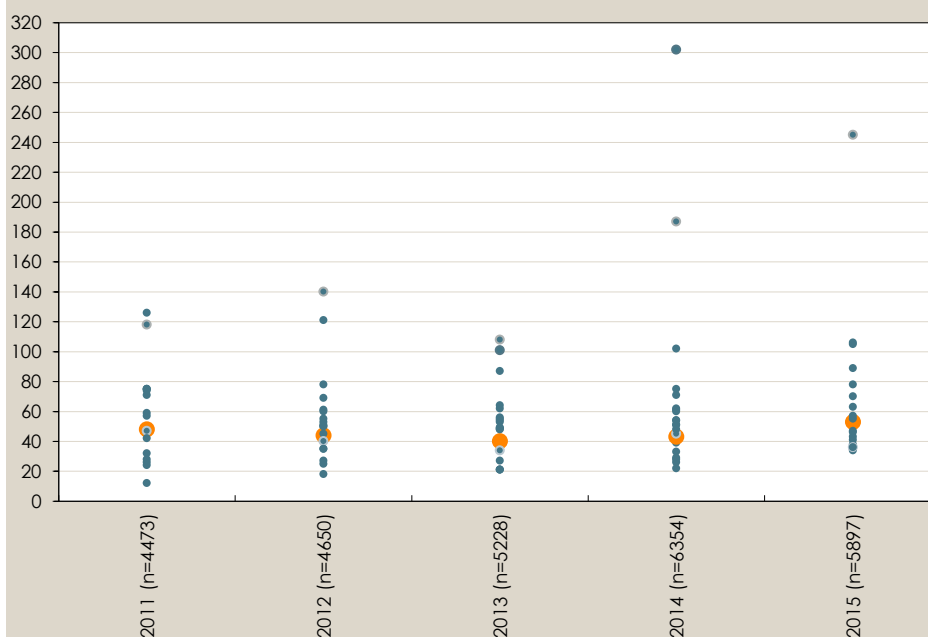
Utveckling över tid 2011–2015

I figur 17 presenteras medianväntetiderna och utvecklingen över tid för smärtrehabilitering för riket respektive landstingen/regionerna. Det har inte skett några stora förändringar i medianväntetiden från 2011 till 2015.

Figur 17. Variationer i medianväntetid från remiss till första besök vid smärtdiagnos mellan landsting/regioner samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar medianvärdet för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter visas inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas antal patienter i riket (n) inom parentes.

Antal dagar



Källa: Nationellt register över smärtrehabilitering, NRS.

Rehabilitering – tid från remiss till behandling

Rehabilitering

Rehabilitering är insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället [39].

Rehabilitering syftar till att förändra ett beteende hos patienten och det sträcker sig långt utanför enbart fysisk träning. Den specialiserade rehabiliteringen startar när patientens behov av rehabilitering är större än de medicinska eller omvårdande behoven. Sjukdomar som ofta leder till ett rehabiliteringsbehov är stroke, annan hjärnskada, ryggmärgsskada, flera komplicerade frakturer eller långvarig orörlighet.

Rehabilitering utformas utifrån personens diagnos, funktion och livssituation [40].

Nationellt kvalitetsregister inom rehabilitering, WebRehab Sweden, är ett nationellt kvalitetsregister för alla kliniker eller enheter som bedriver specialiserad rehabilitering. För att få specialiserad rehabilitering krävs oftast en remiss från läkare, men öppenvårdsrehabilitering kan i vissa fall ges utifrån en vårdbegäran direkt från patienten. Patienter med följande diagnoser ingår i registret: stroke, subaraknoidalblödning, traumatisk hjärnskada, postinfektiös eller postinflammatorisk hjärnskada, anoxisk hjärnskada, annan hjärnskada, ryggmärgsskada, demyeliniserande sjukdomar, annan neurodiagnos, reumatiska sjukdomar, ortopediska ingrepp, övriga sjukdomar och skador, amputationer, cancersjukdom, psykiatrisk sjukdom hjärt-, kärl- och lungsjukdom samt övriga trauma. Täckningsgraden i WebRehab Sweden är omkring 90 procent [26].

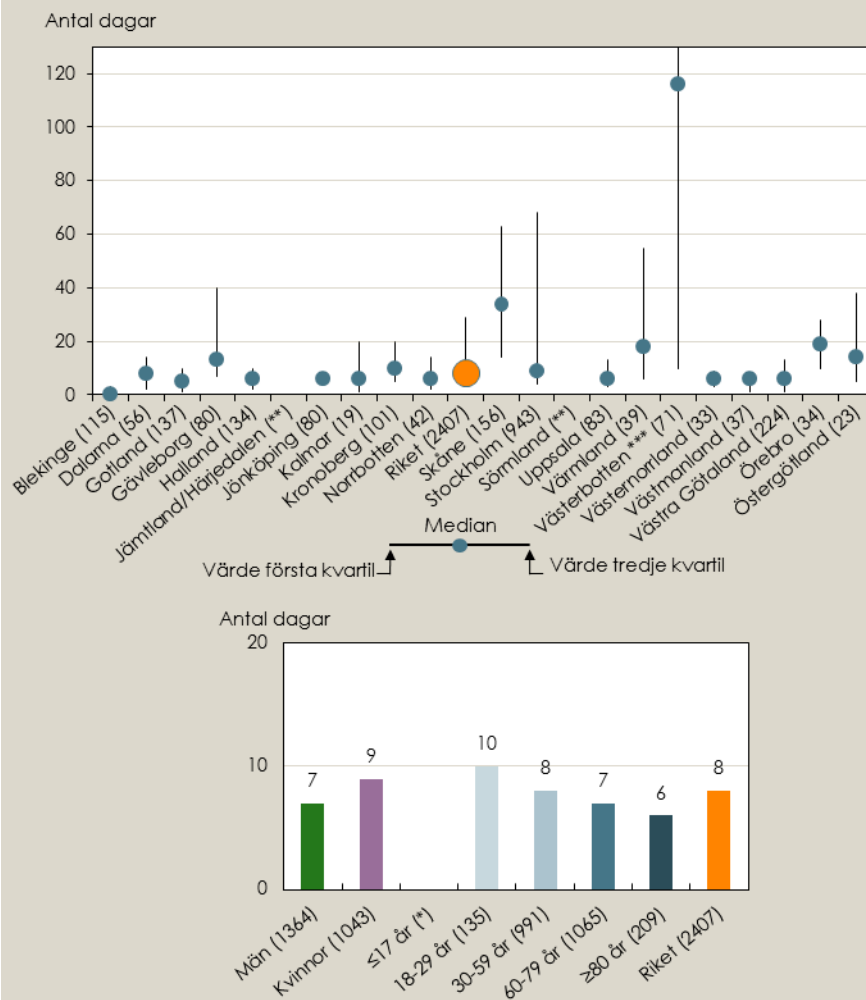
Från remiss till inskrivning i slutenvårdsrehabilitering var medianväntetiden i riket 8 dagar 2015 (figur 18).

Det fanns en stor variation i väntetiden mellan landstingen/regionerna – från 0 dagar i Landstinget Blekinge till 116 dagar i Västerbottens läns landsting. Skillnaderna måste tolkas med försiktighet eftersom de kan bero på hur vården är organiserad, till exempel ifall akut vård och rehabilitering efter stroke kombineras. Då blir väntetiden i registret kort, till skillnad från planerad rehabilitering i ett senare skede.

Det var inga signifikanta skillnader mellan olika åldersgrupper, baserad på ett 95-procentigt konfidensintervall. Skillnaden mellan män och kvinnor var inte signifikant, förutom i ett landsting (Stockholm), där kvinnorna hade signifikant längre tid än männen (7 dagar för män respektive 33 dagar för kvinnor).

Figur 18. Antal dagar (median) från utfärdande av remiss till inskrivning i rehabilitering, 2015

Antal dagar (median) från utfärdande av remiss till inskrivning i rehabilitering för patienter med till exempel förvärvad hjärnskada, ryggmärgsskada, multitrauma eller långvarig immobiliserande vård. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i WebRehab Sweden.

*** Värde för den tredje kvartilen i Västerbotten är 202.

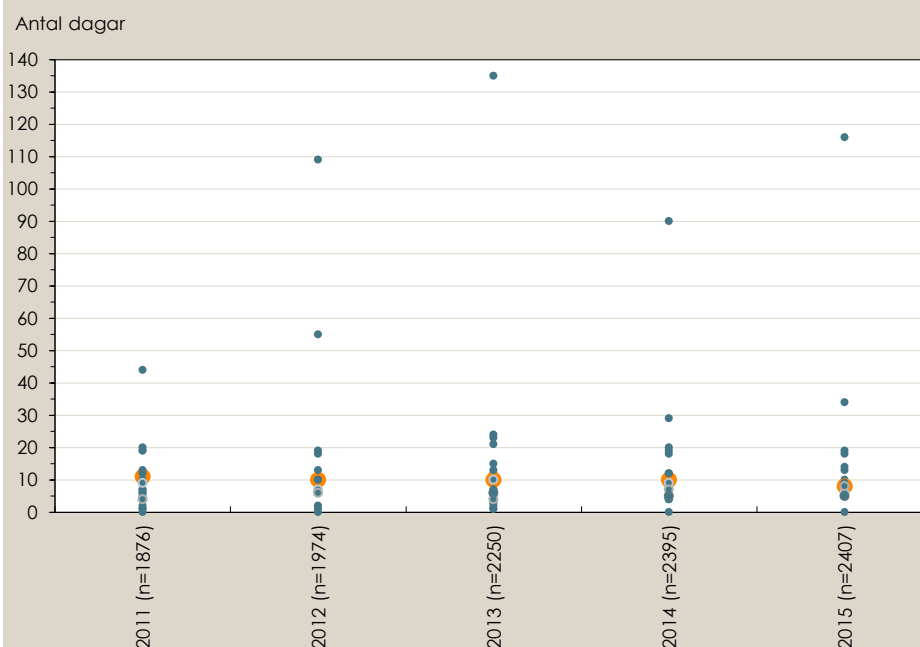
Källa: WebRehab Sweden.

Utveckling över tid 2011–2015

I figur 19 presenteras medianväntetiderna och utvecklingen över tid från remiss till inskrivning i rehabilitering för riket respektive landstingen/regionerna. Mellan 2011 och 2015 minskade median väntetiden i riket från 11 dagar till 8 dagar. Variationen mellan landstingen/regionerna är stor. Medianväntetider som överstiger 90 dagar finns endast i Västerbottens landsting.

Figur 19. Variationer i medianväntetid från remiss till inskrivning i rehabilitering mellan landsting/regioner samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar medianvärdet för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas inom parantes antal patienter i riket.



Källa: WebRehab Sweden.

Sköldkörtel- och bisköldkörtelkirurgi – tid från remiss till operation

Toxisk struma, knölstruma och primär hyperparathyroidism

Struma innebär att sköldkörteln, som sitter på halsens framsida, är förstörd. Tillståndet kan ha olika orsaker.

Graves sjukdom är en av de vanligaste orsakerna till toxisk struma, och sjukdomen innebär en ökad produktion av sköldkörtelhormon. Sjukdomen beror på en rubbning i kroppens immunförsvar med en produktion av antikroppar mot sköldkörteln. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor och det finns en viss ärftlighet. Symtom kan uppstå i alla kroppens vävnader och för Graves sjukdom kan det också uppstå ögonsymtom som stirrande blick och svullnad kring ögonen.

Det finns tre möjliga behandlingar: medicinsk behandling som bromsar produktionen av sköldkörtelhormoner, kirurgisk behandling där sköldkörteln opereras bort eller behandling med radioaktiv jod som dämpar sköldkörtelns funktion. De båda senare behandlingarna efterföljs av livslång behandling med sköldkörtelhormon.

Knölar på sköldkörteln (knölstruma) kan också orsaka en överproduktion av sköldkörtelhormon i blodet. Knölstruma ger en förstörd sköldkörtel som oftast inte påverkar hormonproduktionen, men till följd av knölen kan svalget och luftvägarna påverkas. Knölstruma behandlas i första hand med operation.

Vid primär hyperparathyroidism (PHPT) frisätts mer parathormon än normalt från en eller flera bisköldkörtlar. Parathormoner upprätthåller kalciumkoncentrationen i blodet och en ökad nivå av hormonet ger en högre kalciumnivå än normalt. PHPT uppstår som följd av en sjukdom i en eller flera bisköldkörtlar, ofta beroende på en godartad knuta. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor och risken ökar med stigande ålder. Patienter med PHPT har många symptom såsom trötthet, muskelvärk, nedstämdhet och nedsatt bentäthet. Den enda aktuella behandlingen är att operera bort den eller de sjuka körtlarna [41].

Kvalitetsregistret Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery (SQRTPA) innehåller data från patienter som genomgått en kirurgisk behandling på grund av sköldkörtel-, bisköldkörtel- eller binjuresjukdom. Det innebär att registret innehåller diagnoser som toxisk struma, knölstruma och primär hyperparathyroidism (PHPT).

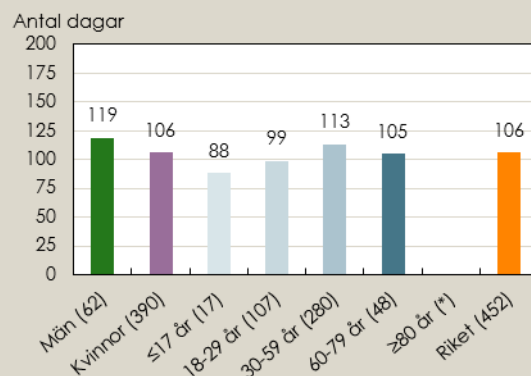
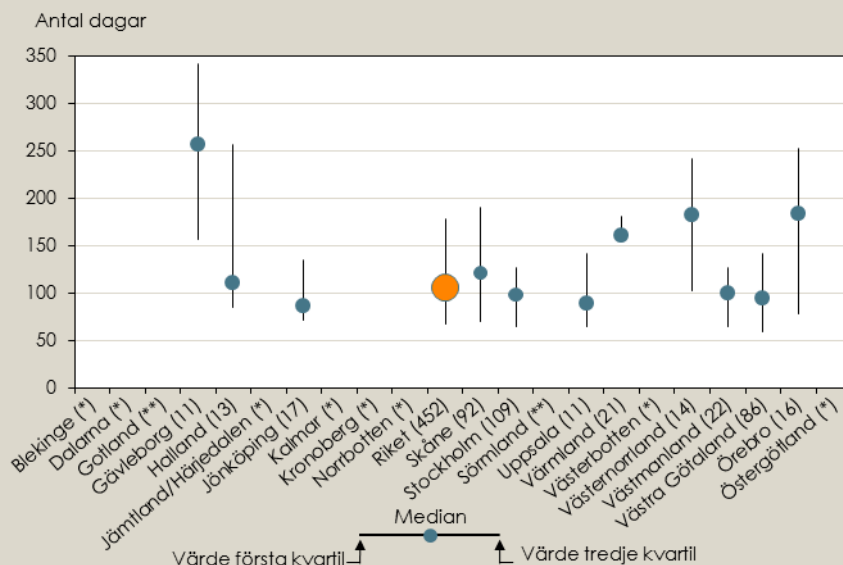
SQRTPA har en anslutningsgrad på 95 procent [26].

Graves sjukdom

Antal dagar från remiss till operation för patienter med Graves sjukdom var 106 dagar (figur 20). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män.

Figur 20. Antal dagar (median) från remiss till operation för patienter med Graves sjukdom, 2015

Antal dagar (median) från remiss till operation för patienter med Graves sjukdom. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i SQRTPA.

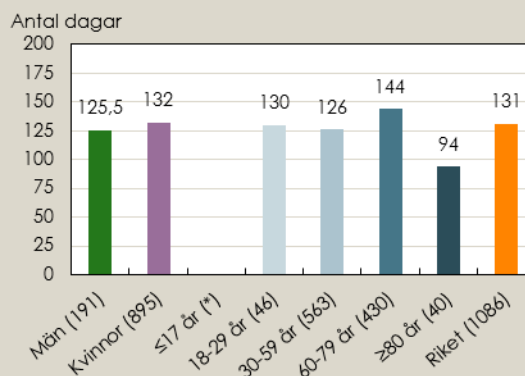
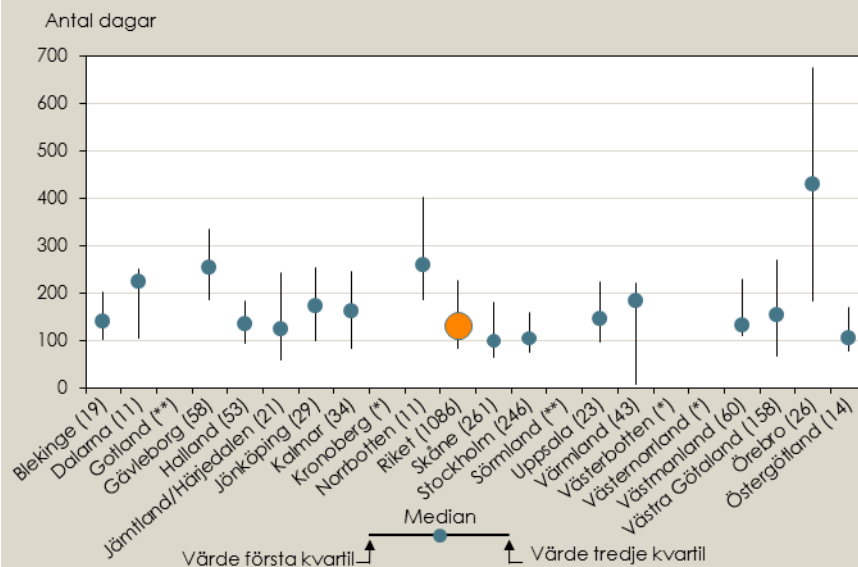
Källa: Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQRTPA.

Knölstruma

Antal dagar från remiss till operation för patienter med knölstruma är 131 dagar (figur 21). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen eller olika åldersgrupper.

Figur 21. Antal dagar (median) från remiss till operation för patienter med knölstruma, 2015

Antal dagar (median) från remiss till operation för patienter med knölstruma. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i SQRTPA.

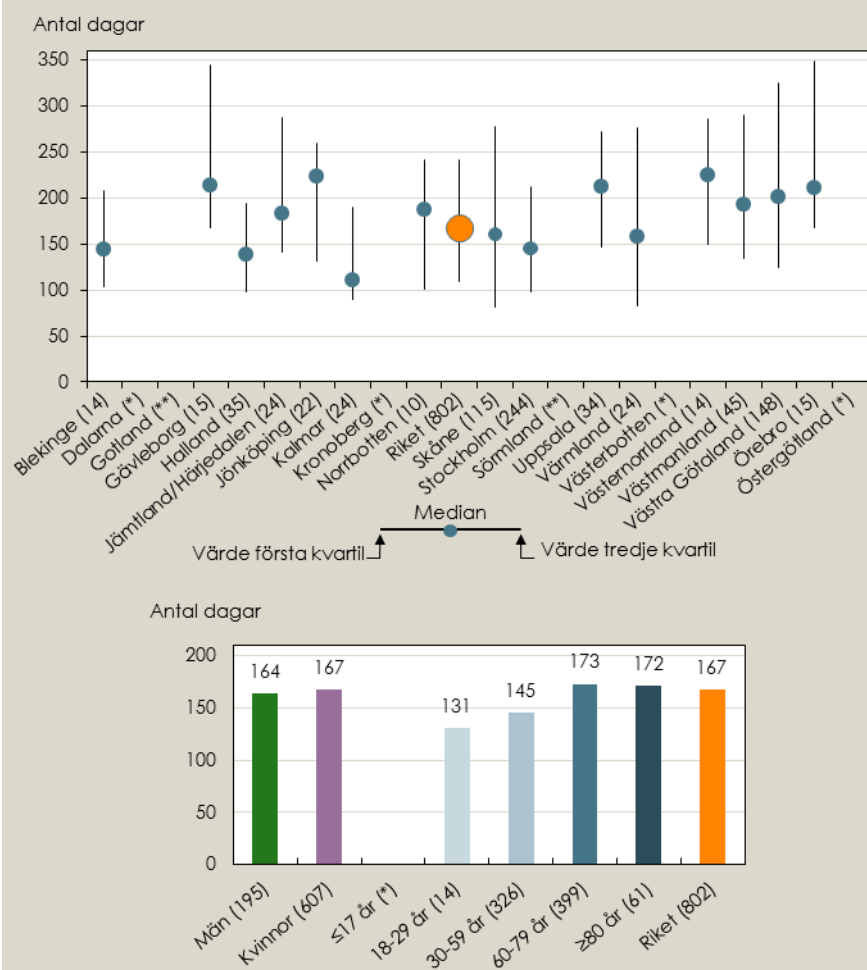
Källa: Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQRTPA.

Primär hyperparathyroidism (PHPT)

Antal dagar mellan remiss till operation för patienter med primär hyperparathyroidism (PHPT) är 167 dagar i riket (figur 22). Det fanns ingen skillnad mellan män och kvinnor, men väntetiden för personer mellan 60–79 år var signifikant längre än väntetiden för personer i åldern 30–59 år.

Figur 22. Antal dagar (median) från remiss till operation för patienter med PHPT, 2015

Antal dagar (median) från remiss till operation för patienter med primär hyperparathyroidism (PHPT). Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i SQRTPA.

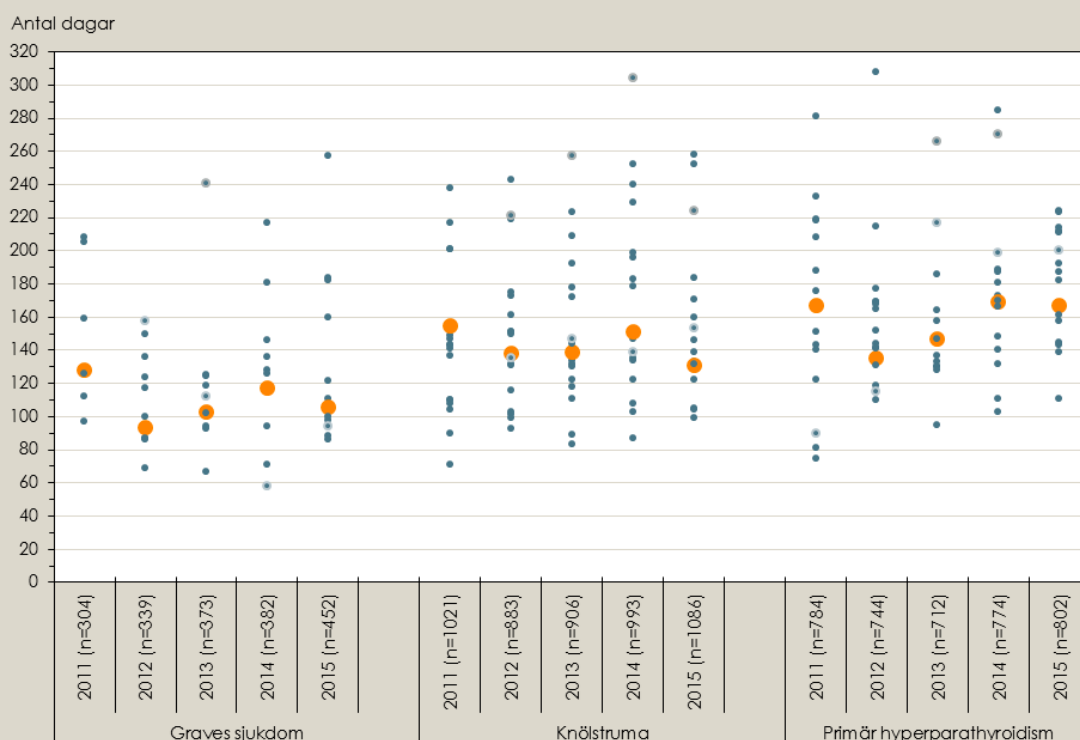
Källa: Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQRTPA.

Utveckling över tid, 2011–2015

I figur 23 presenteras medianväntetiderna från remiss till operation och utvecklingen över tid för Graves sjukdom, knölstruma och primär hyperparathyroidism för riket respektive landstingen/regionerna.

Figur 23. Variationer i medianväntetid mellan landsting/regioner från remiss till operation samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar medianvärdet från remiss till operation för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas årtal och inom parentes antal patienter i riket.



Källa: Kvalitetsregistret Scandinavian Quality register for Thyroid, parathyroid and adrenal surgery, SQRTPA.

Högt blodtryck i lungartärerna – tid från diagnos till behandlingsstart

Pulmonell arteriell hypertension (PAH), högt blodtryck i lungartärerna

Pulmonell arteriell hypertension (PAH) innebär högt blodtryck i lungartärerna. Sjukdomen karakteriseras av förändringar i lungpulsåderns finaste grenar (arteriolerna). Förändringarna orsakar förhöjt motstånd i lungkärlen och därigenom ett ökat lungartärtryck och påverkan av höger hjärtrum. PAH är en ovanlig och livshotande sjukdom som förekommer i relativt låg prevalens i befolkningen, cirka 5-10 per miljon invånare för den idiopatiskt (utan känd orsak) orsakade formen. Därutöver förekommer även PAH hos patienter med reumatiska sjukdomar, framförallt i samband med systemisk skleros men även vid medfödda hjärtfel eller som komplikation till användning av vissa läkemedel/droger. I Sverige lever omkring 400 personer med diagnosen PAH och varje år diagnostiseras omkring 60 nya fall. Utredning, behandling och uppföljning är komplex och genomförs av multidisciplinära team vid landets PAH centra, belägna på något av landets sju universitetssjukhus.

De vanligaste symptomen vid PAH är andfåddhet, trötthet, hjärtklappning och svimning. Eftersom symptomen är gemensamma med många andra sjukdomar i hjärta och lungor blir utredningen komplex. För att säkert ställa diagnosen PAH krävs hjärkateterisering. Såväl diagnostik som bedömning av sjukdomens svårighetsgrad baseras på medelartärtrycket i lungartären.

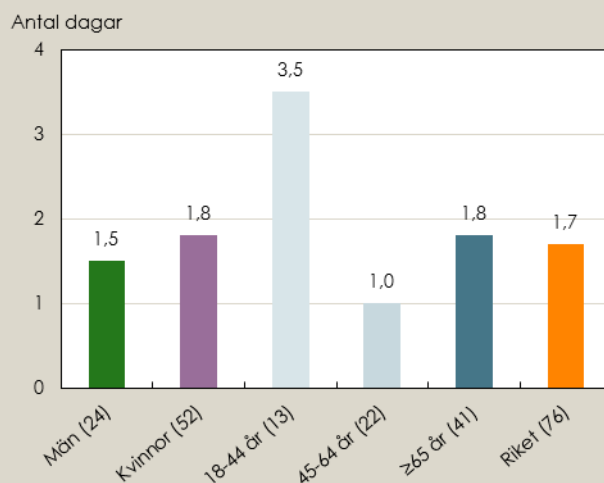
PAH går inte att bota men med behandling kan sjukdomen bromsas och symptom lindras. Under den senaste tioårsperioden har ett flertal mycket dyrbara läkemedel tagits fram. Hos patienter där farmakologisk behandling inte varit framgångsrik eller vid försämring kan lungtransplantation bli aktuell [42,43].

Svenska Pulmonell Arteriell Hypertension Registret (SPAHR) är ett nationellt kvalitetsregister som följer upp vården av patienter med pulmonell arteriell hypertension, PAH, högt blodtryck i lungartärerna. Utredning, behandling och uppföljning av PAH patienter sker på sju särskilda PAH-centra vid universitetssjukhusen i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Uppsala, Umeå och Örebro. Enligt registrets senaste årsrapport är täckningsgraden 85 procent [43].

Figur 24 visar att medianväntetiden från diagnos till start av PAH-specifik behandling var 1,7 dagar. Väntetiden mäts från den dag då den diagnosställande hjärkateteriseringen gjordes till behandlingsstart. Det var inte någon signifikant skillnad mellan könen.

Figur 24. Antal dagar (median) från diagnos till behandlingsstart vid högt blodtryck i lungartärerna (PAH), 2015

Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



Källa: Svenska PAH-registret, SPAHR.

Andelen patienter som fick vänta 30 dagar eller mindre från diagnos till behandlingsstart var 72 procent i riket (tabell 1).

Tabell 1. Andel patienter med högt blodtryck i lungartärerna (PAH) som fått behandling inom respektive tidsperiod, 2015 (n=76)

	Antal (n)	30 dagar eller mindre (%)	31-60 dagar (%)	61-90 dagar (%)	Över 90 dagar (%)	Ej startat behandling (%)	Samtliga (%)
Män	24	67	17	0	4	13	100
Kvinnor	52	73	13	2	12	0	100
18-44 år	13	85	8	0	8	0	100
45-64 år	22	64	18	0	9	9	100
65 år och uppåt	41	71	15	2	10	2	100
Riket	76	72	14	1	8	4	100

Källa: Svenska PAH-registret, SPAHR.

Mellan 2011 och 2015 minskade medianväntetiden från diagnos till PAH-specifik behandling i riket från 4,3 dagar till 1,7 dagar (tabell 2).

Tabell 2. Antal dagar (median) från diagnos till behandlingsstart vid högt blodtryck i lungartärerna (PAH) i riket, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Antal dagar medianväntetid	4,3	5,0	2,9	1,6	1,7
Antal patienter	61	60	81	70	76

Källa: Svenska PAH-registret, SPAHR.

Bensår, fotsår och trycksår – sårläggningstid

Bensår, fotsår och trycksår

Bensår, fotsår och trycksår som tar längre tid än sex veckor att läka räknas som svårålkta sår. Ben- och fotsår är ofta symtom på underliggande orsaker, till exempel diabetes eller annan kronisk sjukdom. Trycksår uppstår på grund av otillräcklig blodtillförsel till hudens celler, och orsaken är ofta att huden utsätts för ihållande tryck [44].

Personer med svårålkta sår har vanligtvis hög medelålder och fler kvinnor än män drabbas. Bland personer med svårålkta sår finns en stor samsjuklighet med främst diabetes och hjärt-kärlsjukdomar [45].

Behandlingen av svårålkta sår skiljer sig åt, beroende på vilken typ av sår det gäller. Den bakomliggande orsaken styr den fortsatta behandlingen [44].

Svenska nationella kvalitetsregistret för ben-, fot- och trycksår (RiksSår) följer upp vården av svårålkta sår.

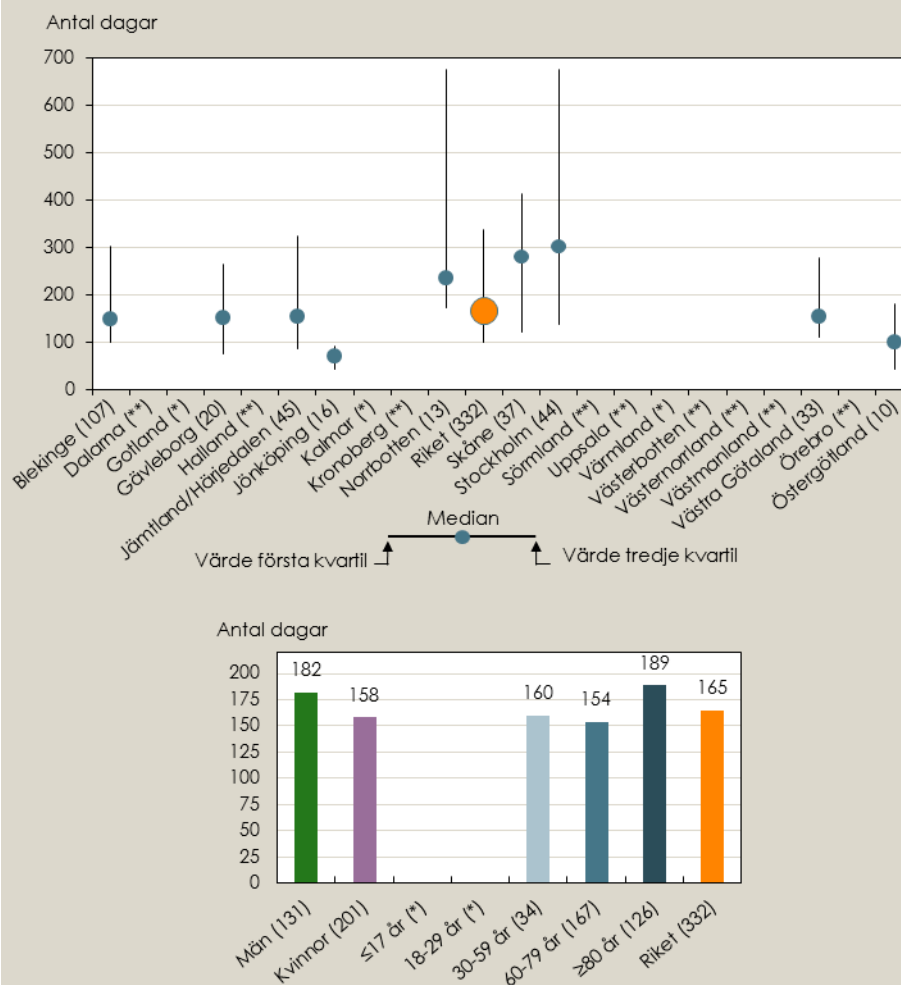
Täckningsgraden för Rikssår är svår att beräkna eftersom behandling av patienter med svårålkta sår sker både inom landstinget (till exempel primärvård) och inom kommunen (till exempel hemsjukvård) och privata enheter. Eftersom patienterna även har underliggande sjukdomar behandlas de inom olika medicinska specialiteter. Rikssår täcker alla vårdnivåer i patientens vårdkedja och täckningsgraden beräknas av registrets styrgrupp till 28 procent och anslutningsgraden till 16 procent. [26]

Patienterna i kvalitetsregistret är oftast äldre (medianålder 78 år) och såren utgörs främst av venösa sår (38 procent), sårskador (15 procent), trycksår (12 procent), diabetesfotsår (11 procent), arteriella sår (8 procent), venös-arteriella sår (6 procent), övriga typer av sår (8 procent), sår på grund av småkärlssjukdom (1 procent) och tumörsår (1 procent) [45].

År 2015 följdes 332 patienter i sammanlagt tolv landsting/regioner upp med avseende på sårsläkningstid (antal dagar) från såruppkomst till läkning. Sårsläkningstiden var 165 dagar i riket (figur 25). Kortast sårsläkningstid hade patienter i Region Jönköpings län (70 dagar) och längst sårsläkningstid hade patienter i Stockholms läns landsting (301 dagar).

Figur 25. Antal dagar (median) i sårsläkningstid från såruppkomst till läkning vid bensår, fotsår och trycksår, 2015

Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som inte registrerar diagnosen i RiksSår.

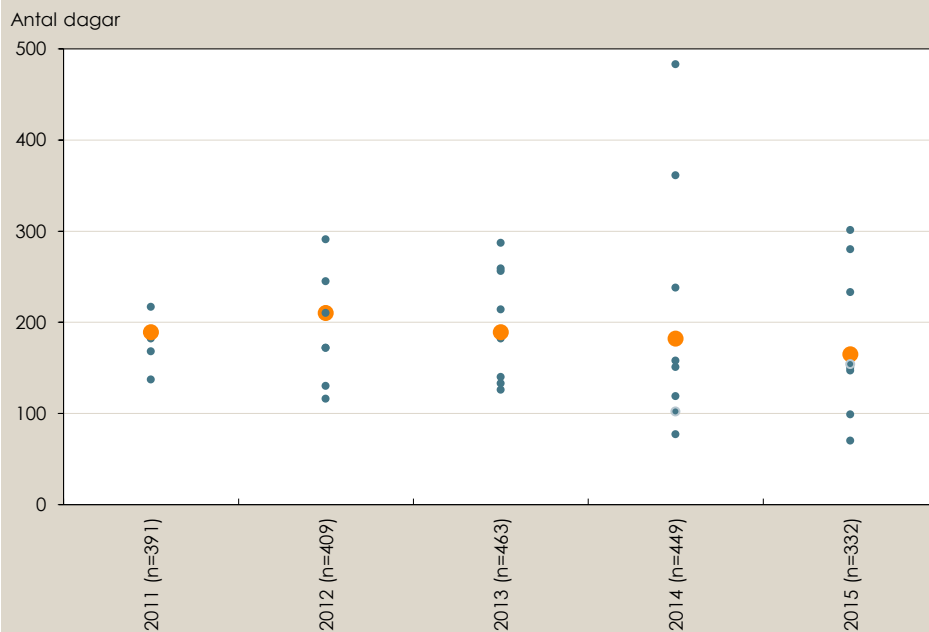
Källa: Nationellt kvalitetsregister för svårärläkt sår, RiksSår.

Utveckling över tid 2011–2015

Mellan åren 2011 och 2015 minskade tiden mellan såruppkomst och läkning från 189 dagar till 165 dagar (figur 26).

Figur 26. Variationer i tid från såruppkomst till sårsläkning mellan landsting/regioner samt utveckling över tid, 2011–2015

Liten cirkel visar antal dagar (median) för respektive landsting/region (landsting/region med färre än tio registrerade patienter illustreras inte). Stor cirkel visar rikets medianvärde. På x-axeln redovisas inom parentes antal patienter i riket.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för svårläkta sår, RiksSår.

Psoriasis – tid till uppnått målvärde

Psoriasis

Psoriasis är en kronisk inflammatorisk sjukdom som i huvudsak drabbar hud och ibland även leder. Omkring 250 000–300 000 personer i Sverige lever med psoriasis. Sjukdomen är lika vanlig hos män som hos kvinnor, och cirka hälften av alla som insjuknar gör det före 25 års ålder.

Psoriasis kommer ofta i skov och innebär en kraftig nybildning av hudceller som syns som fjällande rodnande torra fläckar. Knappt en fjärdedel av alla med måttlig till svår psoriasis får även inflammationer i en eller flera leder, så kallad psoriasisartrit. Psoriasisartrit orsakar smärta, stelhet och i vissa fall rörelsehinder [28].

Personer med måttlig till svår psoriasis har en förhöjd risk för andra sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, metabola sjukdomar, mag-tarmsjukdomar och ögonsjukdomar.

Orsaken till psoriasis är oklar men ärftlighet har stor betydelse. Troligen utlöses psoriasis genom en kombination av ärftlighet och yttre faktorer. Psoriasis behandlas med salvor, ljusbehandling och medicinering för att lindra besvären. Goda livsstilsvanor påverkar psoriasis och samsjukligheten positivt. Många personer med psoriasis upplever en negativ påverkan på livskvaliteten och inskränkningar i det dagliga livet [46]. Det finns regionala skillnader i psoriasisvården [47] och nationella riktlinjer för vård vid psoriasis är under utarbetning [48].

I det här avsnittet presenteras ett alternativt sätt att följa upp och analysera tillgänglighet till vård vid kroniska sjukdomar. Analyserna bygger på data från kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis, PsoReg. Registret har en täckningsgrad på 65 procent, beräknat på patienter med systemisk läkemedelsbehandling [26].

I likhet med många andra kroniska sjukdomar finns ofta inte ett exakt insjuknandedatum eller tydlig enskild vårdprocess vid psoriasis. Med utgångspunkt i patientperspektivet används här i stället för väntetid tid till uppfyllelse av behandlingsmål som ett sätt att spegla tillgången till god vård vid psoriasis.

Uppföljning av tid till behandlingsmål i stället för väntetid till behandling

Ur patientens perspektiv är det viktigt att minska tiden med hög grad av sjukdomspåverkan, varför tiden till att patienten uppnår på förhand uppställda behandlingsmål följs upp i denna analys.

Det tidsspänn som beräknas innefattar i detta sammanhang tiden till att personen återgår till ett på förhand uppsatt mål. För att mäta tiden till uppnått mål används det kliniska utfallsmåttet psoriasis area severity index (PASI),

där värdet 0 innebär att huden inte är påverkad alls medan ett värde över 10 innebär stor påverkan och att behandling med biologiska läkemedel ska övervägas. För patienter med moderat till svår psoriasis mäts PASI vanligen vid halvårsvisa läkarbesök. Vid hög sjukdomspåverkan kan tätare läkarbesök bli aktuellt för att följa upp och ändra behandlingen. I analysen ingår tre möjliga kliniska mål: PASI mindre än eller lika med 3, PASI mindre än eller lika med 5 och PASI mindre än eller lika med 10. Målvärdena är i denna rapport är teoretiska mål som utgör utgångspunkt för analys och diskussion. Följande redovisning använder PASI mindre än eller lika med 3 som teoretiskt målvärde för att illustrera hur analyser av uppnådda behandlingsmål kan läggas upp för en kronisk sjukdom som psoriasis.

Analysen bygger på 1092 patienter med upprepade PASI-värden som registrerats i PsoReg under minst ett år någon gång mellan 2007-2016. Patienter exkluderades som hade mindre än två PASI-värden registrerade eller hade mer än två år mellan registreringar av PASI-värden.

Sjukdomspåverkan varierar över tid

Tabell 3 visar att av samtliga 1092 patienter hade 21 procent alltid ett PASI-värde över eller lika med 3, medan 8 procent hela tiden låg under PASI 3. Majoriteten av patienterna hade PASI-värden både över och under 3 under mätperioden. Av dessa hade 402 patienter försämrats, det vill säga gått från ett PASI-värde under till över 3.

Tabell 3. Antal psoriasispatienter med PASI-målvärde ≤ 3 , ≤ 5 eller ≤ 10

	PASI ≤ 3	PASI ≤ 5	PASI ≤ 10
Studiepopulation, n (%)	1 092 (100)	1 092 (100)	1 092 (100)
Alltid över målvärdet, n (%)	230 (21)	104 (10)	21 (2)
Alltid under målvärdet, n (%)	84 (8)	223 (20)	598 (55)
Både över och under målvärdet under observationsperioden, n (%)	778 (71)	765 (70)	473 (43)
Delmängd: Personer som går från under till över målvärdet under observationstiden, n (%)	402 (37)	362 (33)	209 (19)

Mediantid till återgång till målvärde vid psoriasis

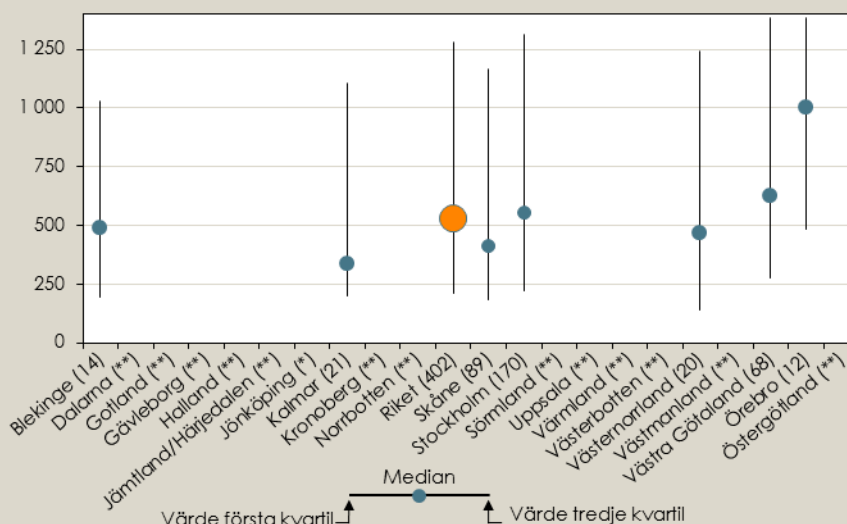
Figur 27 visar mediantiden till att patienten återgått till målvärdet PASI=3 efter att ha överskridit det. Mediantiden för att få ett PASI-värde under 3 är 529 dagar. Längst tid till uppnått målvärde har patienter i Region Örebro Län med medianvärde 1000 dagar, det vill säga knappt tre år. Patienter från Landstinget i Kalmar län hade kortast tid, knappt ett år (339 dagar).

Skillnaden mellan landstingen/regionerna kan bero på flera faktorer, till exempel sjukdomens svårighetsgrad, vårdens organisation, registreringsrutiner och så vidare. Möjligen kan analysen överskatta tiden till uppnådd sjukdomskontroll, eftersom registrering i PsoReg vanligen endast sker halvårsvis. Sjukdomspåverkan kan ha minskat snabbare än så. Den statistiska osäkerheten beror delvis på att det finns få mätpunkter per patient.

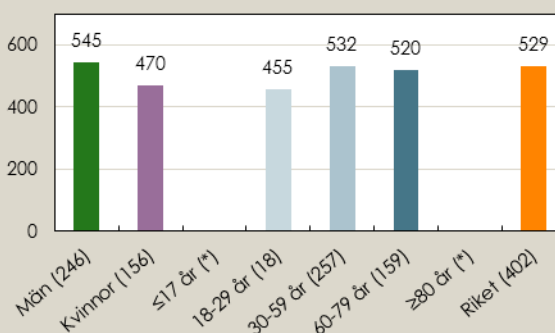
Figur 27. Antal dagar (median) till att patienten har återfått målvärdet PASI ≤ 3 efter att ha överskridit målvärdet vid måttlig till svår psoriasis, 2007-2016

Antal dagar (median) till att patienten återfått målvärdet PASI lika med eller under 3 efter att ha överskridit målvärdet. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.

Antal dagar



Antal dagar



* Data visas inte om antalet patienter är färre än tio.

** Landsting/region som i PsoReg hade noll patienter som uppfyllde kriterierna för att ingå i analysen.

Källa: Register för systembehandling av psoriasis, PsoReg.

KOL – fysioterapi och uppföljning efter slutenvård

KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom)

Omkring 4–10 procent av befolkningen i Sverige lever med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Underdiagnostiken är dock stor, vilket innebär att endast omkring 100 000 personer i Sverige har fått diagnosen medan närmare 300 000 – 600 000 sannolikt har en odiagnostiserad KOL. Förekomsten av KOL ökar i Sverige och det är flest kvinnor som drabbas av sjukdomen [49].

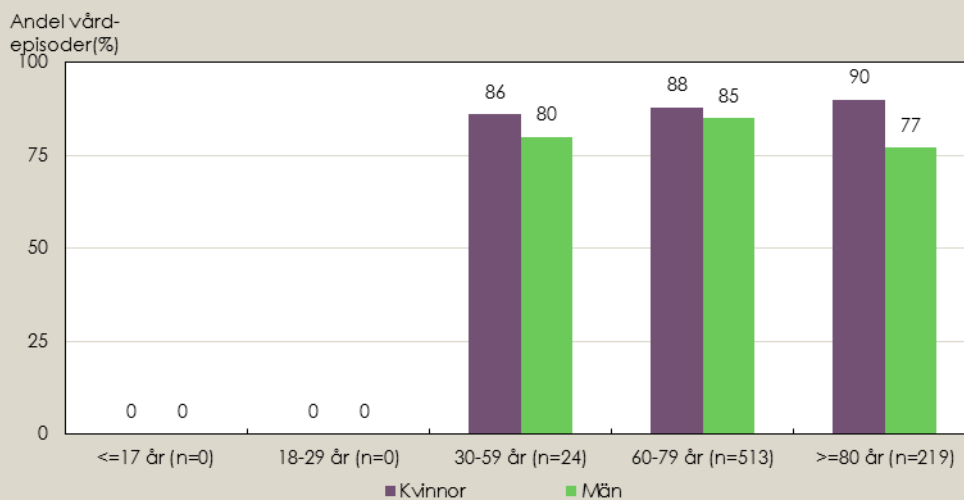
KOL är en kronisk inflammation i luftvägar och lungor som medför att lungvävnaden och lungblåsorna förstörs. Till skillnad från astma så återgår inte luftfunktionen till det normala efter ett försämringsskov utan besvären för KOL-patienterna är ihållande och progressiva. Cirka 2 700 personer dör varje år till följd av KOL [50]. Livskvaliteten för dem som lever med sjukdomen är kraftigt nedsatt. Samsjuklighet är vanligt, främst vad gäller hjärt-kärlsjukdomar.

KOL drabbar främst äldre vuxna som röker eller har rökt. Rökstopp är därför den viktigaste behandlingsåtgärden för personer som fortfarande röker. Behandlingen av KOL innefattar också konditions- och styrketräning, patientutbildning samt stöd till egenvård [51]. Det finns nationella riktlinjer för astma och KOL.

Luftvägsregistret registrerar data om patienter med KOL och/eller astma. Registrets täckningsgrad för beräknas till 75 procent för svår och mycket svår KOL [49], medan täckningsgraden är svår att beräkna för övriga patienter i registret. Anslutningsgraden uppskattas av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys till 32 procent [26].

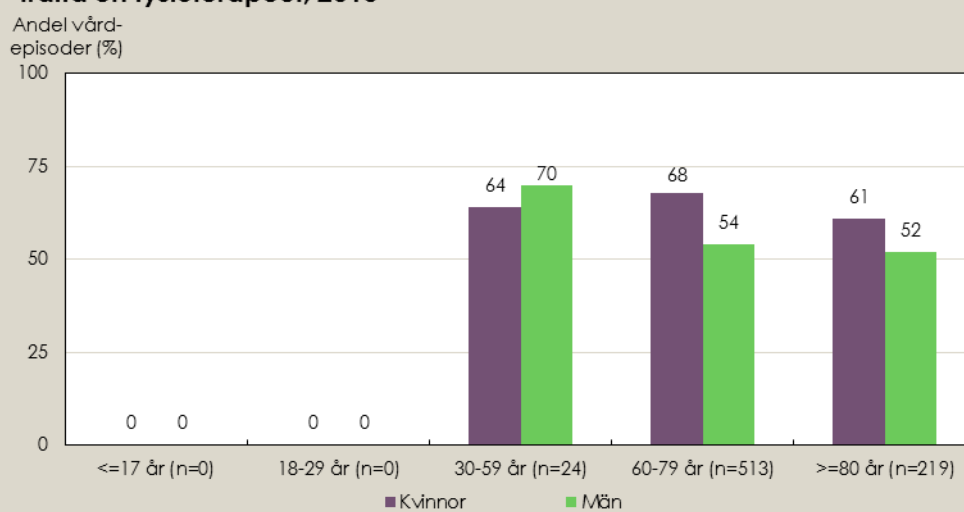
Figur 28 redovisar hur stor andel av vårdepisoderna för patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som följs upp efter utskrivning från slutenvård. Registret följer även upp andelen vårdepisoder som innehåller kontakt med en fysioterapeut under vårdtiden (figur 29). I riket hade sex av tio vårdepisoder inom slutenvård vid KOL inneburit kontakt med fysioterapeut och totalt 86 procent av vårdepisoderna hade följts upp efter utskrivningen.

Figur 28. Andel vårdepisoder (n=756) för patienter med KOL där uppföljning skett efter slutenvård, 2015



Källa: Luftvägsregistret.

Figur 29. Andel vårdepisoder i slutenvård vid KOL (n=756) där patienten fått träffa en fysioterapeut, 2015



Källa: Luftvägsregistret.

Astma och KOL – patientutbildning

Astma

I Sverige lever omkring 10 procent av befolkningen med astma, varav ungefär hälften har en lindrig form av astma. Majoriteten insjuknar i småbarnsåldern men förekomsten av astma är lika vanlig hos vuxna som hos barn [49].

Astma är en kronisk inflammatorisk luftvägssjukdom som orsakar ökad känslighet i luftvägarna samt andningsbesvär. Andningsbesvären är periodvis återkommande och yttrar sig genom anfall eller episoder av andnöd. Astma leder till nedsatt livskvalitet, men färre personer dör av sin astma numera jämfört med tidigare; 2014 hade 100 personer astma som underliggande dödsorsak jämfört med 255 personer 1997 [49].

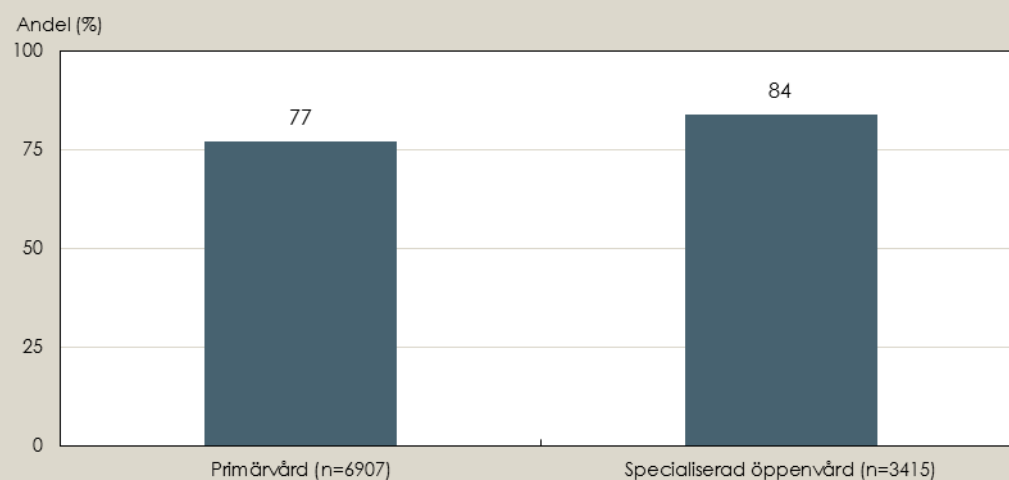
De vanligaste orsakerna till astma är luftvägsinfektioner, allergier och icke allergiska orsaker som tobaksrök och ogynnsam inomhusmiljö. Den underliggande orsaken till varför vissa utvecklar astma är fortfarande okänd och försvårar därför möjligheten till förebyggande åtgärder [51].

Astma behandlas genom olika inhalationsläkemedel, patientutbildning och stöd till egenvård, och rökstopp rekommenderas för personer med astma. En optimalt behandlad astma innebär frånvaro av försämringsperioder, inga nattliga besvär, inga besvär vid ansträngning och minimal behovsmedicinering. Målet är att uppnå så fullgod kontroll som möjligt över sjukdomen [51,52]. Det finns nationella riktlinjer för astma och KOL.

Eftersom patientutbildning och stöd till egenvård vid astma och KOL rekommenderas som en viktig del av vården registrerar Luftvägsregistret information om genomförd patientutbildning.

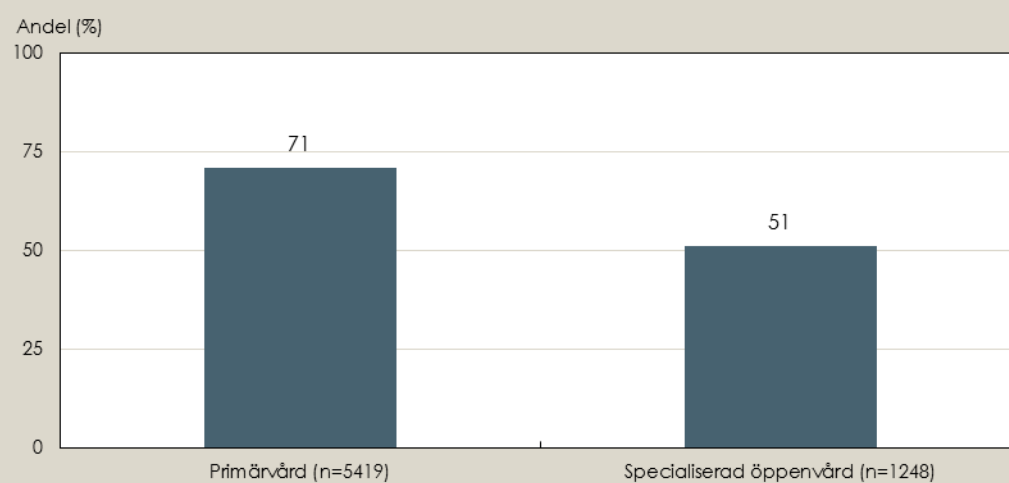
Figur 30 och 31 visar att inom primärvården har 77 procent av patienterna med astma och 71 procent av KOL-patienterna fått patientutbildning. Inom specialiserad öppenvård har 84 procent av patienterna med astma och 51 procent av patienterna med KOL fått patientutbildning.

Figur 30. Andel (%) patienter som fått patientutbildning vid astma, 2015



Källa: Luftvägsregistret.

Figur 31. Andel (%) patienter som fått patientutbildning vid KOL, 2015



Källa: Luftvägsregistret.

Artros – patientutbildning

Artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige. Förekomsten är svår att beräkna eftersom många har artros utan att ha fått diagnos. Artros har en långsam sjukdomsprocess med symtom som smärta, stelhet och nedsatt rörlighet.

Artros utgör den vanligaste orsaken till funktionsinskränkning för personer över 65 år. Kvinnor löper högre risk att drabbas än män. Artros förekommer också bland yngre personer och har då ofta koppling till övervikt eller tidigare lefskada.

Risikfaktorerna för artros är övervikt, tidigare lefskada och ärftlighet. Diagnosen artros bör ställas med hjälp av en samlad bedömning av anamnes, tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd. Röntgen av knä eller höft bör endast göras om diagnosen fortfarande är oklar efter en samlad bedömning av symtom och kliniska fynd [28]. Andelen patienter med artros i knä och höft som genomgår röntgenundersökning före artrosskola bör ligga mellan 50–70 procent [53]. Röntgenförändringar syns sent i förloppet och diagnostiseringen kan fördröjas om man röntgar för tidigt. Röntgenbilder korrelerar också dåligt med symtomen.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska protesoperation vid artros endast genomföras ”vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, till exempel utbildning, fysisk träning, viktnedgång och läkemedelsbehandling”. Patienter med artros bör således ha fått sådana insatser före en operation. Att anordna en så kallad artrosskola är ett sätt att se till att dessa insatser ges, helst så tidigt som möjligt efter diagnos.

Som exempel på samordning av vården presenteras i det här avsnittet resultat vad gäller andelen patienter som deltagit i patientutbildning om artros, så kallad artrosskola, innan de får höft eller knäled röntgad.

I det nationella kvalitetsregistret ”Bättre omhändertagande av patienter med artros”, BOA, registreras bland annat patientrapporterad information om andelen patienter som röntgat höft eller knä före artrosskola.

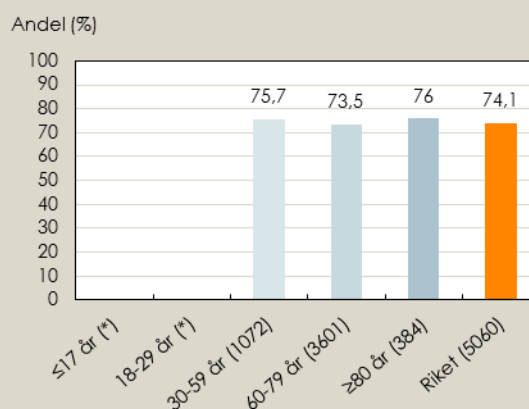
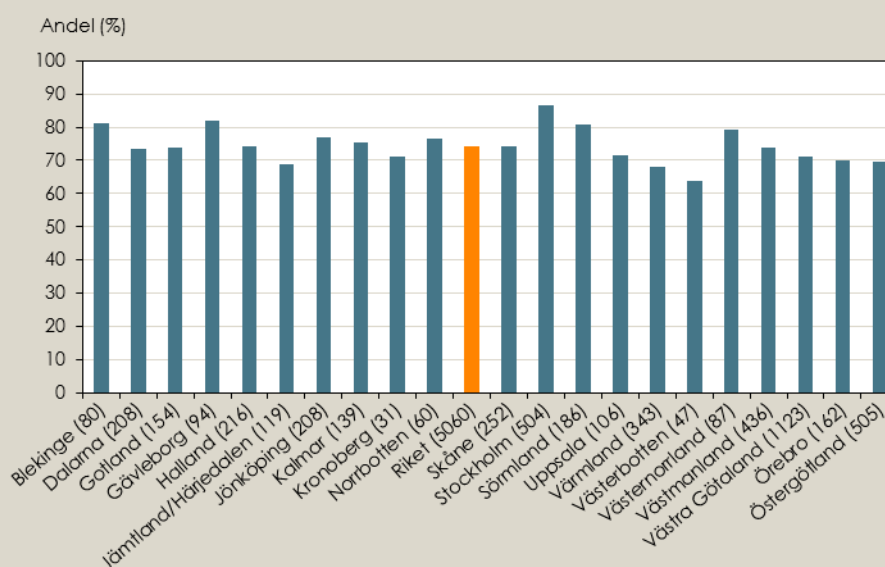
BOA-registret innehåller även information om ifall en patient har träffat andra vårdgivare först eller kommer direkt till fysioterapeut/arbetsterapeut utan att ha sökt annan vård innan. Andelen patienter med artros i höften som inte fått tidigare vård innan besök hos fysioterapeut var 5 procent 2015.

Motsvarande siffra för patienter med artros i knät var 4 procent. Mellan 2011 och 2015 ökade andelen från noll procent för både höft och knäartros. Enligt registrets årsrapport 2015 är anslutningsgraden 93 procent av alla enheter som bedriver artrosskola. En uppskattning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gjorde 2014 visade att registret hade en täckningsgrad på 77 procent av alla patienter som går i artrosskola [26]. Endast de som går i artrosskola är med i täckningsgradsberäkningen. Om täckningsgraden

beräknas på alla som söker för höft- eller knäartros blir täckningsgraden mycket lägre. Figur 32 visar andelen patienter som röntgat höften före artrosskola, vilken är 74 procent i riket, vilket ligger över den målnivå som Socialstyrelsen fastställt på 50–70 procent. Det var viss variation mellan landstingen/regionerna men 16 av 21 låg över målnivån. Mellan 2011 och 2015 minskade andelen patienter som inte fått artrosskola innan röntgenundersökningen, från 81 procent till 74 procent. Motsvarande siffror för artros i knät var en förändring från 86 procent till 78 procent.

Figur 32. Andel som röntgat höften innan artrosskola, 2015

Andel patienter som röntgat höften innan artrosskola 2015. Antal patienter (n) redovisas inom parentes.



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

Källa: Bättre omhändertagande av patienter med artros, BOA.

Psykiatrisk diagnos – läkarbesök första året

Ett annat sätt att studera vård av kroniska sjukdomar ur ett tillgänglighetsperspektiv är att fokusera på hur vården följs upp efter att diagnos har ställts och behandlingen startat.

I vilken utsträckning patienterna får tillgång till regelbunden uppföljning av sin behandling kan studeras på flera olika sätt. Som exempel på detta redovisas här besöksstatistik för några psykiatriska tillstånd som ofta kräver läkemedelsbehandling och därmed läkarkontakter för läkemedelsuppföljning den första tiden efter diagnos. I figur 33–40 presenteras uppgifter från Socialstyrelsens patientregister om medelantal läkarbesök i specialiserad öppenvård inom 365 dagar efter att en patient har nydiagnostiserats med bipolär sjukdom, schizofreni eller adhd 2013. Resultaten presenteras med 95-procentiga konfidensintervall.

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom

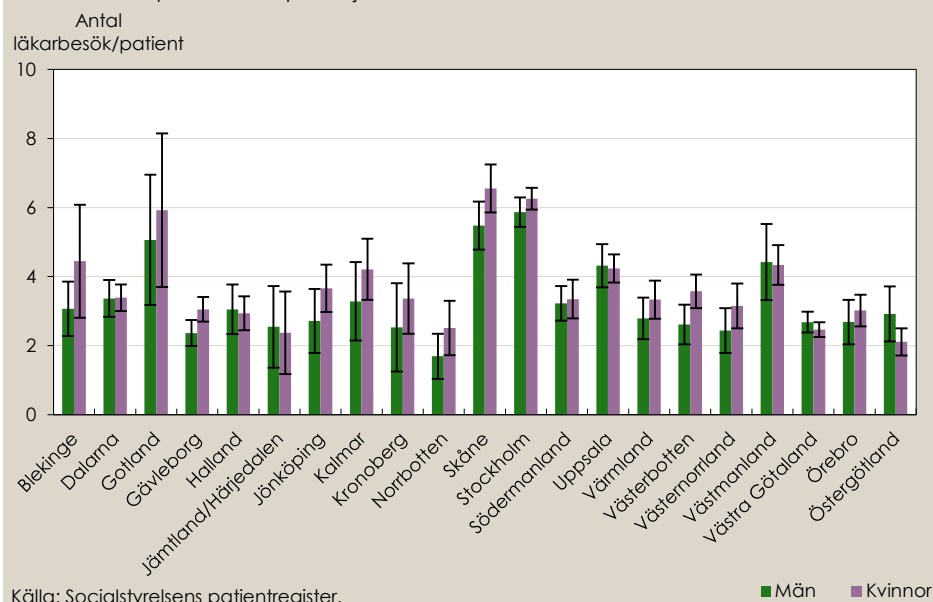
Bipolär sjukdom är en livslång sjukdom som innebär att en person har såväl maniska som depressiva sjukdomsepisoder. Sjukdomen drabbar omkring 1–2 procent av befolkningen och debuterar oftast i de senare tonåren eller i tidigt vuxenliv. Bipolär sjukdom är ett allvarligt tillstånd som på ett påtagligt sätt påverkar funktionsförmågan och livskvaliteten.

Behandlingen av maniska och depressiva episoder syftar till att stabilisera stämningsläget, förhindra alltför svårt lidande, minska de risker som de maniska och depressiva symtomen kan innebära samt förebygga återfall. Det finns en betydande självmordsrisk om sjukdomen inte behandlas. Behandling med läkemedel är den vanligaste metoden för att förebygga återfall i bipolär sjukdom. Psykologiska behandlingar används för stresshantering, normalisering av biologiska rytmer, minskat drogmissbruk, minskat bruk av nikotin och koffein, följsamhet med läkemedelsbehandling och vaksamhet på tidiga tecken på återfall [54].

Figur 33 visar att antalet läkarbesök i öppenvård under första året efter nydiagnostiserad bipolär sjukdom eller manisk episod för kvinnor är mellan 2,1 besök (Östergötland) och 6,6 besök (Skåne). För män är antalet läkarbesök första året mellan 1,7 besök (Norrbotten) och 5,9 besök (Stockholms län). Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. Under samma period hade mellan 6 procent (Jämtland/Härjedalen) och 21 procent (Kalmar, Jönköping och Värmland) av kvinnorna vårdats inlagda i slutenvården (figur 34). För män var motsvarande andel mellan 8 procent (Halland och Västerbotten) och 41 procent (Kronoberg).

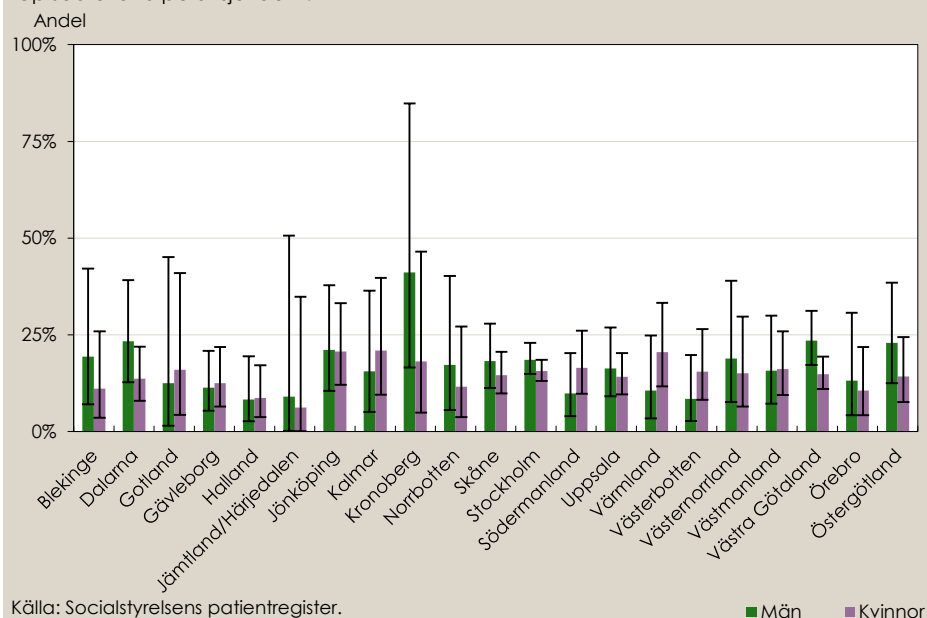
Figur 33. Antal läkarbesök i specialiserad öppenvård första året efter nydiagnostiserad manisk episod eller bipolär sjukdom

Medelantal läkarbesök per patient i specialiserad öppenvård inom 365 dagar bland kvinnor (n= 2773) och män (n=1641) 18 år och äldre som år 2013 nydiagnostiserades med manisk episod eller bipolär sjukdom .



Figur 34. Andel med inläggning i slutenvården under första året efter nydiagnostiserad manisk episod eller bipolär sjukdom

Andel patienter med inläggning i slutenvården inom 365 dagar bland kvinnor (n= 2773) och män (n=1641) 18 år och äldre som år 2013 nydiagnostiserades med manisk episod eller bipolär sjukdom.



Schizofreni

Schizofreni

Schizofreni är en allvarlig psykisk sjukdom som många gånger får både psykiska och sociala konsekvenser. Dessutom innebär schizofreni ofta samsjuklighet med somatiska sjukdomar. I Sverige har ungefär 35 000 personer schizofreni. Sjukdomen bryter vanligen ut i unga år, men insjuknandet kan ske under hela livet. Män insjuknar oftast tidigare än kvinnor. Debuten hos män sker vanligen mellan 15 och 25 års ålder och hos kvinnor vanligen mellan 25 och 35 års ålder.

I dag lever personer med schizofreni i genomsnitt 20 år kortare än befolkningen som helhet. Orsakerna är ökad risk för självmord eller hjärt-kärlsjukdom och andra livsstilssjukdomar.

Medicinering med antipsykotiska läkemedel är en viktig del av behandlingen och används främst för att minska symtom som vanföreställningar och hallucinationer, men ofta räcker inte medicinering utan personen behöver också psykosociala insatser för att klara av att upprätthålla behandlingen och klara livet med sjukdomen. De psykosociala insatserna syftar till att minska symtomen och höja livskvaliteten för personer med schizofreni [55]. Nationella riktlinjer för schizofreni är under bearbetning, remissversion är klar till hösten 2017.

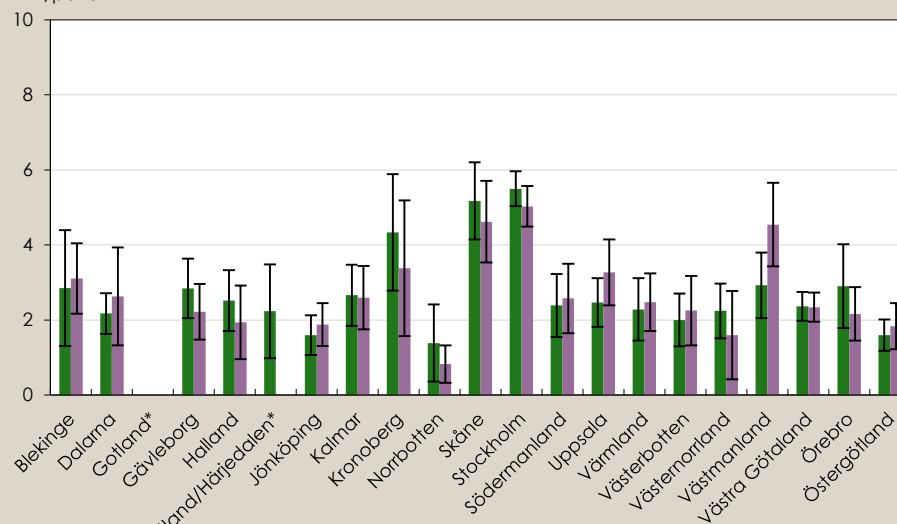
För personer som nydiagnostiserats med schizofreni var antalet läkarbesök i öppenvården första året för kvinnor mellan 0,82 besök (Norrbotten) och 5,0 besök (Stockholms län). För män var motsvarande siffra mellan 1,4 besök (Norrbotten) och 5,5 besök (Stockholms län). Inga signifikanta skillnader fanns mellan könen (figur 35).

Av kvinnorna med nydiagnostiserad schizofreni var andelen som slutenvårdats under första året mellan 19 procent (Halland och Region Kronoberg) och 52 procent (Östergötland). Motsvarande siffra för männen var mellan 8 procent (Jämtland/Härjedalen) och 47 procent (Kalmar län) (figur 36).

Figur 35. Antal läkarbesök i specialiserad öppenvård första året efter nydiagnostiserad schizofreni

Medelantal läkarbesök i specialiserad öppenvård inom 365 dagar bland kvinnor (n=1172) och män (n=1294) 18 år och äldre som år 2013 nydiagnostiserades med

Antal läkarbesök
/patient



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

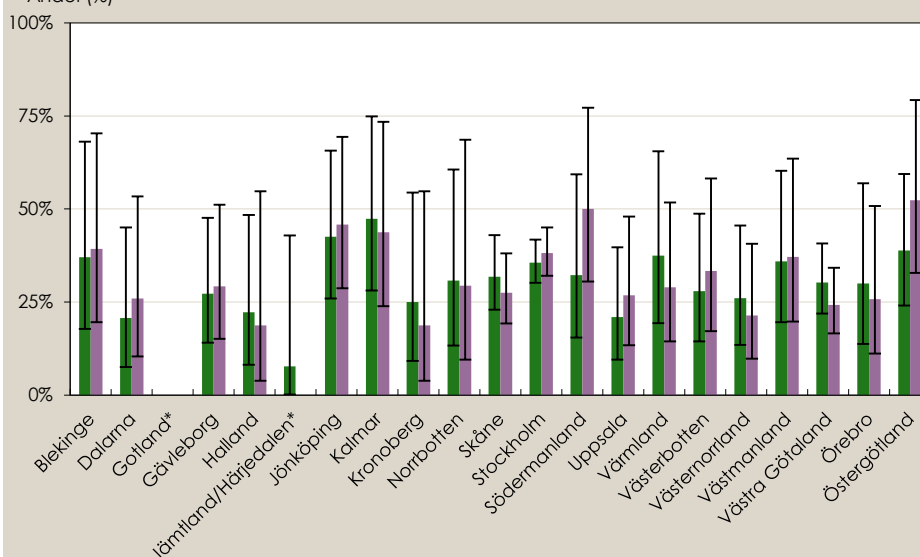
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

■ Män ■ Kvinnor

Figur 36. Andel med inläggning i slutenvården under första året efter nydiagnostiserad schizofreni

Andel med inläggning i slutenvården under första 365 dagarna bland kvinnor (n=1172) och män (n=1294) 18 år och äldre som år 2013 nydiagnostiserades med schizofreni.

Andel (%)



* Data visas ej om antalet patienter är färre än tio.

Källa: Socialstyrelsens patientregister.

■ Män ■ Kvinnor

Adhd hos vuxna

Adhd (attention-deficit/hyperactivity disorder) hos vuxna

Adhd är ett tillstånd som innebär att en person har stora och varaktiga problem med att styra sin uppmärksamhet, kontrollera sina impulser och reglera aktivitetsnivån [56]. Omkring 3–6 procent av alla upp till 18 år, och cirka 1 procent av den vuxna befolkningen, har adhd [57].

Vuxna med adhd har ofta svårt att vara uppmärksamma, kan ha svårt att utföra saker som de inte är motiverade för och blir lätt uttröttade. Överaktiviteten och impulsiviteten minskar ofta hos vuxna och kan i stället yttra sig som en rastlöshet.

Behandlingen till vuxna bör ges utifrån en helhetssyn på personens livssituation. Insatserna bör vara långsiktiga samt fokusera på de vardagsmiljöer personen vistas i. Specialstöd ges framför allt från allmänpsykiatrins öppenvårdsmottagningar eller habilitering; det kan även vara aktuellt med stöd från socialtjänsten [58].

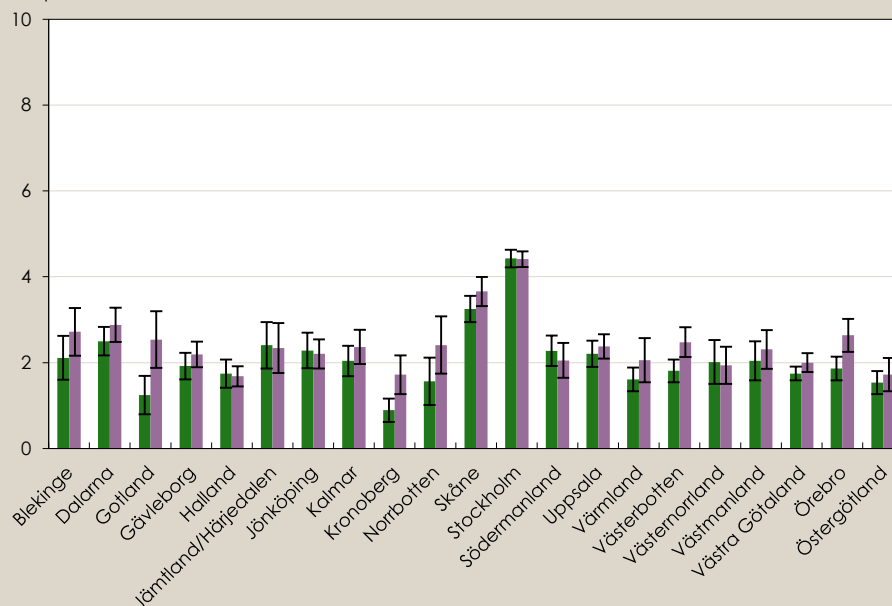
För personer som är 18 år och äldre som nydiagnostiserats med adhd var antalet läkarbesök i öppenvården första året för kvinnor mellan 1,7 besök (Halland) och 4,4 besök (Stockholms län). För män var motsvarande siffra mellan 0,9 besök (Kronoberg) och 4,4 besök (Stockholms län) (figur 37). I de flesta län hade kvinnor i genomsnitt något fler läkarbesök än män och skillnaden var signifikant i vissa län (Gotland, Kronoberg, Västerbotten, Örebro län).

Av de 4 291 kvinnor som 2013 fick diagnosen adhd var andelen som slutenvårdats under första året mellan 4 procent (Uppsala län) och 23 procent (Blekinge). Motsvarande siffra för de 4 732 män som fick adhd 2013 var mellan 6 procent (Uppsala län, Gotland, Halland, Kronoberg) och 17 procent (Kalmar län) (figur 38).

Figur 37. Antal läkarbesök i specialiserad öppenvård första året efter nydiagnostiserad hyperaktivitetsstörning

Medelantal läkarbesök per patient i specialiserad öppenvård inom 365 dagar bland kvinnor (n= 4291) och män (n=4732) 18 år och äldre efter nydiagnostisering med hyperaktivitetsstörning år 2013.

Antal läkarbesök
/patient



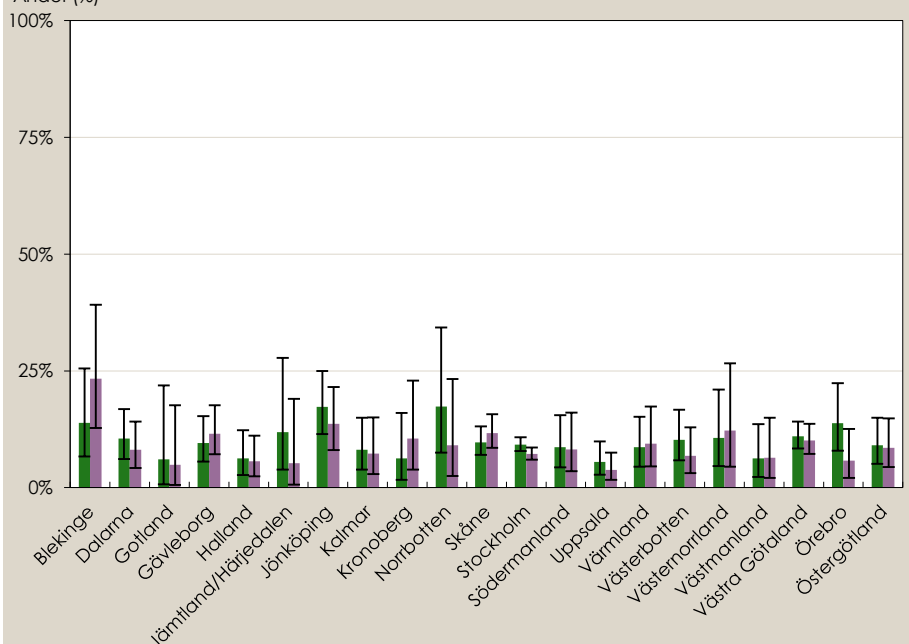
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

■ Män ■ Kvinnor

Figur 38. Andel med inläggning i slutenvården första året efter nydiagnostiserad hyperaktivitetsstörning

Andel (%) med inläggning i slutenvården inom 365 dagar bland kvinnor (n= 4291) och män (n=4732) 18 år och äldre efter nydiagnostisering med hyperaktivitetsstörning år 2013.

Andel (%)



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

■ Män ■ Kvinnor

Adhd hos barn

Adhd (attention-deficit/hyperactivity disorder) hos barn

Barn med adhd har ofta svårt att sitta still, störs lättare än andra och har svårt att bli färdiga med uppgifter. Omkring 3–6 procent av barn och unga upp till 18 år beräknas ha diagnosen adhd [58]. Barn med främst uppmärksamhetsproblem har svårt att komma igång och sitter ofta i sina egna tankar. Behandlingen för barn och unga ska bestå av en kombination av psykosociala och pedagogiska stödinsatser och vid behov även läkemedelsbehandling. Stödet ska främst ges i barnets vardagsmiljöer till familj, förskola och skola. Specialstöd ges främst från barn- och ungdomspsykiatri men också barn- och ungdomsmedicinska mottagningar [57].

För barn och ungdomar mellan 0 och 17 år som nydiagnostiserades med adhd 2013 var antalet läkarbesök i öppenvården första året för flickor mellan 1,2 besök (Jämtland/Härjedalen) och 3,4 besök (Östergötland). För pojkar var motsvarande siffra mellan 0,8 besök (Värmland) och 2,6 besök (Stockholm) (figur 39). I de flesta län hade flickor i genomsnitt något fler läkarbesök än pojkar och skillnaden var signifikant i vissa län (Gävleborg, Skåne, Stockholm, Värmland, Östergötland).

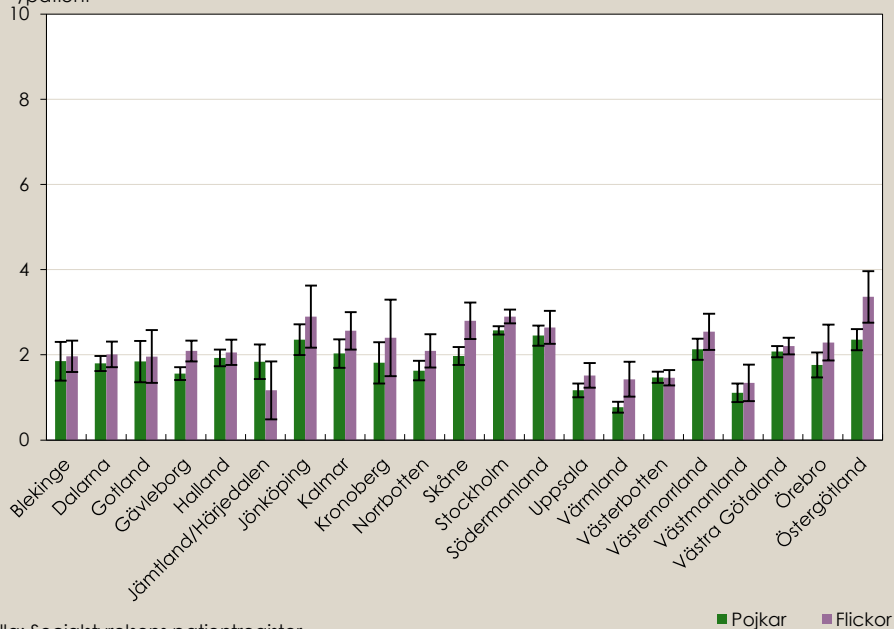
Av flickorna mellan 0 och 17 år med nydiagnostiserad adhd var andelen som slutenvårdats under första året mellan 0 och 5 procent. Motsvarande siffra för pojkar var mellan 0 och 3 procent (figur 40).

Figur 39. Antal läkarbesök i specialiserad öppenvård första året efter nydiagnostiserad hyperaktivitetsstörning hos barn

Medelantal läkarbesök per patient i specialiserad öppenvård inom 365 dagar bland flickor (n=2881) och pojkar (n=5829) 0-17 år efter nydiagnostisering med hyperaktivitetsstörning år 2013.

Antal läkarbesök

/patient



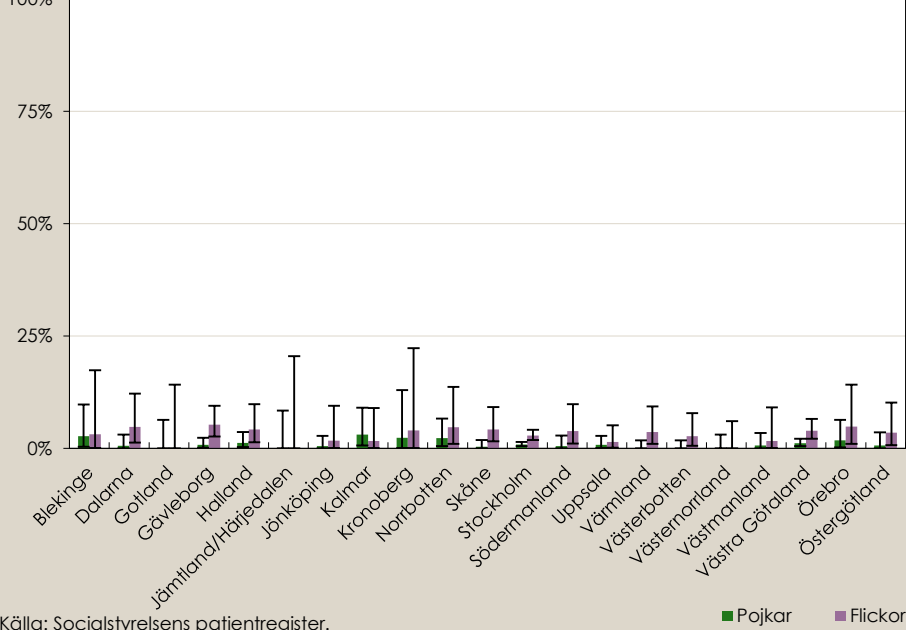
Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Figur 40. Andel barn med inläggning i slutenvården första året efter nydiagnostiserad hyperaktivitetsstörning

Andel med inläggning i slutenvården inom 365 dagar bland flickor (n=2881) och pojkar (n=5829) 0-17 år efter nydiagnostisering med hyperaktivitetsstörning år 2013.

Andel (%)

100%



Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Patienters upplevelse av tillgänglighet i vården

I det här avsnittet presenteras resultat från den nationella patientenkäten som genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting, där patienter med olika typer av vårdbehov (alltså inte enbart kroniskt sjuka) tillfrågas om sin upplevelse av vården. Syftet är att i bred bemärkelse fånga patientperspektivet gällande väntetider och tillgänglighetsaspekter.

Den nationella patientenkäten genomförs regelbundet i olika delar av vården, till exempel i primärvård, i öppenvård och i slutenvård. Enkäten skickas ut till slumpmässigt utvalda patienter som nyligen besökt vården.

En av frågorna 2015/2016 löd: ”Fick du besöka vården inom rimlig tid?” (inte i figur). Av patienterna i primärvården 2015 tyckte 81 procent av kvinnorna och 83 procent av männen att de fick besöka vården inom rimlig tid. I öppenvården var motsvarande siffra 85 procent respektive 86 procent 2016. Variationen mellan olika landsting/regioner var liten – mellan 78 och 88 procent för primärvården och mellan 81 och 90 procent för specialistvården.

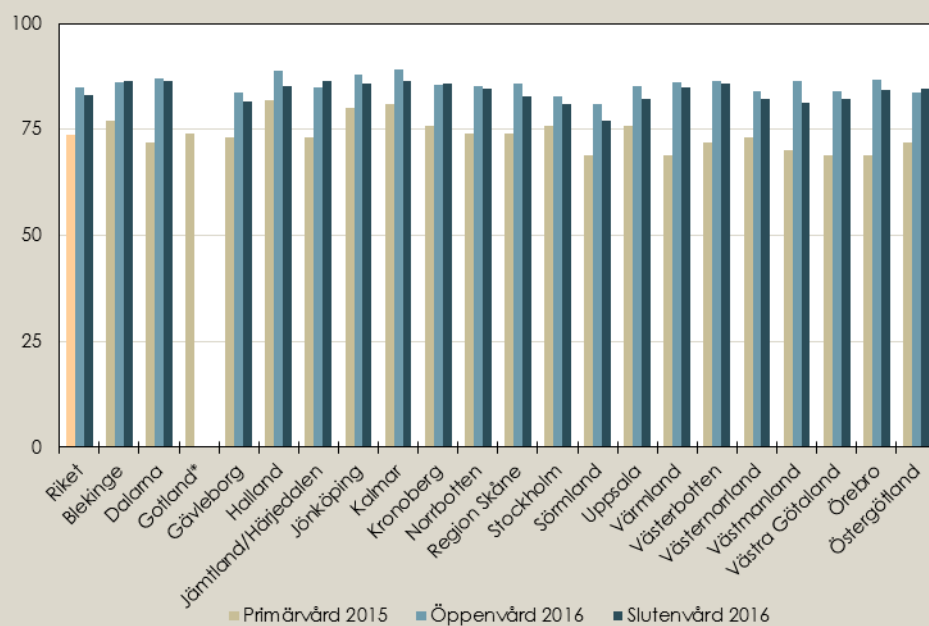
Att vården är tillgänglig innebär något mer än rimliga väntetider. Att hälso- och sjukvården är samordnad och att det finns kontinuitet i vårdkontaktarna är viktigt, särskilt för personer med kroniska sjukdomar och tillstånd. Att få träffa samma vårdpersonal och att få hjälp med samordning av vården kan vara extra viktigt för multisjuka patienter [17].

Resultaten i den nationella patientenkäten visar att det är lägre andel patienter i primärvården än i öppen- respektive slutenvården som upplever att vårdpersonalen samordnar deras vårdkontakter (figur 41).

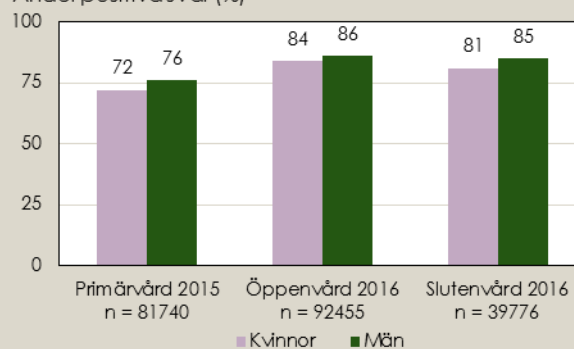
I primärvårdsenkäten fanns också en fråga om huruvida patienten fick träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen (figur 42). Totalt sett i riket var det 53 procent av kvinnorna och 56 procent av männen som fick träffa samma läkare vid sina besök. Det var dock stora regionala skillnader. I Landstinget Dalarna och Region Örebro län svarade omkring var tredje patient att de träffat samma läkare vid sina besök; i Region Halland, Landstinget i Kalmar län och Stockholms läns landsting var motsvarande andel två av tre patienter. Majoriteten av patienterna tyckte att vårdpersonalen var samstämmiga i sin kommunikation (figur 43).

Figur 41. Anser du att personalen samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?

Andel positiva svar (%)



Andel positiva svar (%)

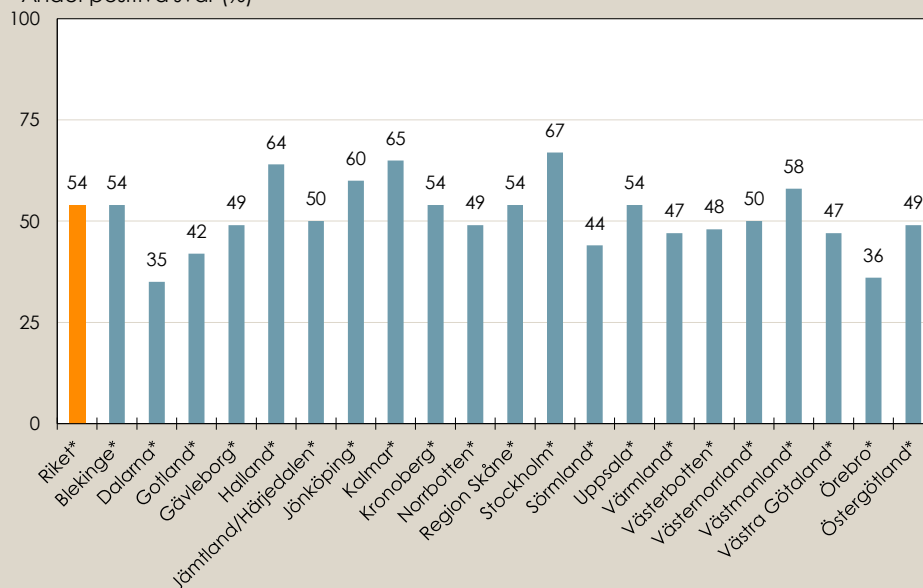


* Data saknas för öppen- och slutenvård.

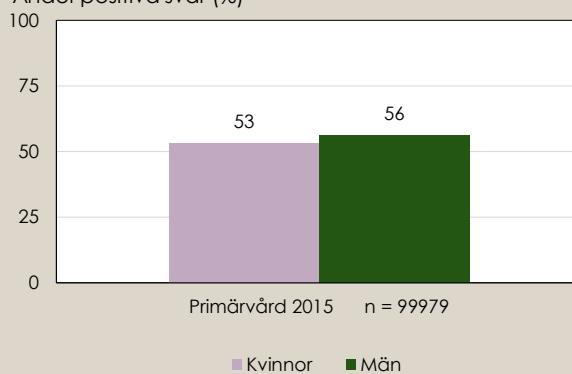
Källa: Nationella Patientenkäten.

Figur 42. Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?

Andel positiva svar (%)



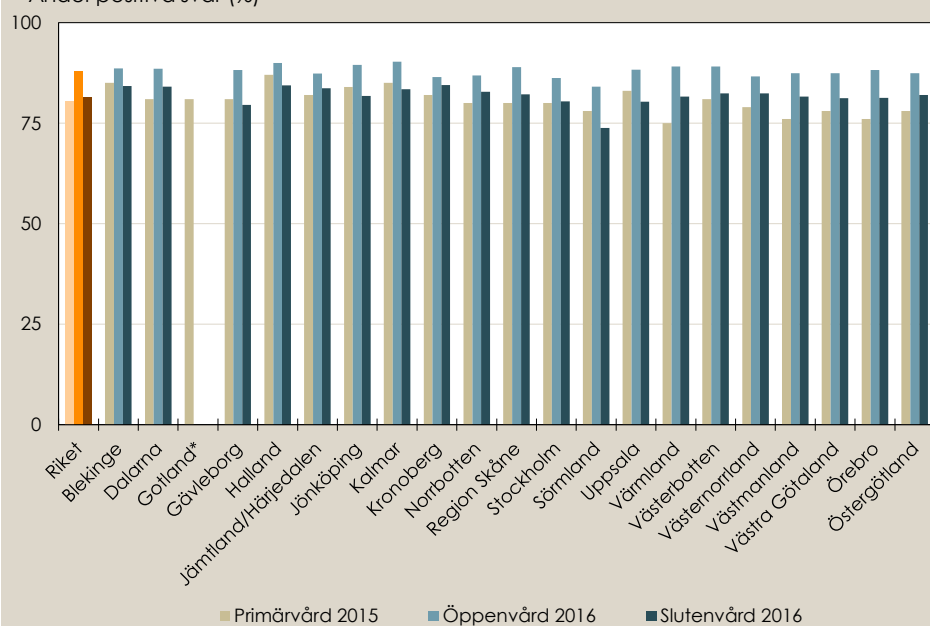
Andel positiva svar (%)



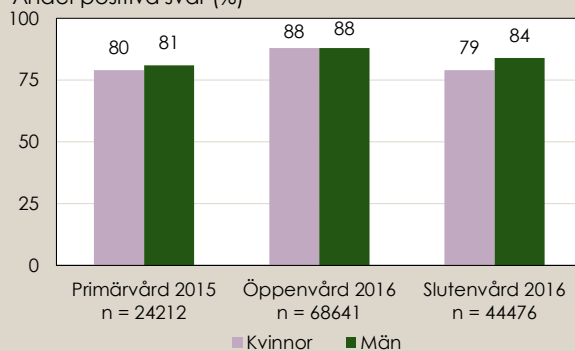
* Data saknas för öppen och slutenvård.
Källa: Nationella Patientenkäten.

Figur 43. Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?

Andel positiva svar (%)



Andel positiva svar (%)



* Data saknas för öppen och slutenvård.

Källa: Nationella Patientenkäten.

Diskussion och slutsatser

I den här rapporten redogörs för väntetider och andra tillgänglighetsaspekter för patienter med vissa kroniska sjukdomar och tillstånd, till exempel sjukdomar inom nervsystemet, rörelseorganen, andningsorganen samt enstaka andra sjukdomar inom endokrinologi och psykiatri. Uppgifterna har tagits fram med hjälp av 14 nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsens patientregister samt den nationella patientenkäten som genomförs av SKL.

Långa väntetider för vissa kroniska sjukdomar

Resultatet visar att väntetiden till hälso- och sjukvården är längre för vissa diagnoser, medan de är betydligt kortare inom andra områden. Ingen tydlig trend i utvecklingen av väntetider för kroniska sjukdomar generellt kunde heller ses mellan 2011 och 2015, även om vissa väntetider förändrats något uppåt eller nedåt. Generellt sett är ålders- och könsskillnaderna små.

Jämförelserna mellan olika landsting/regioner visar i vissa fall på stora skillnader, där många patienter i vissa landsting/regioner tycks behöva vänta längre än vad som anges i vårdgarantin, det vill säga 90 dagars väntetid till besök inom specialistvården. Skillnaderna mellan landsting/regioner i väntetider kan bero på exempelvis vårdens organisation, och patientsammansättningen, men kan även bero på skillnader i rutiner för registrering av väntetider.

För att uppfylla vårdgarantin behövs åtgärder för att korta de längsta väntetiderna för patienter med exempelvis obstruktiv sömnapné, knölstruma och smärtrehabilitering. Patienter med misstänkt obstruktiv sömnapné kan exempelvis behöva vänta flera månader på att få en utredning (medianväntetid 90 dagar, det vill säga hälften av patienterna väntar mer än 90 dagar) och sedan ytterligare månader (medianväntetid 63 dagar) på behandling.

Förutom eventuella medicinska risker (ifall ökad risk för sjuklighet eller dödlighet finns) kan långa väntetider utgöra källa till nedsatt livskvalitet eller oro och ångest hos patienten [59]. Om sjukdomen påverkar patientens arbetsförmåga skulle väntetider i vården kunna leda till onödig sjukskrivning [59]. Förutom negativa konsekvenser kan det eventuellt finnas fördelar med längre väntetider, till exempel genom att onödiga åtgärder undviks och bättre planering av rehabiliteringsinsatser görs [59].

Skillnader i väntetider mellan individer, patient- och diagnosgrupper, landsting/regioner kan påverkas av många olika faktorer relaterade till patienten eller till systemet [17, 59]. Till patientfaktorerna hör till exempel socioekonomiska faktorer, sjukdomstillstånd, behov av undersökning och behandling samt förmågan att söka vård. Systemfaktorer kan exempelvis vara hälso- och sjukvårdens organisation, koncentration av verksamheter, ersättningssystem, tillgängliga resurser, behandlingspraxis, arbetssätt, remiss- och patientflöden, remittering av patienter till andra landsting/regioner, avstånd till vården, vårdvals-system, regelverk och uppföljning samt incitament kopplade till vårdgarantier.

Hur vården styrs kan också bidra till att förklara skillnader i väntetider och tillgänglighet mellan olika länder. Flera rapporter har nyligen visat på sämre tillgänglighet och längre väntetider i Sverige än i andra länder, bland annat vad gäller kroniska sjukdomar [20]. Exempelvis visar tidningen *Sjukhusläkarens* kartläggning [60] att det finns skillnader i väntetider till behandling eller operation mellan Sverige och Danmark. För ett antal vårdåtgärder, till exempel operation av höftledsprotes, gallsten, reumatoid artrit, prostataförstoring, framfall och lumsbråck, var väntetiderna avsevärt kortare i Danmark.

Fyra av fem tycker väntetiden är rimlig

Trots långa väntetider inom vissa områden svarar majoriteten av alla patienter i primärvård, öppenvård och slutenvård som besvarat den nationella patientenkäten att de fått besöka vården i rimlig tid.

Fyra av fem patienter (81 procent av kvinnorna och 83 procent av männen) menade att de fått besöka vårdcentralen i rimlig tid. Viss variation fanns mellan olika landsting/regioner, men skillnaderna var små. Resultaten baseras på alla patienter som besökt vården, inte endast på patienter med kronisk sjukdom. Eftersom svarsfrekvensen är låg, bara fyra av tio patienter i primärvården svarade på enkäten, måste resultaten tolkas med försiktighet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en rapport utgått från undersökningen *International Health Policy Survey* som genomfördes 2016 och som jämför Sverige med andra jämförbara länder avseende tillgänglighet [61]. Undersökningen visar att patienter i Sverige har sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården jämfört med de andra länderna. Några av de resultat som lyftes fram i rapporten är att 69 procent av patienterna i Sverige anger att de fick tid till läkare eller sjuksköterska inom 7 dagar, jämfört med minst 80 procent i de flesta andra länderna i undersökningen, till exempel Frankrike och Nya Zeeland. Hälften av patienterna i Sverige fick också vänta mer än 4 veckor på att få specialistvård, vilket är längre än för flera andra länder [61].

Kontinuitet och samordning brister inom vissa områden

I den här rapporten presenteras några olika exempel på hur vårdens kontinuitet och samordning vid kroniska sjukdomar och tillstånd kan inhämtas.

Resultaten från den nationella patientenkätens frågor om kontinuitet och samordning visade att de flesta patienter inom öppenvården och slutenvården upplever att de vid sitt senaste besök fått hjälp att samordna sin vård och att vårdpersonalen är samstämmig i sin kommunikation. Inom primärvården upplever färre patienter att vårdpersonalen samordnar deras vårdkontakter (figur 43). I *International Health Policy Survey* [61] svarade en lägre andel av patienterna i Sverige, drygt hälften, att de ofta eller alltid fick hjälp med att koordinera eller planera vården.

När det gäller kontinuitet svarade 51 procent att de fick träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen. Kvinnor och män svarade på ungefär samma sätt vad gäller ovanstående.

Vidare analyser baserade på data från den nationella patientenkäten är möjliga, till exempel genom att patienterna delas upp utifrån ålder, utbildningsnivå, sysselsättning om patienten har en kronisk sjukdom eller inte samt om vården är akut eller planerad.

Att kartlägga läkarbesök med hjälp av Socialstyrelsens patientregister efter att patienten fått en psykiatrisk diagnos är ett sätt att beskriva kontinuiteten i vården, vilket är viktigt eftersom många av patienterna behandlas med läkemedel. Resultaten visar att det är stora skillnader mellan olika landsting/regioner vad gäller hur många besök patienten får under sitt första år efter att ha fått diagnosen bipolär sjukdom, schizofreni eller adhd. Eftersom patientregistret endast innehåller uppgifter om läkarbesök, inte psykologbesök och kuratorbesök med flera, så skulle redovisade skillnader kunna bero främst på organisatoriska faktorer.

En annan aspekt av samordning kan vara vilken tillgång som finns till insatser för patientutbildning och egenvård. Vid artros ges sådana insatser vanligen i form av en så kallad artrosskola i ett tidigt skede efter att diagnosen ställts. Diagnosen bör ställas baserad på anamnes, symtom och kliniska fynd. Röntgen bör användas om diagnosen fortfarande är oklar, men resultaten visar att 74 procent av patienterna i riket får höften röntgad före artrosskola. Insatser behövs därför för att öka andelen patienter som genomgår artrosskola.

Patientutbildning är en viktig del av vården för patienter med KOL men fortfarande får bara hälften av patienterna i specialistvården sådan utbildning. Fler patienter behöver erbjudas patientutbildning för att nå upp till målnivån 80 procent [62]. För patienter med astma får åtta av tio patienter sådan utbildning i specialistvården. Att patienten själv har kunskaper om sin sjukdom är en förutsättning för att han eller hon ska kunna vara delaktig och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling. För KOL-patienter som slutenvårdats hade fler än hälften träffat en fysioterapeut under vårdtiden och majoriteten av patienterna, vilka ofta är äldre, hade fått en uppföljning efter slutenvården, vilket är positivt.

Skillnader i tid för läkning av svårläkta sår eller uppnått målvärde vid psoriasis mellan olika delar av vården, skulle kunna bero på varierande grad av följsamhet till riktlinjer och vårdprogram, men även vårdens kontinuitet och samordning av vården. Vidare analys om vad som orsakar dessa skillnader behövs.

Utmaningar med att mäta tillgänglighet i kvalitetsregister

Socialstyrelsen tillfrågade 69 av samtliga 109 nationella kvalitetsregister om medverkan i projektet, varav 14 medverkade. Många av de 70 tillfrågade kvalitetsregistren innehöll inte uppgifter om väntetider. Som skäl för att inte medverka hänvisade flera register också till tids- eller resursbrist.

Mätning av väntetider med hjälp av nationella kvalitetsregister är inte optimalt för att få en heltäckande bild av tillgänglighet inom kroniska sjukdomar och tillstånd. Kvalitetsregistren innehåller en mängd olika diagnoser, åtgärder och verksamheter, men trots det är det inte självklart att det går att följa upp de mest vanliga kroniska tillstånden utifrån ett

tillgänglighetsperspektiv. Många register fokuserar i hög grad på specifika ingrepp eller åtgärder, och inte på den kroniskt sjuka patientens tillstånd på längre sikt.

Bättre täckningsgrad av data över lag behövs i kvalitetsregistren för att följa tillgänglighet på nationell nivå. Att vårdgivarnas medverkan i registren är frivillig kan påverka att kvalitetsregistren kvalitetsregistrens täckningsgrad i landet se mycket olika ut; vissa register har data från samtliga län och en hög täckningsgrad, medan andra bara har data från vissa län. I tolkningen av väntetider baserat på kvalitetsregister måste också vägas in att registreringen av väntetider i kvalitetsregister kan göras på olika sätt i olika delar av landet.

Kvalitetsregister som följer upp kroniska sjukdomar saknar ofta exakta insjuknandedatum, eftersom sjukdomen ofta utvecklas gradvis och diagnostiseringen i sig kan ta lång tid. Det kan också vara svårare att definiera exakt när behandlingen startar vid kroniska sjukdomar. Det gör att det är svårare att tolka de tidsintervall som mäts i kvalitetsregistren, än i de register som fokuserar på akuta sjukdomstillstånd eller utförda åtgärder eller ingrepp [25].

Ytterligare en svårighet är att registren inte har standardiserade väntetider eller mått på tillgänglighet, utan alla register har egna mätpunkter. De väntetider som följts upp har därför inte varit begränsade till Socialstyrelsens väntetidsmodell, utan de har anpassats efter kvalitetsregistrens tillgång på mätpunkter, som i sin tur baserar sig till stor del på vad verksamheten anser vara kliniskt relevant och kan föra verksamhetens kvalitetsutveckling framåt. Vissa fokuserar på rena väntetider från att en remiss skickats till att första besöket i vården genomfördes, antingen för utredning eller för behandling. Andra register fokuserar på hälso- och sjukvårdens förmåga att snabbt identifiera en viss diagnos, till exempel ledgångsreumatism eller multipel skleros. Ett annat sätt är att fänga tiden till symtomfrihet, till exempel tid till sårhäkning.

Tillgång till regelbundna återbesök eller rehabilitering, optimal behandling över tid och andra tillgänglighetsaspekter som är viktiga för patienten i en icke-akut fas av sjukdomen bör också kunna följas upp. Flera register försöker utveckla möjligheten att följa upp tillgänglighet utifrån det faktum att en kronisk sjukdom pågår under lång tid, kanske patientens hela liv. Många har också flera kroniska sjukdomar samtidigt. Eftersom kroniska sjukdomar och tillstånd ofta varierar i svårighetsgrad över tid behöver vården dessutom vara tillgänglig i fler faser av sjukdomen än det akuta tillståndet. Det kan exempelvis handla om tillgång till regelbundna återbesök eller samordning mellan olika delar vården eller mellan vård och kommunal omsorg.

En annan svårighet med att följa upp kroniska sjukdomar och tillstånd i kvalitetsregister är att patienterna ofta träffar många olika yrkeskategorier i vården, inte bara läkare. Om kvalitetsregistret främst innehåller data om andra besök än läkarbesök försvåras kvalitetskontrollen av kvalitetsregisterdata med patientregistret som referensregister, eftersom det endast innehåller läkarbesök. För patientgrupper av vilka en större del använder läkemedel, så kan läkemedelsregistret användas som

referensregister för säkring av datakvaliteten, exempelvis gällande diagnosen adhd, där patienterna ofta förskrivs läkemedelsbehandling.

Data om väntetider, kontinuitet och samordning i psykiatri är bristfälliga

Data om väntetider, kontinuitet och samordning inom området psykiatri kunde inhämtas från ett nationellt kvalitetsregister (Riksät) samt från Socialstyrelsens patientregister, där diagnoserna bipolär sjukdom, schizofreni och adhd valdes ut. Sammanfattningsvis är dock underlaget otillräckligt för att några slutsatser ska kunna dras. Därtill omfattar resultaten från den nationella patientenkäten 2015 och 2016 inte psykiatrisk öppen- eller slutenvård, eftersom den undersökningen kommer att genomföras av SKL våren 2017.

Socialstyrelsen valde i denna rapport psykiatriska diagnoser där det är vanligt med läkemedelsbehandling som måste följas upp av läkare, fastän patienten kan ha träffat andra personalkategorier också. Patientregistret innehåller endast uppgifter om läkarbesök i specialiserad öppenvård och vårdtillfällen inom slutenvården. Besök i primärvården finns inte med i patientregistret och inte heller öppenvårdsbesök hos andra yrkesgrupper än läkare, till exempel psykologer, kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Det innebär att många aspekter av tillgänglighet till vården för kroniskt sjuka patienter inte kan studeras på nationell nivå med hjälp av patientregistret, eftersom dessa patientgrupper i hög utsträckning vårdas i öppenvård av andra yrkeskategorier än läkare.

Inom psykiatrisk öppenvård möter patienten en läkare vid 22 procent av besöken medan andra personalkategorier står för 78 procent av besöken [63]. Analyserna i rapporten har dock inte kontrollerats för andra faktorer som kan påverka behovet av öppen- respektive slutenvård, till exempel tillståndens allvarlighetsgrad och patientens ålder.

Uppföljningen behöver utvecklas

Sammanfattningsvis har tillvägagångssättet i denna rapport varit att utveckla uppföljning av tillgänglighet, i första hand väntetider och även kontinuitet och samordning för patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd. För ändamålet har olika datakällor såsom nationella kvalitetsregister, patientregistret och nationella patientenkäten använts och ett tjugotal diagnoser följts upp. Rapporten visar att mer arbete behövs för att skapa en metodologisk grund vad gäller den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar och tillstånd.

Referenser

1. Väntetider inom cancervården: från remiss till behandlingsstart. Rapport november 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Väntetider inom cancervården: från remiss till diagnos och behandling. Rapport oktober 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Väntetider i cancervården: väntetider från remiss till behandling i cancervården. Delrapport oktober 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
4. Väntetider i cancervården. Rapport december 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
5. Väntetider i cancervården. Rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
6. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
8. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
9. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
10. Vårdgaranti och kömiljard: uppföljning 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
11. DALYs, GBD, Collaborators, H. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; 388(10053):1603-58.
12. Öppna jämförelser: Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
13. Genomförandet av agenda 2030. Underlag från Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
14. Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
15. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar mm: överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
16. Nationella indikatorer för god vård: hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
17. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
18. Låt den rätte komma in: hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdavtalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
19. Sveriges Kommuner och Landsting. Väntetider i vården [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-11-28 från: <http://www.vantetider.se/>

20. Öppna jämförelser 2016. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
21. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. World Health Organization; 2002.
22. Grund och struktur för lägesrapportering om kroniska sjukdomar: upplägg för Socialstyrelsens lägesrapporter åren 2015, 2016 och 2017. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.
23. Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
24. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationella Kvalitetsregister [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-11-26 Sveriges Kommuner och Landsting]. från: <http://kvalitetsregister.se/>
25. Täckningsgrader 2015: Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
26. Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad: beskrivning, beräkning och bedömning. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2014.
27. Reumatikerförbundet. Reumatoid artrit (RA) [Elektronisk resurs]. 2016-12-19. Hämtad 2016-11-22 från: <https://www.reumatikerforbundet.org/tag/reumatoid-artrit>
28. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012: osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
29. Ahlgren, C, Oden, A, Lycke, J. High nationwide prevalence of multiple sclerosis in Sweden. Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England). 2011; 17(8):901-8.
30. Svenska neuroregister Årsrapport 2014-2015. Svenska neuroregister; 2015.
31. Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
32. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
33. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
34. SveDem Årsrapport 2015. Svenska demensregistret; 2016.
35. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid obstruktiv sömnapné [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-11-23 från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/obstruktivsomnapnosa-g473>
36. SESAR Årsrapport 2015. SESAR svenska sömnapnéregistret; 2016.
37. Riksät Årsrapport 2015 Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling; 2016.
38. Rehabilitering vid långvarig smärta: en systematisk litteraturöversikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010.
39. Socialstyrelsens termbank: Rehabilitering [Elektronisk resurs]. 2007. Hämtad 2017-01-25 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=664>
40. WebRehab Sweden Årsrapport allmän version 2015. Kvalitetsregistret WebRehab Sweden.

41. Svenska Endokrinologföreningen. Hypertyreos [Elektronisk resurs]. 2016. Hämtad 2016-10-15 från: [\[http://endokrinologforeningen.se/index.php/hypertyreos\]](http://endokrinologforeningen.se/index.php/hypertyreos).
42. Galie, N, Humbert, M, Vachiery, JL, Gibbs, S, Lang, I, Torbicki, A, et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Eur Heart J. 2016; 37(1):67-119.
43. Årsrapport 2015 Svenska Pulmonell Arteriell Hypertension Registret. Svenska Pulmonell Arteriell Hypertension Registret; 2016.
44. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se. Svårläkta sår [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-11-18 Kunskapsguiden.se för dig som arbetar med hälsa, vård och omsorg]. från: <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/svarlakta-sar/Sidor/default.aspx>
45. RiksSår Årsrapport 2015. Svenska nationella kvalitetsregistret för ben-, fot- och trycksår; 2016.
46. Psoriasisförbundet. Psoriasis [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-11-14 från: <http://www.psoriasisforbundet.se/psoriasis/>
47. Calara, PS, Althin, R, Carlsson, KS, Schmitt-Egenolf, M. Regional Differences in the Prescription of Biologics for Psoriasis in Sweden: A Register-Based Study of 4168 Patients. BioDrugs. 2017; 31(1):75-82.
48. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis [Elektronisk resurs]. Hämtad 2017-01-25 från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/psoriasis>
49. Luftvägsregistret Årsrapport 2015. Luftvägsregistret; 2016.
50. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker [Elektronisk resurs]. 2015. Hämtad 2017-02-03 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>
51. Vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
52. Behandling av astma och KOL: en systematisk kunskapssammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
53. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
54. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se. Bipolär sjukdom [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-11-15 Kunskapsguiden.se för dig som arbetar med hälsa, vård och omsorg]. från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Bipolarsjukdom/Sidor/default.aspx>
55. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se. Schizofreni [Elektronisk resurs]. 2016-04-07. Hämtad 2016-11-22 Kunskapsguiden.se för dig som arbetar med hälsa, vård och omsorg]. från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Schizofreni/Sidor/default.aspx>
56. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se. Vad är adhd? [Elektronisk resurs]. 2015-02-24. Hämtad 2016-11-15 Kunskapsguiden.se för dig som arbetar med hälsa, vård och omsorg]. från:

- <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/adhd2014/Sidor/Vad-ar-adhd.aspx>
57. BUSA Årsrapport 2015. Kvalitetsregistret för behandlingsuppföljning av säkerställd adhd, BUSA; 2016.
 58. Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd: ett kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 59. Hanning, M. Maximum waiting-time guarantee - a remedy to long waiting lists? Assessment of the Swedish waiting time guarantee policy 1992-1996: Uppsala University; 2005.
 60. Lindgren, M. Danmark och Sverige: Två skilda världar. Sjukhusläkaren. 2016; nr 4.
 61. Vården ur befolkningens perspektiv: en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
 62. Nationella riktlinjer: Målnivåer vård vid astma och KOL. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 63. Uppgifter om psykiatrisk vård i patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

Bilagor

Bilaga 1. Besök och operationer/åtgärder inom 90 dagar i nationella väntetidsdatabasen

Förteckning över specialiteter, operationer och andra åtgärder som ingår i den nationella väntetidsdatabasen [19] när det gäller planerad specialiserad vård 2016 samt andel som väntat högst 90 dagar på vård. Uppgifterna har hämtats genom utdrag från väntetidsdatabasen i november 2016.

Besök i specialiserad vård inom 90 dagar

Tabell 4. Andel (%) förstagångsbesök i planerad specialiserad vård som genomförts inom 90 dagar från att beslut tagits (egenremiss eller remiss från vårdgivare) 2011–2016

Mätperiod	September 2011	September 2012	September 2013	September 2014	September 2015	September 2016
Allergisjukvård	76%	82%	79%	62%	72%	57%
Allmän internmedicin	86%	87%	83%	85%	78%	78%
Allmän kirurgi	81%	82%	83%	79%	76%	77%
Allmän psykiatri	94%	94%	94%	94%	93%	90%
Barn- och ungdomsmedicin	90%	91%	87%	83%	83%	82%
Barn- och ungdomspsykiatri	96%	97%	97%	98%	98%	97%
Cancersjukvård	99%	99%	99%	98%	99%	99%
Endokrinologi	82%	87%	89%	85%	86%	82%
Handkirurgi	87%	70%	75%	71%	58%	61%
Hematologi	96%	96%	99%	98%	97%	96%
Hjärtsjukvård	87%	85%	86%	85%	82%	83%
Hudsjukvård	86%	85%	84%	82%	83%	80%
Kvinnosjukvård	95%	94%	93%	94%	93%	93%
Kärlkirurgi	87%	86%	89%	85%	79%	82%
Lungsjukvård	72%	81%	75%	80%	78%	76%
Mag- och tarmsjukvård	88%	89%	86%	88%	85%	85%
Neurokirurgi	69%	84%	80%	78%	81%	79%
Neurologi	74%	82%	81%	76%	75%	77%
Njurmedicin	83%	93%	91%	96%	92%	87%
Ortopedi	69%	76%	76%	74%	73%	71%
Plastikkirurgi	72%	72%	78%	75%	78%	72%
Reumatisk sjukvård	88%	88%	95%	94%	88%	88%
Specialiserad smärtmottagning	71%	74%	73%	78%	67%	69%
Urologi	77%	81%	81%	75%	76%	79%
Ögonsjukvård	75%	79%	81%	77%	77%	79%
Öron-näsa-halssjukvård	89%	88%	86%	82%	85%	81%
Riket	83%	85%	84%	82%	81%	80%

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting

Operation/åtgärd i specialiserad vård inom 90 dagar

Tabell 5. Andel (%) operationer eller andra åtgärder som genomfördes i planerad specialiserad vård inom 90 dagar från det att beslut tagits om åtgärd (exklusive patientvald väntan)

Mätperiod	September 2011	September 2012	September 2013	September 2014	September 2015	September 2016
Ablationer				46%	41%	55%
Armbåge och underarm, borttag av spik, skruv, platta				91%	80%	81%
Axel eller skuldra, vid smärta	77%	80%	75%	82%	79%	73%
Axelin stabilitet	76%	68%	73%	75%	77%	53%
Axelled (protes)				64%	43%	42%
Axelled, borttag av spik, skruv, platta				78%	78%	82%
Bröstförminskning	55%	37%	37%	30%	38%	26%
Bröståteruppbyggnad efter tumör	21%	46%	43%	39%	22%	35%
Bäcken, borttag av spik, skruv, platta				100%	100%	33%
Diskbräck i halsryggrad	58%	70%	52%	60%	46%	29%
Diskbräck i ländryggrad	86%	88%	92%	93%	86%	87%
Elkonvertering				100%	99%	100%
Finger, krokande (dupuytrens)	80%	74%	71%	59%	53%	45%
Fot och fotled, borttag av spik, skruv, platta				85%	79%	79%
Framfall				65%	59%	54%
Förhudsförträngning				56%	62%	59%
Gallsten	82%	75%	77%	67%	69%	62%
Gråstarr	69%	74%	81%	79%	77%	69%
Gynekologi övriga		96%	90%	88%	86%	85%
Halsmandeloperation	66%	63%	68%	56%	59%	53%
Hand- eller handledsreumatism	56%	46%	67%	70%	49%	61%
Hand och handled, borttag av spik, skruv, platta				82%	77%	83%
Hand, nervinklämning (karpaltunnel)	90%	87%	91%	87%	79%	78%
Hand, sjukdom i ledhinna eller sena	92%	86%	87%	85%	76%	75%
Handkirurgi övriga			73%	70%	71%	64%
Hjärtklaff eller kroppspulsåder	69%	70%	70%	83%	61%	58%
Hjärtsjukvård övriga		85%	79%	93%	89%	84%
Hudtumörer, godartade inkl basalcells cancer				89%	82%	84%
Hängbuk, plastik	41%	42%	34%	20%	33%	28%
Höftled (protes)	75%	77%	72%	80%	63%	60%
Höftled och lår, borttag av spik, skruv, platta				70%	65%	67%
Höftled, protesbyte	64%	61%	68%	55%	58%	49%
Hörsel förbättrande operation	62%	54%	47%	53%	54%	41%
Kirurgi övriga			88%	89%	85%	85%
Knäled (protes)	73%	74%	74%	76%	59%	50%
Knäled och underben, borttag av spik, skruv, platta				74%	65%	72%
Knäled, protesbyte				71%	60%	58%

Tabellen fortsätter på nästa sida

Fortsättning tabell 5	September 2011	September 2012	September 2013	September 2014	September 2015	September 2016
Knäledsartroskopi	87%	88%	85%	85%	85%	84%
Korsband i knä	76%	71%	66%	75%	64%	70%
Kotförskjutning	40%	61%	63%	85%	71%	79%
Kotpelare och nacke, borttag av spik, skruv, platta				71%	29%	33%
Kranskärl	80%	91%	89%	92%	79%	86%
Kärlkirurgi övriga				94%	85%	87%
Liv moder, borttag				77%	67%	72%
Liv moder, borttag vid godartad indikation	79%	84%	81%			
Liv moderframfall	62%	67%	71%			
Ljumsbråck	82%	82%	83%	75%	70%	70%
Magsäck eller tarm, vid övervikt	34%	50%	56%	64%	60%	47%
Mellanöredränage				73%	73%	80%
Navelbråck	85%	76%	82%	70%	68%	69%
Neurokirurgi övriga		69%	74%	70%	69%	66%
Njur- och uretärsten, stötvågsbehandling				85%	86%	81%
Näsa, polyper				59%	53%	54%
Nässkylje av ägg, plastik	40%	51%	49%	44%	39%	27%
Ortopedi övriga			81%	83%	83%	79%
Plastikkirurgi övriga			71%	69%	69%	64%
Prostataförstoring				64%	61%	67%
Prostataförstoring, godartad indikation	73%	69%	66%			
Pungbråck (vattenbråck)	71%	74%	62%	80%	68%	51%
Rotkanalförträngning i ländergrad	57%	75%	68%	75%	59%	68%
Ryggkirurgi övriga			35%	50%	81%	83%
Skelning	52%	62%	62%	56%	50%	54%
Sköldkörteloperation				54%	57%	49%
Sköldkörteloperation (struma)	58%	69%	55%			
Testikel, ej nedstigen	32%	35%	48%	15%	38%	21%
Thoraxkirurgi övriga		90%	93%	91%	95%	89%
Tumbastörlitning (artros)	78%	83%	70%	65%	45%	43%
Tår vid Hallux valgus/rigidis, Hammartå	75%	73%	71%	77%	69%	68%
Urinläckage, kvinnor	53%	62%	68%	54%	52%	42%
Urologi övriga			83%	81%	82%	79%
Utprovning av hörselapparat	92%	86%	89%	91%	83%	83%
Åderbråck i benen				70%	58%	63%
Åderbråck, ej kosmetiska	82%	76%	79%			
Ändtarmsjukdom	82%	79%	73%	73%	64%	69%
Ärrbråck	74%	63%	61%	58%	55%	57%
Ögon övriga			82%	83%	79%	82%
Öron, näs och hals övriga	66%		79%	79%	81%	75%
Riket	77%	77%	81%	80%	76%	74%

Bilaga 2. Nationella kvalitetsregister 2016 som tillfrågats om medverkan

Tillfrågat register (ja/nej)	Nationella kvalitetsregister september 2016 (n=109)
Andningsorganen	
Ja (medverkar)	Andningssviktregistret, Swedevox
Ja (medverkar)	Luftvägsregistret
Anestesi och intensivvård	
Nej	Svenska Intensivvårdsregistret, SIR
Nej	Svenska Traumaregistret, SweTrau
Barn och ungdom	
Nej	Barnobesitasregister i Sverige, BORIS
Ja	CP-uppföljningsprogrammet i Sverige, CPUP
Ja	Elevhälsans medicinska insats, EMQ
Ja	Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomshabilitering
Ja	Nationellt register för medfödda hjärtsjukdomar, SWEDCON
Ja	Svenska registret för medfödda metabola sjukdomar
Nej	Nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige
Ja	Svenska Barnpilepsiregistret
Ja	Svenska Barnnjurregistret
Ja	Svenska Barnreumaregistret
Nej	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ (tidigare perinatalt kvalitetsregister/neonatologi, PNQn)
Ja	Svenskt pediatrikt ortopediskt kvalitetsregister
Ja	The Swedish National CLP registry
Cancer	
Nej	Blodcancerregistret
Nej	Kvalitetsregistret för hjärntumörer
Nej	Nationellt register för pankreas och periampullärt cancer
Nej	Nationella kvalitetsregistret för bröstcancer
Nej	Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention
Nej	Nationellt lungcancerregister
Nej	Nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening
Nej	Nationellt kvalitetsregister för malignt melanom
Nej	Nationellt kvalitetsregister för njurcancer
Nej	Nationellt kvalitetsregister för transanal endoskopisk mikrokirurgi
Nej	Nationellt kvalitetsregister för tyreoidcancer
Nej	Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer
Nej	Nationellt register för peniscancer
Nej	Nationella prostatacancerregistret
Nej	Svenska Barncancerregistret
Nej	Svenskt kvalitetsregister för behandling av kolorektalcancer
Nej	Nationellt kvalitetsregister för esofagus- och ventrikeltcancer
Nej	Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer
Nej	Svenska registret för cancer i lever och gallvägar, SweLiv
Nej	Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer
Nej	Svenska testikelcancerregistret, SWENOTECA
Cirkulationsorganen	
Ja	Endovaskulär behandling av stroke, EVAS-registret
Ja	Nationellt Hjärtsviktregister, RiksSvikt
Ja	Nationellt register för atrialt flimmer och antikoagulation, Auricula

Tillfrågat register (ja/nej)	Nationella kvalitetsregister september 2016 (n=109)
Ja	Nationellt register för kateterablation
Ja	Nationellt register för hjärtintensivvård, kranskärlsröntgen, PCI, hjärtkirurgi och sekundärprevention, Swedeheart
Ja	Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke
Ja (medverkar)	Nationellt kvalitetsregister för svårtäktta sår, RiksSår
Ja (medverkar)	Svenska PAH-registret, SPAHR
Ja	Svenska hjärt-lungräddningsregistret (nationellt register för hjärtstopp)
Ja	Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi, Swedvasc
Endokrina organen	
Ja	Nationella Diabetesregistret
Ja	Svenska Hypofysregistret
Ja (medverkar)	Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQRTPA
Infektion	
Ja	InfCare Hepatit
Ja	InfCare HIV
Ja	Nationellt kvalitetsregister för infektionssjukdomar
Ja	PIDcare (patienter med primär immunbrist och/eller ökad infektionskänslighet)
Mage och tarm	
Nej	Kvalitetsregistret för svenska bukvägsbråck
Ja	Nationellt kvalitetsregister för lumsbråcksoperationer, Svenskt Bråckregister
Ja	Scandinavian Obesity surgery Registry, SOReg
Ja	Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi, GallRiks
Ja	Nationellt register för inflammatorisk tarmsjukdom, SWIBREG
Nervsystemet	
Ja	CF-register, kvalitetsregister för cystisk fibros
Ja	MMCUP – uppföljningsprogram för spinal dysrafism och hydrocefalus
Ja	Neuromuskulära sjukdomar i Sverige, NMiS
Ja (medverkar)	Svenska Demensregistret, SveDem
Ja (medverkar)	Svenska neuroregister/MS-registret
Ja (medverkar)	WebRehab Sweden
Obstetrik och gynekologi	
Nej	Graviditetsregistret
Nej	Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning, Q-IVF
Ja	Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi, GynOp
Psykiatri	
Ja	Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom, Bipolär
Ja	Kvalitetsregister ECT (elektrokonvulsiv behandling)
Ja	Kvalitetsregister för uppföljning av psykiatrisk vård, Kvalitetsstjärnan
Ja	Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri, Q-BUP
Ja	Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd adhd, BUSA
Ja	Nationellt kvalitetsregister för psykosvård
Ja	Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK
Ja (medverkar)	Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling, Riksät
Nej	Svenskt Beroenderegister,
Ja	Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR
Rörelseorganen	
Ja	Amputations- och protesregistret för nedre extremiteten, Swedeamp
Ja (medverkar)	Bättre omhändertagande av patienter med artros, BOA
Nej	Handkirurgiskt kvalitetsregister, HAKIR
Ja (medverkar)	Nationellt register över smärtherehabilitering, NRS
Nej	Riksfot

Tillfrågat register (ja/nej)	Nationella kvalitetsregister september 2016 (n=109)
Ja	Det nationella kvalitetsregistret för patienter med höftfraktur, RIKSHÖFT
Ja (medverkar)	Svensk reumatologis kvalitetsregister, SRQ
Nej	Svenska fotledsregistret
Ja	Svenska frakturregistret
Nej	Svenska höftprotesregistret
Nej	Svenska knäprotesregistret
Ja	Svenska korsbandsregistret
Ja	Svenska skulder- och armbågsregistret
Ja	Swespine
Tandvård	
Nej	Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa
Ögon	
Ja	Nationella Kataraktregistret
Nej	Svenska Cornearegistret
Ja	Svenska Makularegistret
Ja	Svenskt kvalitetsregister för rehabilitering vid synnedsättning, SKRS
Övriga områden	
Nej	Bröstimplantatregistret
Ja	Könsdysforiregistret
Nej	Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård
Ja (medverkar)	Register för systembehandling av psoriasis, PsoReg
Nej	Senior alert
Ja	Svenska Hemofiliregistret
Ja	Svenska palliativregistret
Ja (medverkar)	Svenska Sömnapnéregistret, SESAR
Ja	Svenskt Njurregister
Ja	Svenskt Perioperativt Register, SPOR
Ja	Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD-registret