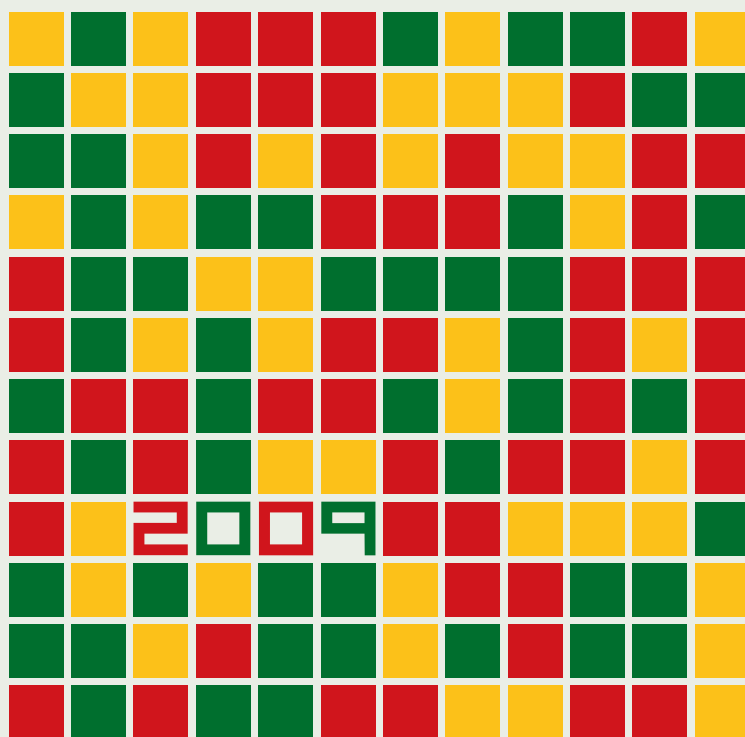


Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2009



Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2009

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

kan beställas eller laddas ner från

Sveriges Kommuner och Landsting

www.skl.se/publikationer

tel: 020-31 32 30, fax: 020-31 32 40

e-post: order@kommentus.se

ISBN 978-91-7164-485-5

eller

Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm

tel: 08-779 96 66, fax: 08-779 96 67

e-post: socialstyrelsen@strd.se

webbutik: www.socialstyrelsen.se/publicerat

Artikelnr. 2009-11-2

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2009

Upplaga: 6 000 ex

Produktion: Ordförandet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Detta är den fjärde rapporten med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt publicerar. Denna årliga rapportering utvecklas successivt. Antalet indikatorer ökar och för allt fler indikatorer beskrivs även resultat på sjukhusnivå och utvecklingen över tid. Liksom tidigare är rapportens huvudsyfte jämförelser mellan landsting.

Styrgrupp för arbetet med *Öppna jämförelser* 2009 har utgjorts av Roger Molin och Agneta Rönn från Sveriges Kommuner och Landsting samt Mona Heurgren och Anders Åberg från Socialstyrelsen. I den gemensamma arbetsgruppen har Max Köster, Behzad Kouchehi och Rickard Ljung från Socialstyrelsen ingått. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Lena Eckerström, Göran Garellick, Soffia Gudbjörnsdottir, Bodil Klintberg, Martin Lindblom och Katarina Wiberg Hedman ingått. Även Fredrik Westander, konsult, har ingått i arbetsgruppen.

Flera medarbetare från de båda organisationerna har medverkat med underlag till rapporten och dess bilagor, från Socialstyrelsen: Charlotte Björkenstam (Dödsorsaksregistret), Milla Bennis, Anna Lindam och Olof Stephansson (Medicinska Födelseregistret), Emma Björkenstam och Karin Nyqvist (Patientregistret), Örjan Ericsson, Johan Fastbom, Gunilla Ringbäck, Helena Schiöler (Läkemedelsregistret) samt Åsa Klint och Mats Talbäck (Cancerregistret).

Från SKL har Helene Ellström och Berlith Persson (Väntetider i Vården), Sofia Tullberg och Erik Sätterström (Vårdbarometern), samt Åke Karlsson, Leif Lundstedt och Stefan Ackerby (KPP-databasen och SKL:s ekonomistatistik) bidragit.

Arbetet har bedrivits i dialog med en referensgrupp av landstingsdirektörer och med kontaktpersoner från samtliga landsting.

För flera indikatorer har externa datakällor och underlag använts, framförallt från Nationella Kvalitetsregister. Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregistren och till övriga som bidragit till rapporten.

Lars-Erik Holm

Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman

VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Lands-ting är gemensamt ansvariga för arbetet. Syftet är både att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn och att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning.

Årets rapport innehåller flera förändringar. För ett antal indikatorer beskrivs utvecklingen över tid. Förbättringar eller försämringar lyfts därmed fram. Könsupplade data redovisas för fler indikatorer än tidigare. Sjukhusresultat återges utan rangordning för fyrtioalet indikatorer, främst med syftet att visa underlagen för landstingsresultaten. För ett urval indikatorer redovisas även utfallet för olika socioekonomiska grupper av patienter, framförallt utifrån utbildningsnivå. Kostnader för vissa behandlingar redovisas.

I rapportens diagram rangordnas landstingen efter sina resultat för de olika indikatorerna. Någon sammanvägd rangordning, genom ett samlat mått på kvalitet och effektivitet, görs inte. Resultaten skall tolkas med hänsyn till datakvalitet och de andra aspekter som förs fram i den förklarande texten. Resultaten ger signaler om frågor att studera vidare och värdera i lokal analys.

Det är inte möjligt att ge en sammanfattande bild av läget i svensk hälso- och sjukvård baserat på rapportens indikatorer, men här lyfts några av resultaten fram. Indikatornummer anges i parentes.

Överlevnad vid cancer och hjärtinfarkt

På vissa områden är resultaten i Sverige goda i en europeisk jämförelse. Femårsöverlevnad i vanliga cancerformer är exempel på detta. Efter fem år lever över 88 procent av de bröstcancerdrabbade kvinnorna (86), vilket är en förbättring. Skillnaderna mellan landstingen är små, vilket tyder på att vården är av jämn kvalitet. En viktig faktor är att kvinnor deltar i mammografiscreening (indikator 13). Även för tjocktarms- och ändtarmscancer (84, 85) har överlevnaden förbättrats och resultaten är bra i en jämförelse med europeiska länder, men skillnaderna mellan landstingen är större än för bröstcancer.

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna upp till 80 år (6) är hög i Sverige, särskilt bland män, men har minskat, i en långsiktigt positiv trend. Bland de personer som drabbas av hjärtinfarkt är överlevnaden i en internationell jämförelse hög (60, 61). Bland de sjukhusvårdade har andelen döda minskat från 35 till 15 procent på

tjugo år. Flera mått på behandling vid hjärtinfarkt visar att en ökad andel av patienterna får den behandling som riktlinjerna anger (63, 64, 65). Även för stroke sjunker dödligheten efter insjuknande (71), både för kvinnor och män. Liksom i fallet med hjärtinfarkt är det fortfarande tydliga skillnader mellan patienter med hög och låg utbildning (71A).

Förbättring avseende läkemedelsbehandlingar

Flera mått på läkemedelsbehandling visar förbättringar sedan förra årets rapport eller i jämförelse med den tidigare mätperiod som redovisas. Andelen äldre med riskfyllda läkemedelskombinationer (115) eller med tio eller flera läkemedel (116) har minskat något sedan förra årets rapport. Andelen i befolkningen som behandlas med antibiotika likaså (117). Även val av antibiotika vid luftvägsinfektioner hos barn (118) och vid urinvägsinfektioner hos kvinnor visar förbättringar (119). Särskilt i det senare fallet är den positiva förändringen mycket påtaglig. Även valet mellan blodtryckssänkande läkemedel (121) görs oftare i enlighet med riktlinjerna.

Vård i livets slutskede

Två nya indikatorer speglar vårdinsatser för cancersjuka i livets slutskede, en aspekt av vården som sällan förekommer i denna typ av indikatorbaserade jämförelser eftersom data ofta saknats. 14 procent av cancerpatienter angav sin smärta med ett skattningsinstrument för detta (123). Detta är en mycket låg nivå och förbättringspotentialen är därmed stor. Den andra indikatorn anger om patienten hade så kallad vidbehovsordination av smärtstillande opiater (124). Indikatorn syftar till att visa om vårdgivarna var förberedda för att snabbt lindra en uppkommen smärta. Nästan 97 av 100 patienter hade sådan ordinationen, vilket är ett bra resultat.

Jämlik sjukvård – utbildningsnivå, civilstånd och vårdresultat

För flera indikatorer visas resultat även för personer med olika utbildningsnivå. Det är en högre dödlighet bland de med lägre utbildning i sjukdomar som kan åtgärdas med antingen hälsopolitiska eller sjukvårdsrelaterade insatser (4A, 5A). Detta gäller för både kvinnor och män och bland yngre och äldre. Bland äldre vårdas ogifta oftare i slutenvård i sjukdomar som genom ett bra omhändertagande i den öppna vården kanske kunde ha förhindrats (7A). Det förekommer skillnader i läkemedelsbehandlingen mellan utbildningsgrupper för bland annat förhöjda blodfetter vid diabetes (57A), astma (120A), infektioner (11A7) och vid risk för blodpropp (75A). Det är dock svårt att entydigt uttala sig om detta är uttryck för en ojämlig vård eller om det även speglar skillnader i sjukdomsförekomst, samsjuklighet eller kontraindikationer.

Goda, förbättrade men även försämrade resultat

HIV-smitta är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död, men modern och livslång behandling ger en normal förväntad livslängd. En viktig faktor är att den HIV-drabbade har en god viruskontroll (122). Nästan 90 procent av patienten-

terna med antiviral behandling når behandlingsmålet, vilket innebär att de har en mycket god och stabil effekt av behandlingen.

Mellan 1997 och 2004 ökade andelen kvinnor som vid förlossningen drabbades av perinealbristningar (31). Därefter har andelen sjunkit. Detta kan vara en glädjande signal om ett trendbrott, men andelen är fortfarande något högre än vad den var 1997.

I dialysvården av njursjuka är ett kvalitetsmått med vilken metod kärlaccess skapas (81), där AV-fistel eller AV-graft är de önskade valen. Andelen patienter som dialyseras med önskad metod har minskat något sedan föregående år. Denna negativa utveckling har pågått sedan 2002. Det finns stora variationer mellan landsting.

Underbehandling och skillnader mellan landsting

Flera indikatorer visar att vissa behandlingar används i för låg utsträckning, generellt eller i vissa landsting. Andelen protesopererade höftfrakturpatienter (45) har ökat sedan början av 2000-talet. Andelen närmar sig nu 60 procent och bör öka något ytterligare. Framförallt bör skillnaderna såväl mellan landsting som mellan sjukhus minskas, så att tillgången till denna behandling utjämnas. Andelen kvinnor med benskörhetsfraktur som ges frakturförebyggande läkemedelsbehandling (46) är drygt 23 procent, men borde vara betydligt högre.

Behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (47) har ökat successivt de senaste åren. Antalet behandlade varierar påtagligt mellan landsting, men det beror åtminstone delvis på hur komplett rapporteringen är i de olika landstingen. Inga långgående slutsatser om allmän underbehandling kan dras i dagsläget, men däremot råder en underbehandling av kvinnor, jämfört med män.

För diabetesvården visas att andelen som når behandlingsmålen för blodsocker, kolesterol och blodtryck generellt sett är låg, både för vuxna (54, 55, 56) och för barn och ungdomar med diabetes (58). Detta trots en ganska påtagligt positiv utveckling över tid. Det är ganska stora skillnader mellan landsting. Att för få patienter når målen kan ses som ett uttryck för underbehandling och bör därför analyseras vidare. Jämförelserna i rapporten ger dock möjligen en alltför negativ bild av diabetesvårdens kvalitet. Behandlingsmålen är högt satta och är olika viktiga för olika grupper av patienter.

Effektiv resursanvändning och onödig vård

Lika viktigt som det är att belysa underbehandling är det att peka på ineffektivt resursutnyttjande. Två indikatorer visar hur stor andel operationer som görs som dagkirurgi. För lumsckbråck (99) är andelen i riket 77 procent, men det finns landsting där över 90 procent av operationerna sker som dagkirurgi. För framfallsoperationer (37) har andelen dagkirurgi ökat något under 2008, men det intresseväckande är att skillnaderna mellan landstingen är så påtagliga: Från landsting där andelen är fem procent eller under, till landsting där 45–50 procent av operationerna utförs i dagkirurgi.

Även andelen kejsarsnitt varierar (32). Vid okomplicerad graviditet, där ingen medicinsk motivering till kejsarsnittet kan hittas i tillgängliga registerdata, är andelen knappt 8 procent. Bland en större grupp förstföderskor är andelen kejsarsnitt 17 procent. Kejsarsnitt kostar över 40 000 kronor och är ungefär dubbelt så dyrt som vaginal förlossning.

Årligen utförs över 12 000 artroskopier i knäleden på patienter 40 år och äldre, vid artros eller meniskskada (51). Cirka 10 000 av dessa kan bedömas vara onödiga, i meningen att de inte kan förväntas ge någon nytta för patienten. Artroskopi har ingen effekt vid smärta i knäleden som beror på artros. Vid meniskskada är en betydande andel av artroskopierna onödiga. Det är mycket stora skillnader mellan landsting, men framför allt är den allmänna överanvändningen av metoden påtaglig.

Patientrapporterade resultat av behandling

Traditionella kvalitetsmått avser ofta dödlighet eller återinsjuknande. Patientenkäter speglar snarare service- och kommunikationsaspekter på vårdkontakten. Både internationellt och i Sverige används allt oftare kvalitetsmått där patienten själv bedömer resultatet av behandlingen, med hjälp av skalor för hälsorelaterad livskvalitet eller på annat vis.

Vid näsoperationen septumplastik (106) är 76 procent helt eller ganska nöjda med operationen. Patienter med reumatoid artrit (48) rapporterar 40 procents förbättring av sin hälsa sex månader efter behandlingsstart. Patientrapporterad hälsovinst redovisas även för höftprotesoperation (42), där resultatet efter ett år mäts i en enkät. Även strokepatienters funktionsförmåga avseende vardagliga aktiviteter (77) är ett patient- eller anhörigrapporterat resultatmått, där 23 procent av kvinnorna och 19 procent av männen var ADL-beroende tre månader efter akutfasen.

Förtroende, patientnöjdhet och tillgänglighet

Flera indikatorer redovisar patienters och befolkningens uppfattningar. Andelen som anser att de helt eller delvis har tillgång till den sjukvård de behöver (14), har sedan 2004 ökat från 69 till 77 procent. Andelen med förtroende för vården vid vårdcentraler (15) har ökat något, men uppgår ändå bara till 56 procent. Andelen med förtroende för vård vid sjukhus (16) uppgår till 67 procent och är ganska konstant över tid.

Uppfattningen om tillgänglighet till primärvården har blivit påtagligt mera positiv. Andelen patienter som ansåg att väntetiden till besök i primärvård var rimlig (18), har sedan 2001 ökat från drygt 70 till 85 procent. 91 procent fick i april 2009 läkarbesök i primärvård inom 7 dagar (21), vilket är ungefär lika många som året innan. Svagheten avseende tillgänglighet i primärvård förefaller vara telefontillgängligheten: Cirka 60 procent anser att det är lätt eller mycket lätt att nå vårdcentral respektive telefonrådgivning (19, 20), men med stora skillnader mellan landsting.

Innehåll

Inledning	12
Indikatorer och datakällor	17
Resultatredovisning och tolkning	24
Övergripande indikatorer	32
HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA	
1 ● Återstående medellivslängd	32
2 ● Självskattat allmänt hälsotillstånd	34
3 ● Självskattat psykiskt välbefinnande	36
4 ● Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet.....	36
5 ● Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	41
6 ● Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.....	42
7 Undvikbar slutenvård	44
8 ● Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA.....	47
9 ● Vårdrelaterade infektioner	49
FÖREBYGGANDE INSATSER	
10 Vaccination av barn – MPR.....	50
11 Influensavaccination för invånare över 65 år	53
12 Gynekologisk cellprovskontroll	54
13 ● Mammografiscreening	56
FÖRTROENDE OCH PATIENTNÖJDHET	
14 Tillgång till sjukvård	58
15 Förtroende för vård vid vårdcentral.....	59
16 Förtroende för vård vid sjukhus	59
17 Förväntad hjälp vid besök – vårdcentral och sjukhus.....	62
TILLGÄNGLIGHET	
18 Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral.....	65
19 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	66
20 ● Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon	66
21 Läkarpbesök inom sju dagar i primärvård.....	68
22 Väntat > 90 dagar – besök i specialiserad vård.....	69
23 Väntat > 90 dagar – behandling i specialiserad vård.....	69
KOSTNADER	
24 ● Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	72
25 ● Kostnad per DRG-poäng	76
26 Kostnad per vårdkontakt i primärvård	79

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

27	Tidiga aborter	81
28	Dödfödda	82
29	Neonatal dödlighet	83
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	84
31	Bristningar vid förlossning	85
32	● Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet	87
33	● Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning	89

KVINNOSJUKVÅRD

34	● Önskad händelser efter borttagande av livmoder	91
35	Väntat > 90 dagar – gynekologiska operationer	92
36	● Väntat > 90 dagar – gynekologiska besök	92
37	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	93
38	● Kostnad per vårdtillfälle vid hysterektomi	94

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

39	● Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	97
40	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	99
41	Omoperation efter total höftprotesoperation	102
42	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	104
43	Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation	107
44	Väntetid inför höftfrakturoperation	109
45	Protesoperation vid höftfraktur	111
46	● Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	114
47	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	116
48	● Patientrapporterat resultat vid reumatoid artrit	118
49	● Väntat > 90 dagar – besök ortopedi	119
50	Väntat > 90 dagar – höft- och knäproteser	119
51	● Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	122
52	● Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation	125
53	● Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation	125

DIABETESVÅRD

54	● Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)	128
55	● Måluppfyllelse för blodtryck	130
56	● Måluppfyllelse för kolesterol	132
57	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling	134
58	● Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c) – barn	137
59	● Amputation av patienter med diabetes	139

HJÄRTSJUKVÅRD

60	Dödlighet efter hjärtinfarkt	141
61	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	144
62	● Återinsjuknande i hjärtinfarkt	147

63	• Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.....	149
64	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor	151
65	Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt	154
66	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	156
67	• Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt	160
68	Väntetid till kranskärlsoperation.....	162
69	• Väntat > 90 dagar – besök inom kardiologi	164
70	• Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt	165

STROKESJUKVÅRD

71	Dödlighet efter förstagångsstroke	167
72	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	169
73	Vård vid strokeenhet.....	170
74	• Trombolysbehandling vid stroke	174
75	• Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	177
76	Återinsjuknande efter stroke	180
77	Funktionsförmåga efter stroke	182
78	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	185

NJURSJUKVÅRD

79	• Dödlighet i aktiv uremivård	188
80	Måluppfyllelse för dialysdos	190
81	Kärlaccess vid dialys.....	193
82	• Njurtransplanterade i aktiv uremivård	196
83	• Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation.....	198

CANCERSJUKVÅRD

84	Överlevnad vid tjocktarmscancer	200
85	Överlevnad vid ändtarmscancer	200
86	Överlevnad vid bröstcancer.....	200
87	• Överlevnad vid lungcancer	204
88	Reoperation vid ändtarmscancer.....	206
89	• Kurativ behandling vid prostatacancer	207
90	• Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör.....	210

PSYKIATRISK VÅRD

91	Själv mord i befolkningen	211
92	Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel.....	212
93	• Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	215
94	• Återinskrivning efter vård för schizofreni.....	217
95	• Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom	219
96	Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri.....	221
97	Väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri.....	221

KIRURGISK BEHANDLING

98	• Omoperation vid lumsckbråck.....	223
99	Dagkirurgiska operationer vid lumsckbråck.....	224

100	• Miniinvasivt borttagande av gallblåsa.....	226
101	• Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa.....	229
102	• Kostnad per DRG-poäng vid galloperation.....	230
103	• Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	231
104	• Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	233
105	• Kostnad per vårdtillfälle för kärloperation	234
106	• Patientrapporterat resultat av septumplastik.....	235
107	• Synfel vid kataraktoperation	236
108	• Väntat > 90 dagar – besök inom allmän kirurgi.....	238
109	• Väntat > 90 dagar – operation av lumsbråck	238
110	• Väntat > 90 dagar – operation av gallblåsa/gallgång.....	238
111	• Väntat > 90 dagar – operation av grå starr	238

INTENSIVVÅRD

112	• Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA	245
113	• Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning	248
114	• Oplanerade återinskrivningar till IVA	248

LÄKEMEDELSBEHANDLING

115	• Läkemedelsinteraktion bland äldre	253
116	• Tio eller fler läkemedel bland äldre	255
117	• Förekomst av antibiotikabehandling	257
118	• Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	260
119	• Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	262
120	• Kombinationspreparat vid astma	264
121	• ARB vid blodtryckssänkande behandling	266

ANNAN VÅRD

122	• God viruskontroll vid HIV	268
123	• Smärtskattning i livets slutskede	270
124	• Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede	272

Att följa indikatorerna över tid **274**

Resultat för alla landsting och indikatorer **281**

Inledning

Öppna jämförelser bakgrund och syfte

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2009 års rapport är den fjärde rapporten med jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på idag tillgänglig nationell statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting är gemensamt ansvariga för arbetet.

Årets rapport innehåller flera förändringar. Den tidigare indelningen av indikatorer har ersatts av en ny, baserad på sjukdomsområden. Antalet indikatorer har ökats från 101 till 124. Jämförelser över tid och sjukhusdata återges för flera indikatorer än tidigare. Syftet med att redovisa sjukhusdata är främst att visa underlagen för landstingsresultaten. För första gången visas även kostnadsuppgifter för vissa behandlingar. Liksom tidigare dominerar de indikatorer som speglar medicinsk kvalitet.

Ett första syfte med arbetet är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Allmänheten, både som medborgare och patienter, har rätt att få information om verksamhetens kvalitet och effektivitet. *Öppna jämförelser* ger underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården och förbättrar därmed även förutsättningarna för ansvarsutkrävande.

Ett andra syfte är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Goda resultat, mindre goda resultat och direkta brister lyfts fram i ljuset på ett mera strukturerat sätt. Jämförelserna sporrar landstingen till fördjupade analyser och förbättringar och bidrar till lärande mellan dem. De får också ett förbättrat kunskapsstöd för uppföljning och styrning av den egna verksamheten.

Jämförelserna leder också till bättre tillgång till data om resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. När vårddata används aktivt i öppet publicerade jämförelser, ökar kraven på att de ska vara aktuella, rikstäckande och korrekta. Behovet av både nya och förbättrade datainsamlingar tydliggörs.

Jämförelserna i denna rapport syftar inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare. De flesta indikatorer är givetvis intressanta även för patienter, men presentationen måste ändras både till form och innehåll för att kunna tjäna på ett bra sätt som underlag till vårdval. Kvalitetsindikatorer som grund för vårdval ställer också högre krav på att man på ett korrekt sätt tar hänsyn till patient-sammansättning vid respektive vårdenhets. Vidare bör uppgifterna vara mer aktuella och presenterade på enhetsnivå. Det ställer också högre krav på språkbruk och

pedagogisk framställning. Många indikatorer i *Öppna jämförelser* avser dessutom akutsjukvård, det vill säga vårdssituationer där patienten inte har reell möjlighet att välja vårdgivare på samma vis som när vården är planerad.

Anslutande arbeten inom Socialstyrelsen och SKL

Utöver samarbetet med publiceringen av *Öppna jämförelser* bedriver Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting egna arbeten som knyter an till de öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet.

SKLs arbete utgår från rollen att stödja landsting och regioner i att utveckla sin ledning och styrning av hälso- och sjukvården och att använda kvalitetsjämförelser i detta arbete. Ett exempel är det förbättringsarbete inom patientsäkerhet som bedrivs tillsammans med landstingen. Mätbara indikatorer för uppföljning har formulerats och data samlas in och redovisas. Målet är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner under sättningsperioden.

SKL rapporterar kontinuerligt om vårdgaranti och tillgänglighet i landstingen, liksom om landstingens verksamhet och ekonomi. En ny nationell patientenkät har lanserats under 2009, i vilken i princip alla landsting kommer att delta. En primärvårdsenkät genomförs hösten 2009, med 160 000 patienter i urvalet. SKL förvaltar vidare KPP-databasen (Kostnad per Patient) som allt fler landsting och sjukhus rapporterar till. Patientrelaterad kostnadsredovisning skapar förutsättningar för fördjupade analyser av hälso- och sjukvårdens kostnader och effektivitet. Under 2009 publiceras för första gången kostnadsdata för några specifika behandlingar vid individuella sjukhus.

SKL ökar kontinuerligt sin satsning på de Nationella Kvalitetsregistren. Antalet Nationella Kvalitetsregister ökar varje år och två nya kompetenscentra som stöd för utveckling och drift av kvalitetsregister är under etablering. En omfattande satsning på kvalitetsregister inom psykiatri pågår med särskilda statliga medel.

Socialstyrelsen rapporterar löpande om förhållandena i hälso- och sjukvården, till exempel i lägesrapporter för hälso- och sjukvården och olika tematiska rapporter. Socialstyrelsen har hösten 2009 fastställt ett antal nationella indikatorer för uppföljning av *God vård*. Utgångspunkten är kvalitetsdimensionerna enligt *God vård*, det vill säga att verksamheten inom hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt att vården skall ges i rimlig tid. De nationella indikatorerna för *God vård* kommer att användas i olika publikationer från Socialstyrelsen för att värdera kvalitet och effektivitet i sjukvården. Ett sådant exempel är den indikatorbaserade öppna jämförelsen och utvärderingen av hjärtsjukvård som publicerades våren 2009.

Några indikatorer för *God vård* avser uppföljning av hälso- och sjukvården utifrån ett systemövergripande perspektiv. Ytterligare nationella indikatorer för uppföljning av *God vård* är de indikatorer som publiceras som en del i de nationella rikt-

linjer för vård och behandling som Socialstyrelsen tar fram. Indikatorutvecklingen inom *Öppna jämförelser*, *God Vård* och de *Nationella riktlinjerna* samordnas så att indikatorerna harmoniserar mellan de olika områdena.

Sjukdomsspecifika indikatorset är nu en integrerad del i de nationella riktlinjer för vård och behandling som Socialstyrelsen tar fram. Riktlinjearbetet bidrar därmed med indikatorer som kan användas i *Öppna jämförelser*.

För primärvården och psykiatrin pågår en rad utvecklingsprojekt varav ett flertal är regeringsuppdrag. Bland annat tas ett "indikatorbibliotek" för primärvården fram och nya indikatorer är under utveckling inom psykiatrin. En särskild rapport om psykiatrisk vård med utgångspunkt från indikatorbaserade jämförelser kommer att publiceras under 2010. Indikatorer från *Öppna jämförelser* ur ett primärvårds-perspektiv har publicerats på Socialstyrelsens webbplats under året.

Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar de nationella hälsodataregistren och publicerar data och analyser baserade på dessa i olika publikationer och på webben. Det pågår under 2009 flera olika utvecklingsprojekt avseende hälsodataregistren. Möjligheterna att etablera ett hälsodataregister för primärvård och rapportering av andra vårdkontakter än läkarbesök inom psykiatrin, är två exempel på detta. I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att fortlöpande utveckla och publicera kvalitetsindikatorer utifrån de nationella hälsodataregistren. Antalet publicerade jämförelser baserade på kvalitetsindikatorer ökar successivt.

Erfarenheter och utvecklingsmöjligheter

Erfarenheterna sedan den första rapportens publicering är goda vad gäller landstingens mottagande och användning. Rapporterna har bidragit till en fokusförflyttning, så att frågor om medicinsk kvalitet har fått en mera framskjuten plats i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten i landstingen, vid sidan av tillgänglighet och ekonomiska frågor.

Inslaget av fel- eller övertolkningar av jämförelsernas resultat har varit begränsat, säkert beroende på att landstingen förberett sig väl inför publiceringarna. Man har även haft realistiska förväntningar på jämförelserna. Det är inte absoluta sanningar som redovisas, utan data som ofta kräver ytterligare kunskap och god tolkningsförmåga.

Den kritiska debatten om öppna jämförelser, förd i till exempel Läkartidningen, avser både Nationella Kvalitetsregister som sådana och den öppna redovisningen av data om vårdkvalitet. Andra inlägg handlar om tillförlitligheten i data som rapporteras till Patientregistret och till Nationella Kvalitetsregister, liksom den effekt som icke komplett rapportering av data kan ha för det redovisade resultatet. Även modellen för färgläggning i grönt-gult-rött av resultat i *Öppna jämförelser* har kritiserats.

Utan att gå för djupt in på denna debatt kan sägas att den pekar på två förhållanden: För det första att kraven på läsaren av rapporter av detta slag är stora. Data talar

sällan för sig själv, utan reservationer och kommenterande text är ett nödvändigt inslag i presentationen. Det vilar ett tungt ansvar på den som publicerar data att även vägleda läsaren. Därför har texter utvecklats ytterligare och det har gjorts en gedigen satsning på bilagor som bland annat diskuterar tillgång och kvalitet i data.

För det andra pekar debatten på behovet av att utveckla både indikatorer, indikatorset och presentationstekniker. Ett steg på vägen är att denna rapport har omstruktureras så att det ska bli enklare att följa samtliga kvalitetsaspekter för en viss sjukdomsgrupp. Ett annat exempel på utvecklingsområde är att förbättra möjligheterna att beskriva utveckling över tid. Inom ett landsting eller för sjukhus kan den egna utvecklingen över tid vara viktigare än jämförelsen med andra.

Mycket har förbättrats sedan den första *Öppna jämförelse*-rapporten publicerades. Hälso- och sjukvården har blivit mer transparent och en hel del kvalitetsinformation finns tillgänglig både på webben och i publicerade rapporter. Fortfarande finns det stora möjligheter att förbättra publiceringen av kvalitetsjämförelser i hälso- och sjukvården och både Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting arbetar med detta.

I juni 2009 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna kvalitetsjämförelser. Strategin omfattar både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vid sidan av syften som utvärdering och förbättring syftar arbetet till att medborgare och patienter skall få tillgång till kunskapsunderlag för att fritt och informerat kunna välja vårdgivare. Information som kan stödja patienters vårdval skall samlas och presenteras på en webbplats.

Avgränsningar för indikatorsetet

Inga indikatorer om äldreomsorg och tandvård ingår i rapporteringen. Jämförelser av äldreomsorg görs under 2009 både av Sveriges Kommuner och Landsting och av Socialstyrelsen. Detta arbete skall i framtiden göras gemensamt.

Personalrelaterade faktorer som sjukskrivningsfrekvens eller personalomsättning finns heller inte med i rapporten. Syftet med jämförelserna är inte att belysa landstingen i deras roll som arbetsgivare, utan i deras roll som ansvariga för befolkningarnas hälso- och sjukvård.

För första gången har några breda, folkhälsoorienterade indikatorer tagits med, bland annat medellivslängd och självskattat allmänt hälsotillstånd. Detta urval är resultatet av en diskussion om huruvida beskrivning av befolkningarnas hälsostatus, hälsopåverkande vanor och sociala faktorer borde presenteras i denna rapport. Inga övriga sådana mått redovisas. Folkhälsodata är relevanta för flera av jämförelserna, men ingår strikt sett inte i dagens ambition för *Öppna jämförelser*. Socialstyrelsen har under året publicerat 2009 års *Folkhälsorapport*. Under hösten 2009 har därutöver SKL tillsammans med Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut presenterat en rapport med jämförelser av indikatorer för folkhälsa.

Rapportens disposition och bilagor

I nästa avsnitt beskrivs indikatorsetets utseende och förändring, hur resultaten presenteras och hur de bör tolkas. Frågor om kvalitet i data, statistisk osäkerhet och andra tolkningsproblem är viktiga teman.

I de följande avsnitten redovisas utfallen för alla indikatorer. Varje indikator beskrivs och resultatet presenteras i diagram och med stöd av korta texter. Sjukhusdata och data nedbrutet för olika socioekonomiska grupper redovisas i årets rapport i samband med respektive indikator, inte separat.

Utfallet kommenteras, till exempel vad gäller variation mellan landsting, kön och önskat utfall utifrån målnivåer eller rekommendationer i nationella riktlinjer där sådana finns. I vissa fall refereras internationella jämförelser.

En nyhet i årets rapport är att resultatredovisningen inleds med området *Övergripande indikatorer*. Detta är indikatorer som avser att spegla breda aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet. Därefter följer en redovisning av indikatorer indelade i 13 sjukdomsgruppspecifika eller behandlingsspecifika områden, som till exempel *Kvinnosjukvård*, *Diabetesvård*, *Hjärtsjukvård* och *Läkemedelsbehandling*. Indikatorer som avser tillgänglighet och kostnader ingår då i respektive område, tillsammans med indikatorer som avser medicinska resultat.

Efter ett avsnitt om att följa indikatorer över tid, avslutas rapporten med en tablå där alla landstings resultat för indikatorerna redovisas.

Rapporten har fyra bilagor:

- Bilaga 1 Beskrivning av indikatorer
- Bilaga 2 Jämförelser av täckningsgrad i Nationella Kvalitetsregister och hälsodataregister
- Bilaga 3 Vårdkonsumtion 2008 för ett urval av behandlingar
- Bilaga 4 Landstingsprofiler – resultat per landsting för alla indikatorer

De tre första bilagorna finns i en separat, tryckt rapport. Den fjärde publiceras enbart elektroniskt. Bilagor och den elektroniska versionen av huvudrapporten finns tillgängliga på de båda organisationernas webbplatser.

Via www.skl.se kan man välja *Öppna jämförelser* under menyn *Gå direkt till*.

Via www.socialstyrelsen.se väljer man *Öppna jämförelser* under fliken *Utveckling och kvalitet* i huvudmenyn. Välj därefter fliken *Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård*.

På webbplatserna finns rapporten, bilagorna och rapportens diagram att ladda ner. Även tidigare rapporter och engelskspråkigt material finns tillgängligt där.

Indikatorer och datakällor

Antalet indikatorer är i årets *Öppna jämförelser* fler än tidigare. Motivet för denna expansion är att kunna spegla fler sjukdomsgrupper och vårdaspekter. Trots att indikatorerna är många, är det viktigt att komma ihåg att de inte ger en täckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Viktiga kvalitetsaspekter är otillfredsställande belysta, eftersom det på flera sjukvårdsområden saknas uppgifter om kvalitet.

På andra områden, där det finns data, publiceras bara ett urval. En illustration av detta är att resultatet för dryga tiotalet indikatorer redovisas avseende hjärtsjukvård. Dessa är ett urval av de 45 indikatorer som ingick i Socialstyrelsens hjärtuppföljning från våren 2009. Urvalet styr alltså påtagligt bilden av ett landstings hjärtsjukvård.

Skäl som dessa gör att de olika utfallen inte läggs samman i en samlad poängmodell, ett "totalindex" för kvalitet och effektivitet. Även om syftet är att så långt möjligt spegla hela hälso- och sjukvårdssystemet, så bör indikatorerna och utfallen i första hand betraktas var för sig.

Indikatorerna har tyngd och är angelägna, därför att de var och en speglar väsentliga aspekter av sin del av hälso- och sjukvården, inte därför att utfallet för indikatorsett som helhet utgör ett betyg på ett landstings hela vårdssystem.

INDIKATOROMRÅDEN

Övergripande indikatorer

Hälsotillstånd, dödlighet med mera
Förebyggande insatser
Förtroende och patientnöjdhet

Tillgänglighet
Kostnader

Områdesvisa indikatorer

Graviditet, förlossning, nyföddhetsvård
Kvinnosjukvård
Rörelseorganens sjukdomar
Diabetesvård
Hjärtsjukvård
Strokesjukvård
Njursjukvård

Cancersjukvård
Psykiatrisk vård
Kirurgisk behandling
Intensivvård
Läkemedelsbehandling
Annan vård

Indelning av indikatorerna

Indikatorsetet har 124 indikatorer, vilket kan jämföras med de 101 som ingick i förra årets rapport. 43 av dessa är nya. De tidigare årens fyrdelade indelning (Medicinska Resultat, Patienterfarenheter, Tillgänglighet och Kostnader) har ersatts av en ny. Denna bygger på en sjukdomsbaserad indelning, med totalt 14 områden, varav ett avser hälso- och sjukvårdssystemet i en övergripande mening. Se vidare tablå med den använda indikatorindelningen.

Den nya indelningen innebär framförallt följande, jämfört med den tidigare:

- Icke sjukdomsspecifika indikatorer har förts till området med övergripande indikatorer, som i sin tur indelats i underrubriker;
- Indikatorer för kostnad per invånare och patienterfarenheter har dels blivit färre, dels förts till området övergripande indikatorer;
- Indikatorer för kostnader per behandling, liksom tillgänglighet för specifika behandlingar eller specialitet, har förts till respektive sjukdomsgrupp och redovisas där tillsammans med mått på medicinsk kvalitet.

Motivet till den nya indelningen är för det första att skapa en grupp av indikatorer som belyser hälso- och sjukvårdens övergripande effektivitet och kvalitet. Nu är gruppen skapad framförallt genom att vissa redan existerande indikatorer förts dit. Måtten som speglar medicinska resultat är för få. Denna del av indikatorsetet bör utvecklas framöver.

För det andra finns det fördelar med att föra samman de indikatorer som speglar flera olika dimensioner av vårdinsatserna för en viss patient- eller sjukdomsgrupp. Det är naturligt att i lokal uppföljning diskutera kvinno- eller strokesjukvårdens kostnader, medicinska kvalitet och tillgänglighet i ett sammanhang. Med denna indelning stöder de öppna jämförelserna bättre landstingens praktiska arbete med sjukvårdens ledning och styrning.

För det tredje blir den nya indelningen en plattform för publicering av framtida indikatorbaserade jämförelser, för specifika sjukdomsgrupper. Indelningen synliggör behovet av både indikatorer och publicering av öppna jämförelser på flera områden. För stroke och hjärtsjukvård har Socialstyrelsen publicerat sådana rapporter. Ytterligare uppföljningar skulle bidra även till den övergripande rapporten *Öppna jämförelser*, genom att flera indikatorer skulle arbetas fram.

Process för urval av indikatorer

Till den första rapporten hämtades förslag till indikatorer från företrädare för kvalitetsregister och från pågående indikatorutveckling vid Socialstyrelsen, till exempel från de senaste årens nationella riktlinjer för vård och behandling, för cancer, hjärtsjukvård och stroke.

VAD ÄR EN INDIKATOR?

Vilka krav skall ställas på en lämplig indikator? Följande kriterier för indikatorurvalet används som vägledning i arbetet med *Öppna jämförelser*:

- **Mätbar och tillgänglig.** Indikatorn ska vara mätbar, data ska finnas tillgängliga på nationell nivå och de ska återkommande kunna rapporteras.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn ska vara vedertagen och därmed gärna förekomma i andra, etablerade indikatorset. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt av sjukvården som den avser att mäta.
- **Relevant.** Indikatorn ska avse väsentlig volym/kostnad, eller väsentlig aspekt eller problem.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Påverkansbar.** Det ska vara möjligt för landstingen och hälso- och sjukvården att kunna påverka sitt utfall.
- **Resultat och process.** Både resultatmått och processmått kan användas. Processmått ska avse åtgärder i hälso- och sjukvården som bedöms ha en stark påverkan på resultatet för patienten.

I rapporten används indikatorer som bara delvis lever upp till dessa krav. Reservationer som datakvalitet och andra tolkningsproblem ges i texten vid respektive indikator.

Arbetet har på olika vis fortgått sedan dess. Ytterligare riktlinjearbeten har resulterat i indikatorer till denna rapport, till exempel avseende diabetes, liksom att kontakter med kvalitetsregisterföreträdare har resulterat i nya indikatorer. Arbetsgruppen för rapporten har därutöver på egen hand genererat olika indikatorer. Harmonisering med Socialstyrelsens arbete med indikatorer för *God Vård* har också skett.

Både före och efter publicering har indikatorer och resultat diskuterats av sakkunniga i landsting och i hälso- och sjukvården. Kritiska synpunkter har inte sällan lett till antingen modifiering av indikatorer eller till att indikatorer tagits bort. Företrädare för landsting och regioner har haft en viktig roll i diskussionerna om indikatorsetet och i att framföra landstingens och verksamhetsansvarigas synpunkter.

I praktiken spelar tillgången på relevanta data av tillräckligt god kvalitet en stor roll för urvalet. Vissa av de jämförelser som publiceras har så pass stora kvalitetsbrister att de egentligen bara fungerar bra för att jämföra den egna utvecklingen över tid. Ibland publiceras även jämförelser för att sätta ljuset på bristen av data på viktiga områden. Se vidare indikatorexterna.

Vilka slags mått på kvalitet och effektivitet redovisas?

De flesta indikatorerna beskriver hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet. Både resultatmått och processmått ingår. Resultatmått belyser hur det gick för patienten

eller för befolkningen. Processmått speglar vad man gör i sjukvården, men är valda för att de bedöms ha stor betydelse för resultaten. I något fall redovisas även mått med osäker tolkning ur kvalitetssynpunkt, mest för att spegla att sjukvårdens praxis varierar, som till exempel andelen kejsarsnitt vid förlossning.

En grupp indikatorer speglar patienternas och befolkningens värdering av sina vårdkontakter och av sjukvården, till exempel i vilken mån man har förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens bedömning av en specifik behandlings resultat redovisas under respektive sjukdomsgrupp.

Tillgänglighetsmått avser tidsrelaterad tillgänglighet och mäter uppfyllande av vårdgarantin. Andra aspekter på tillgänglighet, som geografiska, språkliga eller ekonomiska barriärer för att söka vård, ingår inte. Antalet behandlingar i en viss befolkning är en annan aspekt på tillgänglighet. För ett urval behandlingar redovisas sådan vårdkonsumtion i bilaga 3.

Kostnads- och resursanvändningsindikatorerna är av flera olika slag: Kostnad per invånare för hälso- och sjukvård, kostnad per prestation samt indikatorer som speglar kostnad för likvärdiga behandlingsval. Kostnadsmått får sitt stora värde först när de ställs i relation till de övriga resultaten.

För första gången publicerar vi i denna rapportserie data från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) på sjukhusnivå. Det har fram tills nu inte skett en löpande publicering av KPP-data för individuella sjukhus. Detta gör att kvaliteten i KPP-databasen

NYA INDIKATORER

Medellivslängd	Trombolys vid stroke
Allmänt hälsotillstånd	Njursjukdom – transplantation
Psykiskt välbefinnande	Överlevnad lungcancer
Dödlighet ischemisk hjärtsjukdom	Återinskrivning – schizofreni
MRSA – riktad provtagning	Läkemedel – bipolär sjukdom
Vårdrelaterade infektioner	Gallkirurgi – miniinvasiv
Mammografiscreening	Gallkirurgi – komplikationer
Tillgänglighet sjukvårdsrådgivning	Förträngning halskärl – operation
Kejsarsnittsfrekvens	Kärlkirurgi – amputation/död
Återinskrivning – hysterektomi	Utskrivning IVA nattetid
Patientrapporterad effekt RA-behandling	Läkemedelsbehandling – astma
Frekvens artroskopi	Viruskontroll vid HIV
Diabetes – blodfettsmål	Palliativ vård – smärtskattning
Barndiabetes – blodsockermål	Palliativ vård – smärtlindring
Diabetes – amputation	Väntat > 90 dagar – flera nya
Ny hjärtinfarkt inom 365 dagar	Kostnad per vårdtillfälle – flera nya

är svårbedömd. Genom att publicera kostnadsuppgifter för olika behandlingar lyfter vi fram de sjukhus som etablerat denna form av diagnos- och åtgärdsbaserad kostnadsredovisning.

I tablån visas de nya indikatorer som redovisas i *Öppna jämförelser* 2009. Några indikatorer från förra årets rapport har tagits bort, efter olika överväganden om framförallt datakvalitet och/eller täckningsgrad.

Använda datakällor

Ett stort antal datakällor har använts i rapporten. Några presenteras kort i samband med resultatredovisningen. Landstingens och sjukhusens rapportering till flera av de använda registren och databaserna beskrivs i bilaga 2.

För medicinska kvalitetsmått har framförallt hälsodataregister vid Socialstyrelsen och Nationella Kvalitetsregister använts. Dessa register är individbaserade, med vilket menas att de innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Rapportering till hälsodataregistren är obligatorisk, medan kvalitetsregistren bygger på frivillig rapportering. Alla här använda kvalitetsregister har stöd av nationell finansiering. Datakällor om kostnader, tillgänglighet och patienterfarenheter är inte individbaserade i samma mening. KPP-databasen baseras på individuella vårdkontakter, men innehåller inte personnummer.

Hälsodataregistren är Patientregistret, som innehåller uppgifter om diagnoser och åtgärder i slutenvård och för läkarbesök i öppenvård; Cancerregistret, till vilket uppgifter om nyupptäckta tumörer och cancerliknande tillstånd rapporteras; Medicinska Födelseregistret, som har uppgifter om graviditet och förlossning samt Läkemedelsregistret, med uppgifter om alla receptförskrivna läkemedel som hämtats ut vid apoteken. Dessutom har Dödsorsaksregistret använts, med uppgifter om samtliga dödsfall i Sverige, och Abortstatistiken, med avidentifierade uppgifter om legala aborter i Sverige, som exempelvis graviditetslängd och metod för aborten. Information om samtliga dessa datakällor nås via www.socialstyrelsen.se.

De Nationella Kvalitetsregister som har lämnat uppgifter är SWEDEHEART-Svenska coronarischemi- och klaffinterventionregister (innefattande RIKS-HIA och Svenska Hjärtkirurgiregistret); Riks-Stroke; Svenska Intensivvårdsregistret; Svenskt Bräckregister; Svenska Palliativregistret, Svenska Rektalcancerregistret; Nationella Prostatacancerregistret; NDR- Nationella Diabetesregistret (barn- och vuxendelen); Svensk Reumatologis kvalitetsregister; Nationellt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård; Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll; Svenskt Njurregister om dialys och njursjukdom; RIKSHÖFT om höftfrakturer; Svenska Höftprotesregistret; Svenska Knäprotesregistret; INFcare HIV; Gallriks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi; Swedvasc – Svenska Kärllregistret samt Nationella Kataraktregistret. Information om samtliga kvalitetsregister nås via www.kvalitetsregister.se.

Uppgifter har också hämtats från Smittskyddsinstitutets insamling av data om vissa rapporteringspliktiga smittsamma sjukdomar (MRSA-fall) samt från en frivillig insamling av statistik om influensavaccinering av äldre, som landstingens smittskyddsenheter gör varje år. Uppgifter om mammografiscreening är hämtade från en enkät som Cancerfonden genomfört.

Av de övergripande indikatorerna hämtas en från Statistiska centralbyrån och två från Statens folkhälsoinstitut.

För mått på förtroende och patientnöjdhet har främst SKL:s telefonenkät Vårdbarometern använts som källa (www.vardbarometern.nu), medan indikatorer om tillgänglighet och väntetider oftast bygger på data från rapportering till nationella väntetidsdatabasen, Väntetider i Vården (www.vantetider.se).

DATAKÄLLOR

Hälsodataregister och andra datakällor vid Socialstyrelsen

Patientregistret	Läkemedelsregistret
Cancerregistret	Dödsorsaksregistret
Medicinska Födelseregistret	Abortstatistiken

Sveriges Kommuner och Landsting

Väntetider i Vården	Vårdbarometern
SKL:s ekonomi- och verksamhetsstatistik	KPP-databasen

Nationella Kvalitetsregister

SWEDEHEART	Svenskt Njurregister
Riks-Stroke	RIKSHÖFT
Svenska Intensivvårdsregistret	Svenska Höftprotesregistret
Svenskt Bräckregister	Svenska Knäprotesregistret
Svenska Palliativregistret	INfCare HIV
Svenska Rektalcancerregistret	Gallriks
Nationella Prostatacancerregistret	Swedvasc
Nationella Diabetesregistret	Nationella Kataraktregistret
Svenskt Reumatologis kvalitetsregister	
Nationellt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård	
Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll	

Övriga källor

Smittskyddsinstitutet	Cancerfonden
Landstingens smittskyddsenheter	Statens folkhälsoinstitut
Statistiska centralbyrån	

Kostnadsuppgifter per invånare har hämtats från SKL:s ekonomi- och verksamhetsstatistik och används även tillsammans med DRG-gruppering av patientregistret för att redovisa kostnad per prestation. Slutligen används KPP-databasen vid SKL, för redovisning av kostnader för specifika behandlingar. Se vidare om ekonomisk statistik på www.skl.se.

Resultatredovisning och tolkning

Här beskriver vi hur data presenteras i rapporten och hur jämförelserna utformats. Framförallt pekar vi på olika faktorer som läsaren måste vara medveten om när jämförelserna tolkas. Både denna rapport och andra publiceringar av jämförande och värderande vårddata syftar till att popularisera, till att med acceptabel förenkling presentera egentligen komplexa frågor. Paradoxen är att för varje steg i riktning mot ytterligare förenkling, så ökar kraven på läsarens kompetens och förmåga att tolka informationen på ett omdömesgillt vis.

Jämförelser av kvalitet och effektivitet kan innehålla både missvisande informationsbrus och äkta signal om verkliga variationer i kvaliteten. Hur mixen mellan brus och signal ser ut beror både på presentationens utformning och på läsarens förmåga att hantera informationen: Att kunna filtrera bort bruset och uppfatta signalen.

Redovisningen i *Öppna jämförelser* har en beskrivande karaktär. Jämförelserna kommenteras och läsaren ges därmed stöd för tolkning av utfallet. Men redovisningen sker utan att vi analyserar orsakerna till resultaten eller drar skarpa slutsatser om konsekvenserna av dem.

Skälet till detta är att omdömesgilla tolkningar av sjukvårdsdata förutsätter allmän kunskap om sakområdet, tid för analys och fördjupning samt ibland även kunskap om olika lokala omständigheter. Det är landstingens och sjukvårdens företrädare som har de bästa förutsättningarna för att tolka och värdera de egna utfallen. På de områden där det finns riktlinjer eller andra starka kunskapsunderlag, bör dessa förstås vara utgångspunkten för den lokala tolkningen och diskussionen.

En "indikator" är i vanligt språkbruk ett tecken eller en signal på någonting, inte ett uppenbart faktum med en självklar uttolkning. En indikator pekar på ett förhållande att studera vidare, värdera och eventuellt förändra. *Öppna jämförelser*s syfte sträcker sig till att ge signalen, men inte längre.

Hur presenteras indikatorerna?

Utfallet för varje indikator presenteras i huvudrapporten på följande vis, dock beroende på vilka data som är tillgängliga:

- Rangordnade landstingsjämförelser
- Data för sjukhus, uppställda i landstingsordning
- Rikets utveckling över tid

I slutet av rapporten visas i en tablå alla landstings resultat för alla indikatorer. Om färgläggningen av resultaten, se vidare nedan. I bilaga 4 visas för varje landsting profiler, det vill säga det egna utfallet jämfört med rikets, för samtliga indikatorer.

Utveckling över tid: För många indikatorer visas värden per landsting för två perioder. Motivet för detta är att se om resultatet blivit bättre eller sämre över tid. Det senare värdet är det egentliga indikatorvärdet och visas i huvudstapeln i diagrammet, medan det tidigare värdet visas som en skuggad stapel. För några indikatorer visas som exempel för alla landsting tidsserier över flera år. Att presentera data i tidsserier är attraktivt i ett förbättringsperspektiv, men utrymmeskrävande i en skriftlig rapport.

Könsuppdelning och socioekonomi: Könsuppdelade data har tagits fram där de finns tillgängliga. I huvudrapporten visas på landstingsnivå ibland könsuppdelade jämförelser, ibland med resultaten för de båda könen sammanslagna. För medicinska indikatorer är huvudprincipen att data visas könsuppdelat, men ibland är antalet fall för lågt för att könsuppdelas. Utrymmesbegränsning gör också att alla indikatorer inte kan visas könsuppdelade. För ett mindre urval indikatorer visas resultatet även nedbrutet på socioekonomiska grupper.

Kommunnivå: Flera indikatorer är i princip intressanta på kommun- eller kommungruppsnivå, men det är alltför utrymmeskrävande att redovisa data på kommunnivå i denna rapport. För indikatorn om barns användning av antibiotika, visas dock resultatet på kommunnivå. Syftet är att illustrera att det finns variation även inom ett landsting, vilket för övrigt även sjukhusdata visar. Rapportens fokus på jämförelser mellan landsting kan omedvetet leda till den ofta förhastade slutsatsen att skillnader i vården är orsakade av den politiskt-administrativa indelningen av hälso- och sjukvården i landsting.

Val av tidsperiod: Det är i princip önskvärt och mest intressant att visa så aktuella data som möjligt. Det är dagens sjukvård som skall beskrivas, inte den vi hade för fem-tio år sedan. Dessutom är det en poäng att utforma en indikator så att förbättringar snabbt syns. Om en klinik förändrar sina rutiner och detta ger bra resultat, bör det synas i ett uppföljningsmått, inte spädas ut av tidigare års sämre resultat.

För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används 2008 års data, och för ett antal indikatorer även data från 2009. För de indikatorer där fallen och/eller kvalitetshändelserna (dödsfall, infektion, omoperation etc) är få, bör ändå längre tidsperioder användas. Annars skulle den statistiska osäkerheten vara för stor och de årliga resultaten hoppa upp och ned beroende på slumpen. Man tvingas då väga värdet av aktualitet mot värdet av statistisk säkerhet. Vissa indikatorer mäter dessutom långtidseffekter, som huruvida den inopererade höftprotesen sitter kvar och fungerar efter tio år. Då måste med nödvändighet operationer utförda flera år tillbaka i tiden ingå i jämförelsen.

Jämförelser med rangordnade landsting och indikatortexter

Till varje indikator finns diagram och en kort text. Diagrammen är konsekvent lig-gande stapeldiagram, där landstingen ordnats i en fallande ordning. Ett värde för rikets genomsnitt anges också, i annan färg än den som staplarna för landstingen har.

I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i diagrammet är ett bättre utfall än en lägre placering. I något fall kan hög position dock vara ett uttryck för "överbehandling". Några indikatorers resultat är genuint svåra att värdera, som kejsarsnittsfrekvens vid förlossning. Rangordning har gjorts även i de fall där datakvaliteten är svagare, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

Även i de fall där rangordning i princip är lätt att motivera (dödlighet, komplikationer vid vård) finns det faktorer att ta hänsyn till. När resultatmått redovisas är skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd eller sjukhusens patientsammansättning (case-mix) en sådan faktor. I många fall görs en åldersstandardisering av landstingens befolkningar för att skapa ökad jämförbarhet. Då korrigeras för den effekt som de olikartade åldersstrukturerna kan ha. Det finns dock skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte hänger ihop med ålder och som inte korrigeras för.

Argumenten för att konsekvent rangordna landstingen i diagrammen är goda, trots dessa reservationer. I normalfallet är en hög placering ett bättre resultat. Dessutom hade det varit en alltför krävande uppgift att för varje enskild indikator tänka ut en lämplig utformning av diagram.

I ett fall redovisas landstingens svar på en enkät om mammografiscreening i en tabell, utan rangordning. Motivet till att ta med denna tabell och även ge den status av indikator, är att uppmärksamma mammografin och bristen på nationellt jämförbara data på detta område.

För de indikatorer där det finns underlag för värdering av utfall, i form av till exempel nationella riktlinjer, görs i texten en bedömning av om resultaten som helhet kan anses leva upp till de rekommendationer som riktlinjerna eller andra underlag anger. Formella målnivåer anges inte i de nationella riktlinjerna. Däremot refereras av andra satta målnivåer, för de indikatorer där sådana finns. Vårdgarantin är den enda politiskt beslutade "målnivån".

För några av indikatorerna anges hur Sveriges resultat står sig vid en internationell jämförelse. Detta har inte kunnat göras systematiskt, eftersom internationella jämförelsedata av kvalitet som regel saknas eller är osäkra.

Redovisning av data för kliniker/sjukhus

För ett större antal indikatorer än tidigare redovisas data även på sjukhusnivå, direkt i anslutning till landstingsjämförelsen. Syftet med redovisningen är dels att peka på den större variation som synliggörs när resultat redovisas på sjukhusnivå, dels att

göra det möjligt att se hur de olika sjukhusen bidragit till utfallet på landstingsnivå. Det är på kliniknivå som handfasta förbättringar kan ske, vilket är ett starkt argument för att redovisa sjukhusdata.

Sjukhusen redovisas per landsting, utan rangordning. Detta gör det lättare att hitta respektive sjukhus, men framförallt är motivet att vi inte ser redovisningen som en värdering av kvalitet på sjukhusnivå. Utfallet på sjukhusnivå vare sig värderas eller kommenteras, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter.

Processmättet om angiografi efter hjärtinfarkt, hämtat från kvalitetsregistret SWE-DEHEART, är en illustration av problemet. Indikatorn är bra, variationer i patienternas sjukdomsgrad är hanterad genom åldersavgränsning och patienturval, men täckningsgraden varierar påtagligt mellan sjukhus. Detta gör att ett sjukhus kan redovisa toppresultat, men baserat bara på hälften av de patienter som egentligen borde ha rapporterats. För resultatmätt bör frågor om patientsammansättning hanteras, innan egentliga kvalitetsjämförelser publiceras.

Samma tidsperiod som vid landstingsredovisning används. Inga konfidensintervall återges, men läsaren bör ha i åtanke att slumpens påverkan på resultatet blir betydligt större när redovisningen sker för sjukhus, jämfört med för landsting. Vi har använt den sjukhus- eller kliniskindelning som fanns i det använda registret, det vill säga Patientregistret eller det aktuella kvalitetsregistret. Ingen justering för patientsammansättning har gjorts, utöver åldersstandardisering i det fall detta gjorts vid landstingsredovisning.

Strävan har varit att redovisa sjukhusdata för alla indikatorer där det är relevant. Redovisningen är dock inte komplett, av olika skäl. I något fall har företrädare för kvalitetsregister inte velat visa utfall på sjukhusnivå, eftersom överenskommelse om offentlig publicering ännu inte ingåtts inom registret.

Öppna jämförelser är en publiceringsform framförallt för landstingsjämförelser. När en mera fullödlig modell för kvalitetsjämförelser av sjukhus lanseras, bör denna vara väl genomarbetad och förberedd, vilket i nuläget inte är fallet i Sverige. Man kan publicera data om sjukhus, men bör då ha måttfull ansats, tona ned utvärderingsperspektivet och istället betona att sjukhus bör jämföra och förbättra sina egna resultat över tid.

Rikets genomsnitt är ingen måttstock

Rangordning av landstingen i diagrammen sker oftast utan explicita angivelser av målvärden. Resultatet för riket markeras i diagrammen. Detta medför en risk för att rikets genomsnitt ses som en norm för det acceptabla eller det medelgoda resultatet. Detta vore en feltolkning.

Rikets resultat är inte den måttstock som bör användas, när landstingens utfall värderas. Om utfallet för riket som helhet är positivt, kan en stor negativ avvikelse från

riket vara förenligt med att utfallet för det avvikande landstinget ändå är bra. Då är den viktiga slutsatsen att allas resultat är bra, inte att något landsting avviker i den ena eller den andra riktningen.

Även det omvända gäller. Om landstingen generellt sett uppvisar dåliga resultat, jämfört med enskilda sjukhus i Sverige, med andra länder eller helt enkelt bara jämfört med vad som potentiellt är möjligt, kan en placering i toppen av ett diagram ändå vara ett dåligt resultat.

Dessutom kan rikets resultat hamna bland landstingen med sämre resultat då något eller några av de stora landstingen eller regionerna drar med sig rikets värde neråt. Få landsting har då ett sämre resultat än riket; de flesta har jämfört med riket ett bättre utfall. Att jämföra med mittenlandstinget, medianen, kan då vara ett bättre alternativ, men fortfarande måste utfallet bedömas utifrån bredare aspekter än både rikets eller medianlandstingets värde.

Läsaren ska således inte utgå från att rikets eller medianlandstingets värde är ett bra resultat. Medel- eller medianvärde är bara ett statistiskt utfall av allas resultat och rymmer ingen värdering av vad som är bra eller dåligt eller möjligt att uppnå. Intentionen är att fokus ska ligga på att analysera resultaten i relation till tidigare resultat och andras resultat i syfte att hitta förbättringsmöjligheter, oavsett placering.

Färgläggning anger relativ position och är inte ett betyg

Alla resultat sammanförs i en tablå i slutet av rapporten. Där ges landstingens utfall en färg för alla indikatorer som presenteras med rangordnade diagram. Färgen är baserad på position i rangordningen: Rött för de sju landstingen i botten, grönt för de sju i toppen och gult för de övriga.

Mer än någonting annat förknippas *Öppna jämförelser* förmodligen med denna färgläggning. Syftet är att ge en första signal om ett landstings utfall i förhållande till andras, och då för respektive indikator, inte för helheten. Den är inget betyg.

Sedan den första rapporten 2006 har flera diskussioner förts om för- och nackdelar med denna enkla färgläggningsmodell. Invändningarna är uppenbara för alla. Ett rött resultat kan vara ett bra resultat och ett grönt ett dåligt, utifrån en saklig värdering. Även grönfärgade utfall kan därför inrymma förbättringsmöjligheter. En liten avvikelse från medianlandstinget kan medföra rödmarkering. Ingen hänsyn tas till statistisk osäkerhet eller ojämna datakvalitet, utan alla indikatorer behandlas på samma vis i detta hänseende. Ingen hänsyn tas heller till att indikatorerna vid en medveten prövning skulle ges olika vikt.

En attraktiv förändring vore att introducera målnivåer och knyta färgläggningen till dessa, men detta visade sig kräva en alltför stor arbetsinsats och skulle även ha väckt olika principiella frågor.

I årets rapport flyttas hela tabblån till slutet av rapporten, för att markera att den kan ses som en tabellbilaga, snarare än som en sammanfattande resultatguide.

Kvalitetsregisters representativitet

När data från kvalitetsregister används, bör hänsyn tas till att dessa registers täckningsgrader varierar. Även om ett register har god täckningsgrad i meningen att alla eller de flesta sjukhus/kliniker är med, så är registrets data ändå inte självklart representativa för hela den aktuella patientgruppen. Eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan sjukhus/landsting, så kan det inte uteslutas att detta påverkar utfallet. Vi saknar information om vården för de patienter som inte rapporterats. Om dessa får annan vård eller annat resultat än de rapporterade patienterna, blir det redovisade utfallet snedvridet.

Vi har för vissa indikatorer accepterat en relativt stor variation i täckningsgrad, men anger då detta i texten som en särskild osäkerhet. I andra fall kan man inte veta hur stor andel av patienterna som rapporteras, eftersom det inte finns något förmodat helt täckande register att jämföra med. Vanligen görs jämförelsen mellan kvalitetsregistret och Patientregistret, som är det bredaste registret för individdata om vårdkontakter i öppen och sluten vård. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till Patientregistret har också brister.

Dessa frågor kommenteras i indikatortexterna. I bilaga 2 redovisas ett antal kvalitetsregisters täcknings-/rapporteringsgrad i förhållande till framförallt Patientregistret.

Konfidensintervall

Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det "sanna" värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

Jämförelserna i denna rapport baseras i många fall inte på ett slumpmässigt urval, utan på totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller alla jämförelser som har Socialstyrelsens hälsodataregister som källa och för flera av de som har kvalitetsregister som källa.

Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid på grund av att utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall från en process som innehåller slump. Det är osäkerheten på grund av denna variation som här beskrivs med 95 % konfidensintervall. Även för rikets värden finns en slumpmässig variation över tid, om än mindre. Också rikets värde redovisas i de flesta fall med konfidensintervall i diagrammen.

Observera att konfidensintervallen inte avspeglar annan osäkerhet, till exempel den som beror på att återgivna data inte med säkerhet är representativa, eftersom urvalet kan vara snedfördelat.

Statistiska aspekter och slump

Textkommentarer till diagrammen berör ofta skillnaderna, spridningen, mellan landstingen. Det är därför viktigt att ha följande i åtanke, när diagrammen studeras.

Det är av rent statistiska skäl mera sannolikt att de mindre landstingen – som Gotland, Blekinge, Kronoberg och Jämtland – intar extrempositioner i rangordningen av en slump, än att de stora landstingen gör det. De stora landstingens värden är statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare över tid. Konkretare och något annorlunda uttryckt: Om antalet patienter/behandlingar är få, så får ett mindre antal framgångar eller misslyckanden en större återverkan på resultatet, än om antalet patienter/behandlingar varit flera.

En annan aspekt är att Stockholm, Västra Götaland och Skåne tenderar att hamna nära rikets värden. Detta beror på att de utgör en större del av riket än övriga landsting och därmed påverkar rikets medeltal mer än andra.

I de allra flesta diagram redovisar vi 95-procentiga konfidensintervall med ett svart streck vid respektive landstings stapel. Dessa anger den statistiska osäkerhetens utsträckning kring det faktiska värdet för landstingen. För de mindre landstingen, där antalet observationer är färre och utrymmet för slumpen större, är konfidensintervallen vidare. För några indikatorer har det inte funnits tillgång till det nödvändiga underlaget för att beräkna konfidensintervall. Se vidare faktaruta om konfidensintervall.

TOLKNING AV JÄMFÖRELSE OCH RESULTAT

- Jämförelserna ska vara underlag för förbättring, och de är inte ensamma tillräckliga för att värdera ett landstings resultat på ett specifikt område i termer av bäst eller sämst.
- Rangordningen av landstingen är inte absolut, utan en signal om att analysera resultaten vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat och/eller hitta förbättringsmöjligheter.
- Alla jämförelser är relativa. Varken rikets medelvärde, eller ett resultat högt i diagrammen, behöver vara ett bra resultat. Vid en mer absolut bedömning är i vissa fall alla landstings resultat bra, medan i andra fall inget landsting har bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga målnivåer satta, men oftare är det mer otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- Resultat med breda konfidensintervall är mera osäkra, men detta ska inte ses som skäl att inte fördjupa analyserna om vad som ligger bakom resultaten och skillnaderna mellan landstingen.
- Färgläggningsmodellen är en del i signalsystemet. Den är enkel och ställer stora krav på läsaren vad gäller vidare analys och tolkning av resultaten.
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare.

Att peka på dessa statistiska aspekter är tänkt att vara ett stöd för läsarens tolkning av jämförelserna, inte ett sätt att tömma dem på möjligheten till meningsfulla tolkningar. De misslyckanden eller framgångar i vårdprocessen (dödsfall, reoperationer, återinskrivningar etc) som leder till det redovisade resultatet har faktiskt inträffat. De kan inte avfärdas med hänvisning till slump eller statistisk osäkerhet, utan bör granskas och värderas.

Hälso- och sjukvård – övergripande indikatorer

Här redovisas 26 övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer, under fem under-
rubriker:

- Hälсотillstånd, dödlighet med mera
- Förebyggande insatser
- Förtroende och patientnöjdhet
- Tillgänglighet
- Kostnader

De är valda därför att de är övergripande, i meningen att de inte avser specifika sjuk-
domsgrupper eller behandlingstyper. De övergripande indikatorerna syftar således
inte till att summera eller sammanfatta utfallen i de övriga områdena.

Sju av indikatorerna har inte tidigare redovisats i rapporten *Öppna jämförelser*, men
de allra flesta av dem är väl etablerade.

HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA

1 Återstående medellivslängd

Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Tillsammans med barna-
dödlighet är det ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder. Indika-
torn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

2008 var medellivslängden i Sverige 82,9 för kvinnor och 78,7 år för män. I ett inter-
nationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Svenska män lever nästan
längst av alla män. Bara män på Island, i Schweiz, Japan och Australien lever längre.
Även svenska kvinnor lever länge, men här är det förutom de länder med högst
medellivslängd för män även några länder i Sydeuropa som har en högre medel-
livslängd.

I en internationell jämförelse av dödligheten i olika åldersklasser ser man att svens-
ka kvinnor och män har den lägsta, eller bland den lägsta, dödligheten från 1 års
ålder upp till 60-årsåldern för kvinnor och upp till 75-årsåldern för män. Därefter
har vi en relativt sett högre dödlighet. För kvinnornas del beror det till stor del på att
rökning blev vanligt tidigare bland svenska kvinnor än i andra länder. Idag minskar
rökningen bland svenska kvinnor och de röker i ungefär samma utsträckning som

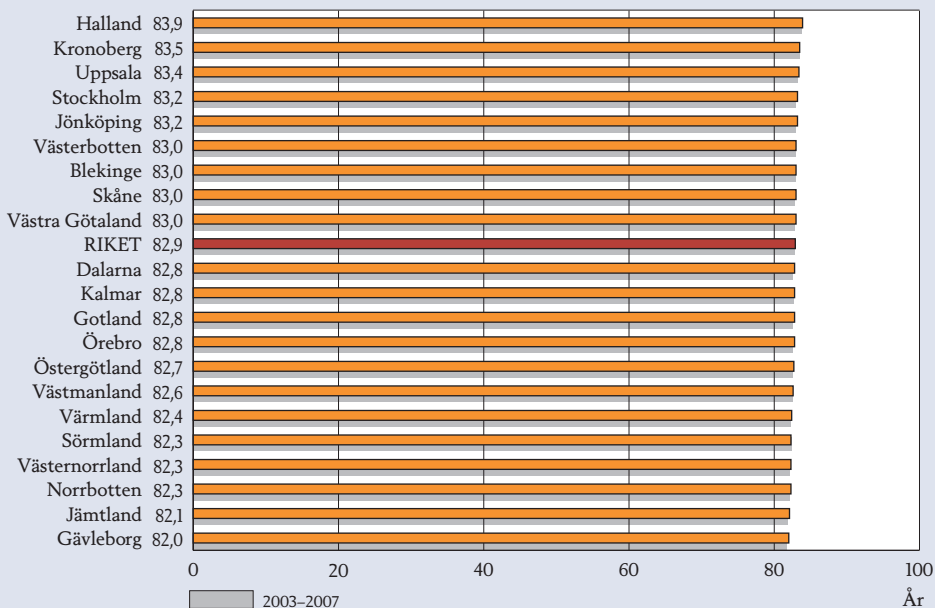


Diagram 1
Kvinnor

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Barn födda 2004–2008 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

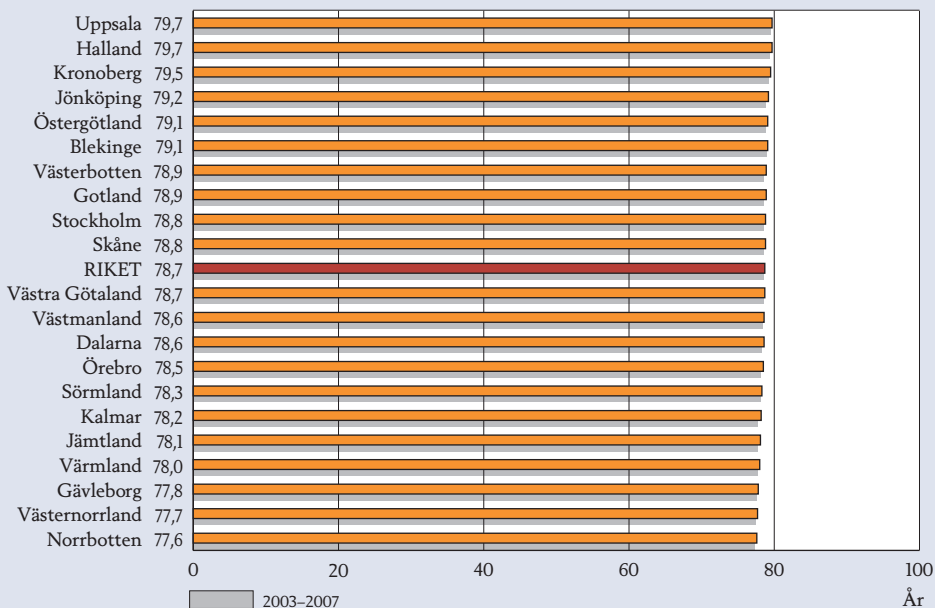


Diagram 1
Män

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.
Barn födda 2004–2008 i Sverige.

Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån

kvinnor i övriga europeiska länder. Svenska män röker dock i betydligt lägre grad än europagenomsnittet.

Kvinnor lever fyra år längre än män. Skillnaderna mellan könen minskar dock efter att ha varit som störst i mitten av 70-talet, då kvinnor levde i genomsnitt 6,2 år längre än män. Män har en högre dödlighet i sjukdomar relaterade till livsstilsfaktorer, såsom skador och olyckor, alkoholrelaterad död, självmord och framför allt hjärtsjukdom i de högre åldrarna. Kvinnor har en högre dödlighet i cancer, beroende på framförallt dödligheten i bröstcancer, än män i åldrar upp till 60 år.

För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen cirka två år. Mönstret överensstämmer väl med den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i landstingen, som redovisas nedan.

De sociala skillnaderna i utbildningsnivå kvarstår och verkar nästan ha ökat för kvinnor de senaste tjugo åren. En 30-årig kvinna med eftergymnasial utbildning förväntas idag leva till 86 års ålder, medan en med enbart grundskola förväntas leva till 81 års ålder. En 30-årig man med eftergymnasial utbildning förväntas leva till 83 års ålder, medan en man med enbart grundskola lever till 78.

2 Självskattat allmänt hälsotillstånd

Självskattat allmänt hälsotillstånd är av central betydelse för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid och har i flera studier visats ha ett samband med bland annat dödlighet. Måttet används internationellt för jämförelser mellan länder av bland andra OECD. I Statistiska centralbyråns (SCB) återkommande enkätundersökning om levnadsförhållanden (ULF) har frågan funnits med sedan 1996. Många landsting har följt upp sin befolknings allmänna hälsotillstånd med hjälp av folkhälsoundersökningar under det senaste årtiondet. Frågan har sedan 2004 funnits med i den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*, som Statens folkhälsainstitut årligen samlar in.

I denna rapport används självskattat allmänt hälsotillstånd som ett övergripande mått och kan ses som en indikator på befolkningens hälsa och eventuella behov av hälso- och sjukvård. Ett landsting där en stor andel av befolkningen anser sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd borde ha en lägre andel som uppsöker vården, än ett landsting där förhållandet är det omvända.

Indikatorn är hämtad från folkhälsainstitutets enkät och är en sammanslagning av resultaten för åren 2006–2009. Enkäten skickas varje år ut till cirka 20 000 personer folkbokförda i Sverige i åldern 16–84 år. Svarsfrekvensen är knappt 60 procent. Bortfall i enkätundersökningar är ett svårhanterligt problem som påverkar slutresultatet och vid stora bortfall ska resultaten tolkas med försiktighet. Frågekonstruktionen är: *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Fem svarsalternativ finns från "mycket bra" till "mycket dåligt". Antalet individer som svarat "mycket bra" och "bra" slås samman och utgör andelen som anser sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd.

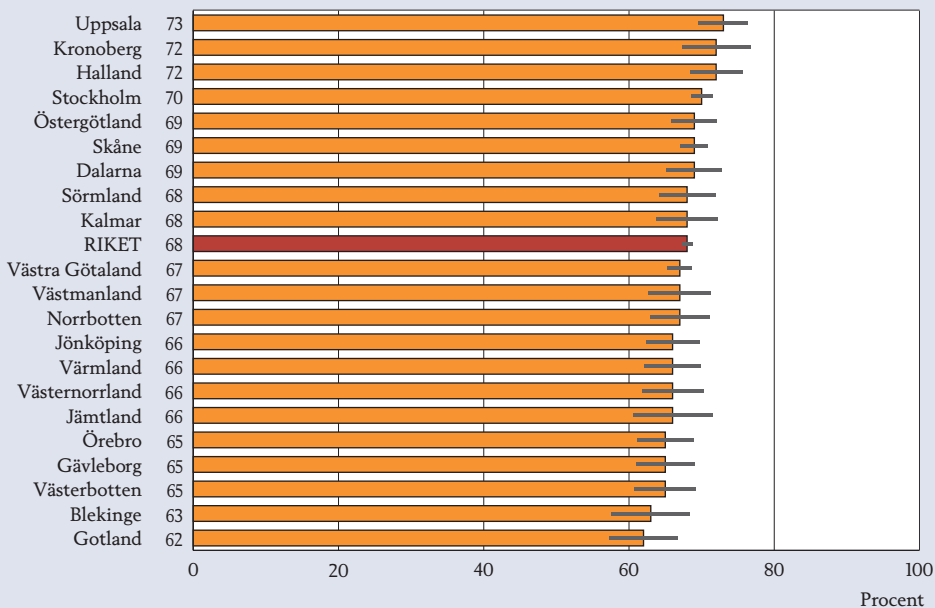


Diagram 2
Kvinnor

Andel i befolkningen med självskattat gott allmänt hälsotillstånd, 2006–2009. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Statens folkhälsoinstitut

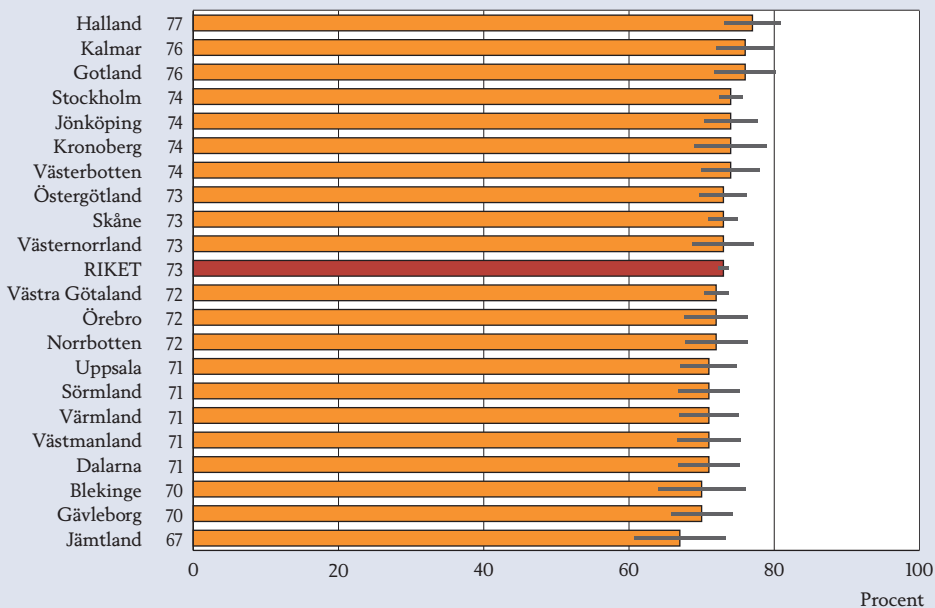


Diagram 2
Män

Andel i befolkningen med självskattat gott allmänt hälsotillstånd, 2006–2009. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Statens folkhälsoinstitut

Det finns skillnader mellan könen. En större andel bland männen anser sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd än bland kvinnorna. Andelen kvinnor som skattat sitt hälsotillstånd som gott varierade mellan landstingen från 62 till 73 procent. Bland männen varierar andelen mellan 67 procent och 77 procent.

3 Självskattat psykiskt välbefinnande

I den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* som Statens folkhälsoinstitut årligen samlar in sammanställs tolv frågor för att mäta nedsatt psykiskt välbefinnande. Frågeinstrumentet, General Health Questionnaire, GHQ12, är fokuserat på avbrott i den normala funktionen. Måttet mäter snarare psykiska reaktioner på påfrestningar än psykisk ohälsa och samvarierar med bland annat självrapporterad hälsa. Måttet har använts i flera landstings folkhälsoundersökningar under flera år. Som indikator ger den ytterligare en dimension på den egna befolkningens hälsa och eventuella behov av hälso- och sjukvård.

Indikatorn är hämtad från Statens folkhälsoinstituts enkät och är en sammanslagning av resultaten för åren 2006–2009. Det finns könsskillnader, med en högre andel kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande än män. Andelen män med nedsatt psykiskt välbefinnande varierar mellan landstingen från 10 till 18 procent. Bland kvinnorna är variationen något större och ligger mellan 15 och 31 procent.

Frågeinstrumentet GHQ12 är validerat och internationellt erkänt för att mäta psykiskt välbefinnande. För att få fram ett mått beräknas ett summaindex utifrån de tolv frågorna. En fastställd brytpunkt sätts för nedsatt psykiskt välbefinnande. Problemen kring bortfall i enkätstudier gäller även för denna indikator, men här påverkas resultaten också av så kallade interna bortfall, det vill säga svarsbortfall för enstaka frågor i instrumentet. Resultaten ska tolkas med försiktighet.

4 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Sedan mitten av 1980-talet har ett arbete bedrivits inom EU med jämförelser av hälso- och sjukvården i medlemsländerna med hjälp av ett mått på så kallad åtgärdbar dödlighet. Avsikten är att den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som man kan påverka. Den studerade befolkningen avgränsades tidigare till åldern 1–74 år. Till följd av högre medellivslängd samt effektivare behandlingsmetoder har åldersspannet detta år utvidgats till att omfatta även 75–79-åringar.

Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker, indelade i två grupper, varav den första här kallas hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Den avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är

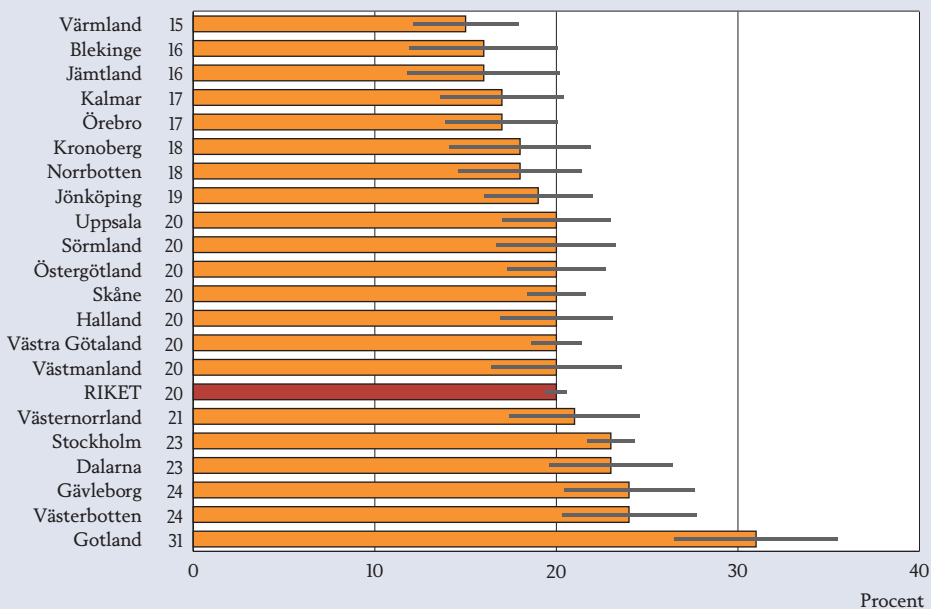


Diagram 3
Kvinnor

Andel i befolkningen med självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande, 2006–2009. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Statens folkhälsoinstitut

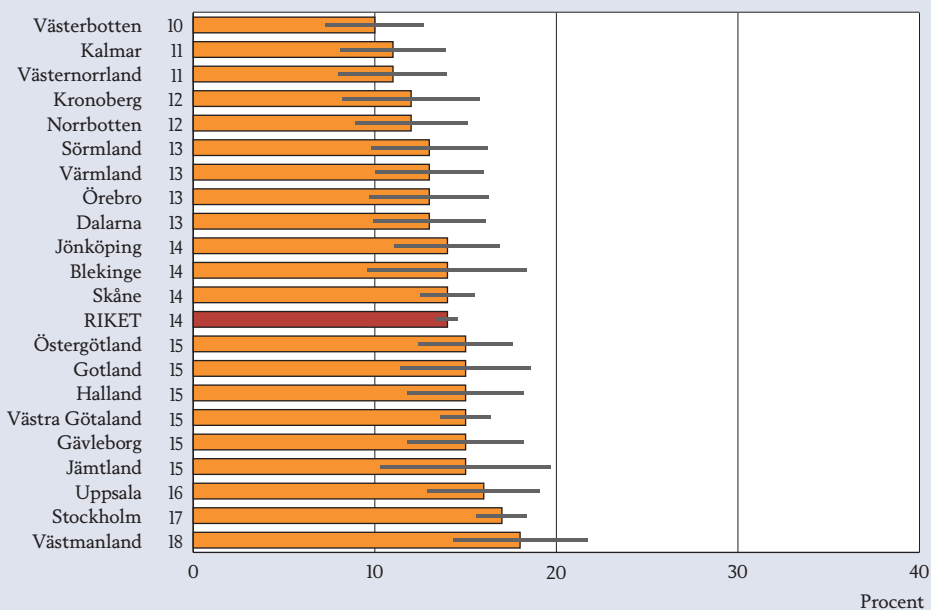


Diagram 3
Män

Andel i befolkningen med självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande, 2006–2009. Avser personer 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Statens folkhälsoinstitut

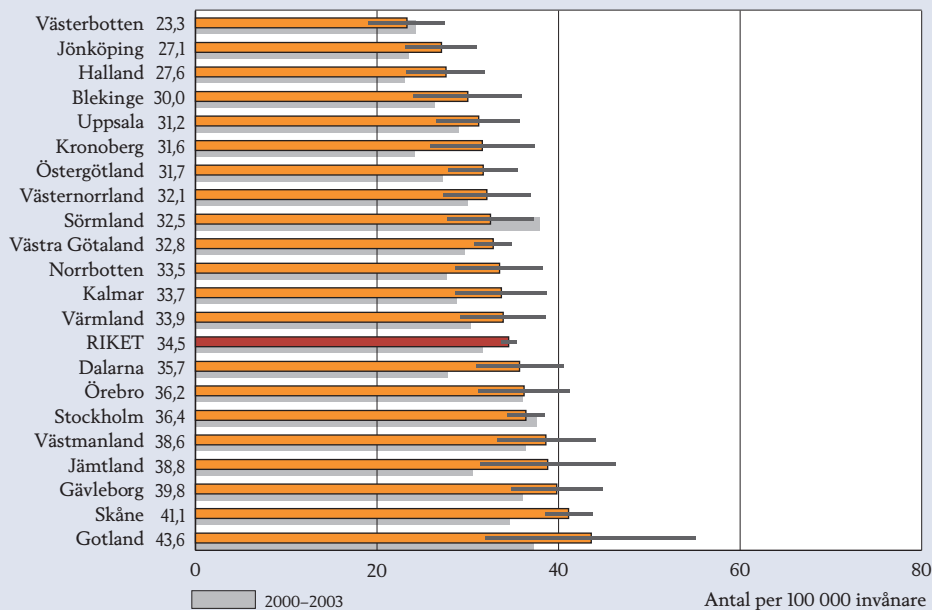


Diagram 4
Kvinnor

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
invånare 1-79 år, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

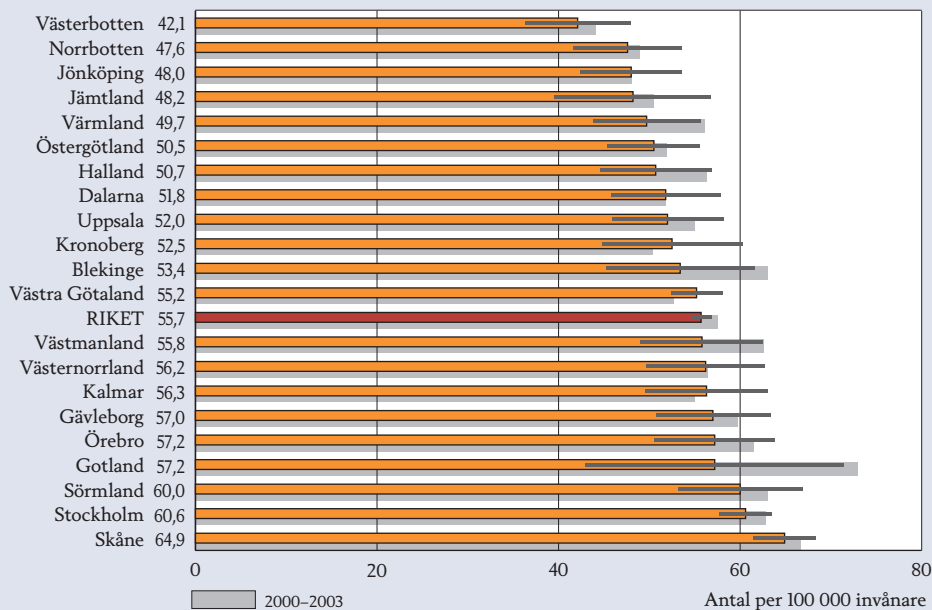
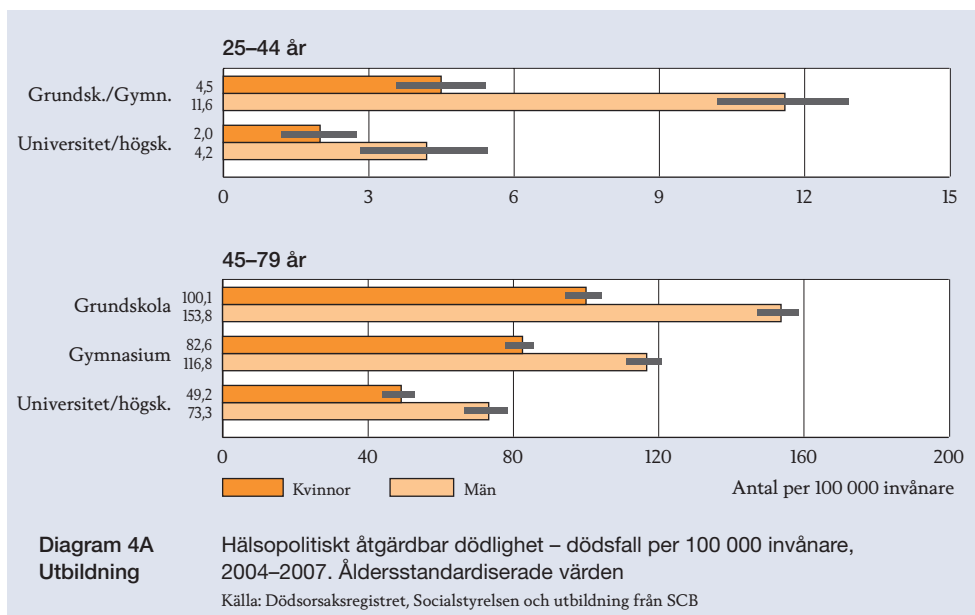


Diagram 4
Män

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
invånare 1-79 år, 2004-2007. Åldersstandardiserade värden

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor. Indikatoren är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

Det faktiska antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var 15 429 sammantaget för åren 2004–2007, varav 6 219 kvinnor och 9 210 män.

Landstingens hälsopolitiskt åtgärdbara dödlighet avseende kvinnor respektive män återges i diagram 4, uttryckt som antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2004–2007. Jämförelsen är åldersstandardiserad, vilket innebär att korrigering gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan de olika landstingen. I denna indikator utgör dödsfall på grund av lungcancer och motortrafikolyckor den absolut största andelen dödsfall. Observera att Gotland på grund av sin mindre befolkning får stora slumpvariationer.

Variationen mellan landstingen är för kvinnor relativt stor, med en grupp landsting med värden under trettio och strax däröver och en annan med värden närmare 40. För män är dödligheten nästan dubbelt så hög som för kvinnorna och varierar från 40 dödsfall per 100 000 invånare till drygt 60 dödsfall. Det finns dock skillnader inom landstingen, även om dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting.

Det är en högre dödlighet bland de med lägre utbildning i sjukdomar som kunde åtgärdas med hälsopolitiska insatser. Detta gäller för såväl kvinnor och män som bland yngre och äldre.

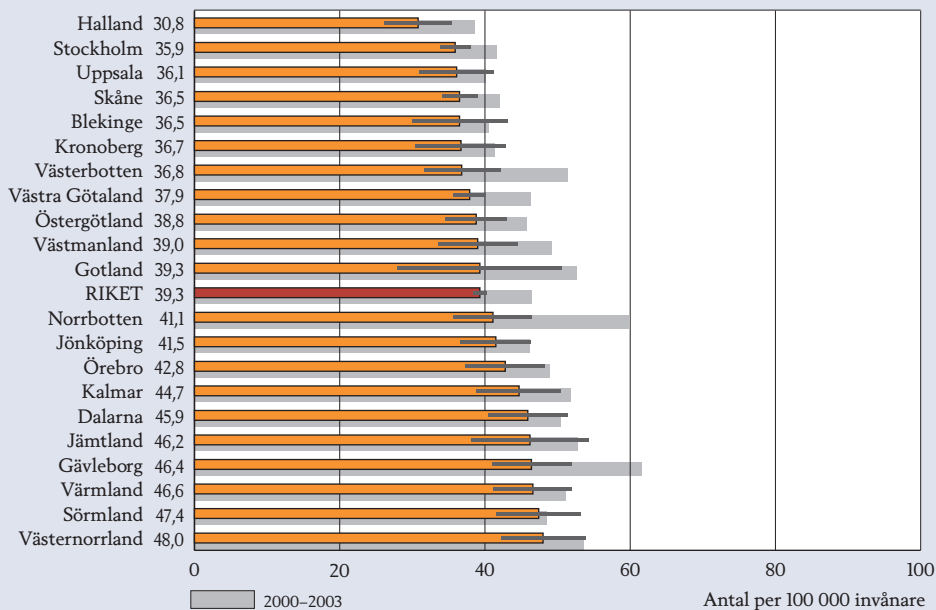


Diagram 5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
Kvinnor invånare 1–79 år, 2004–2007. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

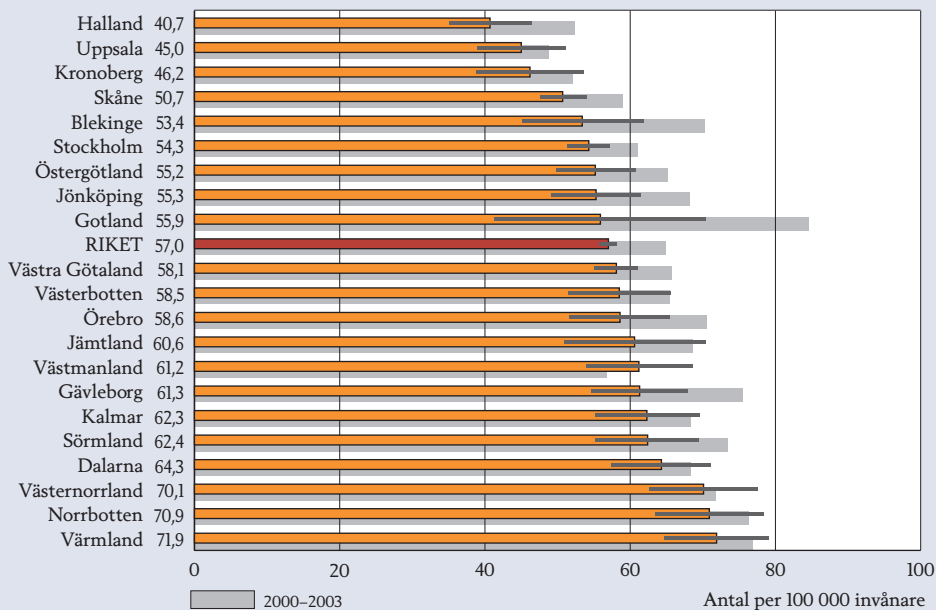
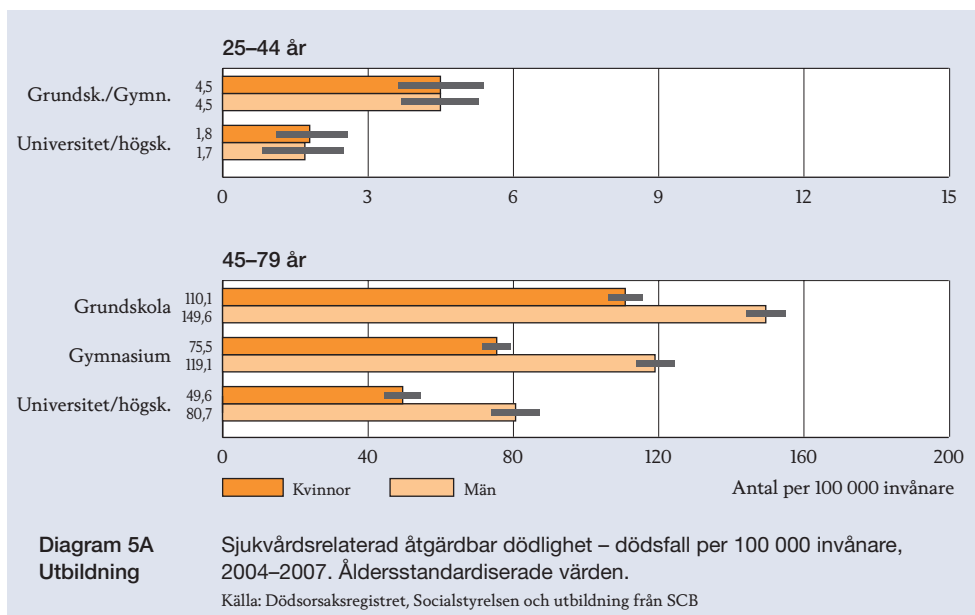


Diagram 5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000
Män invånare 1–79 år, 2004–2007. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Den andra gruppen av åtgärdbara dödsfall består av död i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Detta kallas här för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Exempel på diagnoser i denna indikator är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer.

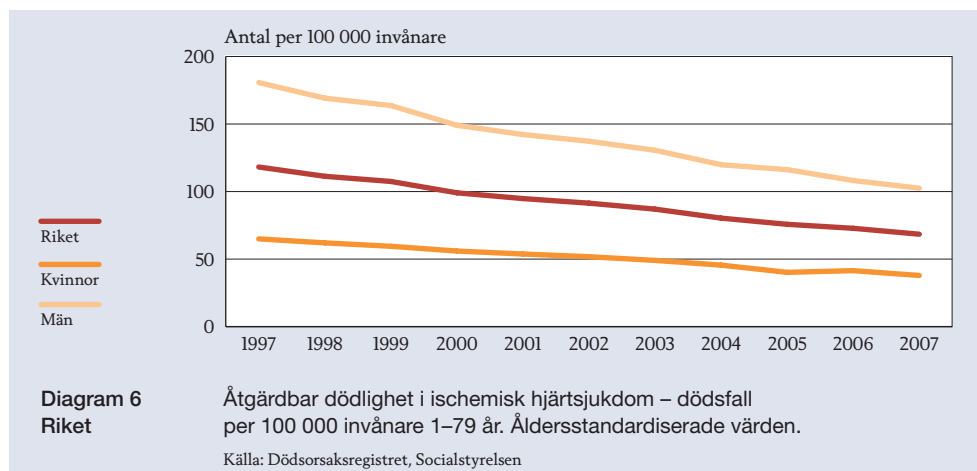
Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 15 642 sammantaget för åren 2004–2007, varav 6 899 kvinnor och 8 743 män. Antalet dödsfall per 100 000 invånare per landsting och kön redovisas i diagram 5.

För den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten spelar stroke och diabetes en stor roll, för kvinnor även cancer i livmoderhalsen. Variationen mellan landsting är ungefär lika stor som den är för den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten.

Dödligheten för män är generellt sett klart högre än för kvinnor, men skillnaderna är mindre än vad de är för den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten. Det finns dock skillnader mellan landstingen.

Skillnaderna i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ska tolkas med försiktighet, bland annat eftersom sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Särskilt kan detta gälla diabetes.

Det är en högre åtgärdbar dödlighet bland de med lägre utbildning. Detta gäller för både kvinnor och män och bland yngre och äldre.



Det finns inga internationella jämförelser med mått på åtgärdbar dödlighet som är identiskt med det som här används. I en snarlik jämförelse, avseende den åtgärdbara dödlighet som hälso- och sjukvården kan påverka, var Sveriges dödlighet lägst av de 19 undersökta länderna. Dock avsåg denna jämförelse 1998. I jämförelser där dödlighet i hjärtinfarkt är inkluderad har Sverige en sämre position.

6 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Ischemiska hjärtsjukdomar utgörs av sjukdomar orsakade av en försämrad syretillförsel till hjärtat. Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. År 2007 dog 17 000 personer i Sverige med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom. Detta motsvarar cirka 180 personer per 100 000 invånare.

Dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har minskat betydligt under de senaste tio åren. Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar över tid, sjönk dödligheten med över 30 procent mellan åren 1997 och 2007. Nedgången gäller båda könen, men är något större bland män. Män har dock fortfarande en betydligt högre dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar än kvinnor. Trots den beskrivna nedgången i mortalitet är den fortfarande betydande. Närmare en femtedel av all mortalitet i Sverige kan hänföras till ischemisk hjärtsjukdom. Bara dödligheten i tumörsjukdomar har en större andel.

I den definition av åtgärdbar dödlighet som används idag ingår inga hjärtdiagnoser. Den kraftiga nedgången i mortalitet i ischemiska hjärtsjukdomar visar dock att en betydande del av denna dödlighet kan åtgärdas, antingen med medicinska insatser (sjukvårdsrelaterat åtgärdbara) eller med förändringar av levnadsvanor och livsvillkor (hälsopolitiskt åtgärdbara). Det har i internationell debatt också föreslagits att åtminstone delar av den ischemiska hjärtdödligheten borde ingå som komponent i något av måtten för åtgärdbar dödlighet.

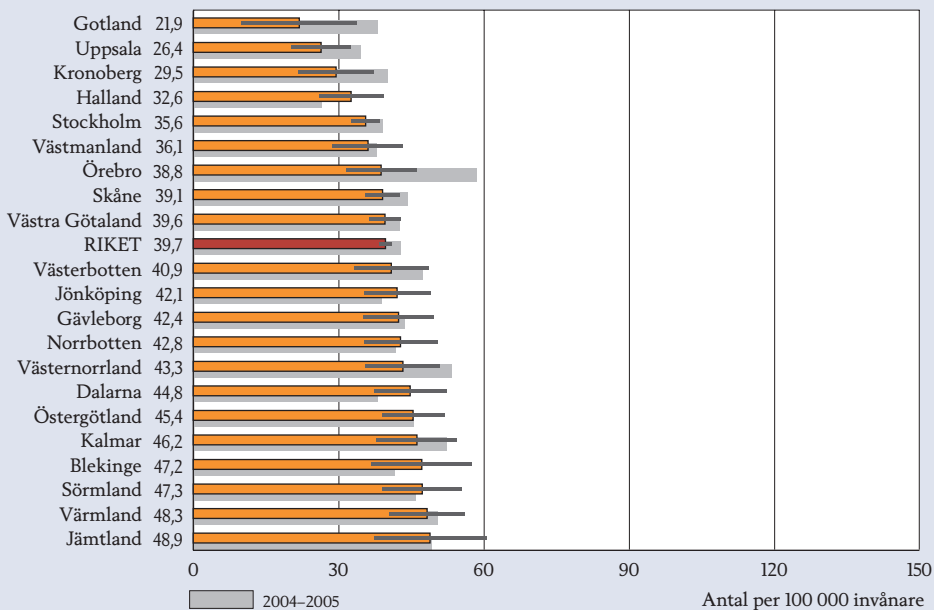


Diagram 6
Kvinnor

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2006–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

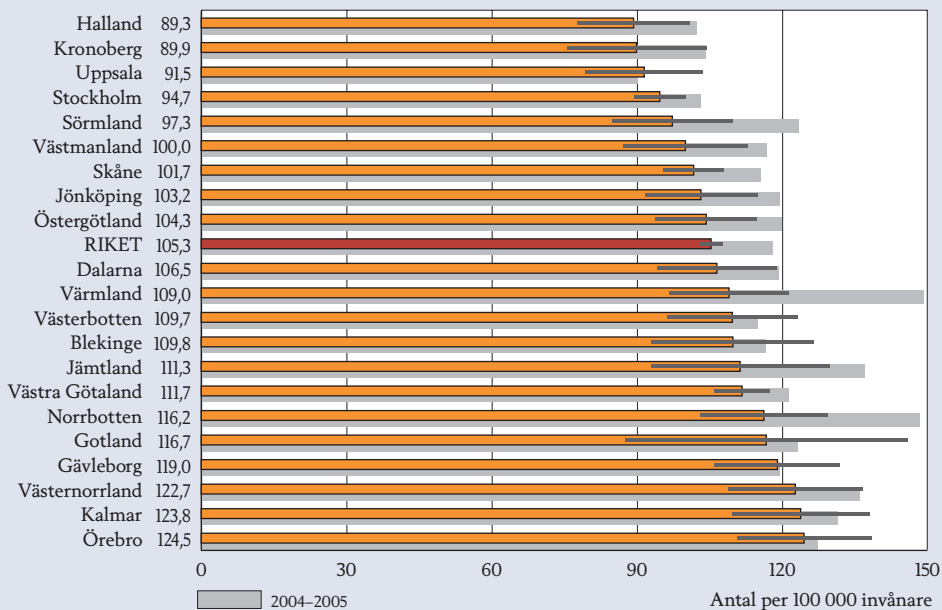


Diagram 6
Män

Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2006–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram 6 visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom ålderstandardiserat per 100 000 invånare för respektive landsting och som trend för riket. I materialet ingår avlidna före 80 års ålder åren 2006–2007. Källan är Dödsorsaksregistret.

Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år minskat med över 40 procent under åren 1997–2007. Variationen mellan landstingen för åren 2006–2007 är betydande, både för kvinnor och män, även om antalet kvinnor som dör är betydligt färre. 2007 avled 1 700 kvinnor och 4 150 män i de aktuella åldrarna i ischemisk hjärtsjukdom.

7 Undvikbar slutenvård

Indikatorn undvikbar slutenvård avser att belysa omhändertagandet vid vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, som till exempel förebyggande folkhälsoarbete och primärvård. Antagandet är att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra "onödiga" inläggningar på sjukhus. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

Måttet undvikbar slutenvård består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. Bland de diagnoser som valts ut finns sådana som ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp.

Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner.

Liknande sammanvägda mått används internationellt; i engelskspråkig litteratur används begreppet *ambulatory care sensitive conditions*. Det förekommer många olika varianter på måttet, framför allt med avseende på vilka diagnoser som ska ingå. Sverige deltar för närvarande i ett projekt inom OECD för att fastställa ett mått som alla länder kan enas om.

I diagram 7 redovisas antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2008. Det faktiska antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen var 111 000, ungefär lika många kvinnor som män. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Generellt ligger männen högre, vilket troligen beror på att det är vanligare att män drabbas av några av de stora sjukdomsgrupper som ingår, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård.

Resultatet för 2008 kan jämföras med motsvarande värde för 2003, som återges i en skuggad parallell stapel. Antalet undvikbara vårdtillfällen har för riket som helhet minskat under perioden. Minskningen är tydligast för män.

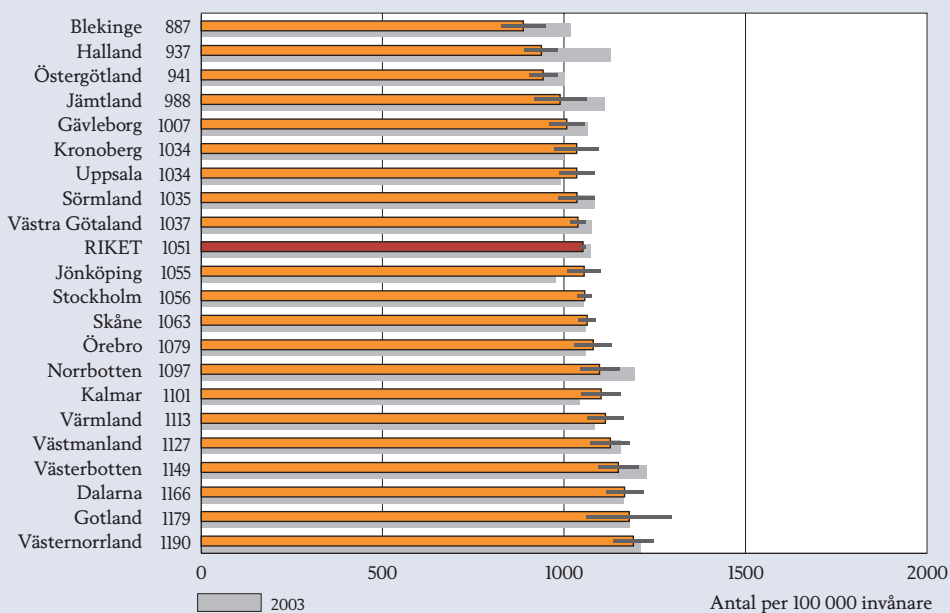


Diagram 7
Kvinnor

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen
per 100 000 invånare, 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

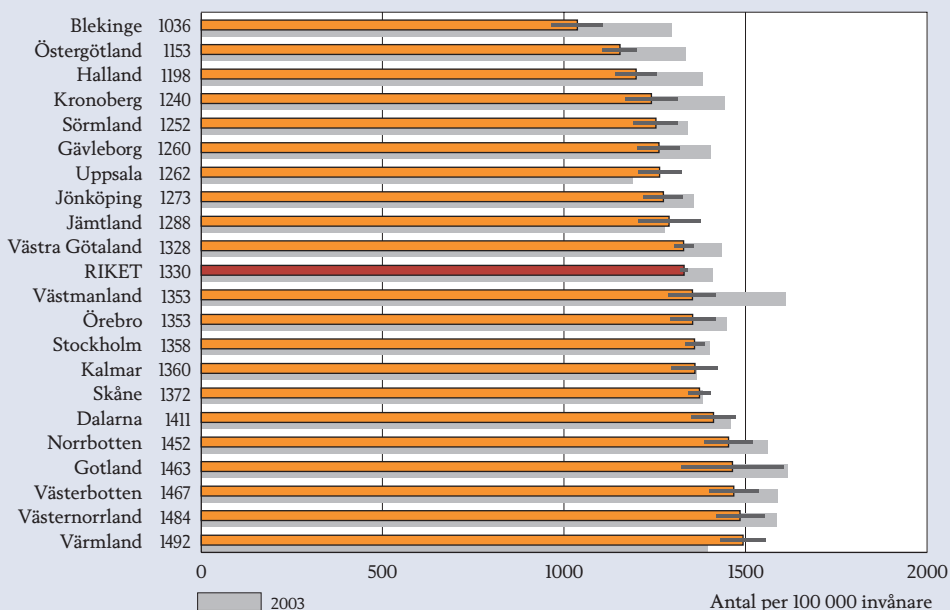


Diagram 7
Män

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen
per 100 000 invånare, 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

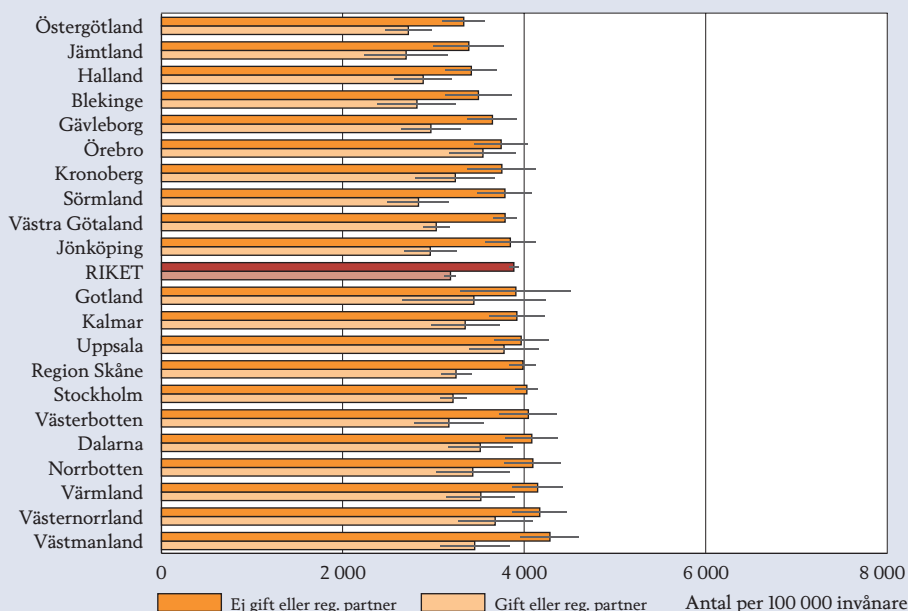


Diagram 7A
Kvinnor
Civilstånd

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2008. Avser 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och civilstånd från SCB

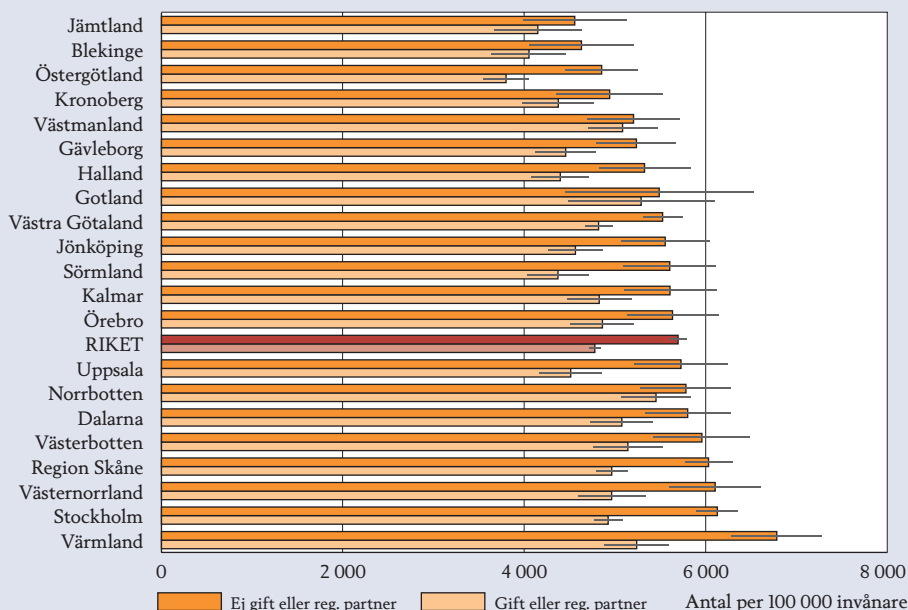


Diagram 7A
Män
Civilstånd

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2008. Avser 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och civilstånd från SCB

Skillnaderna mellan landstingen i undvikbar slutenvård bör tolkas med försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och genom att diagnossättning och registrering kan variera. Även tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt in. Om slutenvårdsplatserna är många, är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa.

Dessa potentiellt undvikbara inläggningar kommer aldrig helt att undvikas; dock visar skillnaderna mellan landstingen att det finns förutsättningar till ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården.

I diagram 7A visas samma indikator uppdelad på civilstånd för 65 år och äldre. För alla landsting gäller att gifta, både kvinnor och män, har en lägre andel undvikbara slutenvårdstillfällen. Det kan vara en effekt av att de som är ogifta, kvinnor som män, generellt är lite sjukare än gifta men det kan kanske också bero på att de som är gifta har någon som kan stötta dem hemma eller hjälpa dem till öppenvård i ett tidigare skede.

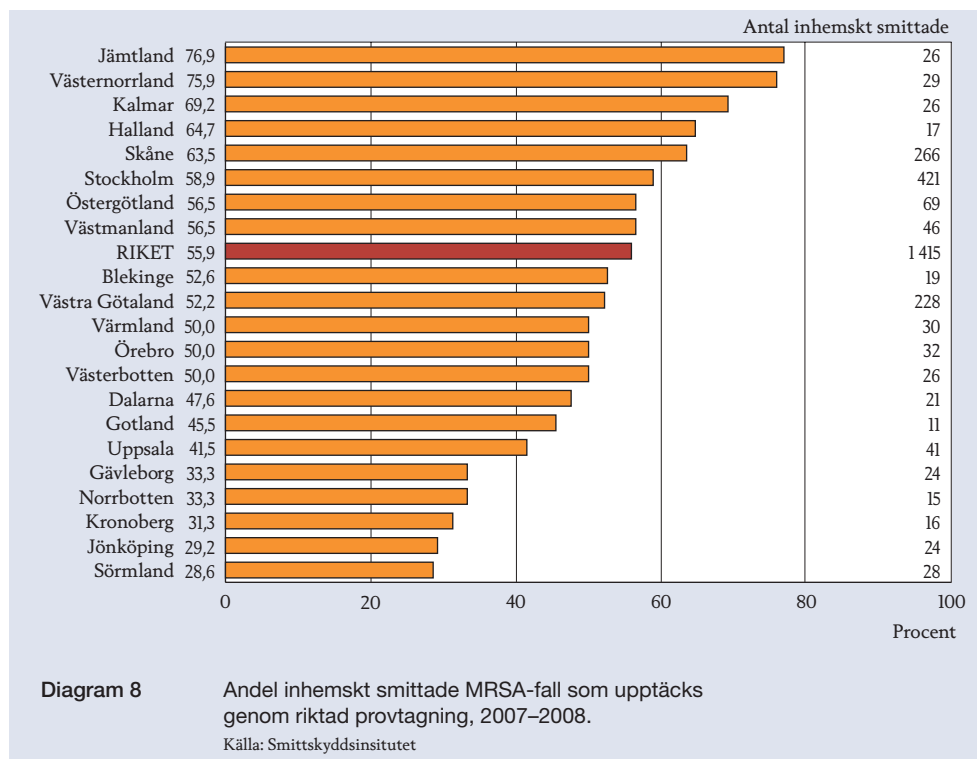
8 Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA

Antibiotikaresistens är ett av de största hoten mot de medicinska landvinningarna och därigenom folkhälsan i Europa. Antibiotikaresistens är ett samlingsnamn för en rad problem där olika bakterier förändrats så att antibiotika inte längre behåller sin ursprungliga verkan. MRSA, Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (gula stafylokocker), som inte längre kan behandlas med stafylokockpenicilliner och besläktade antibiotikagrupper är ett av de mest spridda resistensproblemen i stora delar av världen. MRSA-problematiken har länge varit koncentrerad till sjukvård och i viss mån äldreomsorg. Nya varianter av bakterien sprider sig nu allt snabbare ute i samhället bland personer som inte tidigare haft kontakt med sjukvård, så även i Sverige.

Problemet med MRSA är att de patienter som insjuknar med allvarlig sjukdom, till exempel blodförgiftning, riskerar att få överksam antibiotikabehandling innan den bakteriologiska diagnostiken är klar. Detta leder i sin tur till ökad risk för komplikationer, lidande och död. När MRSA-infektionen är känd innebär det att andrahandsantibiotika med sämre effekt, högre kostnader och fler biverkningar måste användas.

Mot denna bakgrund har MRSA betraktats som så allvarlig att anmälningsplikt infördes enligt smittskyddslagen år 2000. Såväl sjukdomsfall med symtom som symtomfria smittbärare ska anmälas. Antalet fall av MRSA har ökat stadigt sedan anmälningsplikt infördes och under 2007 och 2008 upptäcktes 658 respektive 757 inhemska fall.

Målet i Sverige är främst att hålla MRSA utanför vården. Huvudstrategierna för att undvika smittspridning är dels att få all personal inom vård och omsorg att generellt tillämpa de basala hygienrutinerna, dels att tidigt upptäcka symtomfria smittbärare

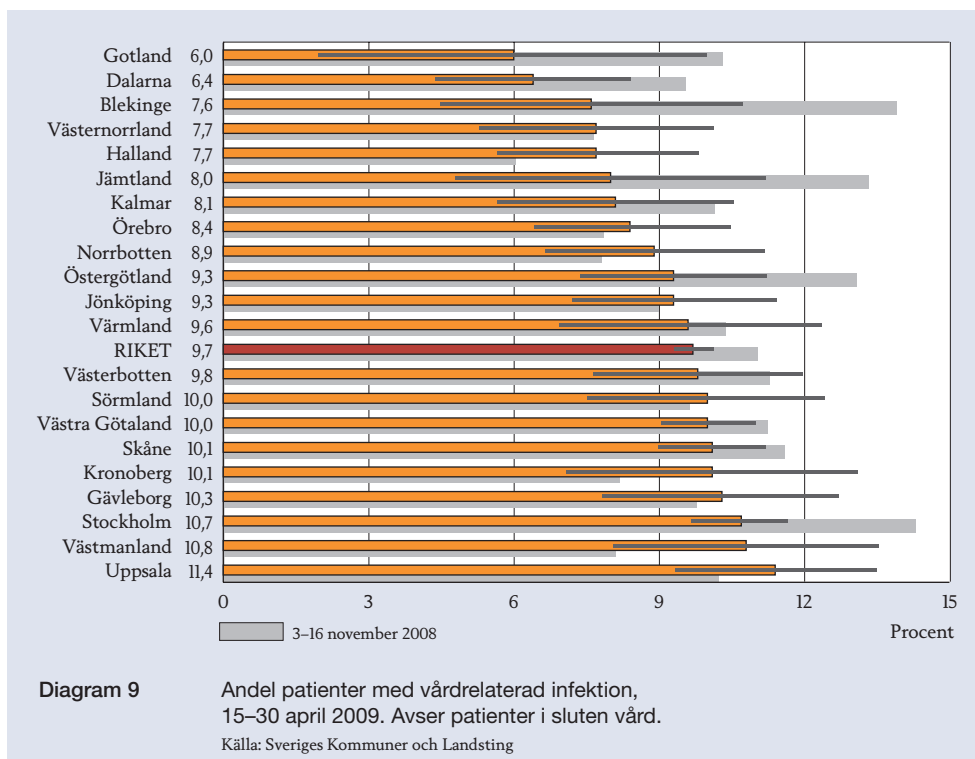


genom riktad provtagning av definierade riskgrupper och genom smittspårning. Smittskyddslagen och befintliga vårdprogram ställer krav på att odling ska utföras i vissa grupper, därutöver finns en generell uppmuntran till frikostig odling vid sår-infektion som ska antibiotikabehandlas.

Förra årets indikator visade enbart det totala antalet nyupptäckta inhemska fall. Detta kan missgynna landsting med hög provtagningsfrekvens och ambitiös smittspårning. I år visas istället andelen inhemskt smittade som upptäcktes genom riktad provtagning. En hög provtagningsintensitet och god följsamhet till vårdprogrammen bör resultera i att en större andel patienter upptäcks via den riktade provtagningen av symtomfria personer.

Diagram 8 visar andelen inhemskt smittade MRSA-fall som upptäcktes genom riktad provtagning under perioden 2007–2008. Riksgenomsnittet var drygt 50 procent. Data skall tolkas försiktigt för de landsting som endast haft något/några få tiotal fall under perioden.

Uppgift om provtagningsorsaken, om patienten hade symtom eller ej, saknas primärt i cirka 8 procent av de kliniska anmälningarna. Istället samlas då uppgifterna i efterhand in av lokala vårdhygien- och smittskyddsenheter, till betydande merarbete.



9 Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner drabbar ungefär var tionde patient som vårdas inom somatisk slutenvård. Allvarlighetsgraden av en vårdrelaterad infektion varierar från lindrig till livshotande. Vårdrelaterad infektion definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som "varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppen vård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården".

Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av vårdrelaterad infektion inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen. Detta ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelse mellan sjukhus eftersom patientsammansättningen kan se olika ut.

Sjukhusen inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i den mätning av vårdrelaterade infektioner som SKL genomför två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod under vår och höst. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och

ett protokoll. Samtliga patienter, som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen, ingår i rapporteringen. Våren 2009 var antalet patienter i mätningen 20 079.

I diagram 9 visas resultatet från mätningen våren 2009, i jämförelse med resultatet hösten 2008. För riket totalt minskade förekomsten från 11,0 procent till 9,7 procent. Vårdrelaterade infektioner var något vanligare hos män än hos kvinnor: 10,7 procent jämfört med 8,9 procent.

Varje vårdrelaterad infektion beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt fyra extra vård dygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient, tas betydande resurser i form av vårdplatser och andra kostnader i anspråk. Beräkningar av de årliga kostnaderna för vårdrelaterade infektioner visar att dessa uppgår till cirka 4,3 miljarder kronor, om man utgår från resultatet från mätningen våren 2009. Förbättringen från våren 2008 till våren 2009 innebär på årsbasis att upp emot 30 000 färre patienter drabbas av vårdrelaterade infektioner.

Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärds paket som förebygger vårdrelaterade infektioner inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter. Ett stort antal framgångsrika VRISS-projekt (VårdRelaterade Infektioner Ska Stoppas) har genomförts. Starkt fokus läggs på följsamhet till basala hygienrutiner samt klädregler och många genomför observationsstudier av detta.

FÖREBYGGANDE INSATSER

Under rubriken *Förebyggande insatser* visas fyra indikatorer. De speglar alla breda, sjukdomsförebyggande program som vänder sig till alla individer i befolkningen i de aktuella åldersgrupperna: MPR-vaccination för barn, influensavaccinering av invånare över 65 år, gynekologisk cellprovskontroll och mammografi. Samtliga åtgärder är väl etablerade och anses ha gott kunskapsstöd. Datakvaliteten i jämförelserna varierar, vilket kommenteras i texterna.

10 Vaccination av barn – MPR

Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar, orsakade av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt, men i vissa fall kan det uppstå komplikationer som även kan leda till död. Efter att det kombinerade MPR-vaccinet infördes 1982 sjönk andelen rapporterade fall inom loppet av några år.

Idag är sjukdomarna ovanliga, men förekommer bland ovaccinerade personer i alla åldrar. Om vaccinationsprogrammet helt upphör eller om en alltför stor del av befolkningen väljer att avstå från vaccination kommer sjukdomarna att återuppträda.

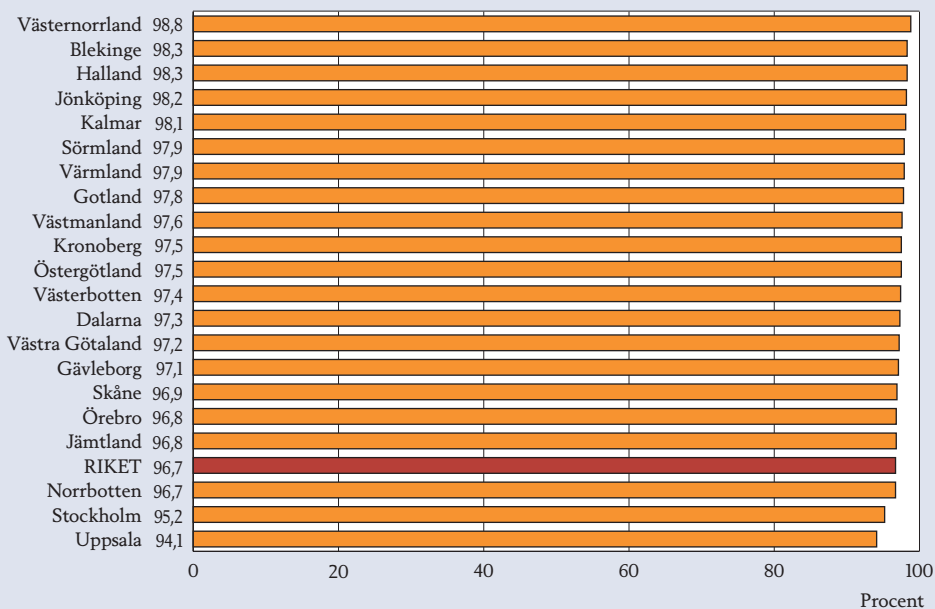


Diagram 10

Andel MPR-vaccinerade bland barn födda 2006 och inskrivna på BVC, januari 2009.

Källa: Smittskyddsinsitutet

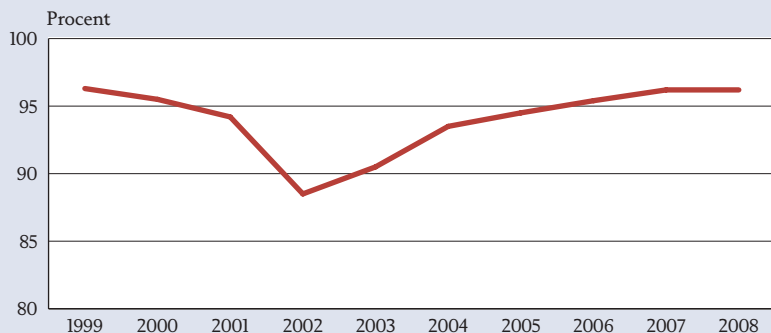


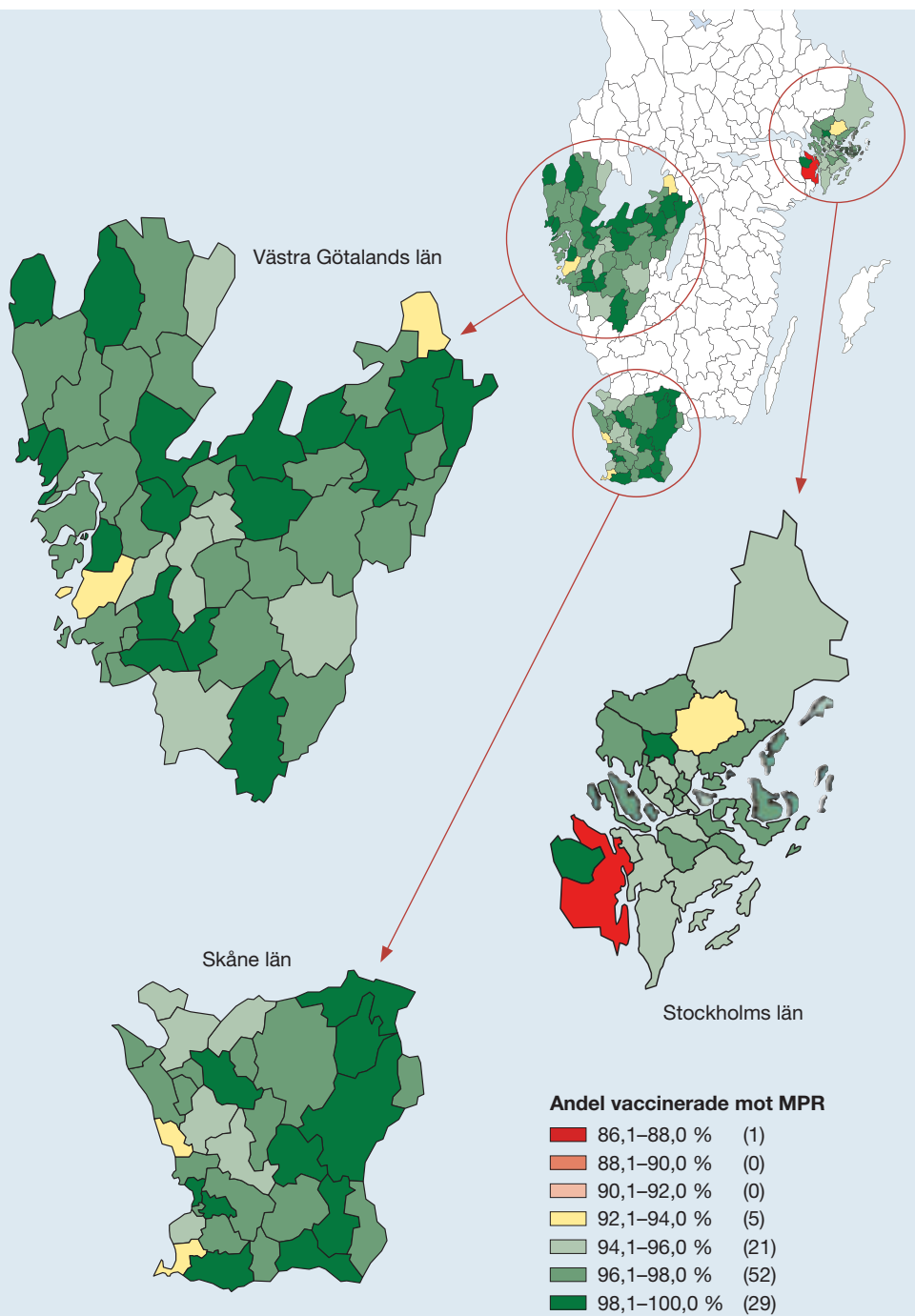
Diagram 10
Riket

Andel MPR-vaccinerade barn. Avser barn inskrivna på BVC.

Källa: Smittskyddsinsitutet

och fler individer att smittas. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifter från Örebro och Uppsala är hämtade från individbaserade vaccinationsregister och är därför inte helt jämförbara med övriga. Där beräknas vaccinationstäckningen som andelen vaccinerade av alla folkbokförda



Figur 10A

Andel MPR-vaccinerade bland barn födda 2006 och inskrivna på BVC, januari 2009. Kommuner i Stockholm, Skåne och Västra Götaland.

Källa: Smittskyddsinstitutet

barn, inte av alla inskrivna på BVC som i övriga landsting. Detta gör att täckningsgraden i dessa båda landsting blir något lägre.

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2009 hade 96,7 procent av alla barn födda 2006 vaccinerats. De allra flesta landsting hade en vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent. Variationen mellan kommuner inom tre landsting/regioner redovisas i figur 10A, för samma tidsperiod. Som framgår är variationen mellan kommuner något större, vilket särskilt gäller Stockholms Läns Landsting. Södertälje är den kommun med lägst andel vaccinerade barn, 87 procent. Flera kommuner i Västra Götaland och även Osby i Skåne vaccinerar samtliga barn som är inskrivna i barnhälsovården.

11 Influensavaccination för invånare över 65 år

Sedan 1997 rekommenderar Socialstyrelsen en årlig influensavaccination för befolkningen över 65 år. Trots detta är andelen vaccinerade endast drygt 60 procent, vilket är en förhållandevis låg siffra vid internationella jämförelser.

För de allra flesta är influensa ofarligt och innebär som regel cirka en veckas lättare sjukdom, men för en del individer är riskerna att drabbas av allvarliga följsjukdomar betydligt större. Personer i så kallade riskgrupper uppmanas därför att årligen vaccinera sig, för att undvika för tidig död och influensarelaterad vård. Flera studier visar att influensavaccinationer i riskgrupper minskar antalet slutenvårdstillfällen inom diagnoser som influensa, lunginflammation med flera och bidrar till en lägre mortalitet.

Till riskgrupperna hör personer 65 år och äldre. Sedan några år tillbaka har landets smittskyddsläkare följt upp vaccinationsfrekvensen i denna grupp. Inrapporteringen av data skiljer sig åt mellan landstingen. Säsongen 2008/2009 hade fyra landsting – Värmland, Jönköping, Kalmar och Norrbotten – regelrätta vaccinationsregister och rapporterade till Smittskyddsinstitutets vaccinationsregister Svevac. Övriga landsting använder sig av enkäter eller uppskattar andelen vaccinerade med hjälp av schabloner.

De olikartade metoderna för att beräkna eller bedöma vaccinationsfrekvenserna gör att landstingens resultat inte med rimlig säkerhet kan jämföras med varandra. Val av metod kan påverka resultatet med över tio procentenheter, har landstingsföreträdare påpekat. För att öka jämförbarheten och etablera en individbaserad registrering av vaccinationer bör fler landsting ansluta sig till Svevac. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*, vilket talar för att en datainsamling av god kvalitet bör etableras.

Diagram 11 visar andelen influensavaccinerade bland invånare 65 år och äldre, dels säsongen 2008/2009, dels säsongen 2007/2008. I riket är andelen vaccinerade i storleksordningen 65 procent. I alla landsting utom ett rapporteras en ökning av andelen vaccinerade mellan de båda jämförelseåren. Data saknas för Gotland och Örebro. Landsting som är anslutna till Svevac är markerade i diagrammen.

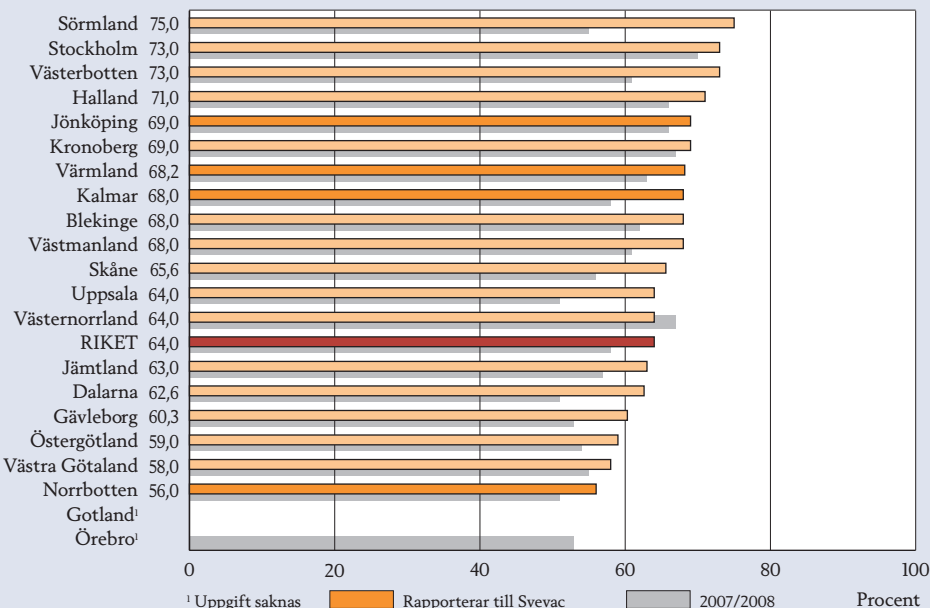


Diagram 11 Andel influensavaccinerade av invånare 65 år och äldre, säsongen 2008/2009.
Källa: Landstingens smittskyddsenheter

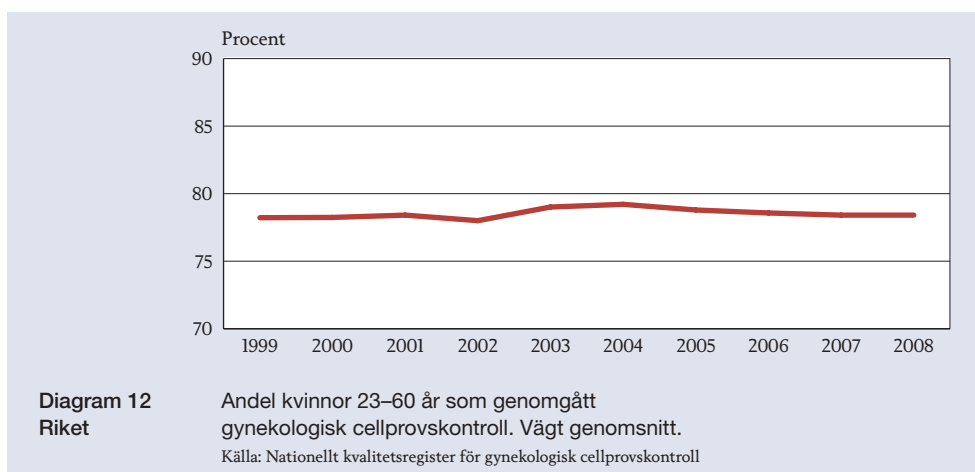
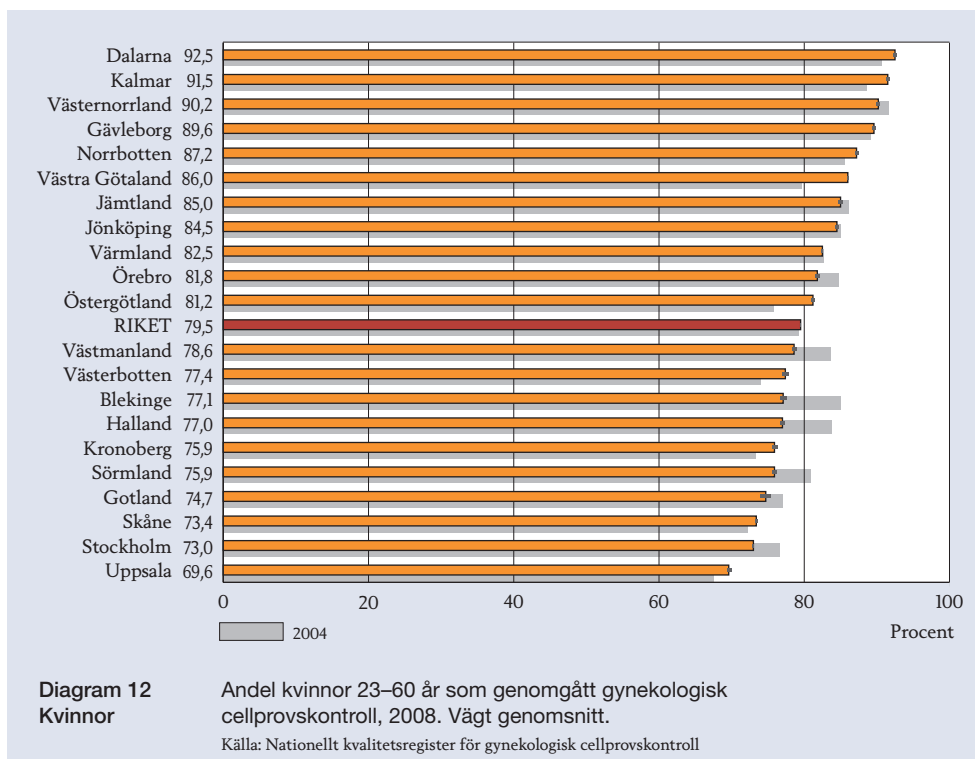
12 Gynekologisk cellprovskontroll

Gynekologisk cellprovskontroll syftar till att upptäcka förstadier till livmoderhalscancer. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer skall kvinnor i åldrarna 23–50 år erbjudas cellprovskontroll vart tredje år. Därefter skall kontrollerna glesas ut och upphöra helt vid 60 års ålder, eftersom kvinnor över denna ålder löper mycket låg risk att utveckla cellförändringar.

Individbaserad information om gynekologiska cellprover från patologiska och cytologiska laboratorier i landet sammanställs av Nationellt Kvalitetsregister för Gynekologisk Cellprovskontroll. Syftet med sammanställningen är att ge en faktabaserad grund för att bedöma omfattningen av gynekologisk cellprovskontroll i Sverige, samt dess effekter för att förebygga livmoderhalscancer.

Med täckningsgrad menas här andelen kvinnor som genomgår cellprovskontroll efter kallelse eller av annan orsak. Vid beräkning av täckningsgrad ingår gynekologiska cellprover tagna av barnmorska efter kallelse till cellprovskontroll, samt cellprover tagna hos gynekolog på klinisk indikation, som uppföljning efter behandling eller i hälsokontrollsyfte.

Täckningsgraden är direkt påverkingsbar för landstingen genom kallelsesystemet för gynekologisk cellprovskontroll. Landsting med hög täckningsgrad har i allmänhet en lägre förekomst av livmoderhalscancer än landsting med låg täckningsgrad.



Den största relativa minskningen av livmoderhalscancer över tid ses i allmänhet i landsting med hög täckningsgrad. Förutsättningarna för att få kvinnor att delta i gynekologisk cellprovskontroll varierar mellan olika landsting. I allmänhet är täckningsgraden lägre i storstäderna och högre i norra än i södra Sverige.

Täckningsgraden för gynekologisk cellprovskontroll i åldrarna 23–60 år var i riket 79,5 procent 2008, vilket kan ses i diagram 12. Detta ligger under den målsättning på

85 procent som EU har angett. Endast sju landsting nådde upp till denna nivå. Ingen tydlig trend kan utläsas mellan jämförelseåren. I vissa landsting har täckningsgraden minskat, i andra ökat.

Tack vare att de flesta kvinnor i Sverige har deltagit i cellprovskontroll har livmoderhalscancer minskat kraftigt och blivit en ovanlig sjukdom. I länder där få kvinnor tar cellprover är livmoderhalscancer en av de vanligaste cancerformerna och drabbar i regel relativt unga kvinnor i 40–50 årsåldern.

13 Mammografiscreening

Bröstcancer drabbar cirka 7 000 kvinnor per år i Sverige och varje år avlider cirka 1 500 kvinnor av sjukdomen. Sedan många år är det känt att tidig upptäckt och därmed påbörjad behandling avsevärt minskar dödligheten i bröstcancer.

Mammografiscreening är den enda metod som kan användas för massundersökning och som dessutom snabbt ger en ganska säker diagnos. Studier har visat att bland kvinnor i åldern 40–74 år som genomgått mammografi, minskade dödligheten i bröstcancer med 24 procent jämfört med övriga. Som en följd av detta utfärdade Socialstyrelsen *Allmänna råd om hälsokontroll med mammografi*, 1986. Landstingen har successivt infört mammografiscreening hos befolkningen och 1997 var den införd i hela landet.

Mammografiscreeningens utformning med bland annat åldersgrupper är avgörande för slutresultatet. Rekommendationen från Socialstyrelsen är att kvinnor i åldersintervallet 40–74 år skall erbjudas mammografiscreening.

Det finns mätbara kvalitetsindikatorer för mammografiscreening, bland annat *deltagarfrekvens*. En stor andel icke-deltagare sänker hälsoundersökningens effekt avsevärt. Deltagarfrekvensen bör inte understiga 65–75 procent, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård.

Det finns ingen enhetlig nationell uppföljning av mammografiscreening. Cancerfonden har dock uppmärksammat att landstingen brister i följsamhet till Socialstyrelsens rekommendationer och belyser detta genom en egen uppföljning, baserad på enkäter till landstingen. Cancerfonden har genomfört enkätundersökningar vid två tillfällen, den senaste under våren 2009.

I tabell 13 presenteras resultaten från den senaste undersökningen. Samtliga landsting har fått svara på frågan *Hur många procent av de kallade kvinnorna kommer till mammografihälsokontroll?* Svaren visar att majoriteten av landstingen följer Socialstyrelsens rekommendationer. Antalet kallade kvinnor och genom vilken metod landstingen uppskattar deltagarfrekvensen anges inte. Det framgår heller inte vilken tidsperiod landstingen avser i sina svar. Värdet för Stockholm har hämtats från landstinget och avser 2006.

Landsting	Deltagarfrekvens	Åldersgrupp som kallas	Screeningintervall
Stockholm ¹	71	40–69 år	18–24 (18 mån 40–49, 24 mån 50–69)
Uppsala	85–87	40–74 år	18–24 (18 mån 40–54, 24 mån 55–74)
Sörmland	80–85	40–74 år	24
Östergötland	85	40–74 år	24
Jönköpings	88	40–74 år	24
Kronoberg	81	40–74 år	20
Kalmar	87	40–74 år	18–24 (18 mån 40–54, 24 mån 55–74)
Gotland	86	40–74 år	24
Blekinge	>90	40–74 år	18–24
Skåne	85	40–74 år	18–24 (18 mån 40–54, 24 mån 55–74)
Halland	85	40–74 år	21–24
Västra Götaland	85–86	40–74 år	21
Värmland	85	40–69 år	18–24
Örebro	87	45–74 år	18–24 (18 mån 45–54, 24 mån 55–74)
Västmanland	85	40–74 år	24
Dalarna	85	40–70 år	24
Gävleborg	84	40–74 år	24
Västernorrland	89	40–74 år	23–24
Jämtland	85	40–74 år	20–24
Västerbotten	88	45–69 år	24
Norrbottn	85	40–74 år	24

Följer Socialstyrelsens rekommendationer: Åldersgrupp som kallas: 40–74 år
¹ Stockholms egen rapportering gällande deltagarfrekvens för 2006

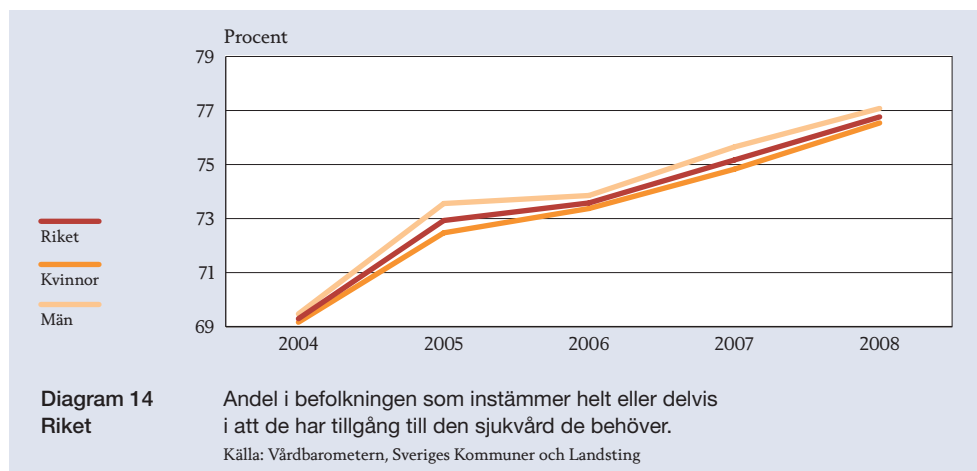
Tabell 13
Kvinnor
 Andel kvinnor som genomgått mammografiscreening, åldersgrupp samt screeningintervall. Enkät svar från landsting och regioner våren 2009.
 Källa: Cancerfonden samt Stockholms läns landsting.

Statistiken är ofullständig och därför redovisas inte resultaten som för övriga indikatorer. Det är angeläget att få till stånd en nationell uppföljning av mammografiscreening av god kvalitet. Att synliggöra detta behov är motivet för att redovisa enkätuppgifterna, trots de brister de har.

FÖRTROENDE OCH PATIENTNÖJDHET

Fyra indikatorer redovisas under rubriken *Förtroende och patientnöjdhet*. De avser både befolkningen och den del av befolkningen som varit i kontakt med vården som patienter eller som anhöriga. Av de tillfrågade respondenterna har 74 procent besökt vården det senaste året. Dessa har fått svara på frågor kring hur de har upplevt besöket vid den vårdform de besökt. Patienters mer specifika bedömningar av själva resultatet av en behandling ingår inte i detta avsnitt.

Frågan "Fick du den hjälp du förväntat dig?" speglar faktiska erfarenheter patienter haft. Övriga indikatorer belyser vidare frågeställningar, som befolkningens förtro-



ende för vården i primärvården och vid sjukhusen. De speglar alltså inte nödvändigtvis hur väl sjukvården lyckas i sina direkta patientkontakter.

Som källa används Vårdbarometern och uppgifterna avser 2008. Vårdbarometern som instrument syftar till att mäta befolkningens attityder till, erfarenheter av och kunskaper om hälso- och sjukvården. Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården är en viktig indikator på hur väl vården fungerar. Datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med drygt 44 000 slumpvis utvalda individer. Målet är att varje år intervjua 0,5 procent av rikets/respektive landstings befolkning. Alla landsting utom Gotland deltar. En mer omfattande redovisning av resultat från Vårdbarometern görs i en årlig rapport av Sveriges Kommuner och Landsting.

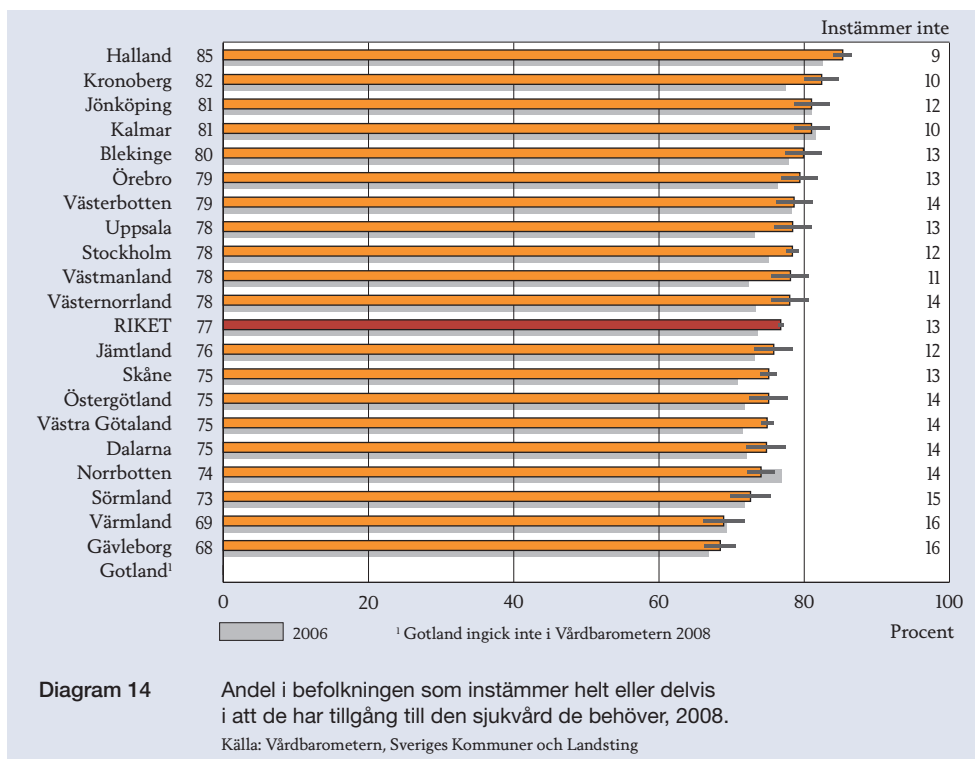
Vårdbarometern är även källa för tre av indikatorerna i rubrikområdet *Tillgänglighet* nedan.

Vårdbarometern kommer från och med år 2010 att utvecklas till en mer renodlad befolkningsenkät med syfte att ge underlag för ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Patienterfarenheter kommer med början från år 2009 att fångas upp i en nationell patientenkät, vars primära syfte är att ge vårdcentraler och sjukhus ett instrument för utveckling och förbättring av vården. Uppgifterna kan även användas för analys och jämförelser mellan vårdgivare och mellan landsting.

14 Tillgång till sjukvård

I diagram 14 redovisas befolkningens uppfattning om tillgången till vård, oavsett om man under det senaste året haft kontakt med sjukvården eller inte.

Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är 77 procent. Det finns stora skillnader mellan olika ålders-



grupper. De yngre samt de äldre i befolkningen uppger i klart högre grad än de i yrkesverksam ålder att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Några skillnader mellan könen går inte att utläsa ur resultatet.

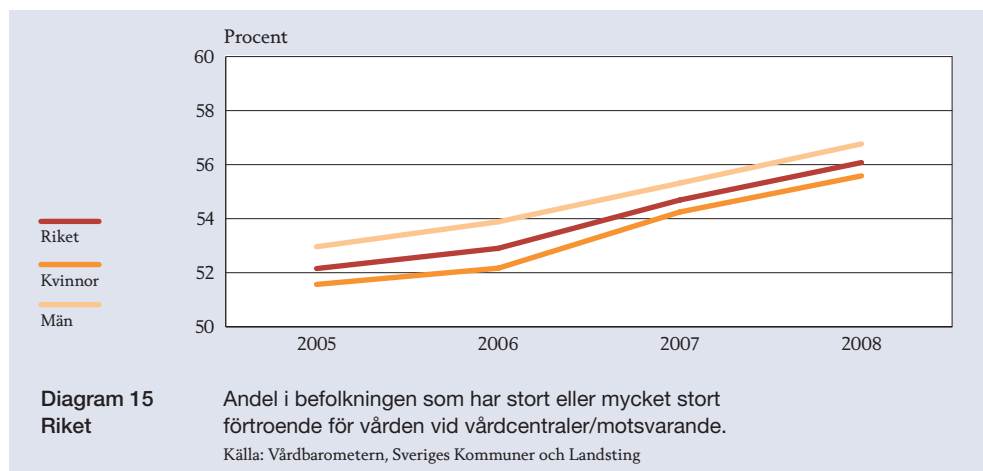
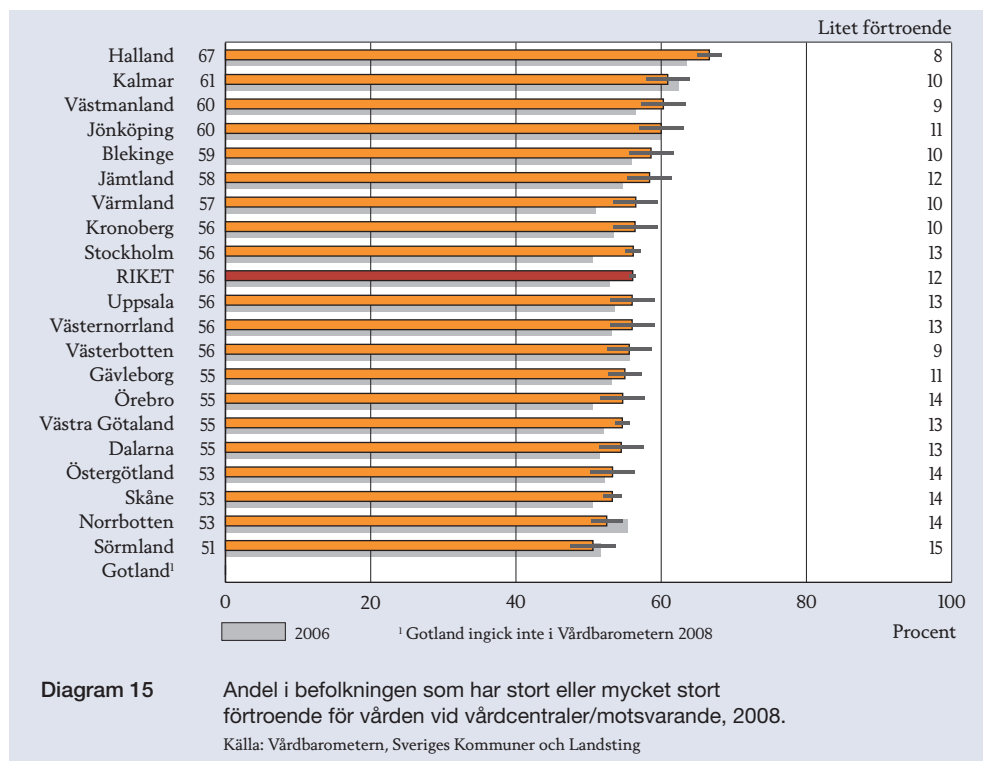
Andelen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver har ökat över tid. Mellan år 2002 och 2008 har andelen ökat från 69 till 77 procent. Mellan landstingen varierar andelen från 68 till 85 procent.

15, 16 Förtroende för vård vid vårdcentral respektive sjukhus

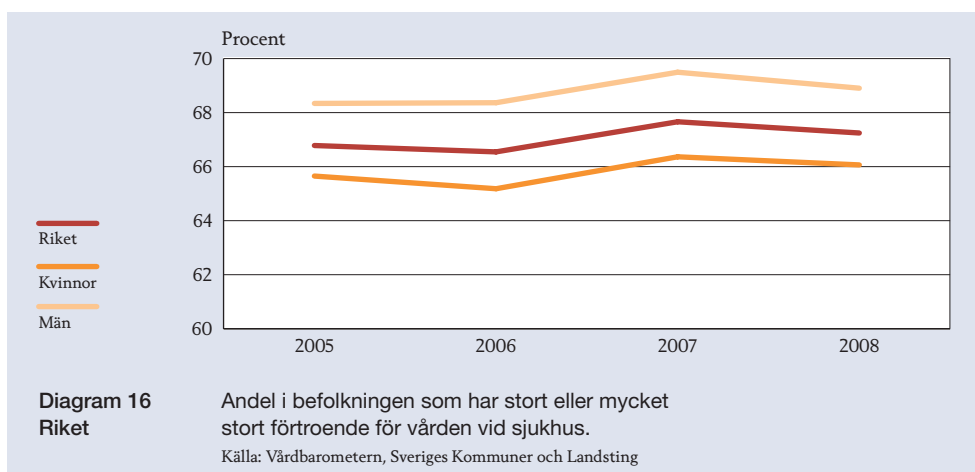
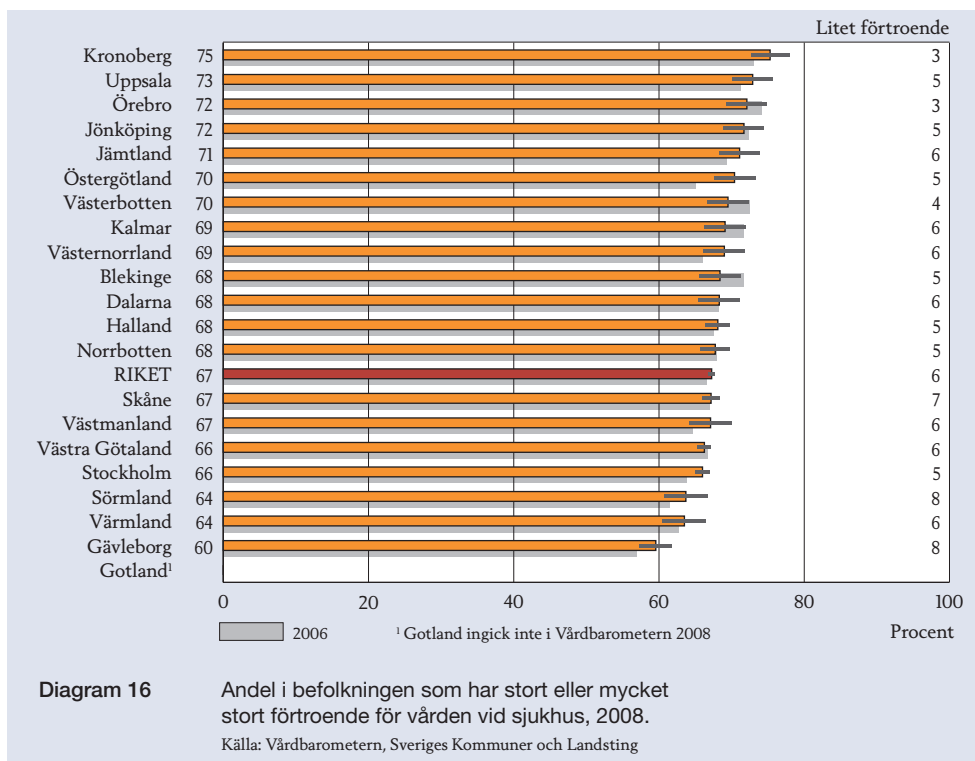
Diagram 15 redovisar befolkningens allmänna förtroende för vården vid vårdcentraler/motsvarande (primärvården). 56 procent har stort eller mycket stort förtroende, i riket som helhet. Andelen som har litet eller mycket litet förtroende är 12 procent. Några påtagliga skillnader mellan kvinnor och män föreligger inte. Mellan 2005 till 2008 har andelen med förtroendet för vården vid vårdcentraler ökat, från 52 till 56 procent.

Andelen med stort eller mycket stort förtroende varierar mellan landstingen, från 51 till 67 procent.

Landsting där befolkningen har stort förtroende för vården vid vårdcentraler ligger även högt i frågan om "tillgång till den vård jag behöver", se diagram 14.



Frågan om befolkningens förtroende ställs även avseende vården vid sjukhus, diagram 16. Resultatet är mer positivt än för primärvården. 67 procent har stort eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus. Det är 11 procentenheter fler som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusvården jämfört med primärvården. 6 procent av de svarande har litet förtroende för vården vid sjukhus. Andelen kvinnor med stort eller mycket stort förtroende för sjukhusvård är något lägre än männens.



Skillnaden mellan det landsting som har lägst värde, Gävleborg, och det med högst värde, Kronoberg, är 15 procentenheter (60 till 75 procent). Genomgående har de som har besökt respektive vårdform betydligt större förtroende för den vårdformen än de som inte gjort något besök det senaste året.

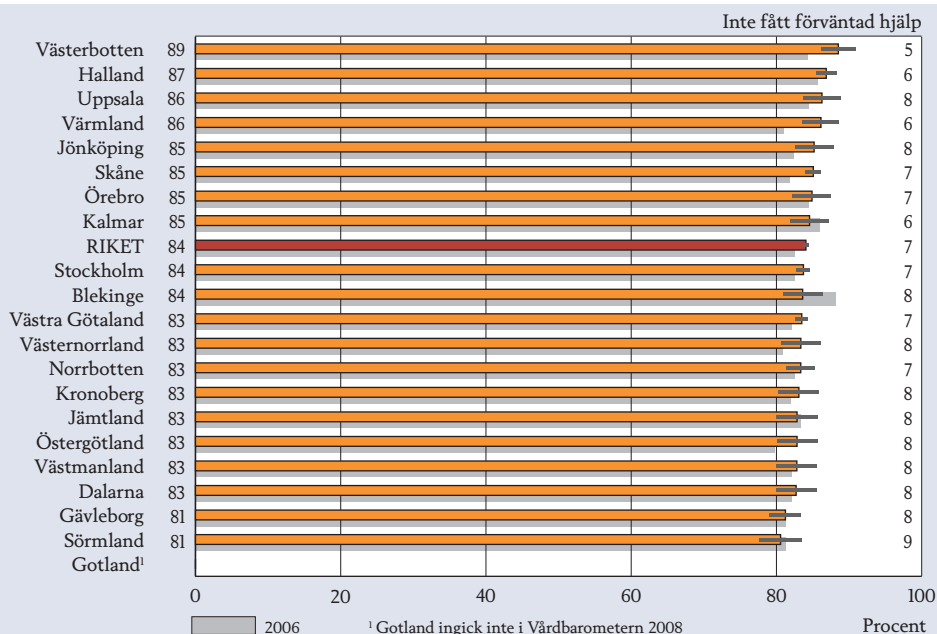


Diagram 17

Andel patienter som helt eller delvis ansåg att de fått den hjälp de förväntat sig vid besöket, 2008.

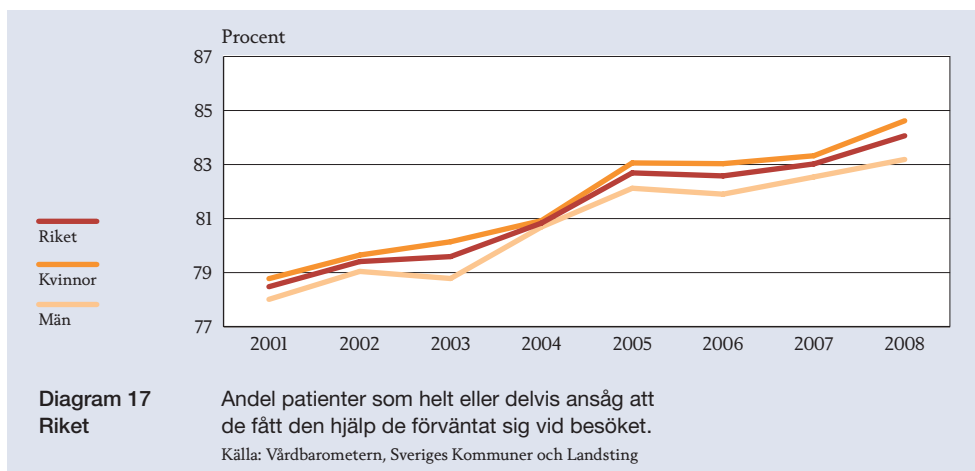
Källa: Värdbarmetern, Sveriges Kommuner och Landsting

I den så kallade Eurobarometern mäts befolkningens uppfattningar och attityder i EU-länderna inom olika samhällsområden. År 2007 gjordes en studie kring hälso- och sjukvård. På frågan om vilken kvalitet man ansåg att vården vid sjukhus hade svarade 90 procent av de 1 000 tillfrågade svenskarna att man tyckte att den var mycket eller ganska god. Endast i Belgien och Österrike var värdet högre. EU-ländernas snittvärde var 71 procent. På samma fråga avseende vården i primärvården var 68 procent av svenskarna positiva medan EU-ländernas snittvärde var 84 procent. Endast i Portugal, Kroatien och Turkiet var värdet lägre än i Sverige.

17 Förväntad hjälp vid besök – vårdcentral och sjukhus

I diagram 17 redovisas om man vid besöket fick den hjälp man förväntat sig. Redovisningen avser en sammanvägning av besök vid både vårdcentral och sjukhus. 84 procent av alla som gjort ett besök instämmer helt eller delvis med påståendet att man fick den hjälp man förväntat sig. Sju procent ansåg att man inte fick den hjälp man förväntat sig vid besöket.

Skillnaderna mellan landstingen är måttliga men i riket som helhet kan en positiv utveckling noteras: Sedan 2001 har värdet ökat från 79 till 84 procent.



TILLGÄNGLIGHET

Indikatorområdet *Tillgänglighet* avser tidsrelaterad tillgänglighet. Långa väntetider brukar i debatten ofta framhållas som en tydlig brist i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I jämförelser med andra länders sjukvård påpekas ofta att många väntar alltför länge på planerade läkarbesök och behandlingar. Dessvärre finns inga fullt jämförbara internationella uppgifter om tillgänglighet som visar Sverige i förhållande till andra länder. Olikheterna är stora både när det gäller definitioner av begrepp, kvalitetsmått och mätmetodik. Däremot finns en allt bättre nationell uppföljning som möjliggör jämförelser mellan landsting och över tid.

Här redovisas sex övergripande indikatorer på tillgänglighet och befolkningens uppfattning om tillgänglighet i hälso- och sjukvården. De första tre indikatorerna avser befolkningens värdering av tillgängligheten till primärvård och telefonrådgivning och har *Vårdbarometern* som källa. De övriga tre relaterar till vårdgarantin och har den nationella databasen *Väntetider i Vården* som källa.

Vårdgaranti och "kömiljard"

Den nationella vårdgarantin gäller all planerad vård. Vårdgarantin reglerar *inte* om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Garantin reglerar *endast* inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas den vård som behörlig vårdpersonal fattat ett beslut om i samråd med patienten efter genomförd utredning och prioritering.

Målen uttrycks med sifferserien 0–7–90–90, vilket anger vårdgarantins krav på maximal väntetid i antal dagar för de olika stegen i vårdprocessen. I första hand ska besök och behandling erbjudas inom det egna landstinget/regionen. Om hemlandstinget inte kan erbjuda detta inom gällande tidsgränser, ska patienten inom garantitiden få information om och hjälp till vård hos annan vårdgivare. Hemlands-

tinget ska hjälpa till med alla kontakter och det får inte innebära extra kostnader för patienten.

Kontakt med primärvården ska ske samma dag (0). Ett beslutat läkarbesök i primärvården ska ske inom högst sju dagar (7). Ett besök inom den planerade specialiserade vården ska erbjudas inom högst 90 dagar efter datum för beslut (90). En beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum (90).

Utvecklingen av tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård enligt vårdgarantins tidsgränser följs upp med regelbundna publiceringar på webbplatsen www.vantetider.se. Källan till uppgifter om tillgänglighet och väntetider är landstingens gemensamma nationella databas, *Väntetider i Vården*.

Tillgången till och kvaliteten på data förbättras kontinuerligt med hjälp av den nationella rapporteringsorganisationens arbete. Svarsfrekvensen har under det senaste året varit mycket bra med undantag av sommarmånaderna juni och juli, vilket dock inte påverkar de resultat som visas här.

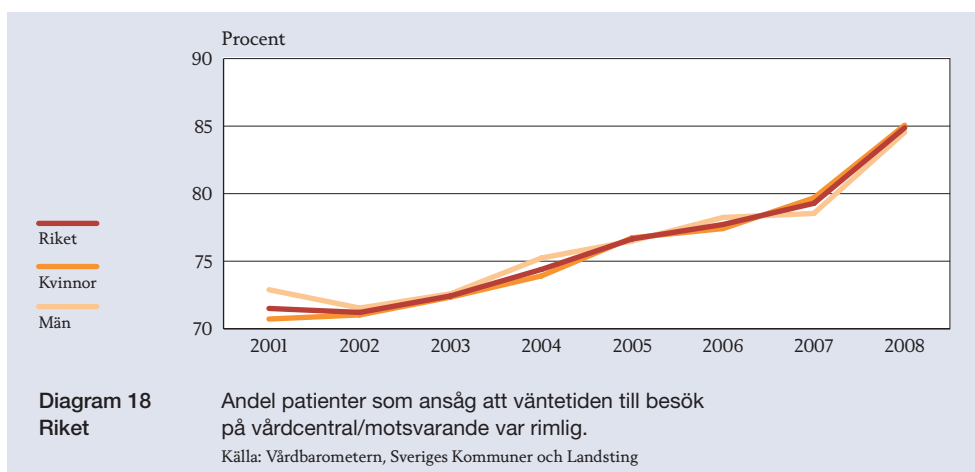
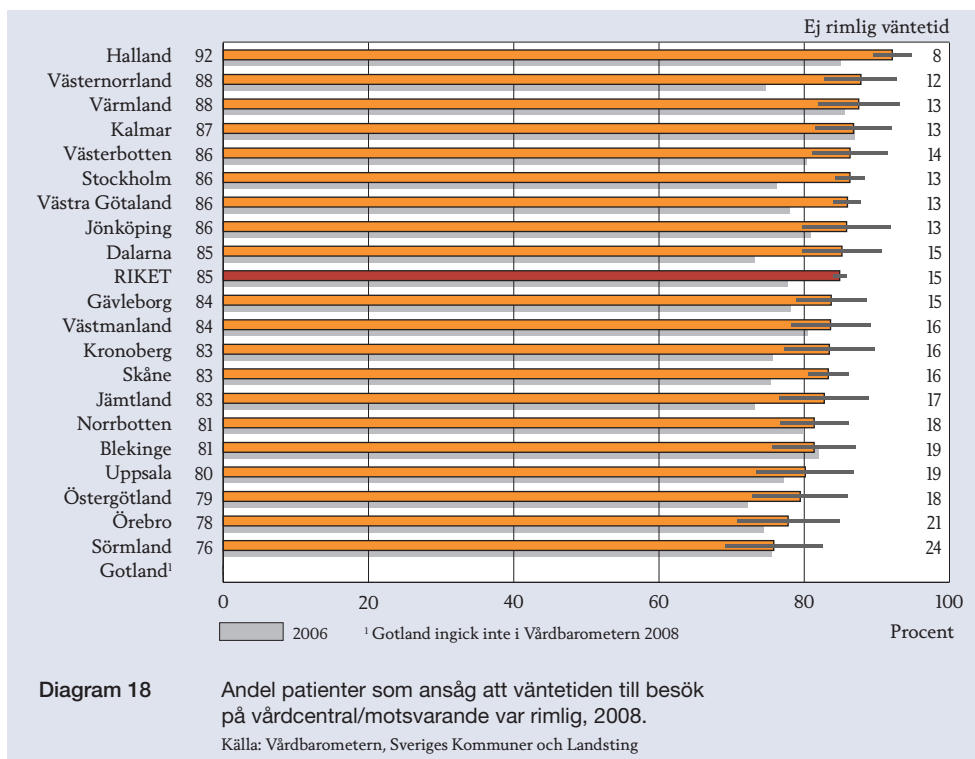
Det finns metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. Mycket tyder på att de medicinska indikationerna, det vill säga kriterierna för att vidta en viss åtgärd, varierar avsevärt inom landet. Denna variation påverkar antalet patienter som sätts upp på väntelista till en viss åtgärd eller behandling.

Utöver de tre övergripande indikatorer som presenteras här, visas ytterligare indikatorer med uppgifter för olika mottagningar och specifika behandlingar. De redovisas tillsammans med övriga kvalitetsmått under respektive sjukdomsgrupp.

Uppgifterna avser läget den 30 april 2009 för den specialiserade vården och för primärvården mätperioden 16–27 mars 2009. Nytt för årets rapport är att resultat på sjukhusnivå presenteras för några behandlingar och mottagningar.

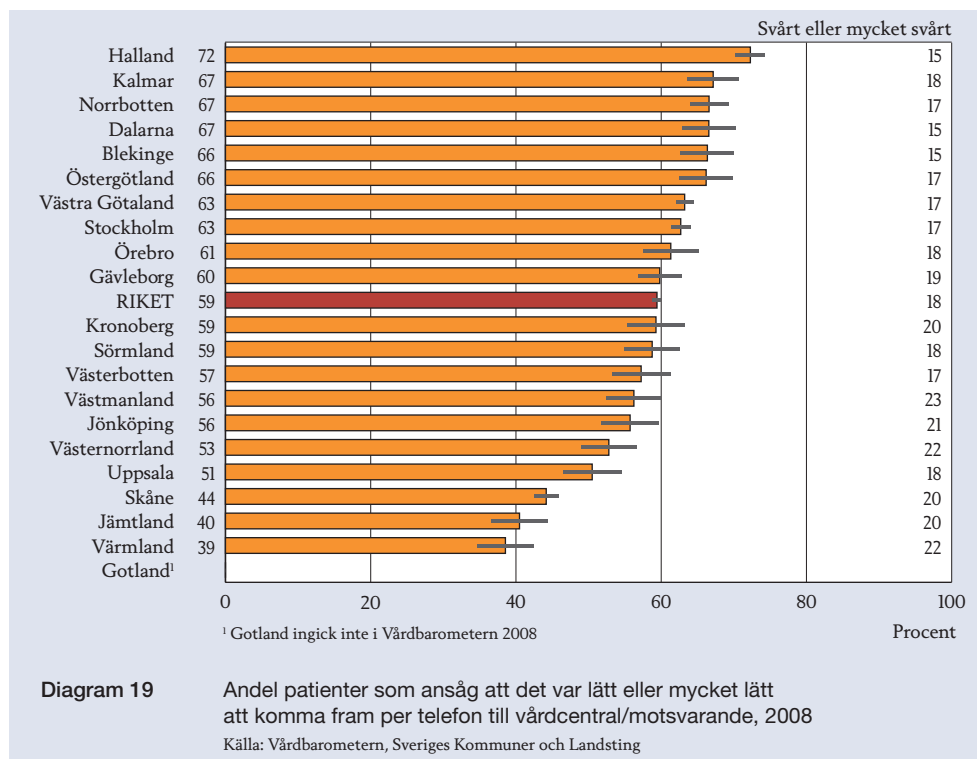
Väntetiderna inom den planerade specialiserade vården hade 2008 minskat hos vissa landsting och inom vissa åtgärdsområden sedan vårdgarantins införande 2005. Men förbättringstakten hade varit långsam och ett flertal landsting hade kvarstående stora problem. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingick därför under hösten 2008 en överenskommelse om en prestationsbaserad ersättningsmodell, den så kallade kömiljarden. Ett landsting måste uppvisa förbättrade resultat för att få ta del av dessa medel. Utbetalning baseras på uppnådda resultat 2009, med avstämning den 30 november.

En förbättring av väntetiderna kunde avläsas redan under våren 2009. Detta återspglas i denna rapport, där vi valt att i diagramredovisningen presentera en jämförelse mellan läget 31 oktober 2008 och 30 april 2009. Under perioden har en ökning av antalet med patientvald väntan skett. SKL genomför hösten 2009 en särskild uppföljning av väntetiderna för denna patientgrupp och av orsakerna till ökningen.



18 Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral

De som har besökt vårdcentral/motsvarande och fått vänta i mer än en dag, får i Värdbarmetern frågan om man anser att väntetiden var rimlig. Andelen som svarade ja i de olika landstingen redovisas i diagram 18. För hela riket menade 85 procent av patienterna år 2008 att väntetiden var rimlig, jämfört med 79 procent år 2007. Sedan 2002, då 71 procent tyckte att väntetiden var rimlig, har en påtaglig

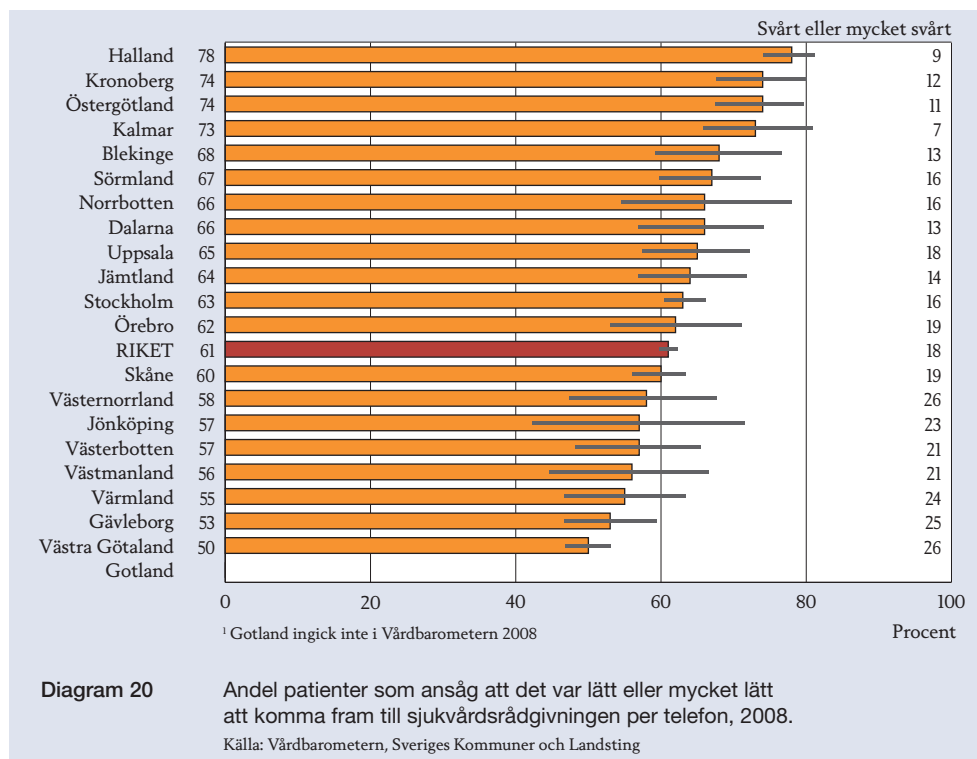


förbättring, upp till 85 procent, kunnat noteras. Skillnaderna mellan landstingen är relativt stora, från 76 i Sörmland till 92 procent i Halland. Några skillnader mellan könen föreligger inte. I diagram 18 visas även i en sifferkolumn andelen som gav negativa svar på frågan.

Indikator 21 nedan visar ett mått på den faktiska tillgängligheten till primärvården, andelen patienter som fick läkarbesök inom sju dagar. Det statistiska sambandet mellan resultaten för landstingen för dessa båda indikatorer är svagt. Detta antyder att även annat än den faktiskt uppmätta tillgängligheten påverkar hur befolkningen i ett landsting värderar tillgängligheten. Attityder och förväntningar spelar sannolikt roll.

19, 20 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon, sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet

Telefontillgänglighet är en viktig del av vårdens tillgänglighet, både för att kunna nå vårdgivare för besöksbokning samt för rådgivning. Det är oftast första ledet i en vårdkontakt. Frågan om telefontillgänglighet till vårdcentral samt till sjukvårdsupplýsningen omformulerades i 2008 års frågeformulär i *Vårdbarometern*. Jämförelser bakåt i tiden blir därför inte helt korrekta.

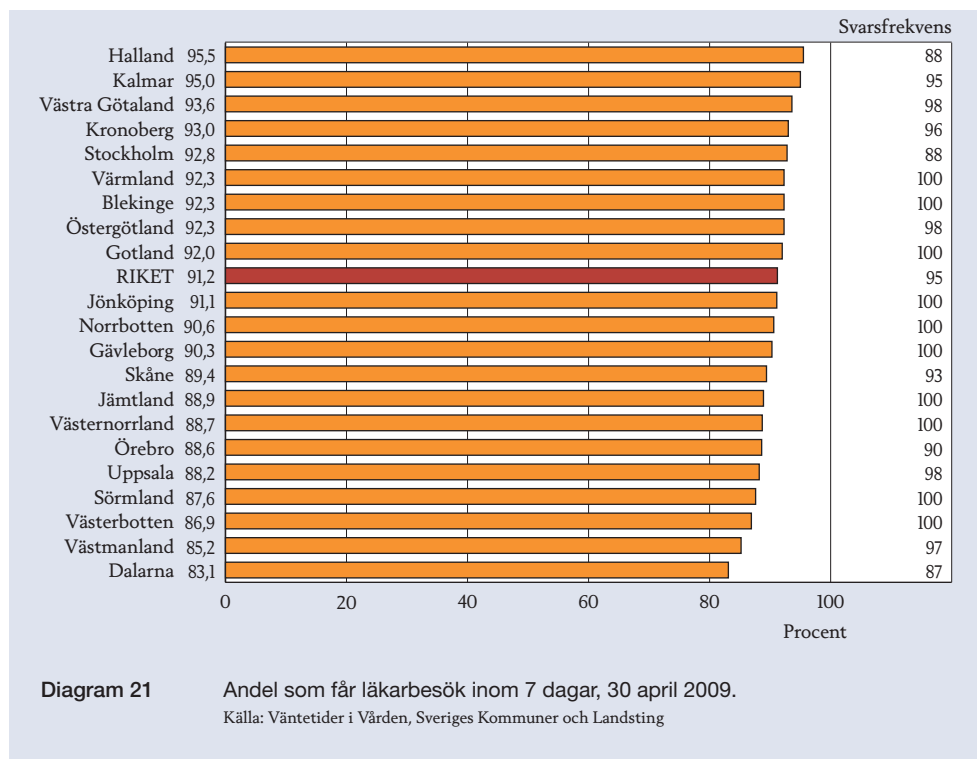


Trots detta vet vi från tidigare frågor att telefontillgängligheten, både till vårdcentral och till sjukvårdsrådgivningen, har förbättrats markant över tid. Förbättringarna kan delvis bero på införandet av olika elektroniska svars-/återuppringningssystem. Trots dessa förbättringar finns i många landsting en stor förbättringspotential, vilket framgår i diagram 19 och 20.

I diagram 19 redovisas hur stor andel som ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till vårdcentral (motsvarande). I riket var andelen 59 procent 2008, men det föreligger stora skillnader mellan landstingen, större än för de övriga indikatorer från *Värdbarmetern* som redovisas här. Mellan högsta och lägsta värde är skillnaden hela 33 procentenheter, från 39 procent i Värmland till 72 procent i Halland. Kvinnor anser i något högre grad än männen att det är lätt eller mycket lätt att komma fram på telefon.

I diagram 20 visas telefontillgänglighet till sjukvårdsrådgivningen. I riket som helhet svarar 61 procent att det var lätt eller mycket lätt att komma fram. Även här föreligger stora skillnader mellan landstingen, med en spridning från 50 till 78 procent positiva svar.

Betydligt fler kvinnor än män ringde sjukvårdsrådgivningen under år 2008. Männen är i något högre utsträckning nöjda med tillgängligheten.

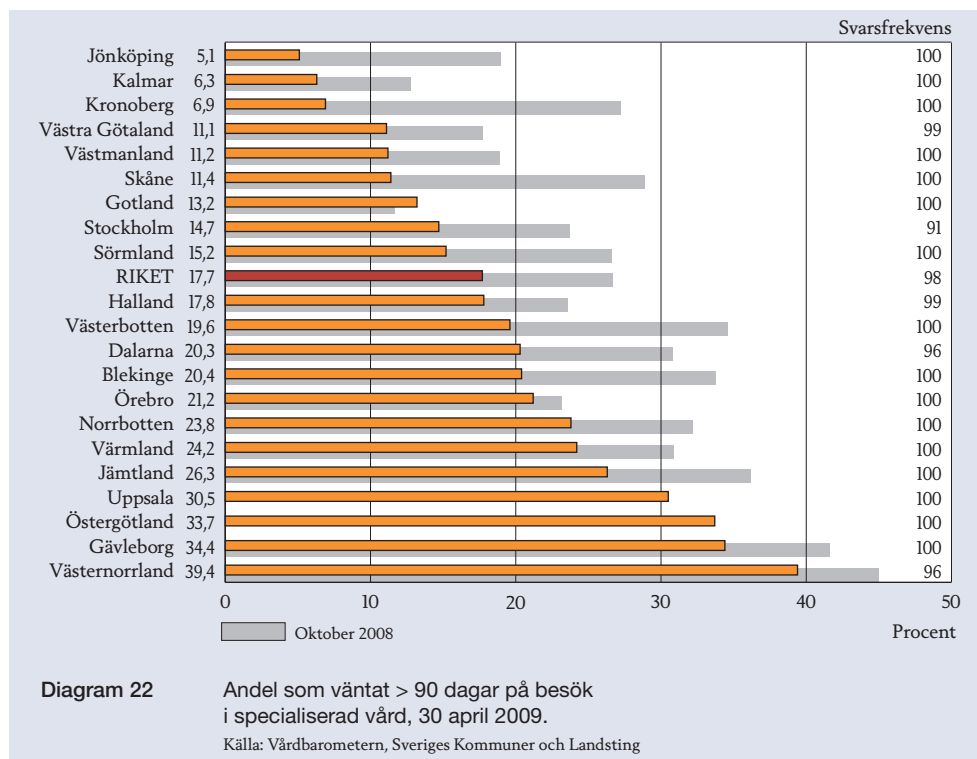


21 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Väntetider till allmänläkarbesök mäts två gånger per år, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som Sveriges Kommuner och Landsting tillhandahåller. Indikatorn är också en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 16–27 mars 2009. Tidigare mätningar har genomförts under en vecka, men denna gång utvidgades mätperioden till två veckor. Alla vårdcentraler (eller motsvarande) förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 977 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. 51 vårdcentraler deltog ej. Detta gav en svarsfrekvens på 95 procent. Nio landsting hade 100 procents svarsfrekvens. Tre landsting hade svarsfrekvens under 90 procent. Uppgifter redovisas på vårdcentralsnivå på www.vantetider.se

Sammanlagt rapporterades 251 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Kvinnorna utgjorde 58 procent av samtliga patienter. Läkarbesök för hälsointyg eller för kontroll/uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än sju dagar i de fall där patienten initialt erbjudits en tid inom vårdgarantins ram. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

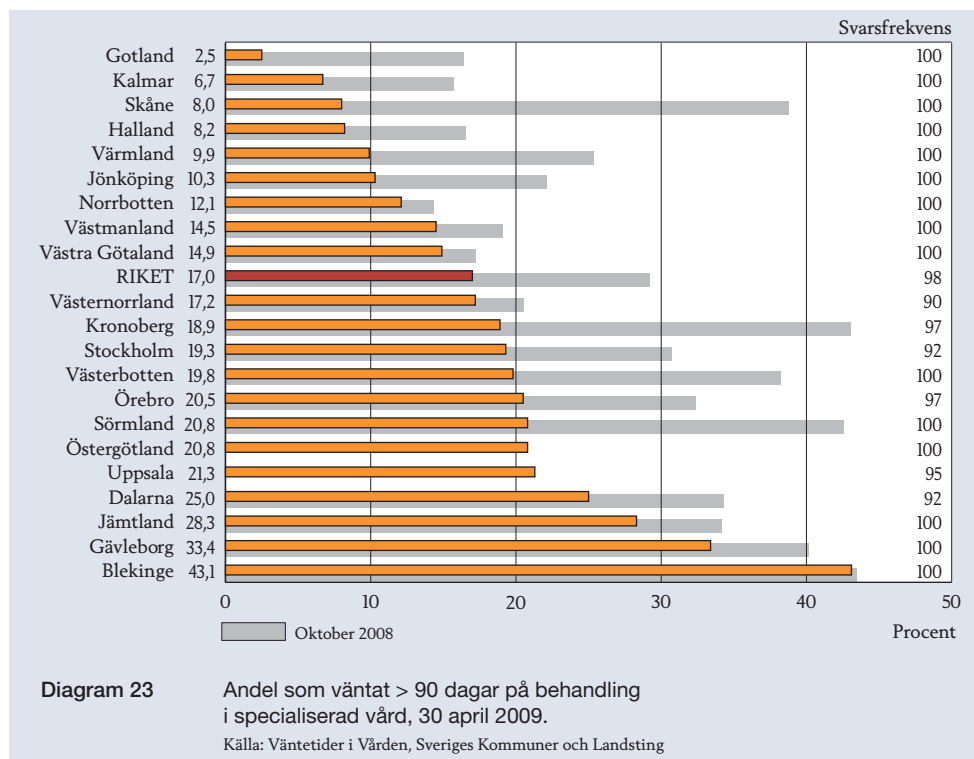


I diagram 21 återges andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom sju dagar, enligt vårdgarantins intention. Även svarsfrekvensen per landsting redovisas i diagrammet.

Mätningen visar att i genomsnitt fick 91 procent av de patienter som omfattas av vårdgarantin träffa en läkare inom föreskriven tid. För landstingen varierar andelen mellan 83 och 96 procent. Förbättringar kan inte redovisas med säkerhet eftersom årets mätperiod utökats med en vecka. Dock kan vi konstatera att denna utökade mätperiod inte påverkat resultatet nämnvärt. För riket finns inte någon påvisbar könsskillnad.

22, 23 Väntat > 90 dagar – besök och behandling i specialiserad vård

Dessa två indikatorer baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till Väntetider i Vården. Uppgifterna omfattar antal väntande och väntetider för planerad vård inom ett 70-tal specialist- och åtgärdsområden. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. Svarsfrekvensen var över 90 procent för samtliga landsting för såväl besök som behandling vid mätningen i april 2009. Andel som väntat längre än 90 dagar på besök är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.



Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till specialistbesök, ligger tämligen konstant på cirka 280 000 patienter. Det totala antalet patienter med ett beslut om behandling eller operation ligger även det på en stabil nivå, på cirka 80 000 patienter. I riket som helhet har antalet som väntat längre än 90 dagar på behandling minskat från 21 500 till 13 800. Detta avser de åtgärder som idag följs i den nationella väntetidsdatabasen. Antal personer som väntat längre än 90 dagar på ett specialistbesök har minskat från cirka 72 000 personer till 49 500 personer vid mätningen i april 2009.

Variationerna mellan landstingen är stora. I diagram 22 framgår att andelen som väntat längre än 90 dagar på ett besök varierar mellan 5 och 39 procent. I toppen med mindre än 10 procent som väntat längre än 90 dagar ligger Jönköping, Kalmar och Kronoberg, som alla dessutom visar förbättrade resultat. Förändringar till det bättre ses i fler landsting.

I diagram 23 visas att variationen är mycket stor även för behandlingar, där mellan 3 och 43 procent har väntat längre än vårdgarantins intentioner. De landsting som visar bäst resultat är Gotland, Kalmar, Skåne och Halland med mellan 3 och 8 procent.

I väntetidsrapporteringen finns en kategori väntande patienter som självvalt väntar. Dessa ingår inte i beräkningen av andelen som väntat längre än 90 dagar. Mellan ok-

tober 2008 och april 2009 har en ökning av antalet fall med patientvald väntan skett, både för besök och för behandling. SKL genomför hösten 2009 en särskild uppföljning av väntetiderna för denna patientgrupp och av orsakerna till ökningen.

KOSTNADER

De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgick 2006 till 266 miljarder kronor eller 9,2 procent av bruttonationalprodukten, BNP. Av detta totalbelopp svarar den av landstingen finansierade sjukvården för 173 miljarder kronor. Uttryckt som landstingens nettokostnader motsvarade detta 19 098 kr per invånare 2006, vilket vuxit till 20 637 kronor per invånare 2008.

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är att den skall vara effektiv. Det innebär att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel med mera skall användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till att nå målen om en god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.

Ett samlat mått på effektivitet skulle kräva att de olika resultatindikatorerna vägs samman till ett mått som kan relateras till kostnaderna. I rapporten *Öppna jämförelser* görs ingen sådan sammanvägning, men här redovisas några övergripande jämförelser av kostnader per invånare och kostnad per prestation. De formella indikatorerna är tre, men dessutom visas under respektive indikator ytterligare kostnadsdata per landsting och även per sjukhus. Därtill visas längre fram i rapporten kostnader per vårdtillfälle för några specifika behandlingar, för de sjukhus som kan rapportera sådana uppgifter.

Källorna till kostnadsuppgifterna är SCB:s ekonomistatistik, SKL:s verksamhetsstatistik samt KPP-databasen vid SKL. KPP-databasen innehåller patientrelaterade kostnadsuppgifter om specifika vårdtillfällen och om kostnader för de åtgärder eller vårdinsatser som görs vid varje enskilt vårdtillfälle. Framförallt slutenvård rapporteras till KPP-databasen. 2008 rapporterade 38 sjukhus och sjukhusgrupper från elva landsting kostnadsuppgifter. Över 60 procent av alla vårdtillfällen i den somatiska slutenvården ingick. Även öppenvårdsdata rapporteras i ökande grad.

Öppen publicering behövs för att belysa frågor om KPP-redovisningens likformighet och om olika tolkningsproblem. Först på senare tid har vissa jämförelser på sjukhusnivå för specifika behandlingar publicerats. I nuläget bör läsaren därför inte dra långtgående slutsatser av de kostnadsskillnader mellan sjukhus som redovisas. Kostnadsjämförelser är bara skenbart exakta. De är lika komplexa och innehåller lika många fallgror som jämförelser av medicinsk kvalitet.

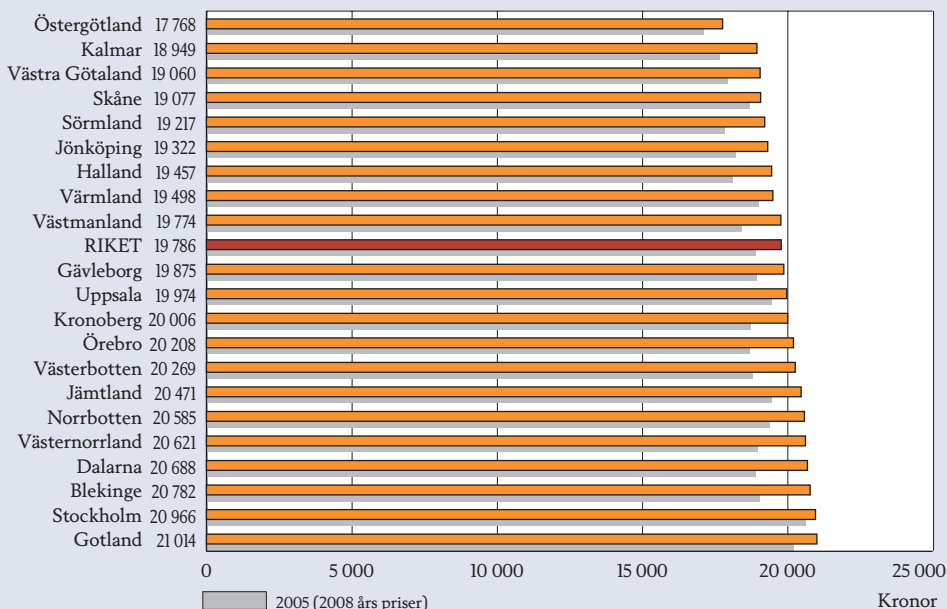


Diagram 24

Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2008.
Hemsjukvård, tandvård och omstruktureringsskostnader är exkluderade.
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

24 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

Kostnadsnivån kan inte förväntas vara densamma i alla landsting. De har olika förutsättningar för att bedriva sjukvård och det finns strukturella förhållanden som påverkar kostnadsnivån. Det gäller bland annat befolkningens ålderssammansättning och sjukdomspanorama. Detta är faktorer som det kommunala utjämnings-systemet avser att kompensera för.

Årligen beräknas för respektive landsting en standardkostnad för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden beräknas utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet samt kostnaden för behandling av vissa diagnoser, så kallade vårdtunga grupper. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen skall spegla den kostnadsskillnad som enligt utjämningsmodellen kan förklaras av strukturella skillnader som landstingen inte kan påverka. En motsvarande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, som skall avspegla strukturella skillnader i läkemedelskostnader.

Kvoten mellan standardkostnad respektive läkemedelsstatsbidrag per invånare för respektive landsting, och motsvarande för riksgenomsnittet, är ett mått på hur mycket de strukturella faktorerna betyder. Genom att dividera den faktiska kostnaden med denna kvot erhålls en strukturjusterad kostnadsnivå, som redovisas i diagram 24.

För några landsting är skillnaden mellan faktiska kostnader och strukturjusterade kostnader relativt stor. För Uppsala ligger den justerade kostnaden 6 procent över den faktiska, medan den för Norrbotten ligger 6 procent under. Det innebär att för dessa båda landsting förklaras den relativa kostnadsnivån till betydande del av strukturella faktorer, till exempel skillnader i befolkningens ålderssammansättning. För Norrbotten är den faktiska kostnaden 2 200 kr per invånare högre än genomsnittet, men sedan hänsyn tagit till strukturella faktorer är kostnaden bara 800 kronor högre per invånare. Motsvarande justering för Uppsala ändrar kostnadsnivån från cirka 1 000 kr lägre per invånare till en kostnad 200 kr över rikets genomsnitt. Även Västernorrlands respektive Stockholms relativa kostnadsläge påverkas i ganska hög grad av strukturella faktorer. Gotlands höga kostnader kan å andra sidan inte förklaras av de strukturella faktorer som beaktas i utjämningssystemet, då både den faktiska och justerade kostnaden ligger högt. Motsvarande gäller för Östergötland som har låga kostnader.

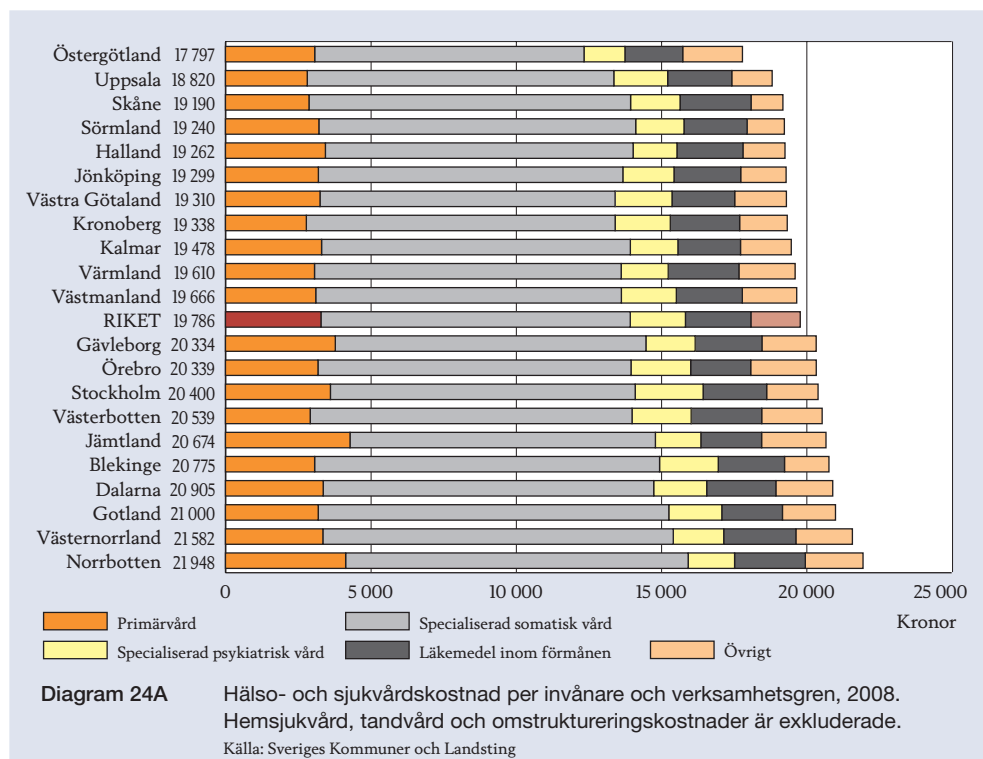
Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig mellan landstingen kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och sjukvården. Men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningssystemet. Indikatoren är en av Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

Hälso- och sjukvårdskostnad per verksamhetsgren

Diagram 24A visar landstingens faktiska nettokostnad per invånare för hälso- och sjukvård, totalt och för de olika verksamhetsgrenarna, exklusive tandvård, hemsjukvård och omstruktureringskostnader. Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är frändragna.

Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2008, med den angivna avgränsningen, till knappt 19 800 kronor per invånare. Norrbotten hade en kostnad per invånare som var 11 procent över genomsnittet, medan Östergötland låg 10 procent under. Gotland som i förra årets *Öppna jämförelser* låg högst, hade under 2008 den lägsta kostnadsökningen av landstingen. Även Östergötland hade 2008 en låg kostnadsökning och ökade därmed avståndet till övriga landsting. 2008 var hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare 1 000 kr lägre i Östergötland än i Uppsala, som hade de näst högsta kostnaderna. Halland hade 2007 de näst lägsta kostnaderna, med en kostnadsnivå 300 kronor högre än i Östergötland. 2008 hade Halland en snabb kostnadsökning och skillnaden landstingen emellan ökade till 1 500 kronor per invånare. Den högsta kostnadsökningen uppvisade Dalarna.

Den genomsnittliga kostnaden för primärvård uppgick 2008 till 3 300 kronor per invånare, vilket motsvarade 17 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Spännvidden är relativt sett stor, med en genomsnittskostnad på över 4 000 kronor per invånare i Jämtland ned till 2 800 kronor per invånare i Uppsala.



Kostnadsutvecklingen för primärvården skiljer sig markant mellan landstingen. I Stockholm har kostnaderna per invånare mellan 2007 och 2008 ökat markant, med 20 procent, medan till exempel Östergötland och Västernorrland hade sjunkande kostnader.

Landstingens geografiska förhållanden påverkar kostnadsnivåerna inom primärvården. Antal invånare per vårdcentral varierar från knappt 5 000 i Jämtland till 12 000 i Sörmland. I några landsting med stora avstånd, främst Norrbotten, Västerbotten och Jämtland, finns slutenvårdsplatser i anslutning till primärvården, vilket drar upp primärvårdskostnaden i dessa landsting. Kostnadsjämförelsen påverkas även till en del av att verksamhetsuppdraget inom primärvård även i övrigt skiljer sig åt mellan landstingen.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården, som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 10 700 kronor per invånare 2008. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mindre för somatisk specialistsjukvård än för övrig sjukvård. Kostnaden för den specialiserade somatiska vården ökade generellt sett mindre än för primärvården mellan 2007 och 2008, vilket innebär att det skedde en viss förskjutning till primärvårdens fördel. Detta var särskilt uttalat i Stockholm, Västmanland och Gotland. Västernorrland och Kronoberg gick åt motsatt håll.

För den psykiatriska vården har Stockholm påtagligt högre kostnader än vad övriga landsting har. En förklaring kan vara att den psykiska ohälsan är större i storstadsmiljön. Även en åldersfaktor kan spela in. Stockholm har en ung befolkning, vilket tenderar att samvariera med ett högre utnyttjande av psykiatrisk vård. Dock är detta inte entydigt. Uppsala har en ung befolkning, men kostnaden för psykiatri ligger nära riksgenomsnittet. Allmänt har kostnaden för psykiatri ökat mindre än för primärvård och somatisk vård. I några landsting har dock kostnaderna för psykiatri ökat kraftigt, bland annat i Västernorrland, Dalarna, Östergötland och Halland.

Justerad läkemedelskostnad per invånare

2008 var kostnaderna för läkemedel 24,6 miljarder kronor, varav läkemedelsförmånen svarade för merparten och resterande del avsåg läkemedel i slutenvård. Under 1990-talet var kostnadsökningen för läkemedelsförmånen cirka 10 procent per år. Den snabba kostnadsökningen berodde till stor del på introduktion av nya läkemedel mot stora folksjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och depression. Utvecklingen bröts när förmånssystemet ändrades 2002. Tack vare patentutgångar och så kallat generiskt utbyte var läkemedelsförmånskostnaderna nästan oförändrade åren 2002–2006. Nu har dessa effekter emellertid klingat av och läkemedelskostnaderna ökar i ungefär samma takt som övriga hälso- och sjukvårdskostnader.

Det finns en rad faktorer som påverkar utvecklingen av läkemedelskostnaderna. Introduktion av nya läkemedel, som ibland innebär att nya patientgrupper kan läkemedelsbehandlas, bidrar till att öka läkemedelskostnaderna. Andra faktorer är den ökande andelen äldre i befolkningen, ökad förekomst av exempelvis fetma och psykisk ohälsa, förändrad syn på vad som är en behandlingsbar sjukdom, vidgade indikationer för befintliga läkemedel och ökad långtidsbehandling av onkologiska sjukdomar. Även ökat antal vårdbesök i samband med införande av vårdvalsmodeller kan tänkas öka läkemedelskostnaderna.

Det finns också en rad faktorer som bromsar kostnadsökningen. Patentutgångar och introduktion av billiga generika kan ha stor effekt. Exempel på andra faktorer är ökat kostnadsmedvetande bland förskrivare och incitament till kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, liksom Tandvårds- och Läkemedelsförmånsnämndens (TLV) genomgång av läkemedelssortimentet och beslut om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånssystemet.

Diagram 24B visar landstingens kostnad per invånare för de receptförskrivna läkemedlen, som ingår i läkemedelsförmånen. Kostnader för läkemedel som ges som en integrerad del inom sjukhusvården, så kallade rekvisitionsläkemedel, inkluderas inte i jämförelsen. Eftersom landstingen för vissa läkemedelsgrupper har olika rutiner för receptförskrivning respektive rekvisition har några grupper av läkemedel utelämnats. Likaså har kostnaden för de förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånen exkluderats. Sammantaget omfattas cirka 82 procent av läkemedelsförmånens kostnader av jämförelsen.

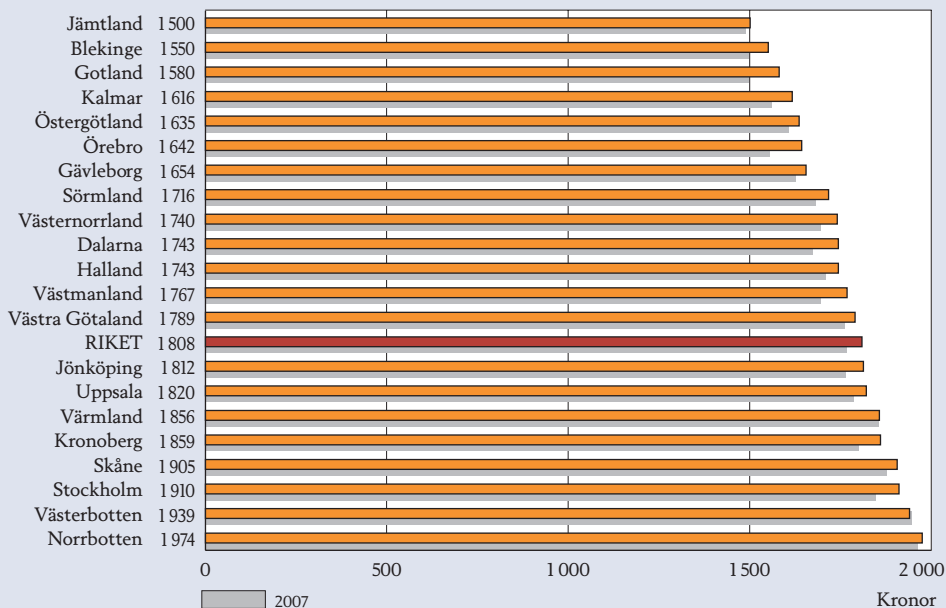


Diagram 24B

Justerad läkemedelskostnad per invånare, 2008. Avser läkemedel inom förmånen. Kön- och åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kostnadsuppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens sammansättning av åldrar och kön. Däremot har inte gjorts någon justering för att sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, varför detta kan vara en förklaring till kostnadskillnaderna.

25 Kostnad per DRG-poäng

Hittills har kostnader per invånare beskrivits. Ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivå är att relatera kostnaden till mängden prestationer, som mäts med antalet patientkontakter. Ett relevant mått på prestationer måste vikta vårdkontaktarna, så att hänsyn tas till att resurskraven skiljer sig markant mellan olika sjukdomstillstånd och åtgärder.

En sådan viktning går att göra för den specialiserade somatiska vården. I Socialstyrelsens patientregister registreras samtliga vårdtillfällen och läkarbesök inom den specialiserade somatiska vården med bland annat uppgifter om patientens diagnos och ålder. Varje vårdtillfälle och läkarbesök kan därför viktas med DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter till större grupper, baserat på dessas medicinska innehåll och resursförbrukning. Underlag för beräkning av DRG-vikterna hämtas från KPP-databasen, som har kostnadsdata för enskilda vårdkontakter med samma uppgifter som i Patientregistret.

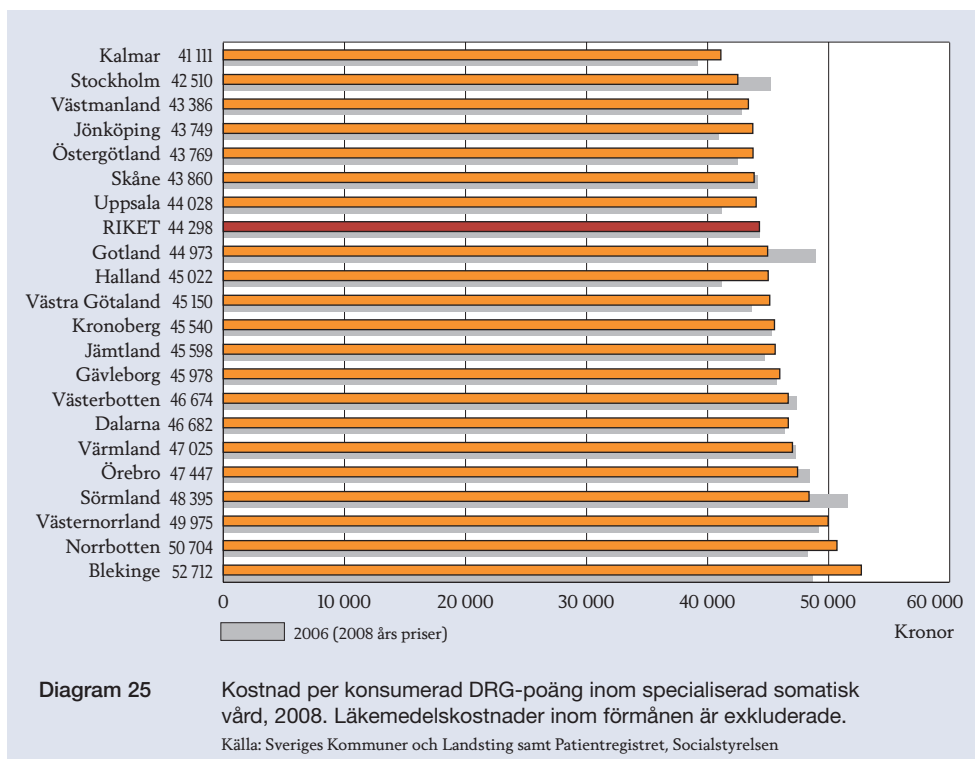
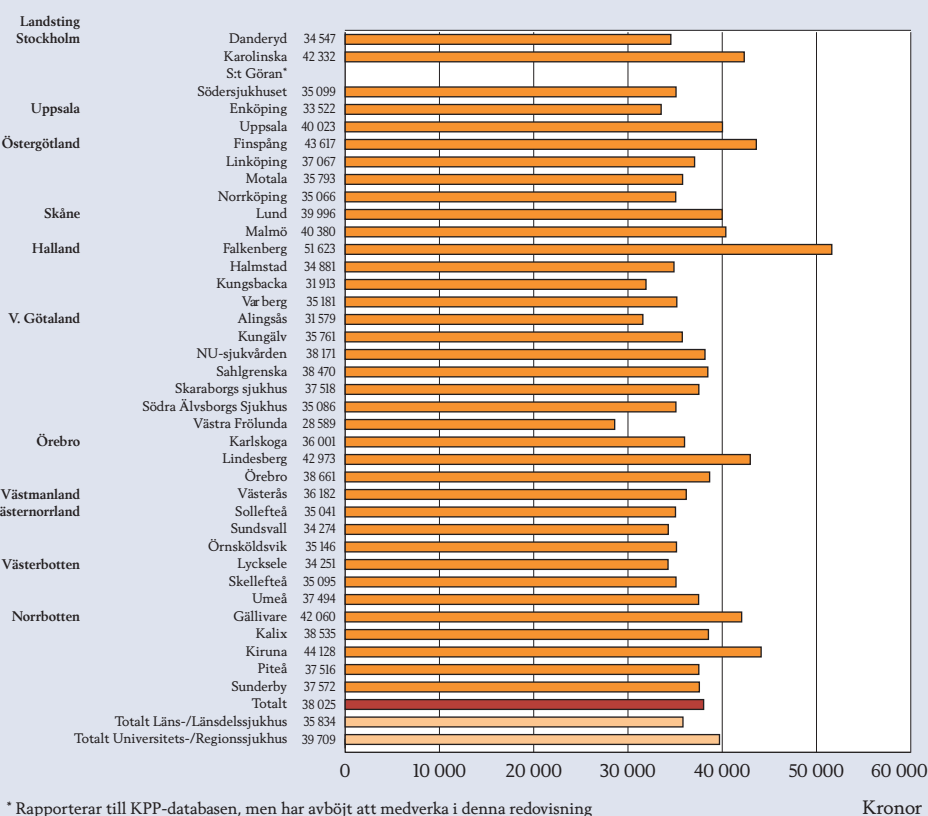


Diagram 25 visar kostnaden per DRG-poäng för den specialiserade somatiska vård som invånarna i respektive landsting fått del av. Det är en indikator på vårdens produktivitet – hur mycket vården presterar i förhållande till vad den kostar. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*. Det bör noteras att det är kostnaden per konsumerad DRG-poäng som återges, oavsett i vilket landsting vården ges. Därför är till exempel Gotlands kostnad per DRG-poäng delvis bestämd av priset för den utomlänsvård som köps från andra landsting.

De uppmätta skillnaderna i kostnad per DRG-poäng mellan landstingen kan delvis bero på mätproblem. Kvaliteten på den primära kodningen av åtgärder och diagnoser skiljer sig fortfarande åt mellan landstingen, framförallt i den öppna vården. Det finns också en strukturell aspekt som inte beaktas. Alla landsting kan inte ha samma kostnader på grund av de geografiska förutsättningarna eller som följd av skilda nivåer på löner och hyror. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning, men inte till andra faktorer.

Kostnadsskillnaderna mellan landstingen är ungefär lika stora mätt på detta sätt som när de mäts med hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Men rangordningen skiljer sig. Kalmar har den lägsta kostnaden per DRG-poäng, det vill säga den högsta produktiviteten, cirka 10 procent över genomsnittet. Även Stockholm har låga kostnader per prestation mätt med DRG-poäng. Att kostnaderna inte ham-



* Rapporterar till KPP-databasen, men har avböjt att medverka i denna redovisning

Diagram 25A Kostnad per producerad DRG-poäng i slutna somatisk vård, 2008.

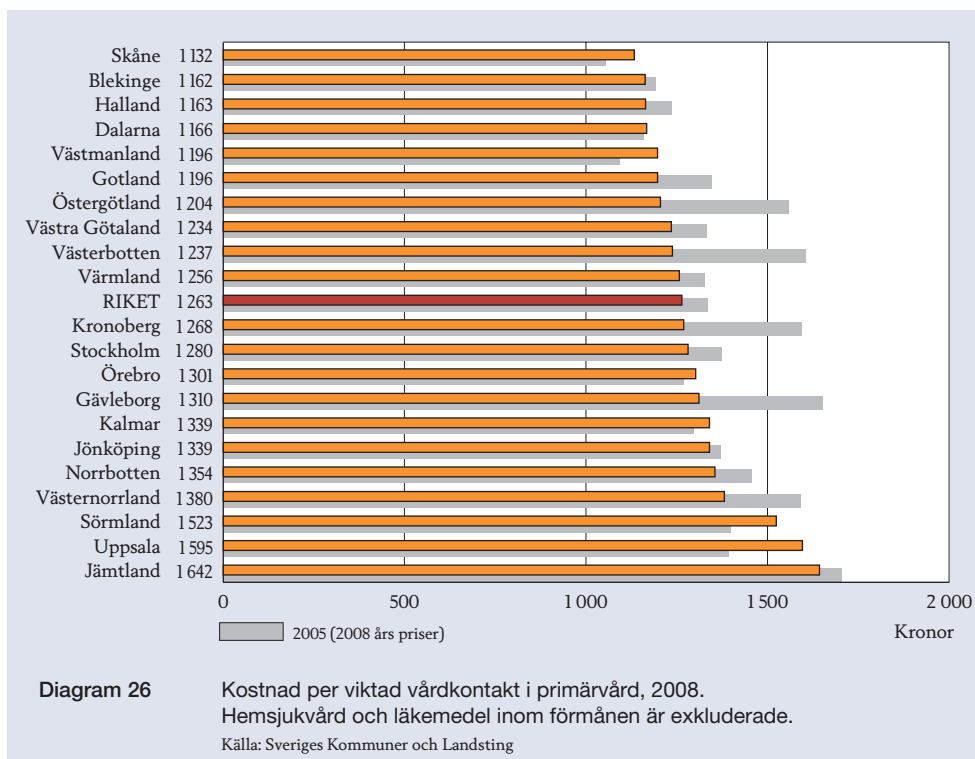
Sjukhus Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

nar lägst i dessa landsting beror på att vårdkonsumtionen (DRG-poäng per invånare) är förhållandevis hög. Östergötland har både låga kostnader per DRG-poäng och en låg vårdkonsumtion, vilket bidrar till deras låga totalkostnader. Motsatsen gäller för Gotland.

I diagram 25 visas även kostnaden per prestation för jämförelseåret 2006. För landstingen som helhet har kostnaderna (i fasta priser) mellan 2006 och 2008 ökat i samma grad som prestationerna, mätt med DRG-poäng. Produktiviteten har därför varit i stort sett oförändrad.

Det finns osäkerheter att beakta. En ökning i konsumerade DRG-poäng kan vara teknisk och en följd av att sjukhusen förbättrar sin inrapportering till patientregistret. Detta gäller särskilt för den öppna vården. Härigenom ökar det registrerade "värdet" av konsumtionen, utan att detta motsvaras av ökade kostnader.

För sjukhusen som rapporterar data till KPP-databasen (Kostnad per Patient) visas i diagram 25A kostnaderna per prestation i slutna vård 2008. Här har värdet av pre-



stationerna viktats med hjälp av DRG-systemet. Kostnaderna för ett genomsnittligt slutenvårdstillfälle i KPP-databasen uppgick 2008 till knappt 46 000 kronor. Då ingår alla fall, även de så kallade kostnadsytterfallen. I diagram 25A är dessa exkluderade, vilket gör kostnaderna lägre.

Notera att sjukhusen har olika karaktär. Några är inte akutsjukhus, utan bedriver planerad sluten vård, som till exempel Västra Frölunda, Falkenberg och Kungsbacka. Andra är stora universitetssjukhus, med ett brett vårdutbud.

Ett särskilt problem när bara kostnader per prestation i slutenvård ingår, är att kostnaderna måste fördelas mellan öppen och sluten vård på ett likformigt sätt. Om inte detta görs, påverkar dessa redovisningsskillnader den uppmätta produktiviteten. Som i resten av rapporten redovisas sjukhus per landsting, inte rangordnade efter utfall.

26 Kostnad per vårdkontakt i primärvård

För primärvården saknas en motsvarighet till DRG-poäng. På nationell nivå registreras besök hos olika personalkategorier, men inte uppgifter om patientens diagnos, ålder eller liknande. Det går därför inte att vikta prestationerna på samma sätt som för den specialiserade somatiska vården.

I diagram 26 har vårdkontaktarna viktats med hänsyn till typen av kontakt, vilken personalkategori som är involverad och i vilken delverksamhet inom primärvården kontakten redovisas. Det sammanvägda antalet besök har därefter relaterats till kostnaden för primärvård i respektive landsting.

Kostnad per vårdkontakt kan vara stöd vid analys av kostnaden för primärvården i ett landsting. Exempelvis kan den höga primärvårdskostnaden i Jämtland till stor del förklaras av att genomsnittskostnaden per vårdkontakt är hög, inte av att mängden konsumerad vård är hög. För Norrbotten gäller däremot att det är mängden vårdkontakter som bidrar till höga kostnader, eftersom kostnaden per vårdkontakt inte är påfallande hög samtidigt som primärvårdskostnaden per invånare är relativt hög. Motsvarande skillnad finns mellan Sörmland (hög kostnad per vårdkontakt) och Östergötland (låg kostnad per vårdkontakt) som båda har genomsnittliga totala primärvårdskostnader.

Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt *God vård*.

Områdesvisa indikatorer

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

Inom detta område redovisas sju indikatorer. Alla indikatorer utom två fanns med i förra årets rapport och har försetts med uppdaterade uppgifter. De två nya indikatorerna är kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet och kostnaden per förlossning. För de flesta av de medicinska indikatorerna anges i årets rapport värden även för en tidigare mätperiod, så att jämförelse över tid kan göras.

Källan till indikatorn om kostnader för förlossningar är KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL, medan uppgifterna om aborter kommer från Socialstyrelsens abortstatistik. Övriga indikatorer har Medicinska Födelseregistret, MFR, som källa. Till MFR rapporteras en rad uppgifter om graviditet och förlossningar. Registret innehåller data om i stort sett samtliga förlossningar i Sverige.

För några av indikatorerna gäller att utfallen kan bero på förhållanden som är svårpåverkbara för hälso- och sjukvården. För andra är kopplingen till vårdprocessen och variationer i denna tydligare. Viss variation i diagnossättning mellan olika sjukhus och landsting kan förekomma, vilket i någon mån kan påverka utfallen.

27 Tidiga aborter

År 2008 gjordes totalt drygt 38 000 aborter, vilket är en ökning jämfört med år 2007. Av dessa utfördes 28 820 före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, vilket innebär att andelen tidiga aborter har ökat med nästan två procent jämfört med år 2007. Tidig abort är säkrare. Det är ovanligt med komplikationer vid abort, men risken ökar med graviditetslängden. Det är därför viktigt att minimera väntetiderna till abort.

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

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

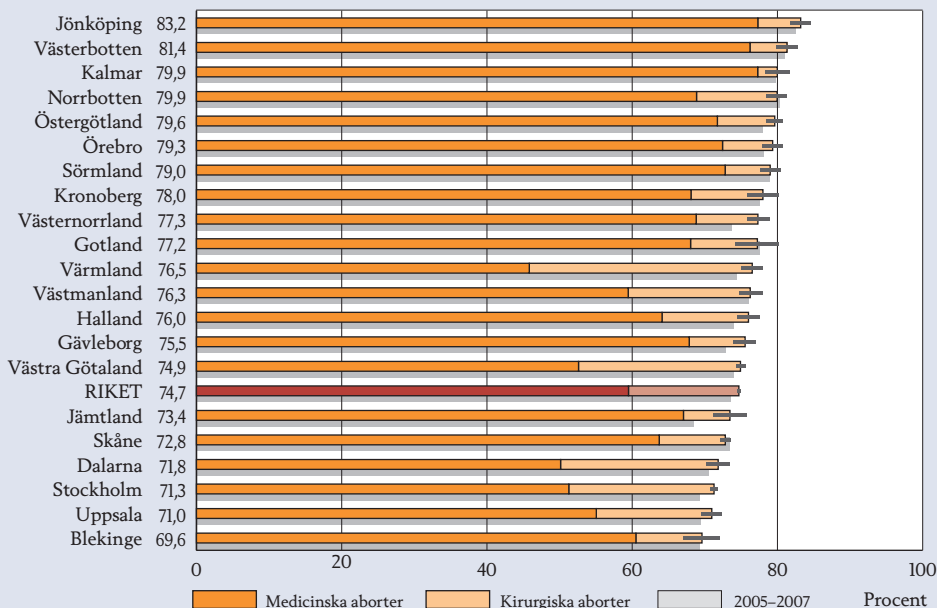


Diagram 27
Kvinnor

Andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor med fördelning på medicinska och kirurgiska, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Abortstatistik, Socialstyrelsen

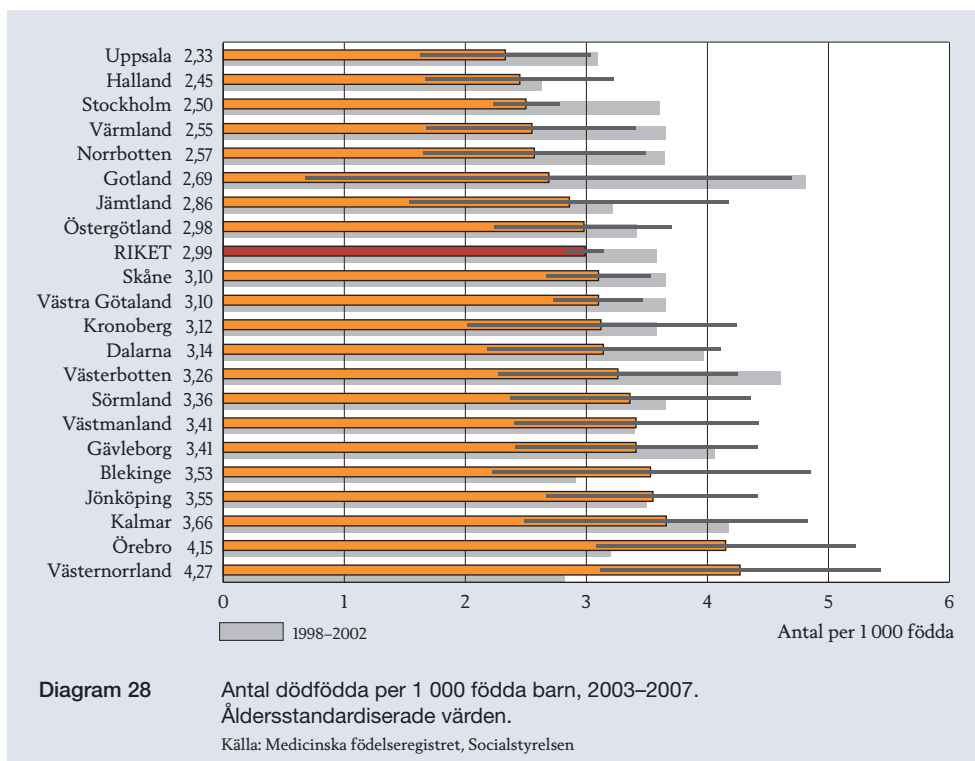
Medicinsk abort kan utföras direkt efter positivt graviditetstest, medan kirurgisk abort sällan utförs före graviditetsvecka 7. I Sverige utförs under senare år över hälften av alla aborter med medicinsk metod.

Diagram 27 visar andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor, fördelat på kirurgiska respektive medicinska metoder, för perioden 2006–2008. I genomsnitt var 75 procent av alla aborter tidiga, med en variation mellan landstingen från 70 till 83 procent. Av de tidiga aborterna utfördes majoriteten medicinskt, men med stor variation mellan landstingen. De landsting som har störst andel tidiga aborter har också en mycket stor andel medicinska aborter.

28 Dödfödda

Dödföddhet definieras till och med juni 2008 som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e fullgångna graviditetsveckan. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka och/eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10–15 procent av fallen.

Varje år framföds i Sverige 300–400 dödfödda barn. Sedan 1970 har andelen dödfödda mer än halverats. En faktor som kan komma att öka antalet dödfödda barn



är att mammorna blir allt äldre. Kvinnor i åldern 35 år och äldre har en ökad risk, jämfört med kvinnor mellan 20 och 34 år. Även förstföderskor har en större risk att framföda dödfödda barn.

Rökning och övervikt hos modern tillhör de viktigaste kända förebyggbara riskfaktorerna för så kallad intrauterin fosterdöd, att fostret dör i livmodern. Mödrahälsovården bör genom övervakning och regelbundna kontroller minska riskerna genom tidiga åtgärder. Enligt de jämförelser WHO Europa har gjort har Sverige en mycket låg andel dödfödda.

I diagram 28 redovisas antal dödfödda per 1 000 födda, under perioden 2003–2007. I riket som helhet var antalet dödfödda 3,0 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 2,3 till 4,3 dödfödda barn per 1 000 födda. För flera landsting redovisas minskningar av antalet dödfödda, i jämförelse med den tidigare perioden som redovisas med skuggad stapel. Ur diagrammet kan utläsas att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små.

29 Neonatal dödlighet

Neonatal dödlighet definieras som det antal barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen. Nivån på den neonatala dödligheten kan vara en effekt av både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet. Över tid har i Sverige den

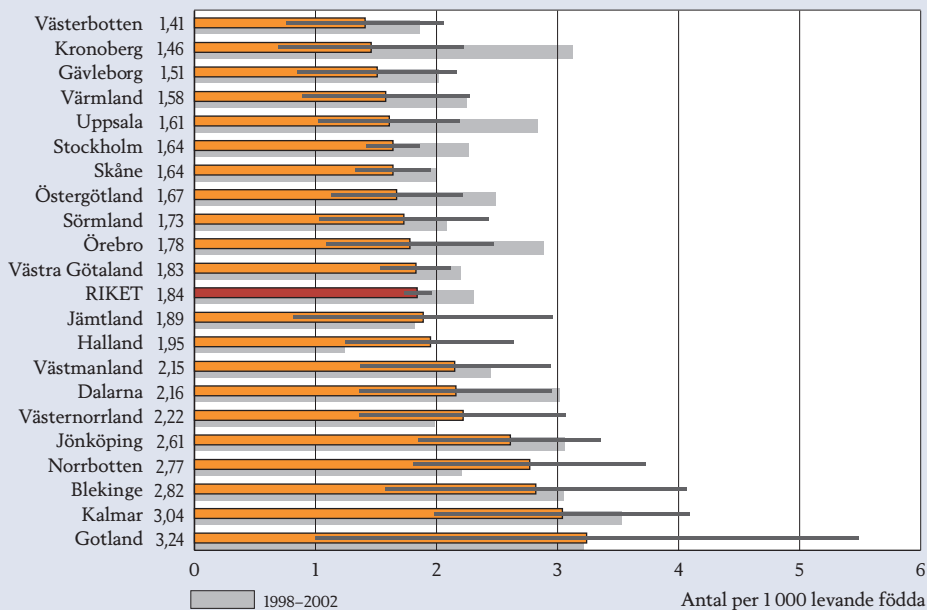


Diagram 29

Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn, 2003–2007. Åldersstandardiserade värden
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

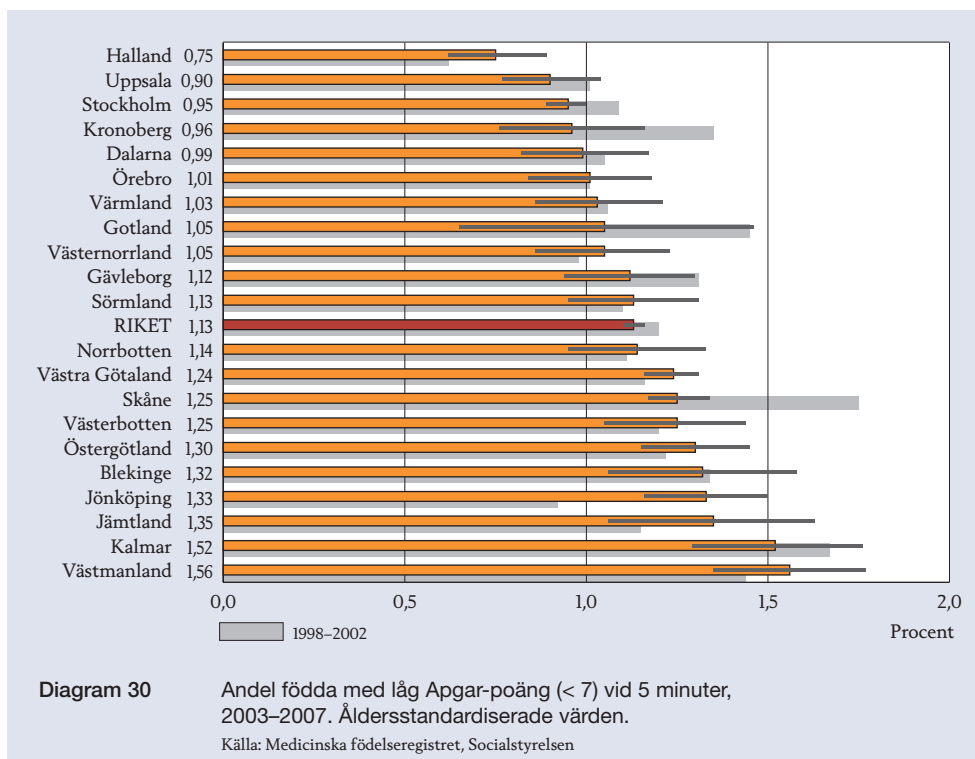
neonatala dödligheten minskat, från nivåer på över 5 barn per 1 000 levande födda i början av 1980-talet till mellan 1,4 och 2,1 barn per 1 000 levande födda för de år som här redovisas.

Den neonatala dödligheten är låg i Sverige, i en europeisk jämförelse. Enligt WHO Europas sammanställningar hamnar Sverige bland de fem länder som har den lägsta neonatala dödligheten under början av 2000-talet.

I diagram 29 redovisas antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda, under perioden 2003–2007. I riket som helhet avled 1,8 barn per 1 000 levande födda, vilket motsvarar cirka 190 barn per år. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 1,4 till 3,2. Den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små.

30 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Högsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är tio. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under sju poäng vid fem minuter.



Flera faktorer rörande förlossning kan leda till låg Apgar-poäng vid fem minuter. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuter.

Det är önskvärt att ha en så liten andel barn födda med låg Apgar-poäng som möjligt. För riket som helhet är andelen strax över en procent under den studerade perioden 2003–2007. Bland landstingen varierade andelen barn med låg Apgar-poäng mellan 0,75 och 1,56 procent.

31 Bristningar vid förlossning

Perinealbristning är en under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Kända riskfaktorer för perinealbristning är att kvinnan är förstföderska, bär på ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka.

Inom förlossningsvården har andelen perinealbristningar ökat under de två senaste decennierna. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna.

Perinealbristningar kategoriseras efter hur stor skada som skett, i en skala där grad III och IV utgör de mera omfattande bristningarna. Perinealbristningar av grad III

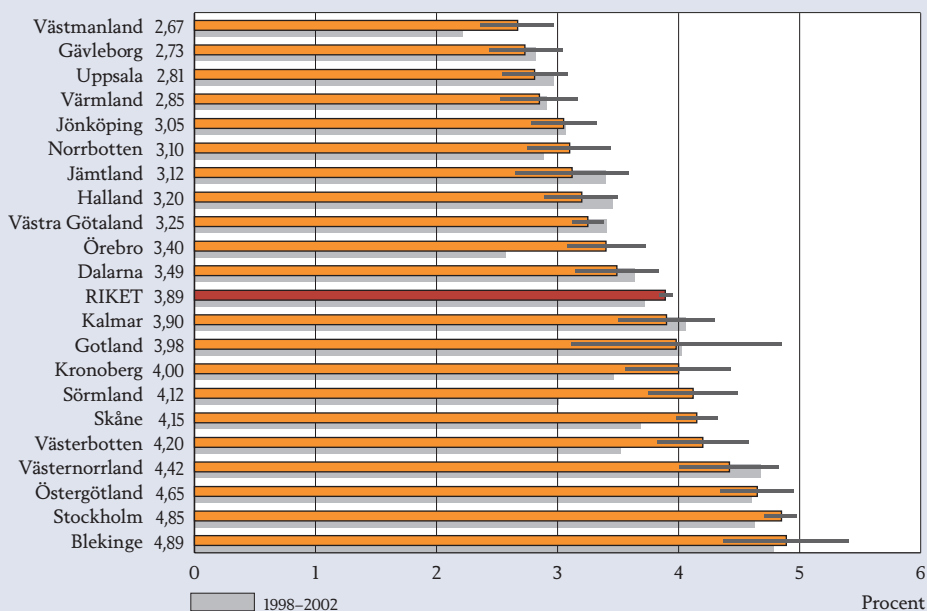


Diagram 31 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.
Kvinnor Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen

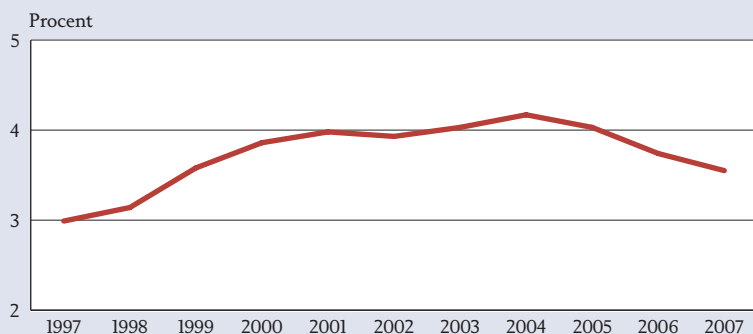
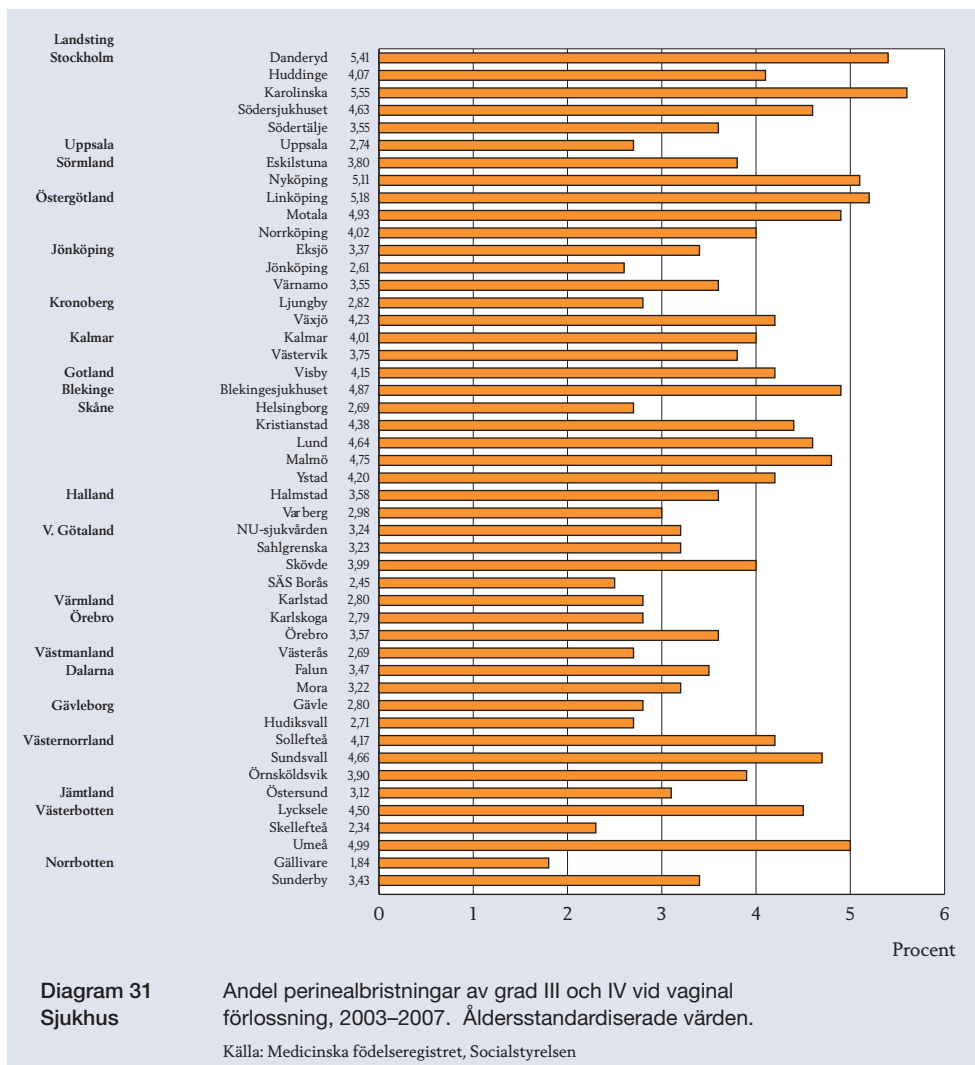


Diagram 31 Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning. Åldersstandardiserade värden.
Riket Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen

och IV sys i allmänhet på operationsavdelning, oftast under ryggmärgsbedövning. De flesta perinealbristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Trots detta kan skadan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande med oro för inkontinens, sexuell funktion och framtida graviditeter. De komplikationer som kan vara bestående är till exempel smärtor i mellangården, smärta vid samlag och avföringsinkontinens.



I riket som helhet medför knappt fyra procent av de vaginala förlossningarna bristningar av grad III och IV. Detta innebär att över 3 000 kvinnor årligen drabbas. Bland landstingen varierade andelen perinealbristningar mellan 2,7 och 4,9 procent under den studerade perioden 2003–2007.

Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen perinealbristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

32 Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt ökar i Sverige. År 1990 var andelen kejsarsnitt 10,6 procent och år 2007 17,5 procent. Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar. Kejsarsnittsfrekvensen kan därmed inte direkt ses som ett kvalitetsmått för mödrahälso- och

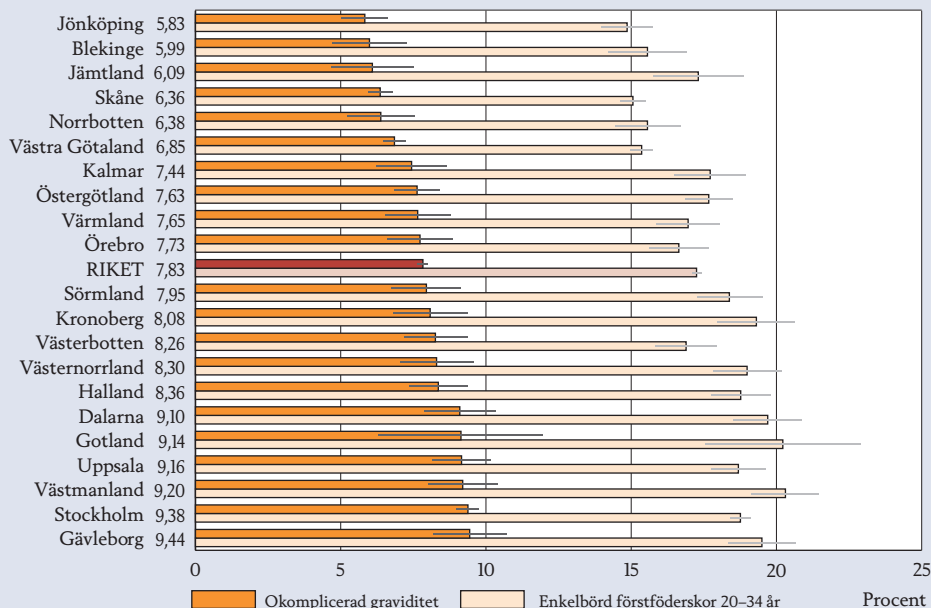


Diagram 32
Kvinnor

Andel kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet respektive vid samtliga förlossningar i enkelbörd i åldrarna 20–34 år, 2003–2007.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

förlossningsvård. Däremot innebär en ökad förekomst av kejsarsnitt utan medicinsk indikation att kostnaderna för förlossningar ökar. Både kostnadsaspekten och variationen i medicinsk praxis mellan olika sjukhus och landsting gör frågeställningen intressant.

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

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

I diagram 32 visas två staplar. Den kortare avser andelen kejsarsnitt hos förstföderskor utan riskfaktorer vid okomplicerad graviditet. Till den här gruppen räknas kvinnor i åldern 20–34 år med BMI under 30, som var sammanboende med barnafadern och som varken röker eller snusar. Mödrar med allvarliga sjukdomar, till exempel diabetes eller njursjukdomar, som kan inverka på graviditeten har uteslutits ur jämförelsen. Detsamma gäller graviditeter där olika komplikationer uppträtt. Även ytterligare exkluderingar har gjorts i syfte att avgränsa de okomplicerade graviditeterna och förlossningarna. Både planerade och akuta kejsarsnitt är inkluderade i statistiken. För detaljer – se vidare *Bilaga I Indikatorbeskrivningar*.

Det är framförallt i denna kategori förlossningar som man ur medicinsk synvinkel bör förvänta sig att kejsarsnittet är få. I riket var kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen 7,8 procent 2003–2007, vilket motsvarar drygt 7 000 förlossningar under hela perioden. Frekvensen uppgick till 7,5 procent under perioden 1998–2002.

Den längre stapeln i diagrammet visar andelen kejsarsnitt hos alla förstföderskor i en betydligt större jämförelsepopulation. I den gruppen har enkelbördsförlossningar hos förstföderskor i åldern 20–34 år inkluderats. Kejsarsnittsfrekvensen för den här gruppen låg på 17,3 procent i riket 2003–2007 mot 16,3 procent 1998–2002.

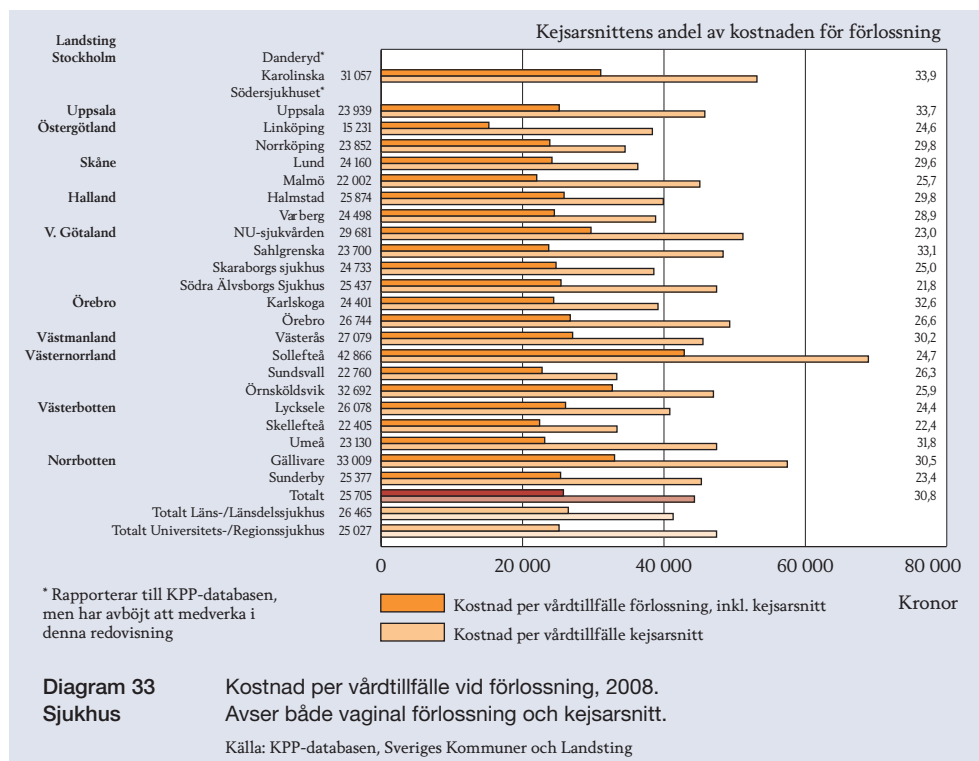
33 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och för de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till detta.

Kostnader för kontroll- och uppföljningsbesök samt läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som här redovisas. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att vi vill visa en ”normal” genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen.

I diagram 33 visas de till KPP-databasen rapporterade kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård inom DRG 370–373, för dels samtliga förlossningar, dels för enbart kejsarsnitt. Kostnader för 73 565 förlossningar vid 25 sjukhus eller sjukhusgrupper rapporterades till KPP-databasen 2008. Antalet förlossningar per sjukhus varierade stort, från knappt 200 till över 9 000.

KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2008 till 25 705 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från drygt 15 000 kronor till knappt 43 000. Kostnadsskillnaderna kan inte förklaras enbart av medelvårdtiden, som ligger på två till drygt tre dagar för alla sjukhusen. En faktor som påverkar kostnaderna är andelen kejsarsnitt. Kejsarsnitt utförs på operationssal och är bland annat därför mer resurskrävande. Kejsarsnittet kostade i genomsnitt drygt 44 000 kr, medan de vaginala förlossningarna kostade knappt 22 000 kronor i genomsnitt. Andelen kejsarsnitt vid sjukhusen varierade från 12 till



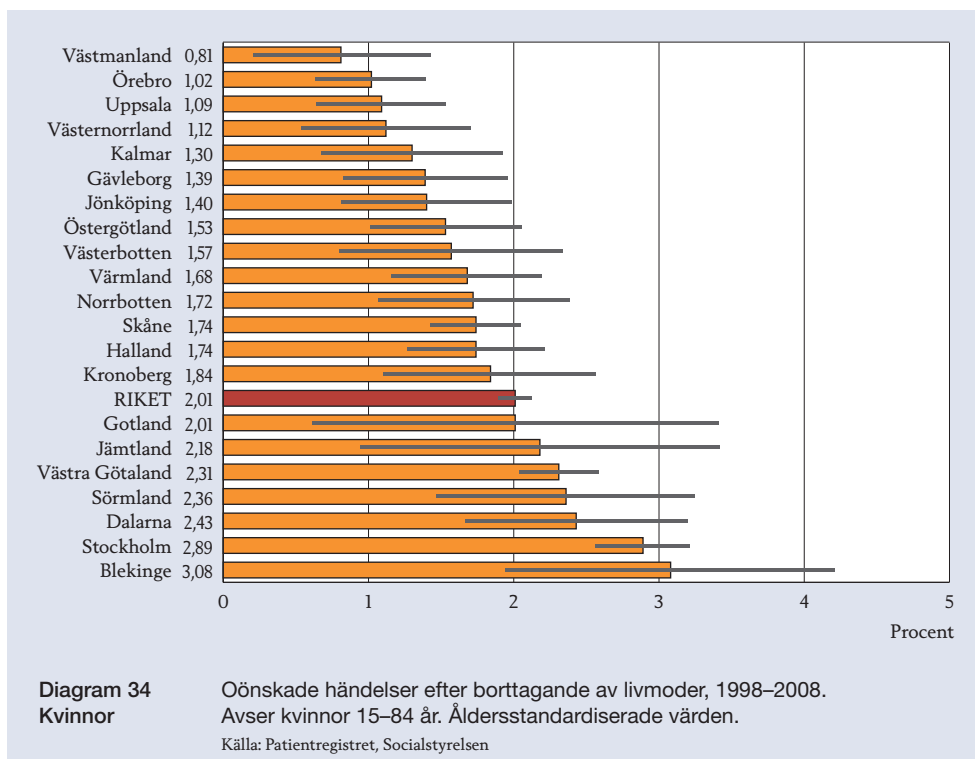
26 procent. Kejsarsnittens andel av de totala kostnaderna för förlossningar visas till höger i diagrammet.

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

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna.

KVINNOSJUKVÅRD

Under denna rubrik redovisas fem indikatorer som speglar flera olika aspekter av kvalitet och effektivitet. En avser komplikationer efter operation och fokuserar på medicinsk kvalitet. En andra indikator beskriver användningen av slutenvård för en operation som i många fall kan utföras som dagkirurgi. Vidare visas kostnaderna för en vanlig gynekologisk operation och två indikatorer avser tillgänglighet till gynekologisk operation och mottagning.

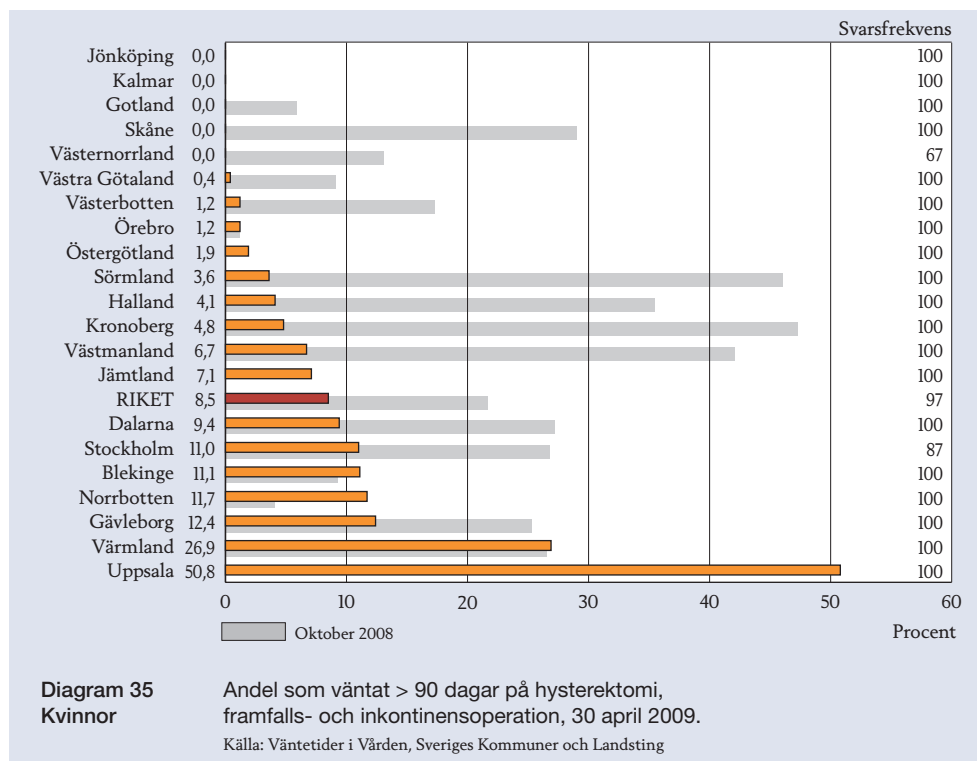


34 Önsktade händelser efter borttagande av livmoder

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort och är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Som vid alla kirurgiska ingrepp, finns det vid hysterektomi risk för postoperativ infektion eller annan komplikation och att patienten därmed kan behöva återinläggas på sjukhus för behandling. Andelen som återinskrivs är en patientsäkerhetsindikator för kvinnosjukvården. Alla återinskrivningar kan inte tillmätas det enskilda sjukhuset, men måttet pekar på sjukhusens ansvar för att förebygga infektioner, en välplanerad utskrivning och att det finns en primärvård som tar över efter utskrivning.

Indikatorn visar återinläggning hos de kvinnor som opererat bort livmodern med benign indikation, det vill säga utan cancerdiagnos. Den vanligaste orsaken till denna operation är myom (godartad muskelknuta) i livmodern, framfall samt riklig blödning i samband med menstruation, där läkemedelsbehandling ej räcker till. Hysterektomi i samband med förlossning eller med skadediagnos ingår inte i denna jämförelse.

Cirka 55 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation som opererades under åren 1998 till 2008 studerades. De följdes upp avseende återinläggning på grund av komplikationer inom 28 dagar. De komplikationer som inkluderades var postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen samt urinretention. Den



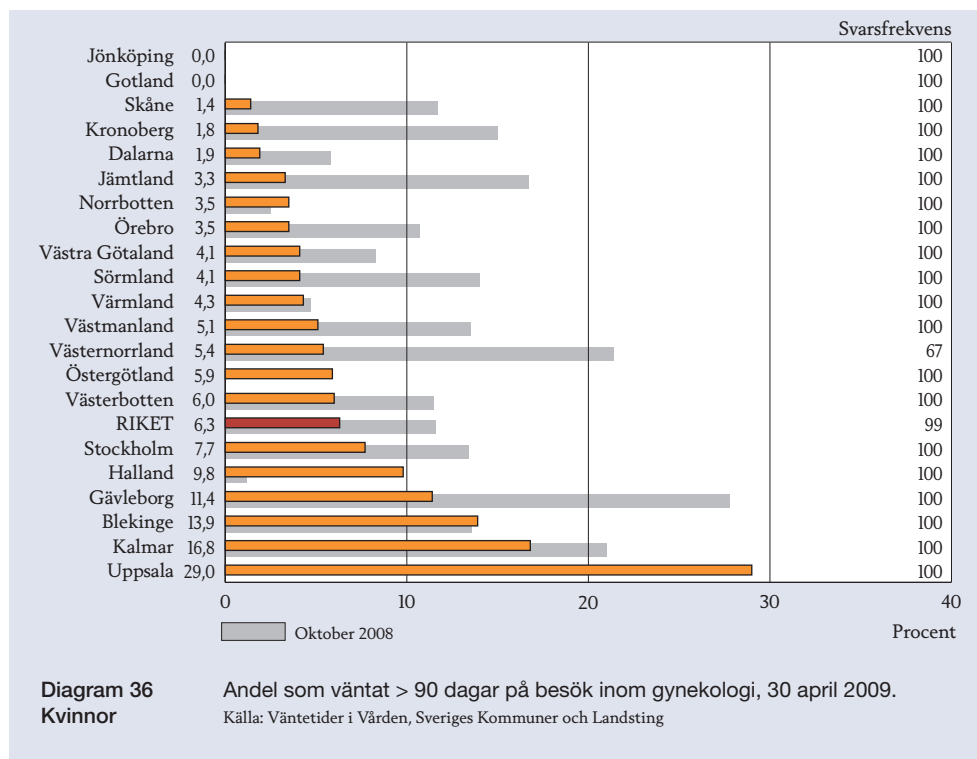
helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för hela 84 procent av de återinskrivna.

I riket återinskrivs två procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation. Andelen varierade från en till tre procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Indikatorn formulerades och användes först i Kanada (Canadian Institute of Health Information). Man fann där en återinskrivning till sjukhusvård på en nivå som varierar mellan 1,0 och 1,2 procent under senare år. De svenska resultaten förefaller ligga på en något högre nivå. Under de studerade åren varierade andelen återinskrivna från 1,6 till 2,5 procent.

35, 36 Väntat > 90 dagar – gynekologiska operationer och besök

Tre vanliga gynekologiska operationer ingår i redovisningen i diagram 35: Framfallsoperation, hysterektomi (borttagande av livmoder) och inkontinensoperation. En klar förbättring av andelen som väntat längre än 90 dagar har skett mellan de båda mätperioderna, med en minskning från 22 till 9 procent. I vissa landsting redovisas mycket stora minskningar. Flera landsting hade i april 2009 inga patienter som väntat för länge, enligt vårdgarantins intentioner.

För besök på gynekologisk mottagning har i riket som helhet skett en halvering av andelen patienter som väntat för länge, mellan de båda mätperioder som redovisas



i diagram 36. Flera landsting kan redovisa ännu större minskningar. Två landsting, Gotland och Jönköping, hade i april 2009 inga patienter som väntat längre än 90 dagar.

I väntetidsrapporteringen finns en kategori patienter som självvalt väntar. Dessa ingår inte i beräkningen av andelen som väntat längre än 90 dagar. Mellan oktober 2008 och april 2009 har en ökning av antalet med patientvald väntan skett, både för besök och för behandling. SKL genomför hösten 2009 en särskild uppföljning av väntetiderna för denna patientgrupp och av orsakerna till ökningen.

37 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

År 2008 opererades närmare 6 000 kvinnor för livmoderframfall. Operationen kan göras som dagkirurgi om man har möjlighet till postoperativ övervakning tillräckligt antal timmar och det finns tillgång till slutenvårdsresurser, som tas i anspråk vid behov. Diagnosen prolaps (framfall) är bred och kan avse helt olika svårighetsgrader. Även operationen kan spänna från att vara en enkel standardoperation till ett komplicerat ingrepp.

De olikartade svårighetsgraderna, patientens ålder och allmäntillstånd är alla faktorer som påverkar vårdtidens längd och hur stor andel av operationerna som sker utan inskrivning i slutenvård, således i dagkirurgi. Men det finns även andra aspek-

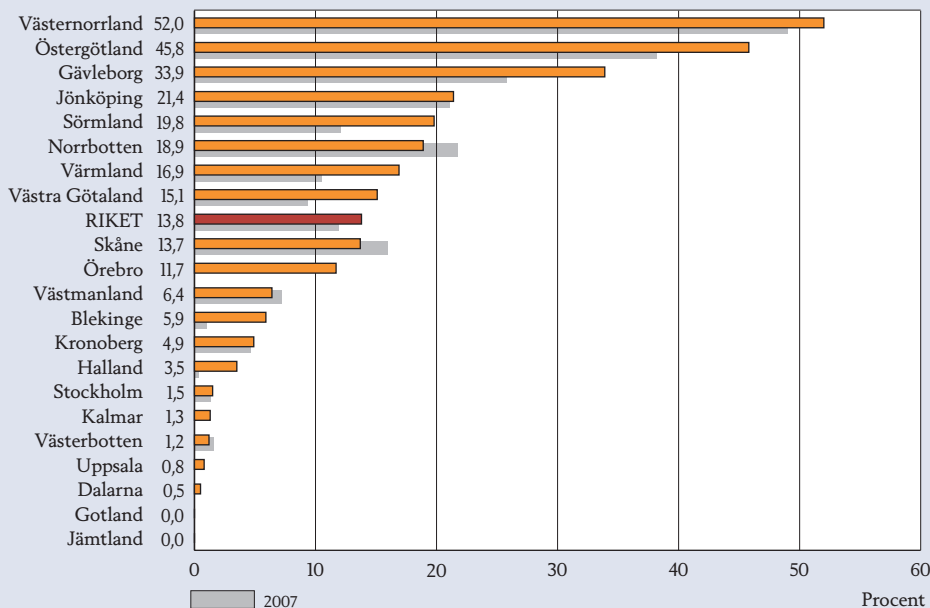


Diagram 37 Andel framfallsoperationer utförda i dagkirurgi, 2008.
Kvinnor Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

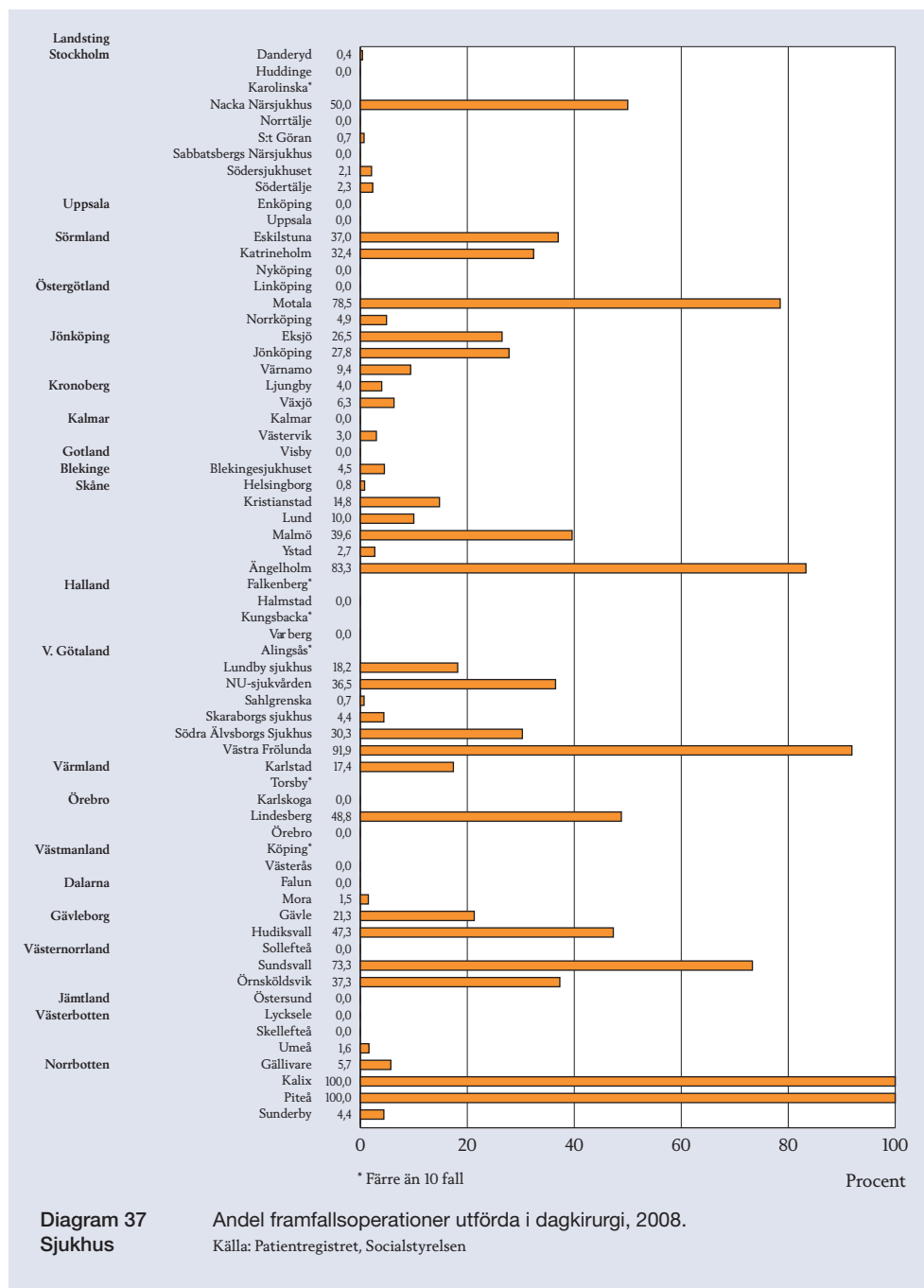
ter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade, vilket framgår av de stora variationerna i diagrammet.

Det finns ingen orsak att tro att kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting. Andelarna operationer utförda i dagkirurgi varierar så markant att man utan vidare kan sluta sig till att lokala traditioner och kulturer spelar en betydande roll. Ett landsting utför drygt 50 procent i dagkirurgi, medan i andra landsting operationerna i princip utförs uteslutande inom slutenvården. Mycket talar för att de landsting som har en hög slutenvårdsandel kan minska sina kostnader för dessa operationer, utan att kvaliteten försämras.

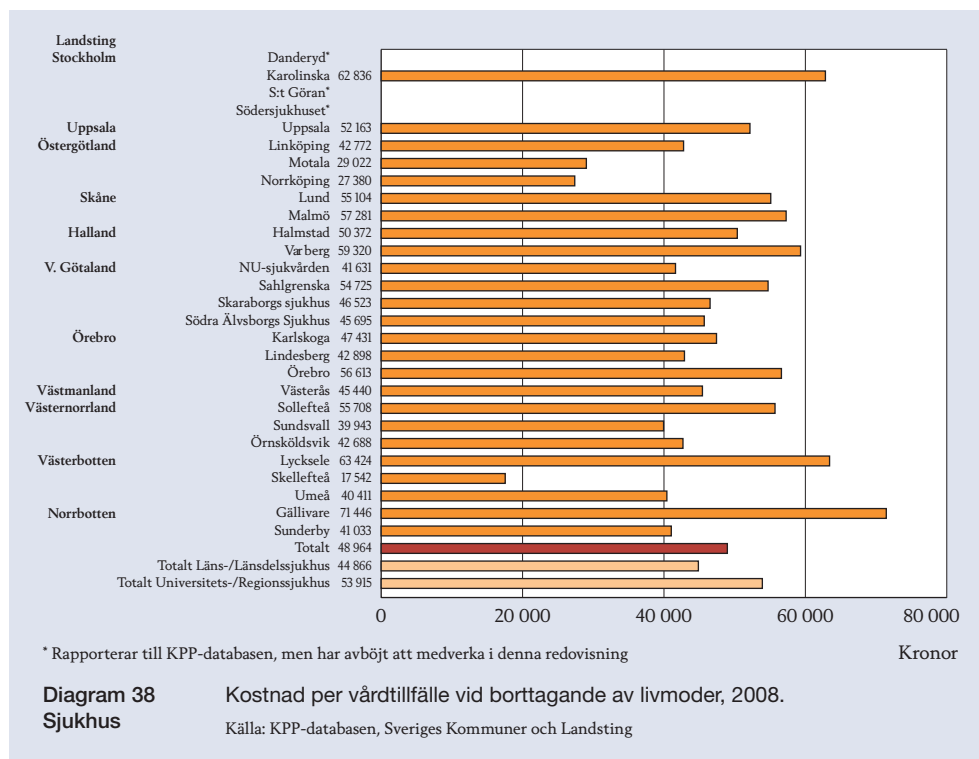
38 Kostnad per vårdtillfälle vid hysterektomi

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning kan knytas till detta.

Kostnader för eventuella efterföljande uppföljningsbesök och kostnader för läkemedel i öppen vård ingår inte i de kostnader som här redovisas. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för att bara redovisa innerfall är att vi vill visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen.



I diagram 38 visas de till KPP-databasen rapporterade kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för hysterektomi, borttagande av livmoder. Patientgruppen och operationen är densamma som den för vilken önskade händelser redovisades i diagram 34. I KPP-databasen 2008 finns det 5 551 vårdtillfällen med åtgärds-koden för hys-



terektomi. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2008 till 48 964 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen. Medelvårdtiden är 4,5 dagar, men varierar mellan sjukhusen från 1–3 dagar till 6–7 dagar, vilket antyder att det finns olikheter i hur sjukhusen bedriver denna vård.

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

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna.

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

Sjukdomar och besvär i rörelseorganen är i Sverige den vanligaste anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning. En tredjedel av all ohälsa och sjukfrånvaro i Sverige beror på rörelseorganens sjukdomar och kostar därför samhället stora summor årligen. Sjukskrivning på grund av artros belastar sjukförsäkringssystemet med 1,4 miljarder kronor per år.

Artros är, enligt en WHO-utredning (The Global Burden of Disease, 1997), en folksjukdom i världens I-länder. Artros är den näst vanligaste sjukdomen hos kvinnor äldre än 60 år och den fjärde vanligaste hos män i samma åldersgrupp. Man bedömer att det finns cirka 90 000 personer i Sverige som lever med inflammatorisk ledsjukdom, av vilka cirka 45 000 har reumatoid artrit. Reumatoid artrit är en svår, ofta livslång handikappande sjukdom som främst drabbar kvinnor och som ger sämre hälsorelaterad livskvalitet och förkortad livslängd.

Inom området *Rörelseorganens sjukdomar* redovisas 15 indikatorer inom reumatologi och ortopedi. Specialiteterna är överlappande och behandlar inte sällan samma patienter. Två avser reumatisk vård och 13 indikatorer ortopedisk sjukvård. De senare har data från olika ortopediska Nationella Kvalitetsregister, Patientregistret och Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen samt Väntetider i Vården och KPP-databasen på SKL.

Indikatorerna belyser vanliga och ur ett samhällsperspektiv resurskrävande sjukdomar och behandlingar: Knä- och höftproteskirurgi, höftfraktur, läkemedelsbehandling efter benskörhetsfraktur och även tillgänglighet och kostnader för några standardoperationer. Inom dessa sjukdomsgrupper utförs sammantaget drygt 80 000 operationer årligen.

De två indikatorerna om reumatisk vård har Svensk Reumatologis Kvalitetsregister som källa. Indikatorerna avser inte alla typer av inflammatorisk ledsjukdom, utan är begränsade till gruppen som fått diagnosen reumatoid artrit.

39 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

Artros i knäleden är relativt ovanligt före 50 års ålder men blir vanligare med stigande ålder. Kvinnor drabbas av knäledsartros betydligt oftare än män, särskilt bland äldre personer. Under 2007 utfördes 11 100 knäprotesoperationer på 78 kliniker. Kvinnor svarade för drygt 60 procent av dessa.

De uppgifter som redovisas här är hämtade från Svenska Knäprotesregistret, som är Sveriges äldsta Nationella Kvalitetsregister och har en täckningsgrad på över 95 procent. Alla knäprotesopererande enheter från alla landsting ingår i registret. Kliniker lokaliserade inom ett visst landsting redovisas under detta, oavsett varifrån patienten kommer.

Indikatorn avser total knäprotesoperation vid artros, operationer utförda under perioden 1998–2007. Antalet operationer under denna period var drygt 65 000. I diagram 39 redovisas andelen knäproteser som inte är reviderade (utbytesoperation) inom 10 år, oavsett vilken orsaken till detta är. Analysen är gjord med så kallad Kaplan-Meierstatistik, och beskriver hur många knäproteser av 100 som finns kvar i patienter som är opererade under den senaste 10-årsperioden och som fortfarande lever tio år efter operationen.

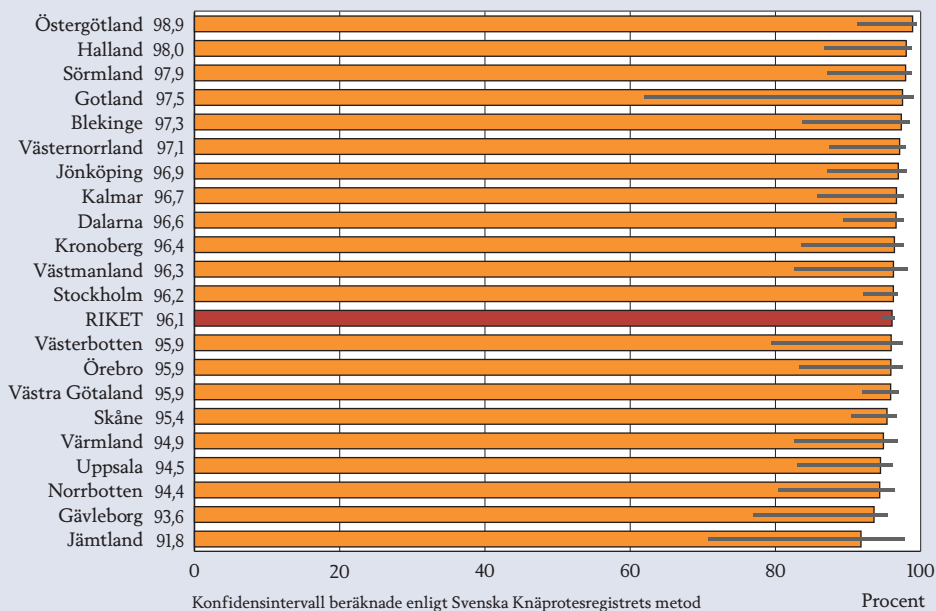


Diagram 39
Kvinnor

Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 1998–2007.

Källa: Svenska Knäprotesregistret

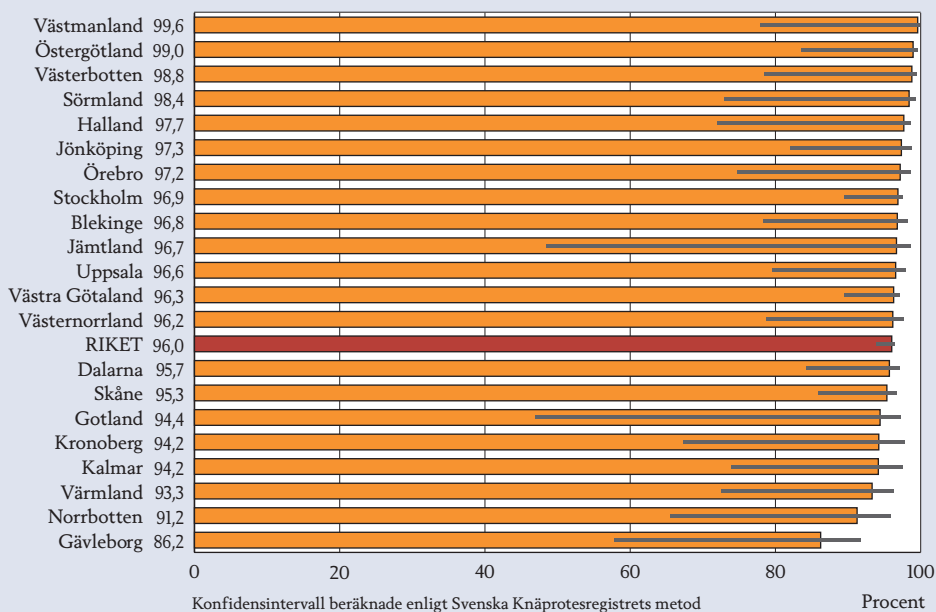


Diagram 39
Män

Andel totala knäproteser som inte omopereras inom 10 år, 1998–2007.

Källa: Svenska Knäprotesregistret

Revision, utbyte av delar av eller hela protesen, kan bero på patientrelaterade faktorer men kan också vara tecken på olyckligt protesval eller kirurgisk teknik. Riksmedelvärdet för perioden var 96 procent, med en spridning mellan landstingen från 98,9 till 91,1 procent. I riket fick således cirka fyra av 100 patienter en ny protes insatt.

Resultaten avser operationer gjorda under den sista 10-årsperioden, vilket medför att utfallet inte bara återspeglar den aktuella situationen. Indikatorn är därför relativt trög, men den är viktig därför att den redovisar långtidsresultaten av denna vanliga typ av ortopedisk kirurgi. Analysmetoden är också den nuvarande internationella standarden för jämförande analyser.

Komplikationstalen är generellt låga, både inom knä- och höftproteskirurgi, vilket gör att slumpmässig variation och varierande patientsammansättning har påverkan på resultaten. Jämförelsen skall därför tolkas med försiktighet. Skillnaden mellan könen är marginell. Resultatet är världsledande när man jämför med andra länder som kan redovisa liknande statistik (de nordiska länderna, Australien och några ytterligare länder).

40 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

Till Svenska Höftprotesregistret rapporterar samtliga berörda kliniker, offentliga som privata. En nyligen genomförd jämförelse med Patientregistret visade att höftprotesregistret på individnivå hade en täckningsgrad på 98 procent verksamhetsåret 2008.

2008 utfördes 14 456 primära totala höftprotesoperationer och 2 066 omoperationer. Flera kvinnor än män opereras. Ungefär 60 procent av operationerna görs på kvinnor.

Ett viktigt kvalitetsmått är hur länge protesen "överlever" efter operationen (Kaplan-Meier statistik). Definition av misslyckande är utbyte av någon del av protesen eller borttagande av hela protesen. Svenska Höftprotesregistret följer sedan länge denna kvalitetsindikator. Uppgifterna här avser 130 000 operationer utförda under senaste 10-årsperioden 1999–2008.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en nästan 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högst rapporterade 10-årsresultat. Landstingens resultat varierar från 87 till 98 procent, för båda könen sammantagna.

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

Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än mäns, med 96 procents protesöverlevnad, mot männens 93 procent. Denna könsskillnad är känd sedan ett

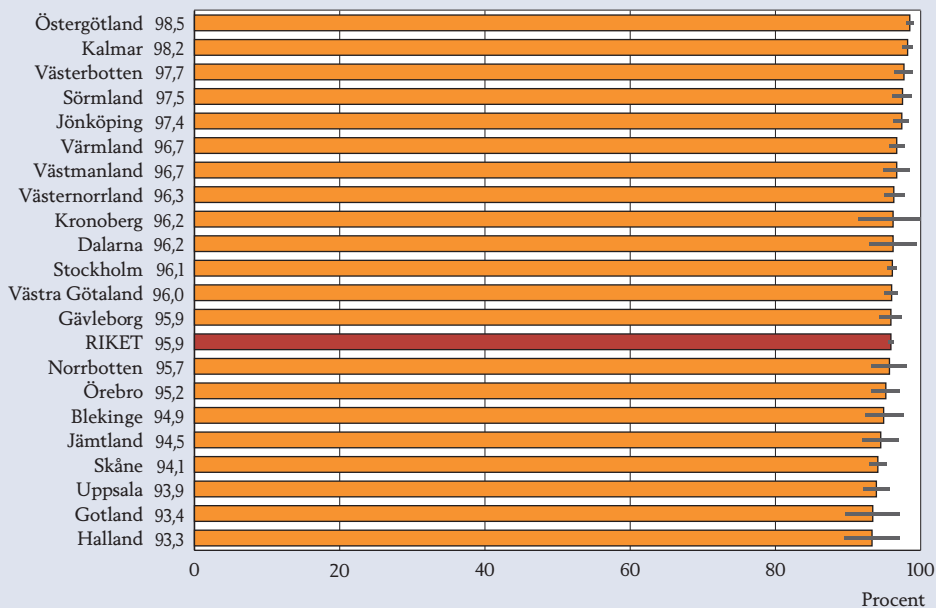


Diagram 40
Kvinnor

Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 1999–2008.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

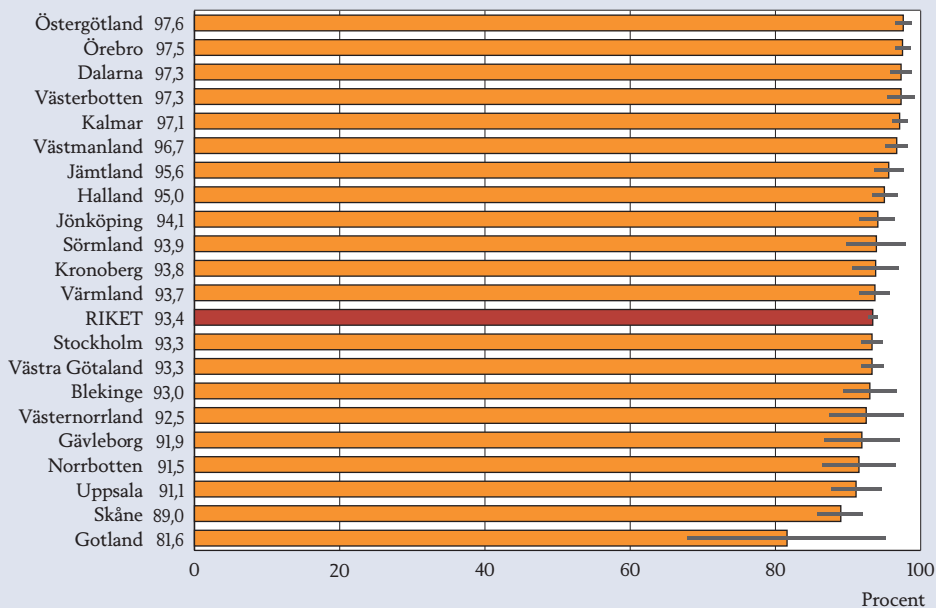


Diagram 40
Män

Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 1999–2008.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

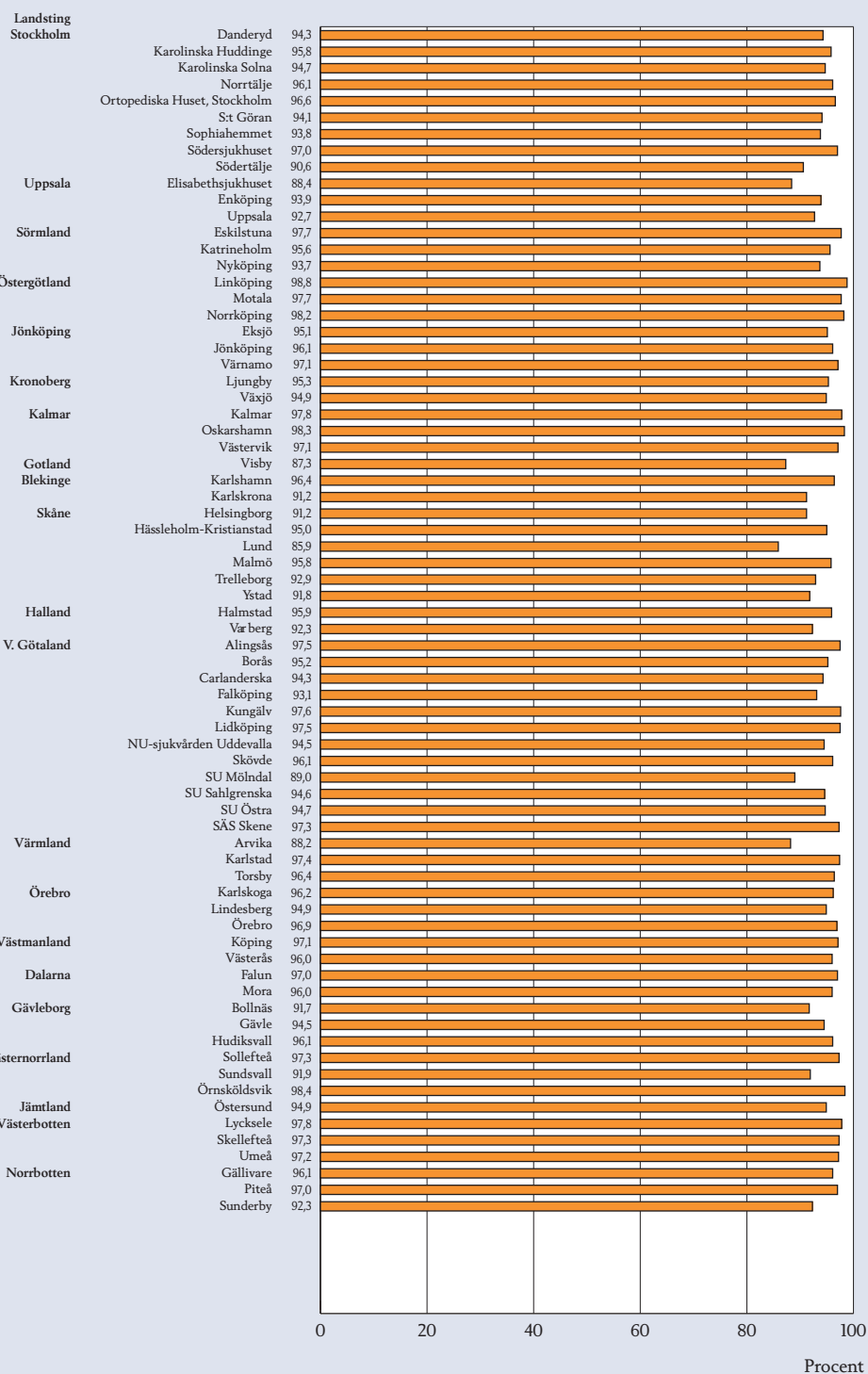


Diagram 40
Sjukhus

Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år, 1999–2008.
Källa: Svenska Höftprotesregistret

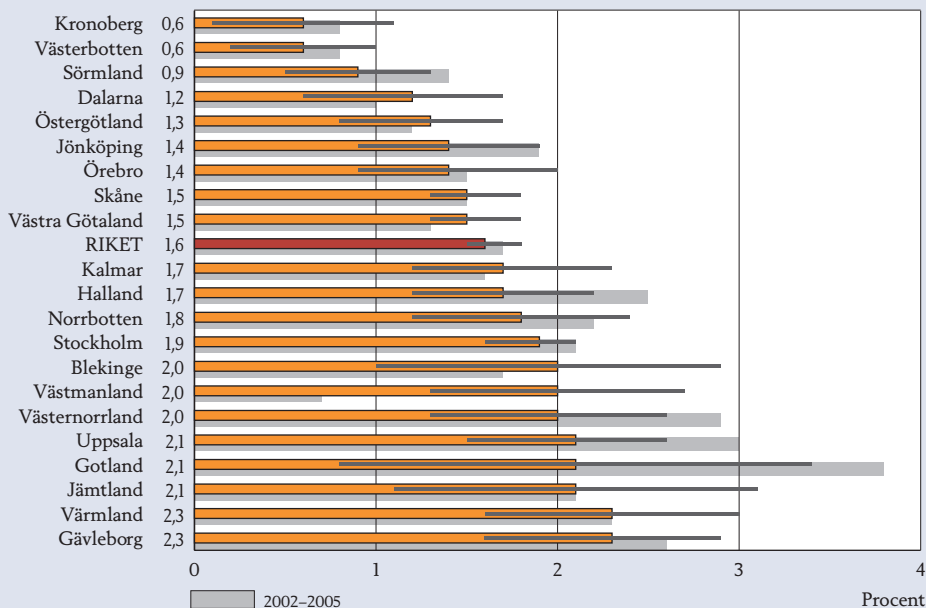


Diagram 41 Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation, 2005–2008.
Källa: Svenska Höftprotosregistret

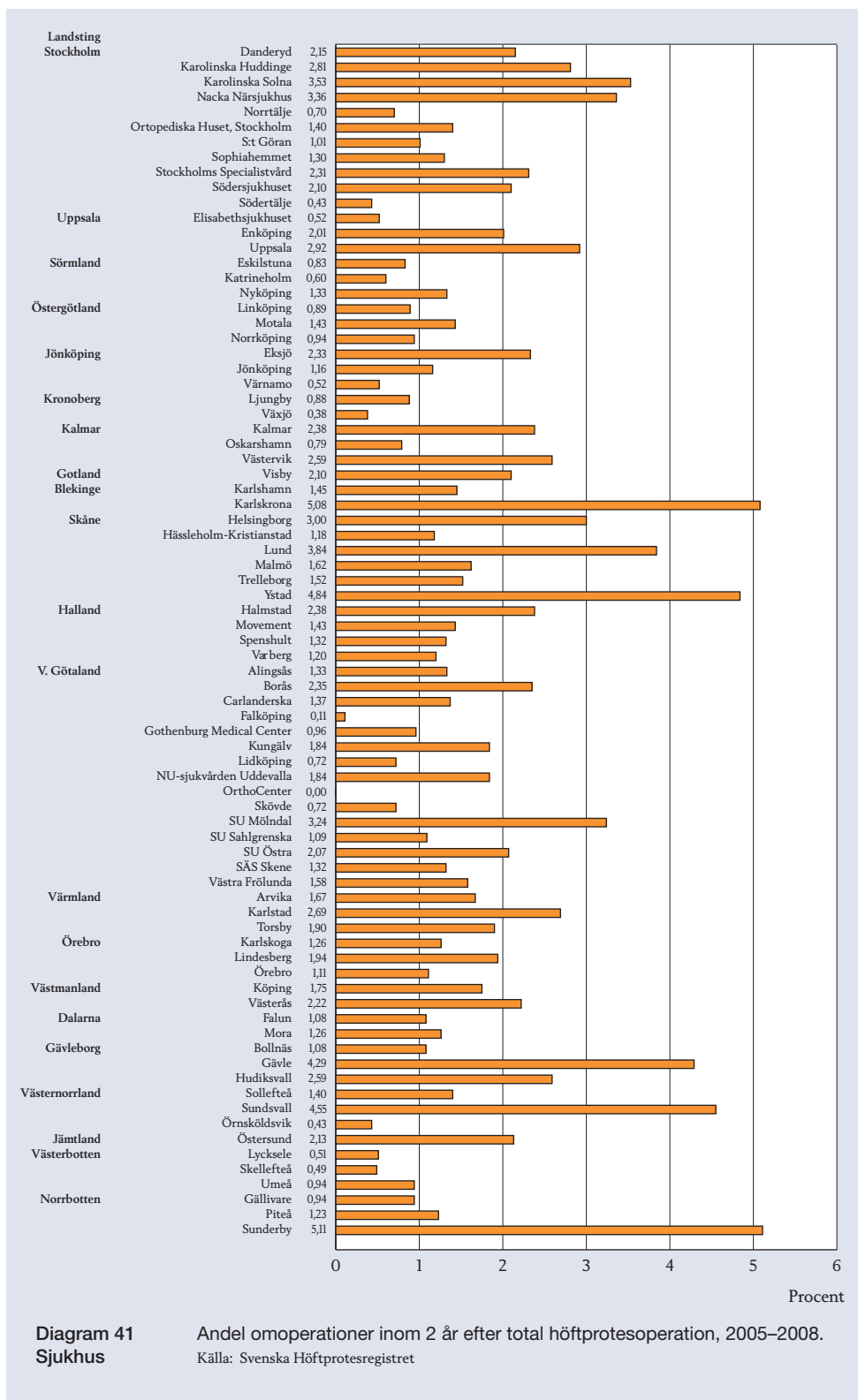
stort antal tidigare studier. Den beror sannolikt på männens högre fysiska aktivitet, som ger ett högre långtidsslitage av protesdelarna, vilket i sin tur kan orsaka lossning av protesen.

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

41 Omoperation efter total höftprotosoperation

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

En sådan "snabbare" indikator är andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation är ett vidare begrepp än utbytesoperation eller revision och innefattar all form av vidare kirurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga



postoperativa komplikationer, som djup infektion och revision på grund av upprepade urledvridningar av höftprotesen.

Bara komplikationer som är kirurgiskt åtgärdade är inkluderade. Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiskt behandlade urledvridningar (luxationer) fångas inte i registret. Patienter som opereras upprepade gånger, som följd av samma komplikation, anges som en komplikation. Patienter som omopererats på annan klinik än primärkliniken tillräknas ändå primärkliniken.

Andelen omoperationer återges i diagram 41 och avser 56 700 operationer som utförts under perioden 2005–2008. I riket som helhet omopererades 1,6 procent av patienterna inom två år. Detta motsvarar 993 patienter. I två landsting var andelen omoperationer ungefär 0,6 procent. Åtta landsting hade över två procent omoperationer.

Komplikationsfrekvensen i detta kortare tidsperspektiv är högre för män än för kvinnor, dock är skillnaden liten: 1,9 respektive 1,5 procent. Variationen på sjukhusnivå är större: Från inga komplikationer upp till 5,1 procent. Denna större spridning på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete.

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

En nollvision är inte realistisk vad gäller komplikationer efter en kirurgisk operation. Riksgenomsnittet har de senaste åren legat konstant på 1,6–1,7 procents omoperationer inom två år. Detta gör att man kan anse att målnivån bör ligga på högst 1,6 procent för hela den aktuella patientgruppen. Men som framgår av vissa landstings resultat är än lägre komplikationsfrekvenser möjliga.

42 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

Patientrapporterade utfall av sjukvårdens behandlingar och åtgärder har de senaste åren alltmera uppmärksamats, både i Sverige och utomlands. Den engelska termen för detta är PROM, Patient Reported Outcome Measure.

De främsta indikationerna för höftproteskirurgi är upplevd smärta och låg hälso-relaterad livskvalitet. Därför är det viktigt att mäta och rapportera dessa variabler för att kunna optimera den enskilda patientens behandling och att mäta resultat i flera dimensioner. Höftprotesregistret följer sedan 2002 upp patientrapporterade resultat av operationen. Man använder bland annat instrumentet EQ-5D, som ger hälsorelaterad livskvalitet i ett index.

Alla patienter besvarar ett preoperativt formulär med tio frågor. Samma formulär med en kompletterande fråga om tillfredsställelse skickas till patienten efter ett år. Proceduren upprepas efter sex och tio år.

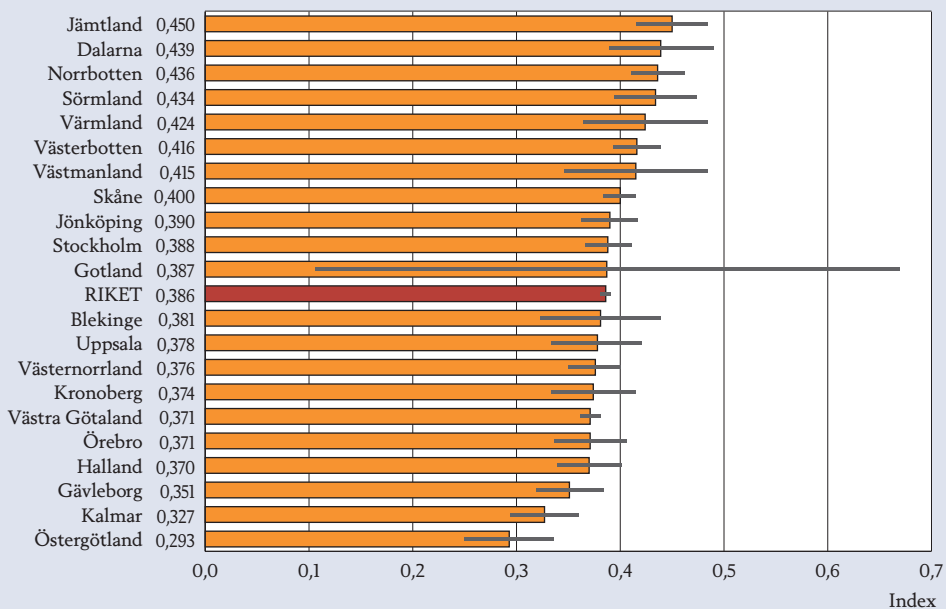


Diagram 42
Kvinnor

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2002–2008.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

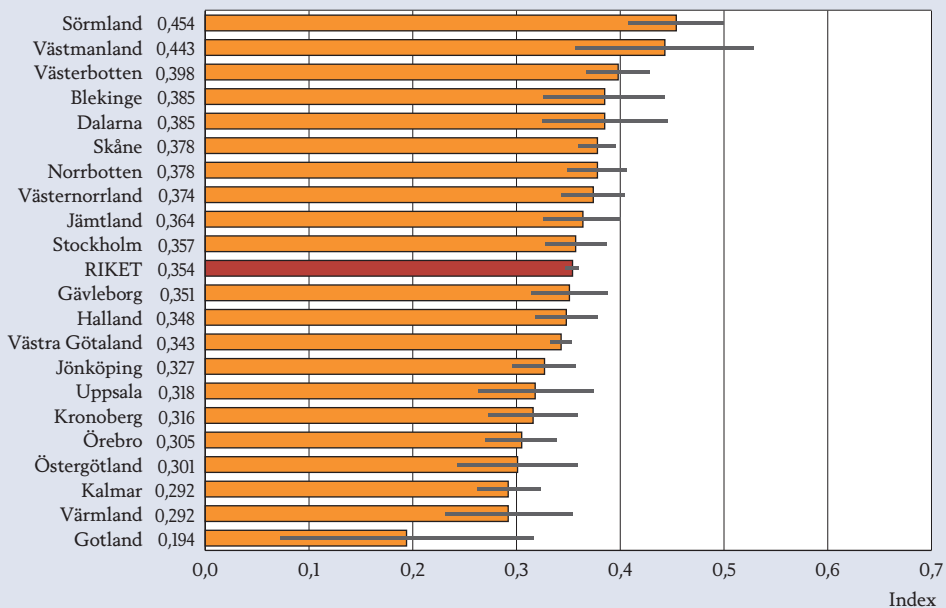


Diagram 42
Män

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2002–2008.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

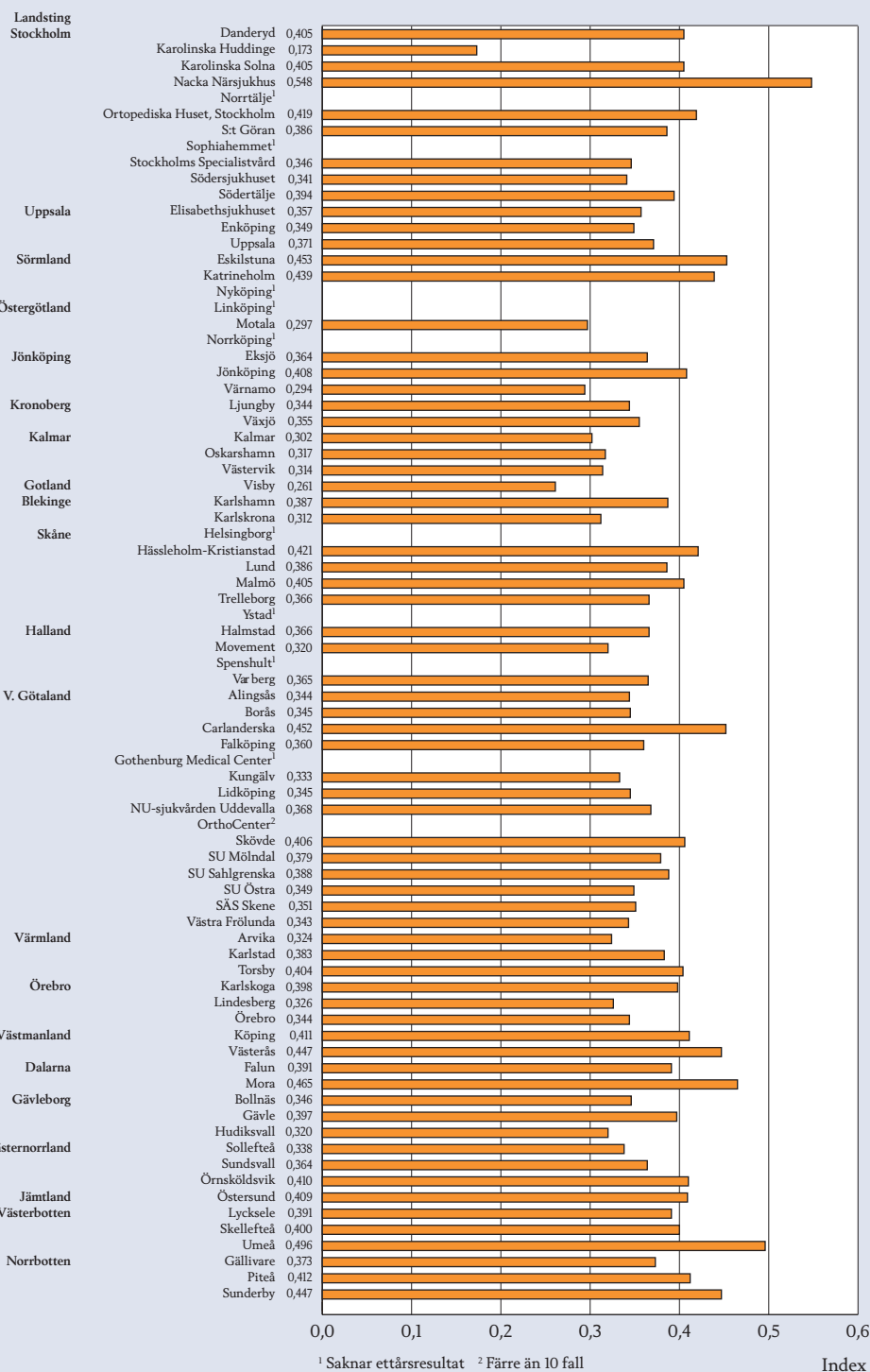


Diagram 42
Sjukhus

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation, 2002–2008.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.
Källa: Svenska Höftprotesregistret

Diagram 42 återger differensen i EQ-5D-index, således den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som uppmättes ett år efter operationen, jämfört med tillståndet innan. Årets analys avser perioden 2002–2008 och inkluderar 25 000 ettårsuppföljda patienter. Mätperiodens längd motiveras av att uppföljningen infördes successivt i landet och av att några landsting har relativt få ettårsuppföljda patienter. Alla höftprotesopererande enheter i landet, utom Sophiahemmet och Linköping, ingår i denna uppföljningsrutin.

Någon säker målnivå går inte att ange vad gäller hälsorelaterad livskvalitet, som är avhängig en rad faktorer utöver artrossjukdomen. Exempel på sådana faktorer är ålder, förekomst av andra sjukdomar och kön. Eftersom indikatorn avser vunnen hälsorelaterad livskvalitet justeras resultatet i viss mån för dessa andra faktorer. Riksmedelvärdet för EQ-5D index vinst efter 1 år har konstant legat på 0,36, hela perioden från det att databasen innehöll 200 patienter till dagens läge med 40 000 patienter. Detta värde kan anses vara en rimlig målnivå. För låga värden kan indikera en indikationsglidning och för höga att patienten i vissa fall fått vänta för länge på operation.

Variationen mellan landstingen är liksom tidigare stor, med värden från 0,26 till 0,44 för båda könen redovisade tillsammans. Landsting med låg vinst bör analysera om indikationsglidning uppstått som ett resultat av ökad fokus på att öka operationsvolymerna. Opereras jämförelsevis "friskare" patienter blir vinsten av operationen lägre. Låg hälsovinst ger med stor sannolikhet en låg kostnadseffektivitet vid en hälsoekonomisk analys. Den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen är lägre för kvinnorna, men vinsten efter 1 år är något högre jämfört med männen.

43 Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation

I Sverige opereras årligen drygt 11 000 knäproteser och cirka 15 000 totala höftproteser. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi är det frågan om stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesilogi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser.

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

Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgen, men också på andra medicinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av reoperation. Dessa register registrerar dock inte de övriga medicinska komplikationerna.

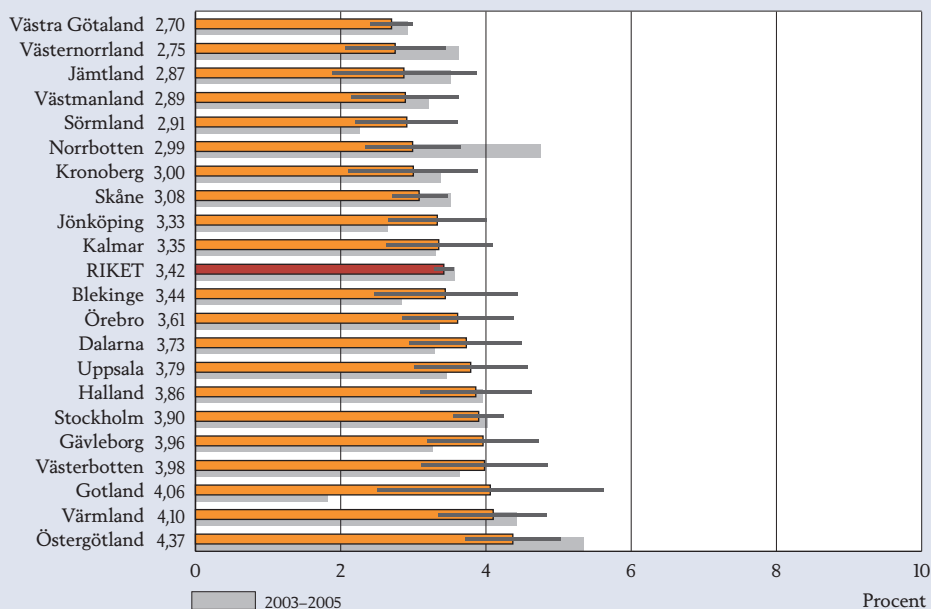


Diagram 43 Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

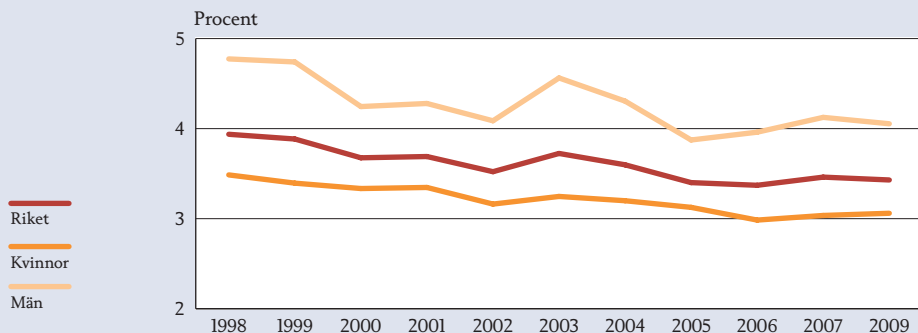
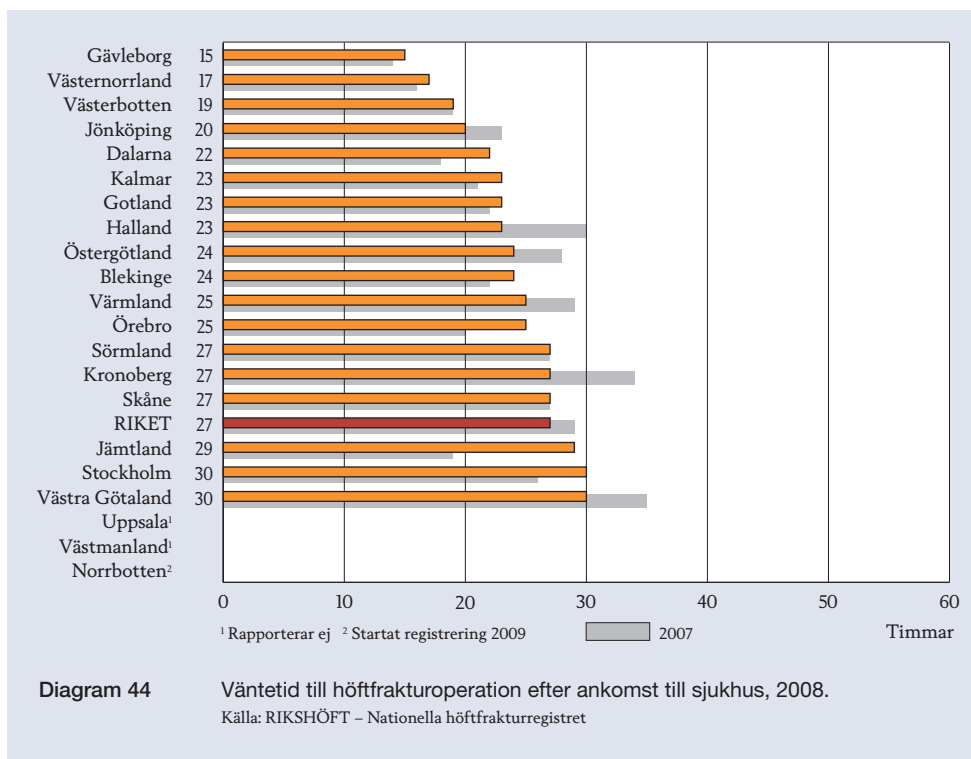


Diagram 43 Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation. Åldersstandardiserade värden.
Riket
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Med Patientregistret som källa kan flera oönskade händelser analyseras. Indikatorn som här presenteras skall betraktas som en del i arbetet med att utveckla flera breda resultatmått, indikatorer som omspannar flera olika behandlingar och sjukdomar.

I diagram 43 redovisas frekvensen återinläggning och död inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Drygt 70 000 operationer utförda under 2006–2008 ingår i jämförelsen. Som orsak till återinläggning valdes bland annat proteskomplikationer

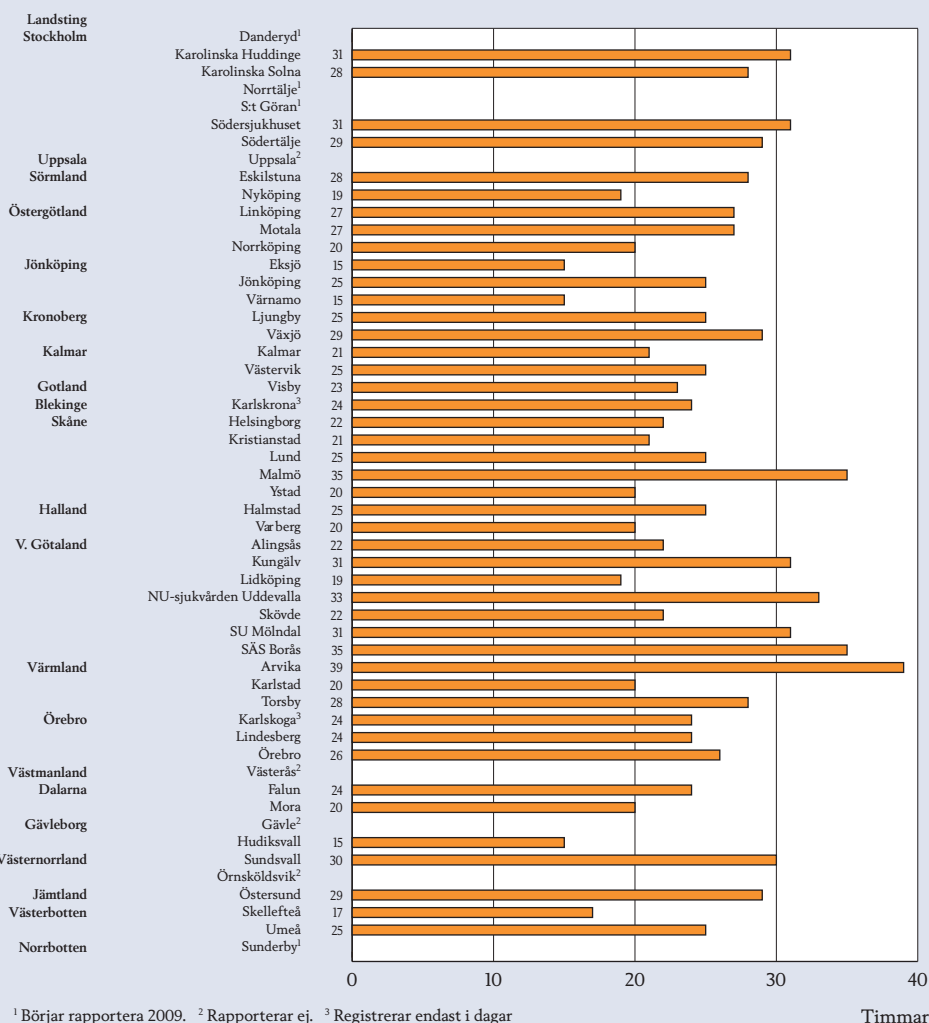


och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I genomsnitt i landet är det 3,4 procent av de opererade som avlider eller återinläggs på sjukhus med någon form av komplikation. De avlidna är mycket få. De specifika proteskomplikationerna stod för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2,7 procent till 4,4 procent. Kvinnor drabbas i något mindre utsträckning än män av dessa oönskade händelser. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden.

44 Väntetid inför höftfrakturoperation

Alla höftfrakturpatienter förs till akutsjukhus och opereras, även om valet av operationsmetod varierar. Själva frakturen är inte akut livshotande, vilket gör att det kan uppkomma väntetid inför operationen. Studier har visat att fördröjning av operation till efter 24 timmar leder till ökad dödlighet inom 4 månader från operation, även för friska patienter. Dessutom ökar komplikationer såsom infektion, trycksår och förvirring. Väntan på operation är ansträngande såväl fysiskt som psykiskt för patienten och vårdtiden förlängs. Väntetiden är en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats och attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också ett internationellt vanligt förekommande kvalitetsmått.



¹ Börjar rapportera 2009. ² Rapporterar ej. ³ Registrerar endast i dagar

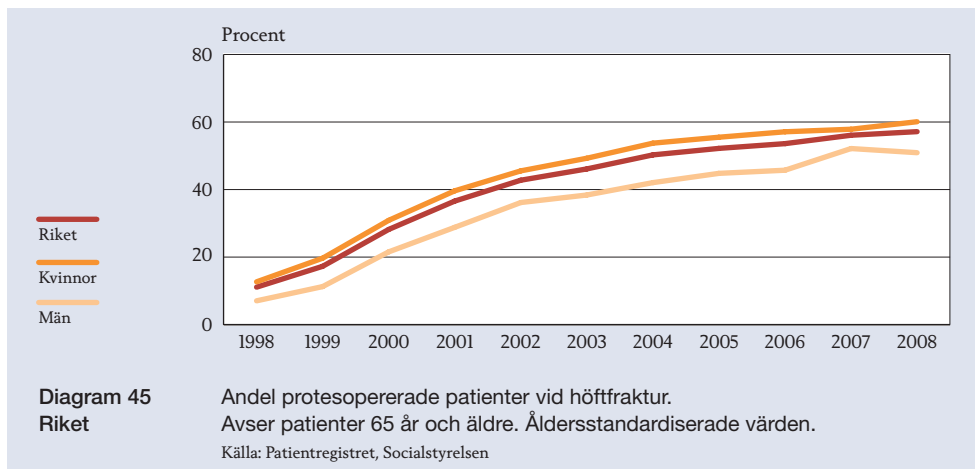
Timmar

Diagram 44
Sjukhus

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2008.
Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RIKSHÖFT, som samlar data om höftfrakturvården. Patienter 50 år och äldre med icke patologisk fraktur ingår i jämförelsen. Hos yngre patienter är höftfraktur ovanlig och uppkomstmekanismen annorlunda. Beroende på omorganisationen inom svensk ortopedi, med uppdelningen av elektiv och akut verksamhet, opereras i dagsläget patienter med höftfraktur på enbart 53 sjukhus. Av dessa kliniker deltar för närvarande inte Gävle, Uppsala, Västerås, Sunderby och Örnsköldsvik i registreringen.

Underlaget till diagram 44 utgörs av 12 106 höftfrakturpatienter. Årligen inträffar cirka 18 000 höftfrakturer i Sverige.



Medelväntetiden i riket var 27 timmar, med en spridning mellan landstingen från 15 till 30 timmar, vilket är en viss förbättring vid jämförelse med 2007 års resultat. Kvinnor har i flera landsting något kortare väntetid än män. Detta kan delvis bero på att män som drabbas av lårbenshalsfraktur oftast även har andra sjukdomar, som kan kräva längre medicinsk förberedelse inför operation. Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger som sin rekommendation att operation bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Flera landsting ligger klart över 24 timmars medelväntetid, vilket kan resultera i en förhöjd komplikationsfrekvens hos denna sköra patientgrupp.

Behandlingsmodellen vid felställda lårbenshalsbrott har radikalt förändrats i Sverige under de senaste sju, åtta åren. Allt fler patienter opereras med höftprotes för sitt felställda lårbenshalsbrott vilket har medfört en ökad belastning på ortopediska operationsavdelningar. Sannolikt bidrar detta till längre väntetider. Här finns en stor förbättringspotential och de flesta landsting bör se över sina rutiner.

45 Protesoperation vid höftfraktur

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

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

Dessa rön har lett till att behandlingsmodellen i Sverige har ändrats det senaste decenniet. 65–70 procent av patienterna med cervikal höftfraktur bör opereras med

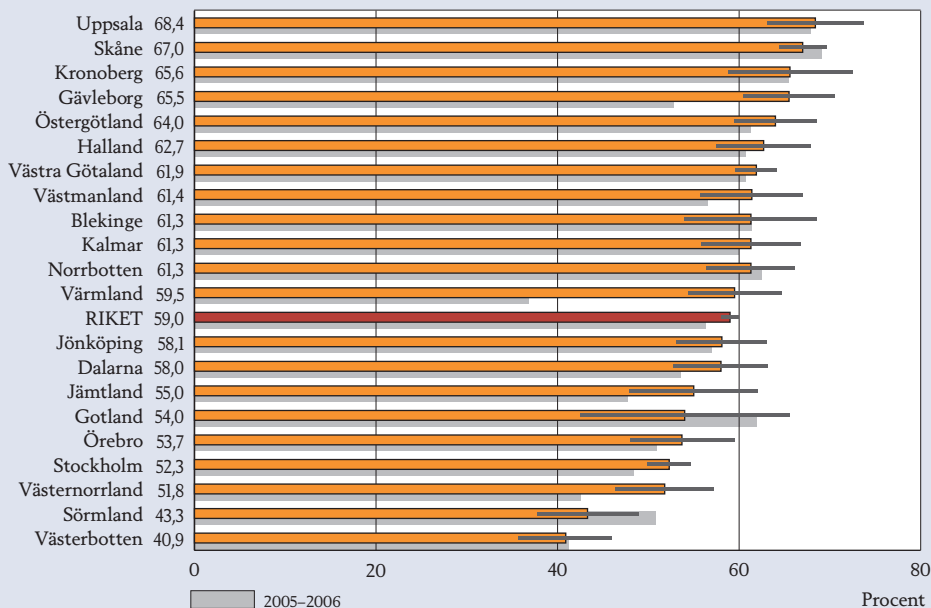


Diagram 45
Kvinnor

Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2007–2008.
Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

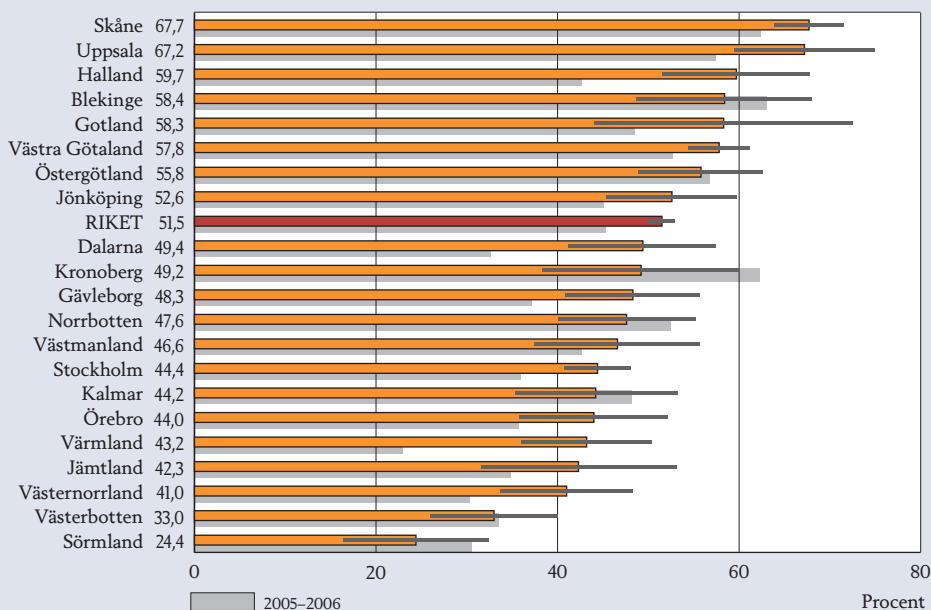
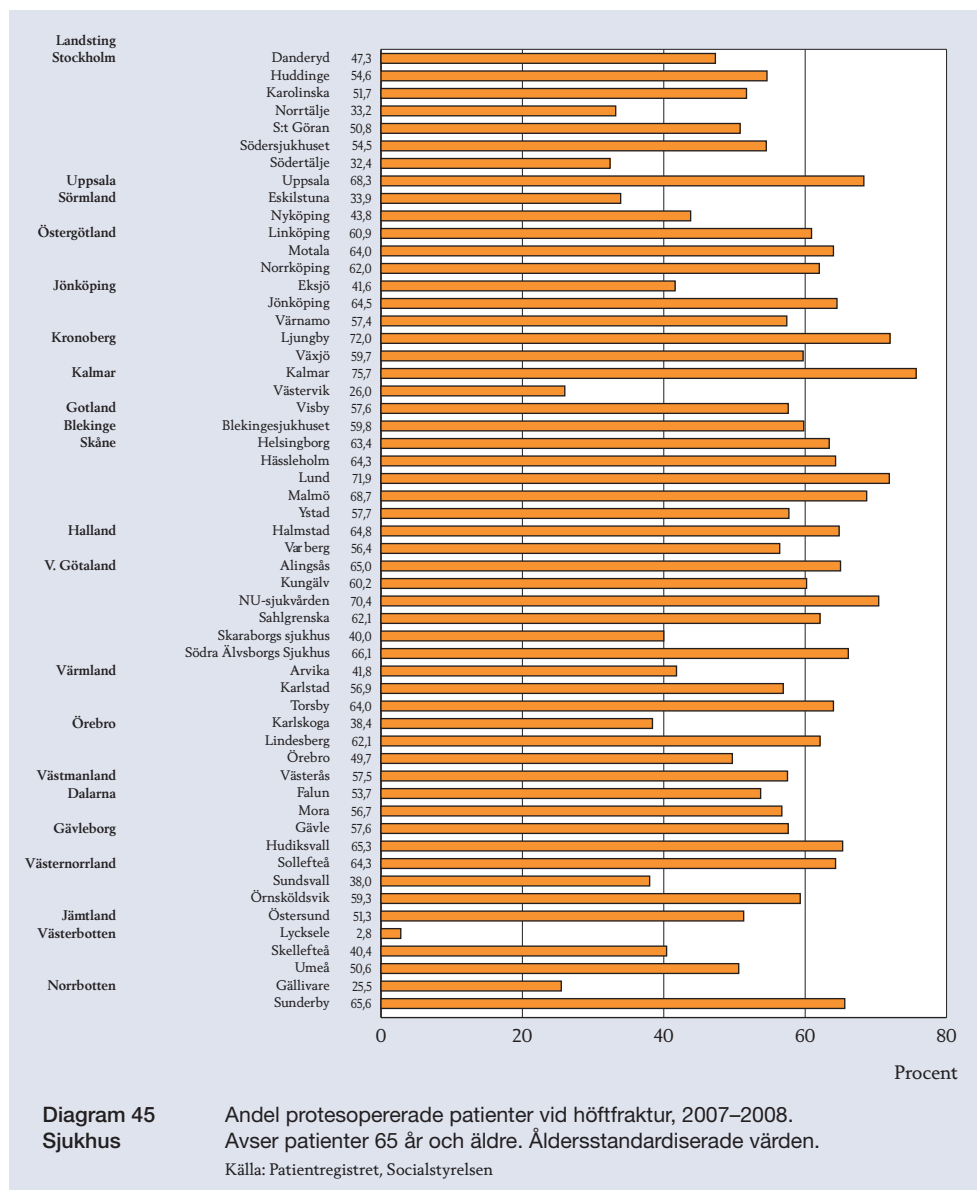


Diagram 45
Män

Andel protesopererade patienter vid höftfraktur, 2007–2008.
Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



höftprotes. Vanligen används då så kallade halvproteser, där patientens ledskål inte byts ut. Cirka 30–35 procent av dessa frakturer skall dock fortsatt opereras med osteosyntes, då de inte är felställda eller inträffar hos yngre individer. För yngre patienter kan fördelar med osteosyntes föreligga. Vidare kan akut livshotande sjukdom göra att den mera begränsade osteosyntesoperationen bör väljas.

Diagram 45 visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protesopererades under 2007–2008. Källan är Patientregistret med 14 000 patienter som underlag för denna jämförelse. Åldersstandardisering har gjorts och enbart

förstagångsfall ingår. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering. Jämförelse med föregående tvåårsperiod 2005–2006 görs i diagrammet.

Andelen protesopererade har ökat påtagligt den senaste tioårsperioden, från 11 till 57 procent, i riket som helhet. Riksmedelvärdet var vid årets analys 56,6 procent och endast två landsting nådde över nivån 65 procent. Det finns således en stor nationell förbättringspotential.

Att protesoperera 65–70 procent av alla cervikala höftfrakturer ställer stora krav på klinikerna, med omorganisation av jourarbete och krav på ökad kirurgisk kompetens. En ytterligare anledning till att man i vissa landsting/kliniker inte fullt ut tillämpar den nya behandlingsmodellen kan vara att man uppfattar att kostnaderna är för höga. Protesoperation medför förlängda operationstider och ökade proteskostnader, men denna fördyring av det första operationstillfället kompenseras av den betydligt lägre frekvensen av omoperationer. Primär höftprotes leder också till mindre smärta, lättare rehabilitering och bättre hälsorelaterad livskvalitet för patienten. Vid hälsoekonomiska analyser med beaktande av dessa variabler har man funnit att den nya behandlingsmodellen ger en markant förbättrad kostnadseffektivitet.

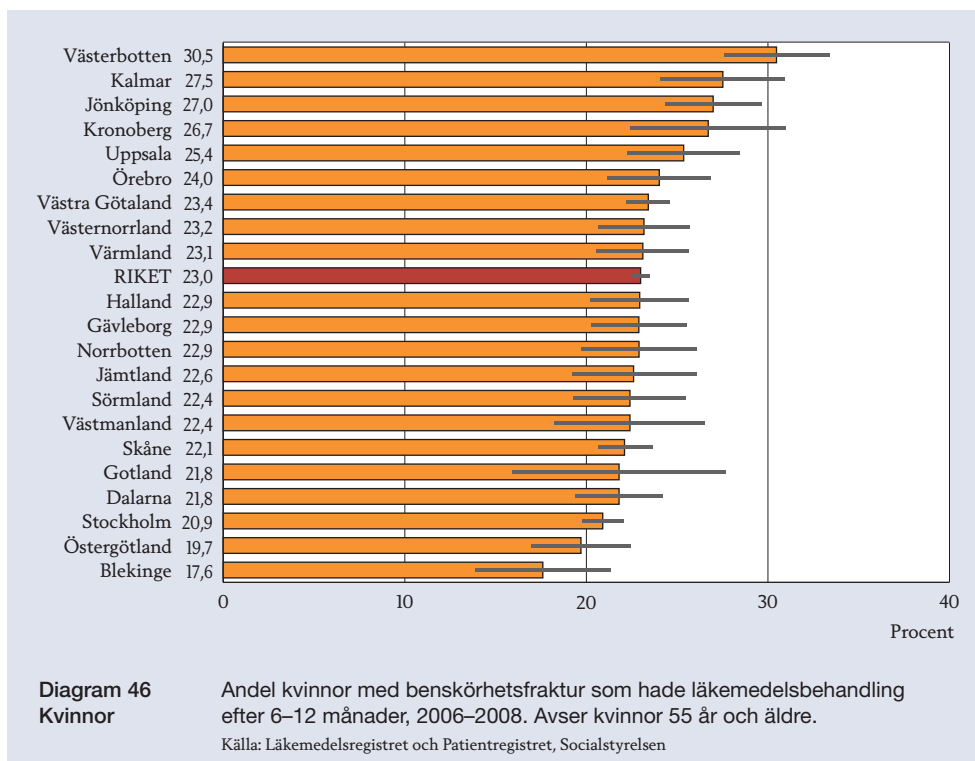
46 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

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

Sjukdomen är ovanlig före 55 års ålder men förekomsten ökar kraftigt med åldern. Framförallt kvinnor drabbas. Bland 70-åriga kvinnor förekommer osteoporos hos drygt 30 procent. I 65–70 årsåldern har cirka 25 procent av kvinnorna redan fått en fraktur. Dessa kvinnor har en starkt förhöjd risk att i framtiden drabbas av ytterligare frakturer. Sjukdomen bedöms vara underdiagnostiserad och underbehandlad.

Behandling med läkemedel, som dämpar utvecklingen av benskörhet är aktuell för många i patientgruppen. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Läkemedelsverket har i flera genomgångar under senaste åren konstaterat att läkemedelsbehandling av äldre med osteoporos och frakturer är väl dokumenterad och att behandlingen minskar risken att få fler frakturer. Det är därför angeläget att studera om diagnosen osteoporos ställs och behandlas efter det att äldre kvinnor vårdats på grund av en fraktur.

Med Patientregistret och Läkemedelsregistret som källa studerades här huruvida frakturdrabbade kvinnor fick förebyggande läkemedelsbehandling i form av bisfosfonater eller östrogen. Uppföljningen avsåg drygt 26 000 kvinnor i åldrarna 55 år



och äldre som slutenvårdats för ett urval av frakturer under perioden januari 2006 – juni 2008. Kvinnornas läkemedelsuttag 6 till 12 månader efter sjukhusvården studerades, alltså till och med juni 2009.

Diagram 46 visar att i riket som helhet fick drygt 23 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling i form av bifosfonat eller östrogen. Ett överraskande fynd var att 45 procent av dessa kvinnor behandlades med östrogenpreparat. Ur Läkemedelsregistret går inte att utläsa på vilken indikation olika preparat sätts in. Östrogenpreparat används som hormonbehandling av klimakteriebesvär, men motverkar också benskörhetsutveckling. Detta innebär sannolikt att en del av de läkemedelsbehandlade kvinnorna inte fått östrogen för att minska risken för nya frakturer, vilket förstärker bilden av en generell underbehandling.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med riktlinjer för vård och behandling av rörelseorganens sjukdomar, till vilka osteoporos hör. Det finns i nuläget inga målnivåer eller rekommendationer, men de flesta vetenskapliga studier i sammanhanget anger att 60–70 procent av dessa patienter bör ha någon form av osteoporosförebyggande behandling. En av orsakerna till denna underbehandling är att de flesta ortopedavdelningar som sköter de aktuella frakturfallen inte har någon rutin att fånga upp dessa riskpatienter.

47 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Tidigare behandling av patienter med reumatoid artrit har kompletterats med nya biologiskt framställda läkemedel som direkt påverkar mekanismer i immunsystemet. Därmed kan sjukdomen gå tillbaka så att patienten i många fall kan återgå till ett normalt liv. Såväl möjligheten att få denna behandling, oavsett bostadsort, som att få effekt av behandlingen är viktiga mått på vårdkvaliteten för patienter med reumatoid artrit i Sverige.

Dessa läkemedel, som patienten injicerar eller får som dropp, medför stora kostnader för landstingen – 1,6 miljarder kronor under 2008. De behandlade patienterna blir dock ofta så bra att de kan återgå till ett normalt liv och till arbetslivet. Detta gör att behandlingen är kostnadseffektiv, särskilt i ett bredare samhällsperspektiv där indirekta kostnader för sjukdomen inkluderats i analysen.

I diagram 47 redovisas antal patienter per 100 000 invånare som behandlades med biologiska läkemedel vid årsskiftet 2008/09. Enbart befolkningen över 18 år är inkluderad. Källan är Svensk Reumatologis kvalitetsregister.

Ill 098 vuxna patienter hade biologisk behandling för ledgångsreumatism 2008/09. Jämfört med 2007/08 har antalet behandlade ökat från 131 till 154 per 100 000 invånare för hela riket. Variationen inom landet är stor; mellan 76 och 226 patienter per 100 000 invånare hade rapporterats som behandlade vid mättillfället.

Könsuppdelade data visar samma mönster, då antalet behandlade kvinnor varierar mellan 103 och 321 per 100 000 vuxna invånare, medan den för män varierar mellan 48 och 152.

Det bör noteras att ledgångsreumatism är tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män, vilket innebär att kvinnor underbehandlas jämfört med män.

Registrets täckningsgrad är olika i skilda delar av landet, med bäst täckning i Skåne och Stockholm, medan färre patienter registrerats i andra delar av landet. Detta påverkar resultatet, genom att de län som har få patienter i kvalitetsregistret överhuvudtaget, också har få rapporterade biologiska behandlingar. Täckningsgraden ökar dock för varje år och är i dagsläget cirka 80 procent nationellt.

Målet för insättande av biologisk behandling är dels att alla har samma möjlighet att få behandling, dels att alla behandlade får god effekt av sin behandling. Hur många patienter som ska behandlas för att uppnå bästa resultat i befolkningen är inte klarlagt. I de län där flest patienter får biologiska läkemedel är effekten lika god som i län där färre får de nya läkemedlen. Det tycks således inte vara några patienter som får denna behandling i onödan, utan alla som behandlas får lika god effekt, i genomsnitt.

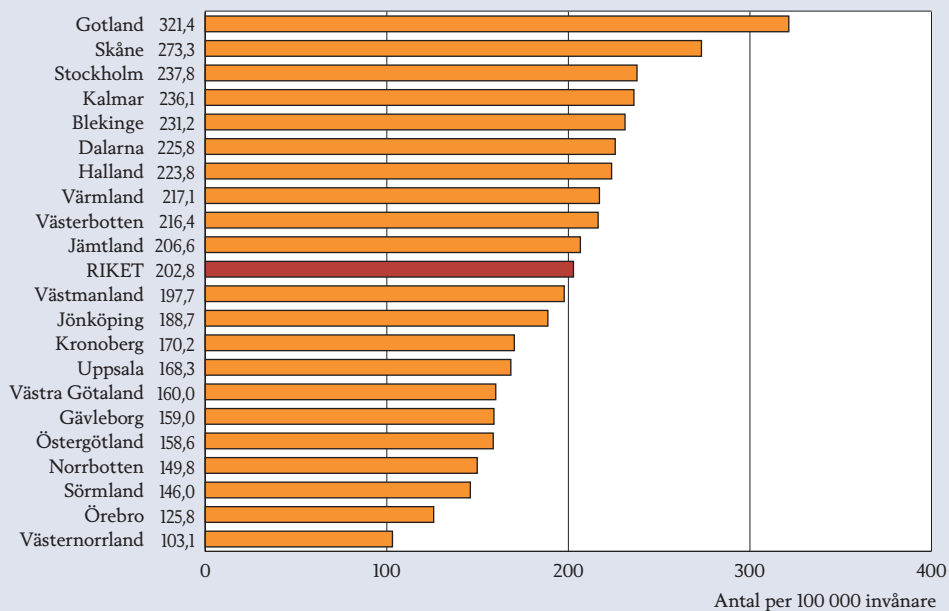


Diagram 47
Kvinnor

Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 1 jan 2009. Avser patienter 18 år och äldre.
Källa: Svensk Reumatologis kvalitetsregister

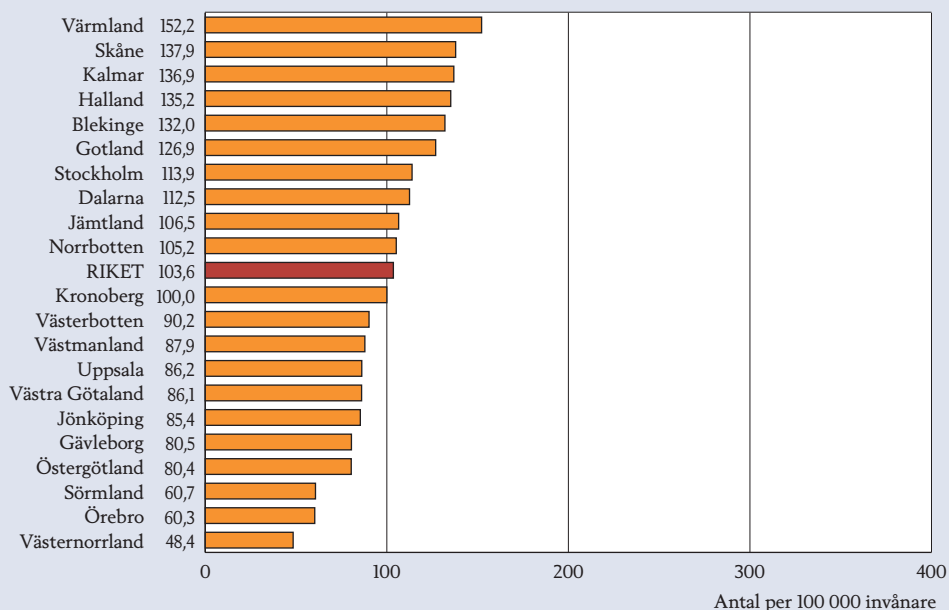


Diagram 47
Män

Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 1 jan 2009. Avser patienter 18 år och äldre.
Källa: Svensk Reumatologis kvalitetsregister

48 Patientrapporterat resultat vid reumatoid artrit

Patientens egen upplevelse av hälsan är mycket viktig just vid insjuknandet i kronisk ledgångsreumatism, liksom den förbättring patienten upplever av omhändertagandet den första tiden. Detta mäts i kvalitetsregistret helt utifrån patientens perspektiv och oavsett vilka åtgärder som ingår i behandlingen. En klar förbättring ses i regel och storleken på denna kan påverkas av vårdens insatser, vilket framgår av resultaten.

Mätning av patientupplevd hälsa med VAS-skala görs vid första besöket då diagnosen ställs och vid återbesök 6 månader senare. För att justera för patientsammansättningen, med olika sjuka patienter vid första besöket, räknas förbättringen av hälsan (VAS1 första besök minus VAS 6 månader) som en andel av utgångsvärdet (VAS1). Resultatet uttrycks som en procentsats.

Det kan inte förväntas att patienter som insjuknar i en livslång sjukdom som kronisk ledgångsreumatism skall återfå full hälsa efter sina första 6 månaders behandling. Vilken förbättring som ska uppnås kan inte bestämmas exakt, då ingen kan uttala sig om vad alla patienter skulle kunna vara nöjda med. Istället för att fokusera på slutgiltiga målnivåer, är det viktigt att resultaten av behandlingen ständigt förbättras.

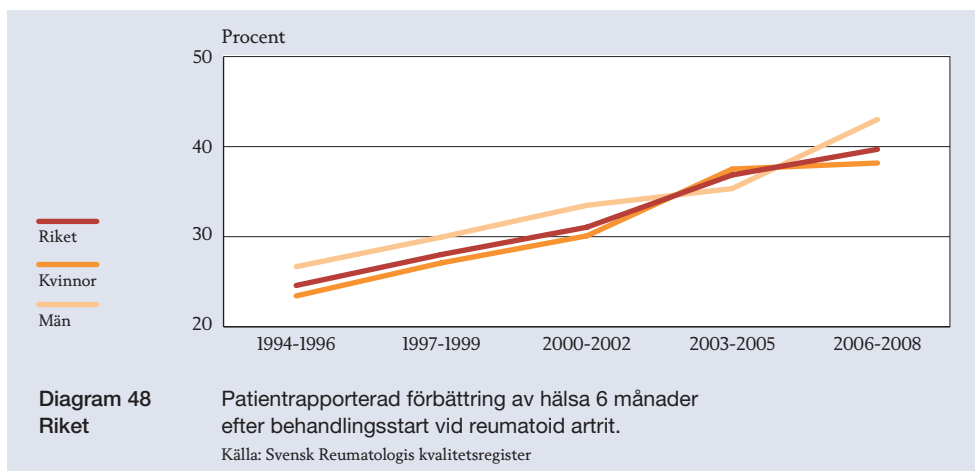
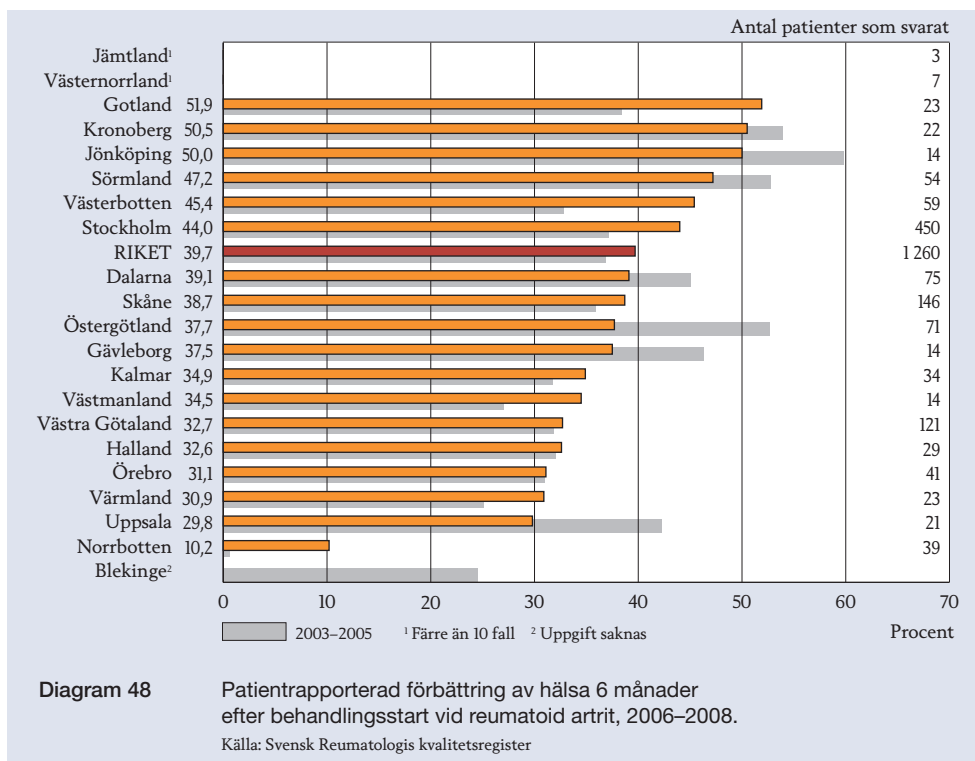
Tidstrenden är tydlig med en genomsnittlig ökning av patientupplevd förbättring, från 25 procent till 40 procent. Patienterna upplever således en nästan dubbelt så stor förbättring idag jämfört med för 15 år sedan.

Antalet patienter som undersökts har under tiden 1994–2008 ökat från 250 till 1 897. Urvalet är dock likartat då patienternas sjukdom har samma karaktär över åren, de är till exempel lika sjuka vid första besöket.

I diagram 48 visas den patientupplevda förbättringen för 1 897 patienter med behandlingsstart under perioden 2006–2008. I vissa landsting är antalet registrerade patienter få. Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga, med en spridning från 52 till 30 procents förbättring, bortsett från Norrbottens resultat.

Norrbottens län visar klart avvikande resultat med endast en mindre förbättring efter 6 månader. Detta beror på ett mätfel. Där sker första besök i primärvården vid reumatologkonsultation, då även behandlingen startas. Först senare mäts patientens hälsa i registrets uppföljning, vilket gör att förbättringsåtgärden, extra tidigt insatt behandling, leder till ett resultat som ser sämre ut.

Kvinnor upplever sin hälsa som sämre vid ledgångsreumatism redan vid insjuknandet, innan någon behandling ges. Sjukdomen drabbar främst kvinnor och i några län ingår inga män i underlaget för jämförelsen.



49, 50 Väntat > 90 dagar – höft- och knäproteser och besök ortopedi

Höft- och knäproteser är vanligt förekommande operationer, till vilka det under lång tid varit påtagligt långa väntetider. Tillsammans med väntetider till ortopedmottagningar är de en del av ett vårdområde, där det länge varit stora tillgänglighetsproblem. Under de tre senaste åren har dock väntetidsläget för höft- och knäproteser kontinuerligt och påtagligt förbättrats.

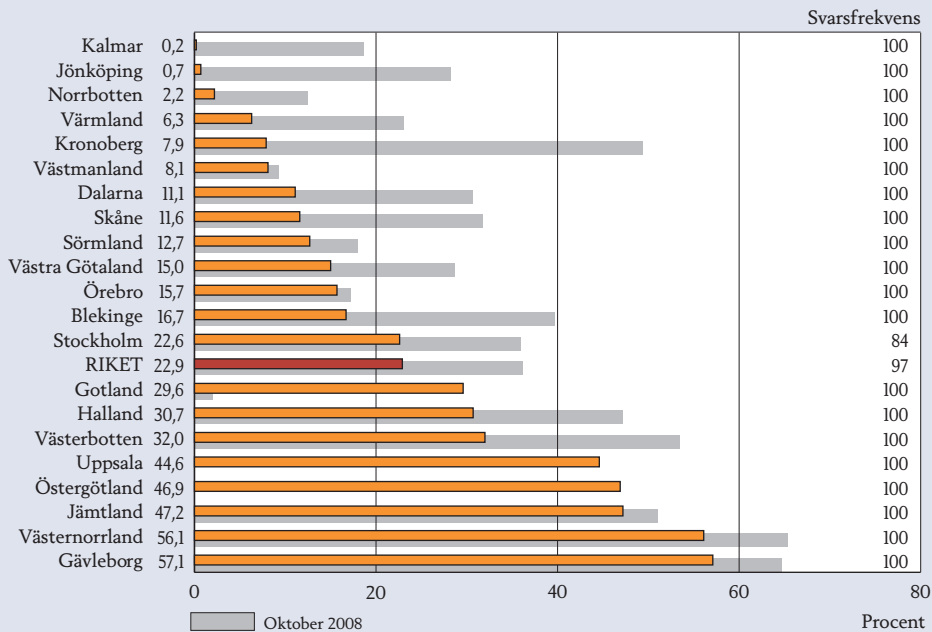


Diagram 49

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom ortopedi, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

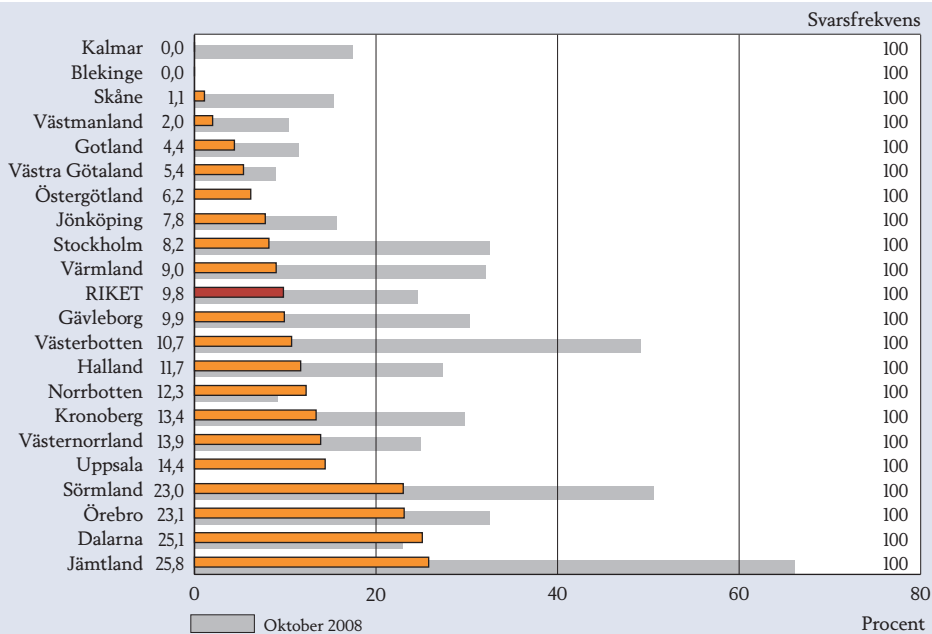


Diagram 50

Andel som väntat > 90 dagar på knä- och total höftprotesoperation, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

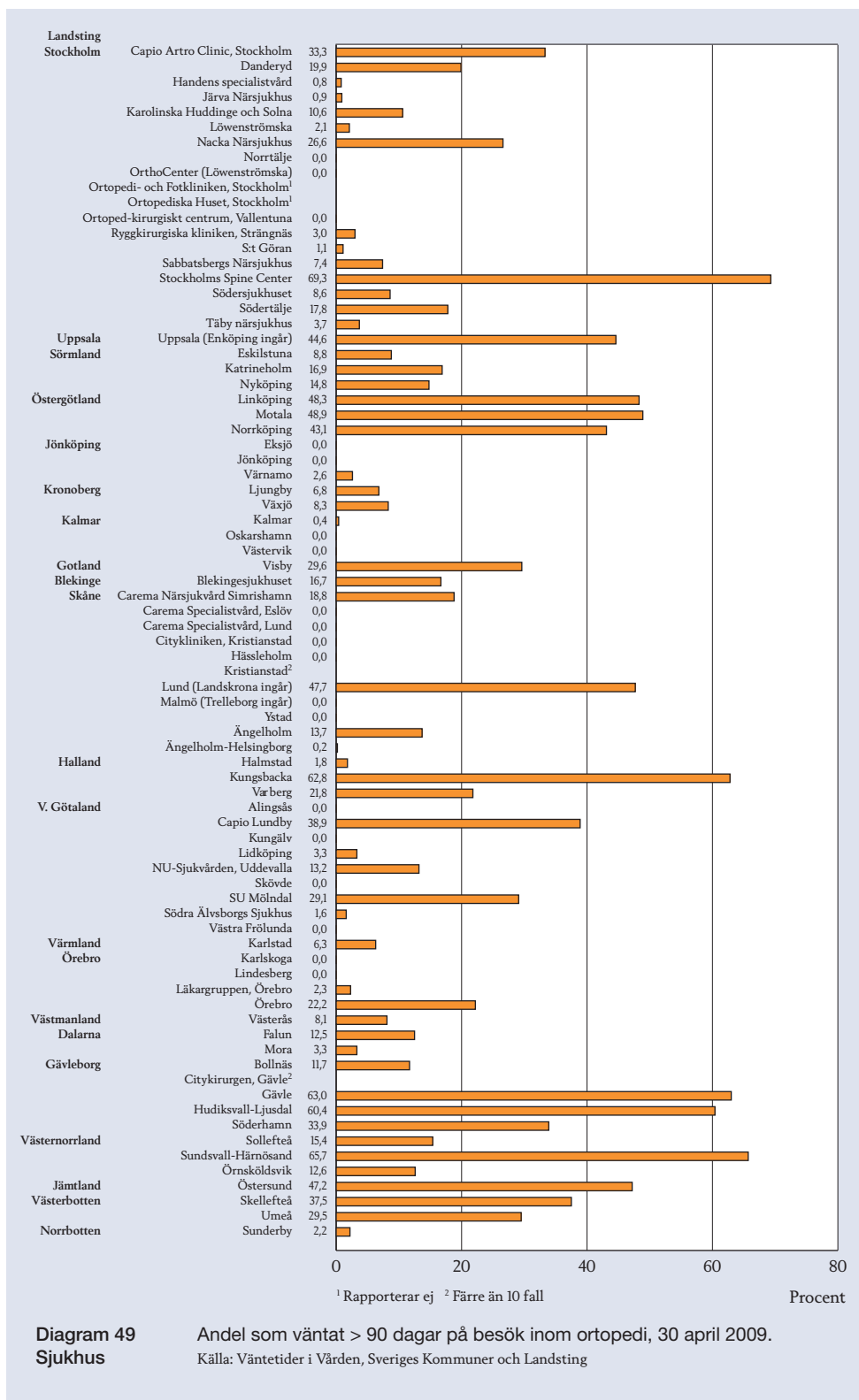
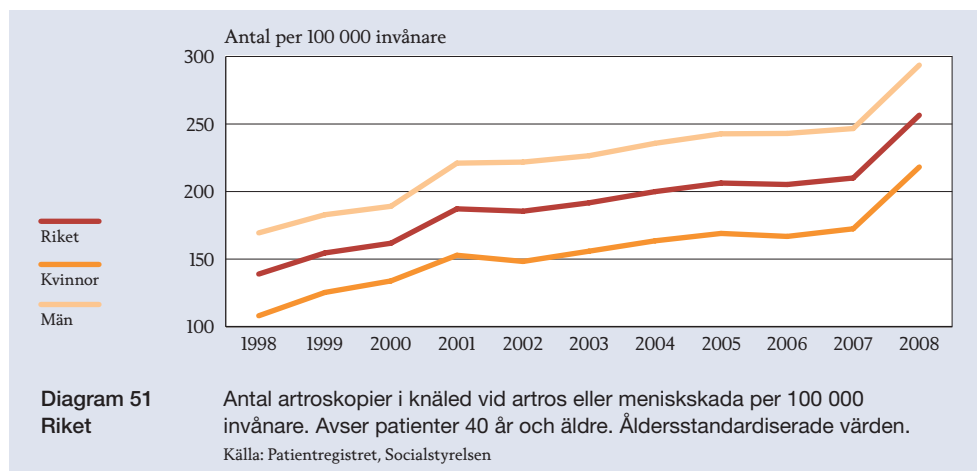


Diagram 49
Sjukhus

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom ortopedi, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting



För besök till ortopedmottagning kvarstår stora problem inom en rad landsting, trots i vissa fall klara förbättringar. I riket är förbättringen mellan mätperioderna väl över tio procentenheter. Av diagram 49 framgår även att skillnaderna mellan landstingen är påtagliga. Bästa resultaten finner vi hos Jönköping och Kalmar. Kronoberg visar en påtaglig förbättring

I diagram 50 visas att för höft- och knäprotesoperationer har väntetidsläget förbättrats påtagligt, jämfört med oktober 2008. I riket har andelen som väntat längre än 90 dagar mer än halverats, till en andel på 10 procent. Flera landsting redovisar än mer markanta förbättringar.

På sjukhusnivå är variationerna mycket stora, med en spridning från 0 till 70 procent som har väntat längre än 90 dagar. Inga patienter har väntat för länge på 19 av 79 sjukhus, medan på fem sjukhus har över 60 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar.

51 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

När artroskopi (titthålskirurgi) i knäleden introducerades under 70-talet var ingreppet i första hand en diagnostisk åtgärd, för att snabbt förändras till ett åtgärdsingrepp. Tekniken utvecklades så att man till exempel kunde operera bort skadade menisker via artroskopet. Såväl internationellt som nationellt pågår dock en kritisk diskussion om användning av artroskopi i knäleden vid smärttillstånd som beror på artros. Dessutom diskuteras om borttagande av skadad meniskvävnad kan förbättra patientens smärttillstånd, i åldersgruppen över 40 år. Båda tillstånden kan förekomma samtidigt, eftersom en åldersrelaterad meniskskada kan vara en del i artrossjukdomen.

Ett flertal studier har enstämmigt visat att artroskopi vid artros saknar patientnytta. Åtgärden kan därför inte motiveras och bör inte utföras. När det gäller meniskska-

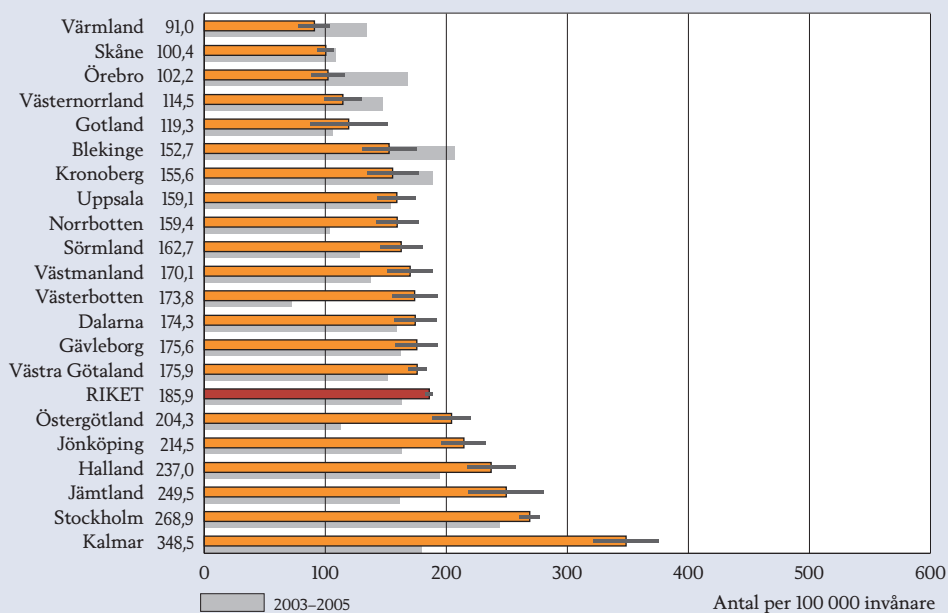


Diagram 51
Kvinnor

Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare, 2006–2008. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

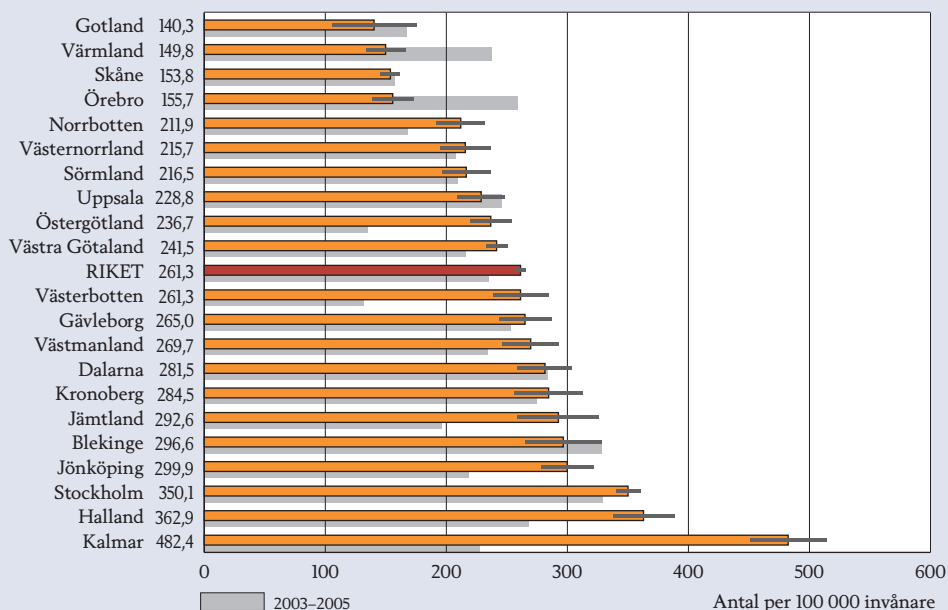
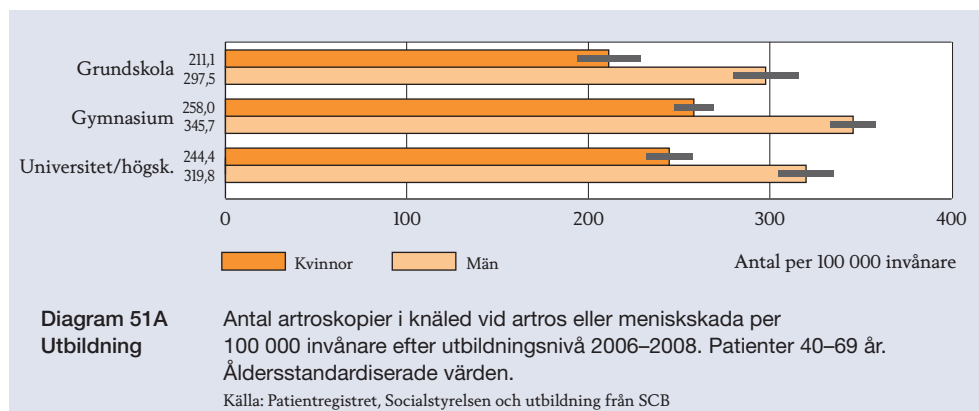


Diagram 51
Män

Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare, 2006–2008. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



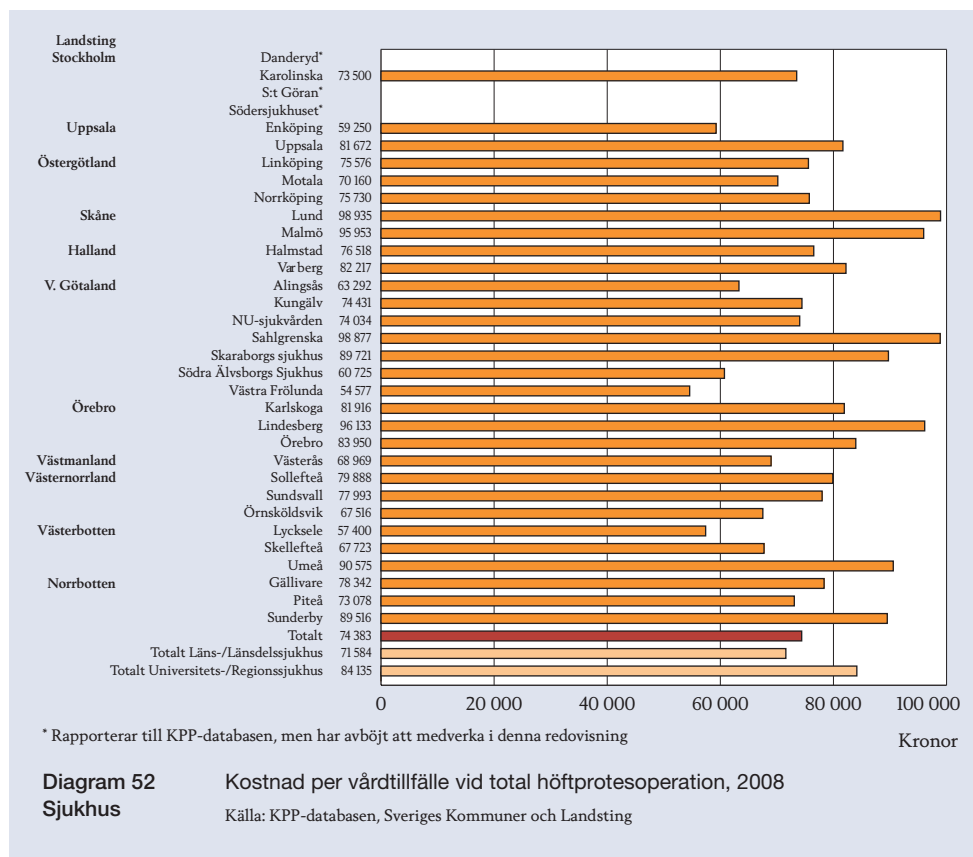
dans eventuella roll för smärtan för patienter i åldergruppen över 40 år är bilden inte helt entydig. I denna ålder är mekanisk låsning/hinder av knäledsrörligheten sannolikt den enda indikationen för artroskopi på grund av meniskskada.

I diagram 51 visas antalet knäledsartroskopier per 100 000 invånare för perioden 2006–2008, med jämförelseperioden 2003–2005. Enbart patienter 40 år och äldre som fått diagnosen artros och/eller meniskskada ingår i jämförelsen. Uppgifterna om antalet operationer är åldersstandardiserade och har hämtats från öppenvård och slutenvård i Patientregistret (PAR). Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort. 2008 rapporterades totalt 22 000 artroskopier till PAR. Av dessa avsåg 12 000 patientgruppen ovan.

Som framgår av diagrammet är det stor spridning mellan landstingen, liksom ojämna fördelning mellan könen. Riksmedelvärde för kvinnor var 186 per 100 000 invånare och för män 261. Totalt ökade antalet artroskopier för den aktuella patientgruppen mellan 2003 och 2008, från cirka 8 500 till 12 000. Cirka hälften av artroskopierna gjordes med diagnosen artros. Det är inte osannolikt att magnetkameraundersökningar har medfört en överdiagnostik av meniskskador, som kan ha bidragit till att öka antalet artroskopier. Åtgärden kostar enligt KPP-databasen 10–11 000 kronor att utföra.

Med litteraturen som bakgrund visar analysen att 2008 gjordes cirka 10 000 av 12 000 artroskopier i onödan på denna patientgrupp. 6 000 av dessa avser patienter med diagnosen artros, för vilka ingreppet inte ska utföras. Därtill kommer uppskattningsvis över 4 000 artroskopier med tveksam nytta, på patienter med diagnosen meniskskada. Antalet grundar sig på antagandet att 75 procent av de 6 000 artroskopier som utförs vid diagnosen meniskskada inte leder till förbättring för patienten.

Det är något vanligare med onödiga artroskopier bland patienter med högre utbildning, för både kvinnor och män. Dock är andelen onödiga artroskopier av alla artroskopier över 80 procent i alla utbildningsgrupper.



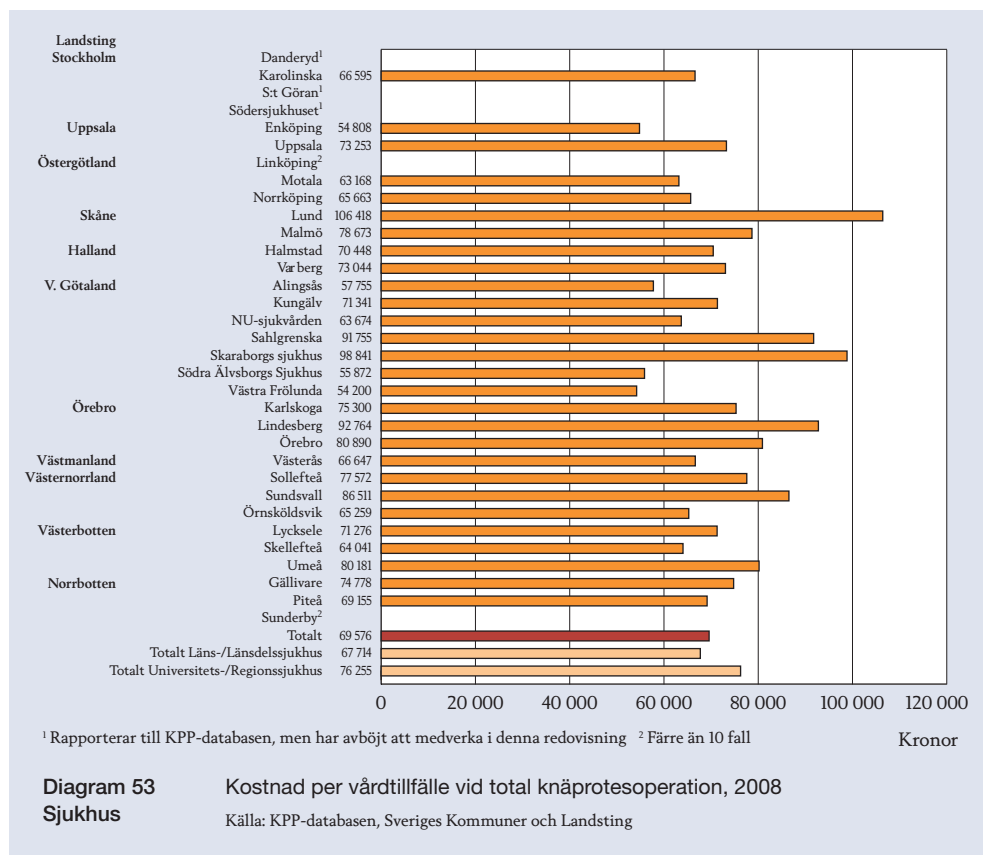
Om kodningen av diagnoser och åtgärder skiljer sig mellan landstingen påverkar detta jämförelsen. De två långa tidsintervallen, den successiva ökningen av antalet artroskopier, de inkluderade diagnoserna och åtgärderna, samt att diagnoskvoten artros/meniskskada är relativt stabil, gör att osäkerheten i jämförelsen minskar.

En möjlig underrapportering till PAR, framförallt avseende privata vårdgivare och behandlingar som görs i öppen vård, kan vara en annan källa till osäkerhet. Antalet artroskopier i landsting med stor privat artroskopiverksamhet kan därför ha underskattats.

52, 53 Kostnad per vårdtillfälle för höft- respektive knäprotosoperation

I diagram 52 och 53 visas de till KPP-databasen rapporterade kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för primär total höftprotosoperation och primär total knäprotosoperation.

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till detta. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som här redovisas. Alla kostnader för rehabilitering ingår inte heller på alla håll. De allra dyraste fallen, de



så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att vi vill visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus och i viss mån hantera olikheter i patientsammansättningen vid sjukhusen.

2008 utfördes i riket knappt 15 000 primära totala höftprotesoperationer. Av dessa rapporterades 7 442 till KPP-databasen. KPP-databasens genomsnittskostnad för inrerfallen uppgick 2008 till 74 383 kronor. 2007 års kostnad var ungefär densamma. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från drygt 50 000 kronor till det dubbla.

Cirka 11 000 primära totala knäprotesoperationer utförs varje år. 2008 rapporterades till KPP-databasen 4 901 vårdtillfällen. Genomsnittskostnaden för knäprotesoperationer uppgick 2008 till 69 576 kronor, något lägre än kostnaderna för höftprotesoperationerna. De redovisade kostnaderna för de olika sjukhusen varierar från drygt 50 000 kronor per operation till drygt 100 000 kronor.

Medelvårdtiderna för höftprotesoperationer varierar från fyra till tio dagar, med ett genomsnitt på sex dagar. För knäprotesoperationer var vårdtiden i genomsnitt något lägre, med en variation från tre till tolv dagar. De rapporterade medelvårdtiderna

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

Kostnadsskillnaderna påverkas även av patientsammansättningen, av patientens allmänna funktionsförmåga och sjuklighet. Enheter kan ha mycket korta vårdtider och därmed låga kostnader bland annat beroende på att patienter selekterats dit. Kostnaderna speglar slutligen även tiden för själva operationen och bemanningen vid sjukhuset i stort.

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna.

DIABETESVÅRD

Diabetes är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar. Över 350 000 svenskar, cirka fyra procent av befolkningen, bedöms ha diabetes. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes, "vuxendiabetes". Övriga har diabetes av typ 1, "barn- och ungdomsdiabetes". De flesta diabetespatienter har sin regelbundna vårdkontakt med primärvården. Andra har sin huvudsakliga vårdkontakt med medicinkliniker vid sjukhusen.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras. Detta gör man bäst genom att brett angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av komplikationer. För diabetesvården finns ett antal etablerade kvalitetsindikatorer som speglar riskfaktorer och även behandlingsmål för dessa. Bland dem är patienternas medelblodsockervärde (HbA1c), blodtryck och kolesterol, liksom förekomst av rökning och fetma.

Sex indikatorer för diabetesvård redovisas. Tre är baserade på data från Nationella Diabetesregistret, NDR. De avser alla primärvård och måluppfyllelse vid behandling. En indikator avser medicinkliniker och måluppfyllelse vid behandling av barn och unga med diabetes. Källan är då kvalitetsregistret för barn och ungdomar med diabetes, SWEDIABKIDS, som ingår i NDR. Två indikatorer avser läkemedelsbehandlade diabetiker, som utgör cirka 75 procent av alla med diabetes. Indikatorerna visar andelen med kolesterolsänkande behandling respektive förekomsten av amputation, med Läkemedelsregistret och Patientregistret som källa.

Socialstyrelsen har under 2009 publicerat förslag till nationella riktlinjer för diabetesvården. Måluppfyllelse i indikatorerna från NDR anges i förhållande till de riktvärden för behandlingsmål för medelblodsockervärde, blodtryck och kolesterol som finns i riktlinjerna.

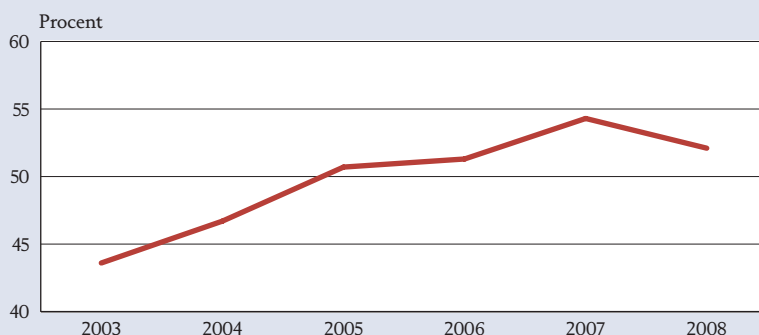


Diagram 54
Riket

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 6 %). Avser patienter 18–80 år.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Deltagandegraden år 2008 bedöms av NDR vara cirka 58 procent för riket totalt, men med relativt stora variationer mellan landstingen. Deltagandet i primärvården har ökat påtagligt de senaste åren. I diagrammen redovisas även deltagandegrad i primärvården per landsting, enligt NDRs sätt att bedöma denna. Vid lågt deltagande är det osäkrare om det redovisade resultatet verkligen är representativt för diabetesvården som helhet.

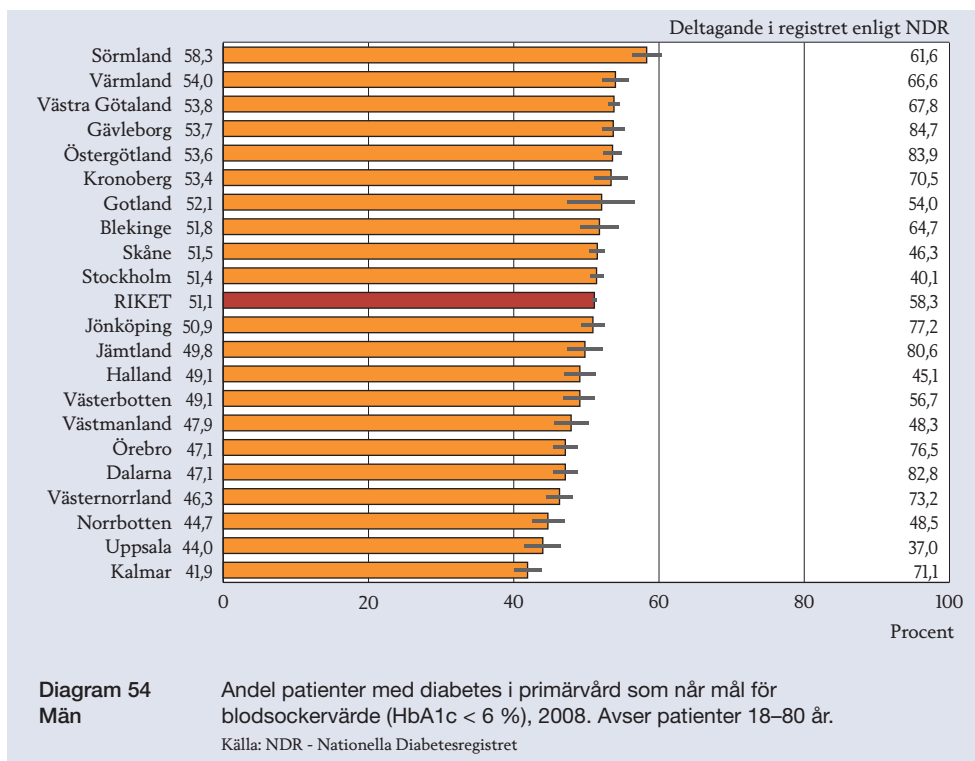
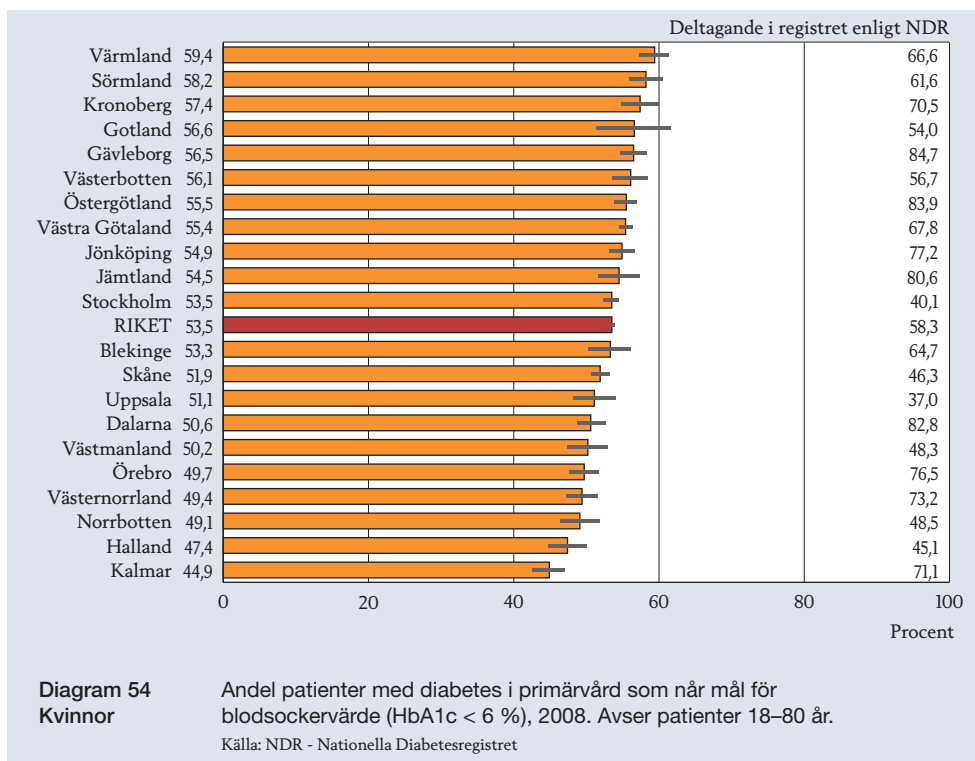
Uppgifterna från NDR avser 2008 och alla diabetespatienter i primärvård, i ålderna 18–80 år bortsett från indikator 58, som avser barn och ungdomar med diabetes. Åldersavgränsningen är gjord för att göra data mer jämförbara och för att göra indikatorerna mera precisa som kvalitetsmått. För de allra äldsta patienterna kommer oftare andra aspekter, som biverkningar och risker med behandling med flera läkemedel samtidigt, att spela roll vid värderingen av de diabetesrelaterade behandlingsmålen.

Läkemedelsregistret är heltäckande avseende läkemedelsbehandlade diabetiker och är baserat på faktiska uttag av receptförskrivna läkemedel.

54 Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)

Till en god diabetesbehandling hör bland annat att blodsockernivån ska hållas på en så normal nivå som möjligt, med endast mindre stegringar efter måltider. För låga blodsockernivåer ska undvikas, eftersom patienterna mår dåligt av dem och de dessutom kan vara farliga. Vid för höga blodsockernivåer blir man trött, törstig och till och med allmänpåverkad i det akuta skedet, och långsiktigt ökar det risken för komplikationer.

Personer med diabetes har mycket olika behov av medicinsk behandling, men också starkt varierande risk för utveckling av komplikationer. Detta kräver en välfungerande screening, kontroll av riskfaktorer och individualiserad behandling.



Det är viktigt att understryka att behandlingsmål är konsensusbaserade nivåer som bygger på många typer av vetenskapliga underlag. Det finns ännu få studier där patientupplevda effektmått som livskvalitet har analyserats. Alla publicerade rekommendationer betonar vikten av att den blodsockersänkande behandlingen ska genomföras utan att förorsaka för låga blodsockervärden. Balansen av blodsockret är således ofta en stor utmaning.

I diagram 54 anges hur stor andel av patienterna i primärvården som har medelblodsockervärde (HbA1c) lägre än 6,0 procent. Alla till NDR rapporterade diabetespatienter mellan 18 och 80 år i primärvård ingår, vilket var cirka 141 000 patienter 2008.

I riket som helhet nås behandlingsmålet för 52 procent av patienterna. Skillnaderna mellan landstingen är för flertalet mycket måttliga och skall inte övertolkas. Resultat för landsting som fortfarande har relativt låg deltagandegrad är svårvärderade. Detta gäller landsting som Uppsala, Norrbotten, Stockholm, Skåne, Halland och Västmanland.

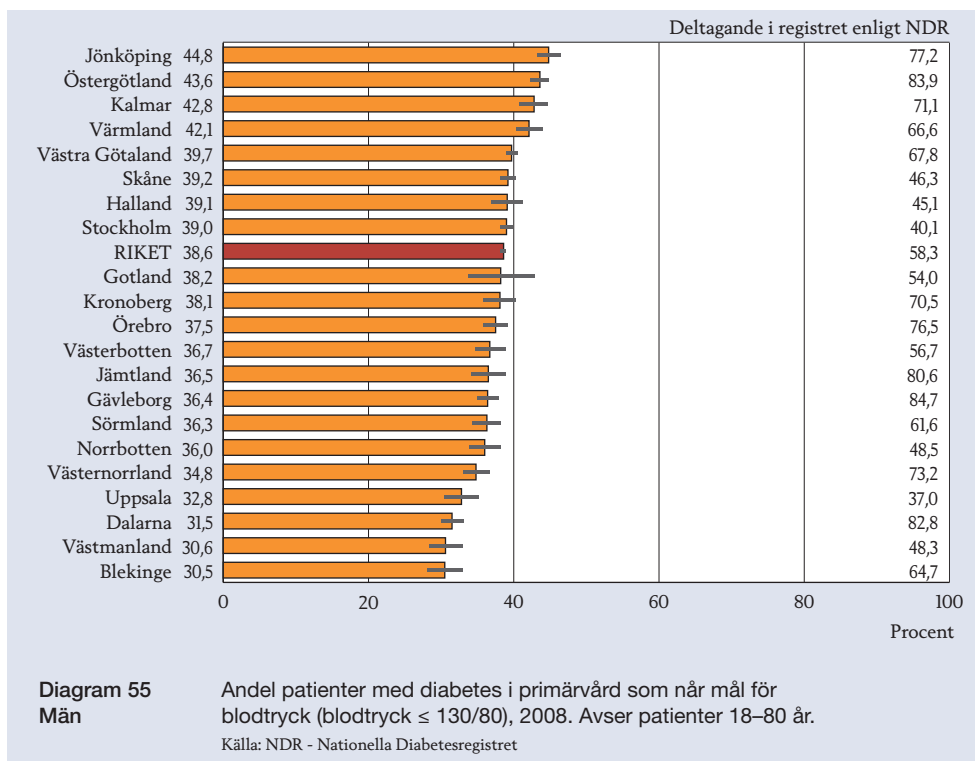
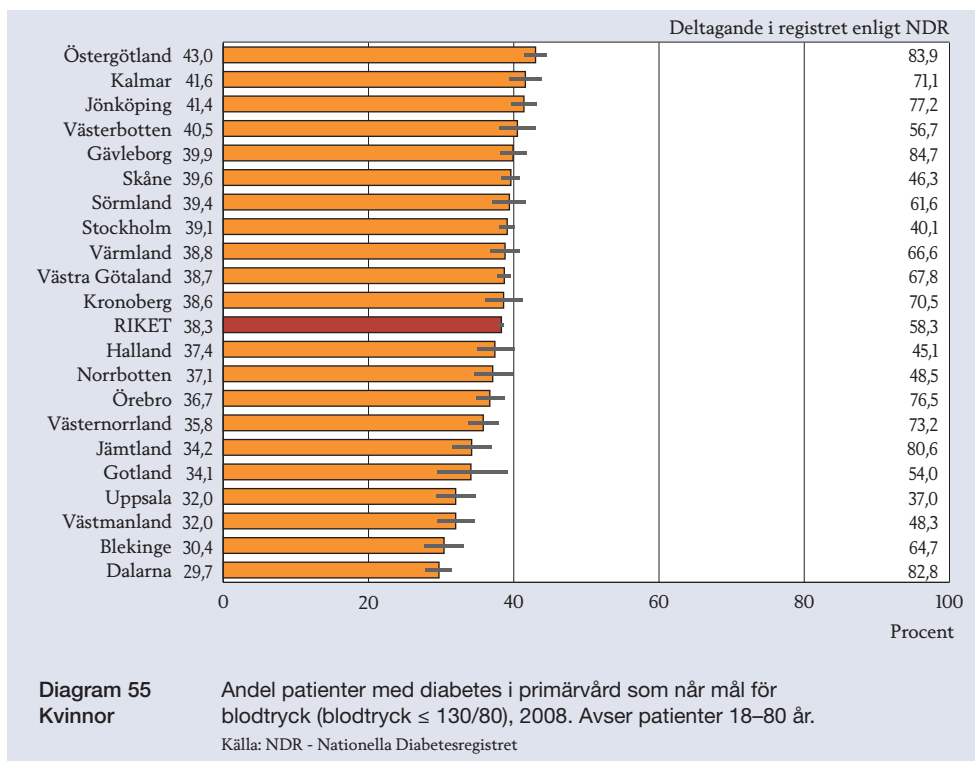
Att bara 52 procent av patienterna når behandlingsmålet är vid första anblicken ett påtagligt svagt resultat. Dock är målvärdet för HbA1c mycket högt satt och bästa möjliga blodsockerkontroll kan variera stort mellan olika patienter. Resultatet borde uppmuntra till lokala subgruppsanalyser, till exempel av gruppen patienter med relativt nydebuterad diabetes. För denna grupp är det viktigt att blodsockerkontrollen är mycket god. Behandlingsriktlinjer och förslag till behandlingstrappor kan tjäna som stöd för patienter och diabetesteam.

Vid hög biologisk ålder, kort förväntad överlevnad eller oförmåga att känna varningssymtom vid låga blodsockervärden är behandlingsmålen givetvis helt andra. I de nationella riktlinjerna anges att även om det finns epidemiologiska studier som talar för att det finns samband mellan blodsockerkontroll och diabeteskomplikationer även hos äldre, så har få behandlingsstudier inkluderat personer över 75 år.

För patienter i primärvården pekar data från NDR på en positiv utveckling över tid. Medelvärdet för HbA1c har de senaste åtta åren sjunkit från 6,5 procent till 6,1 procent. Behandlingsmålet för HbA1c uppnåddes 2008 av något fler kvinnor än män. Efter att hänsyn tagits till kvinnors och mäns olika ålder kvarstår inte den skillnaden.

55 Måluppfyllelse för blodtryck

Risken för hjärt-kärlsjukdom är två-tre gånger högre hos patienter med diabetes än hos dem som inte har diabetes, enligt flera olika studier. Ett flertal riskfaktorer bidrar till detta, som rökning, högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer. Gränsen för förhöjt blodtryck för diabetiker är satt till högre än 130/80 mm Hg. Detta värde innebär att i storleksordningen 80–90 procent av alla diabetiker i primärvården har högt blodtryck, definierat som alla med blodtryckssänkande läkemedel eller som är obehandlade med blodtryck högre än 130/80 mm Hg.



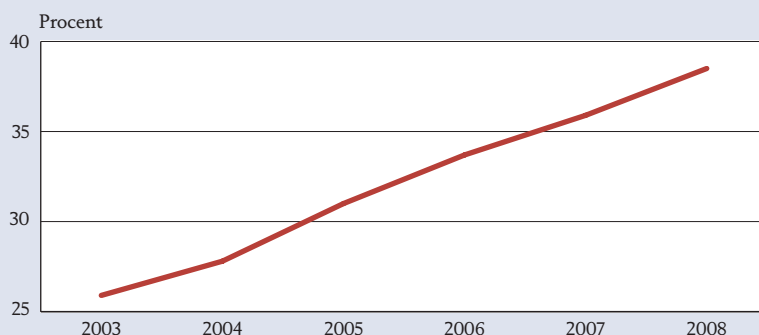


Diagram 55
Riket

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (blodtryck $\leq 130/80$). Avser patienter 18–80 år.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

Diagram 55 anger hur stor andel av primärvårdspatienterna i NDR som 2008 uppnår behandlingsmålet 130/80 mm Hg eller lägre. Alla patienter upp till 80 år ingår, oavsett om de behandlas för högt blodtryck eller ej.

Andelen för riket som uppfyller blodtrycksmålet har ökat år från år och ligger nu på knappt 40 procent, lika för kvinnor och män. Det finns vissa skillnader mellan landstingen, även bland de landsting som har god deltagandegrad och som därmed har relativt tillförlitliga värden.

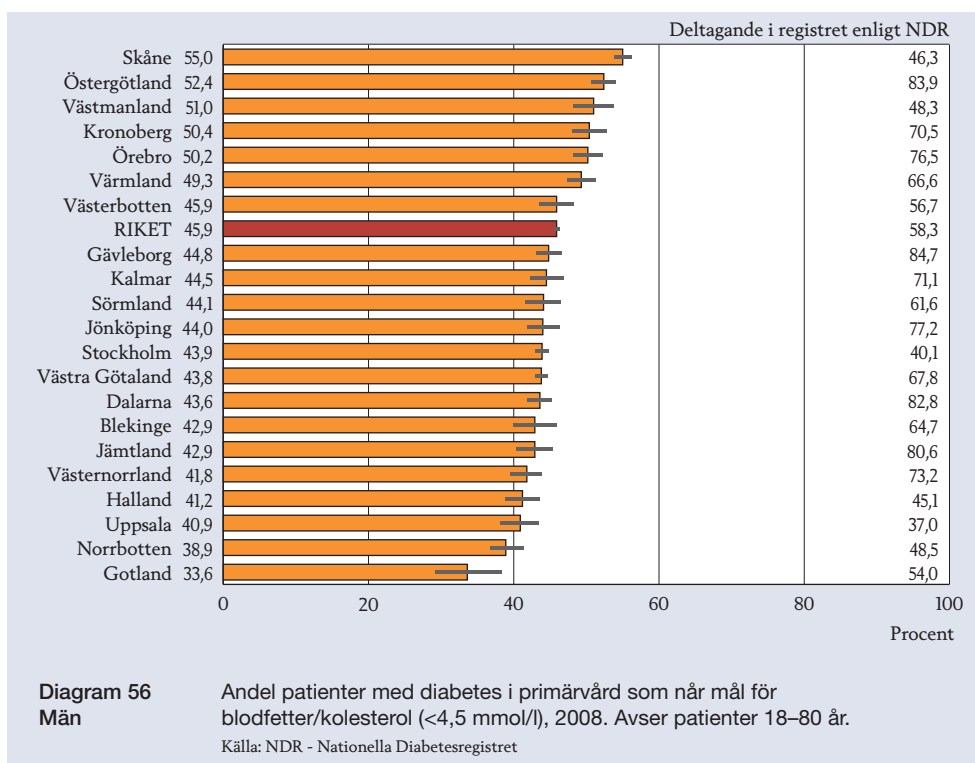
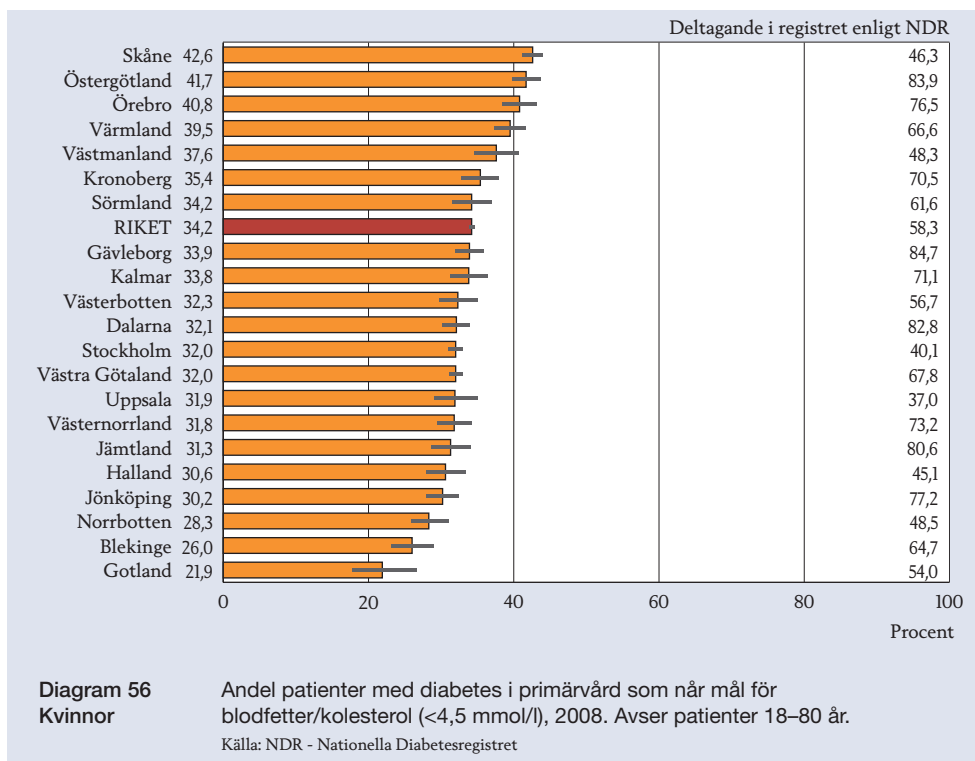
Den låga måluppfyllelsen tyder på underbehandling av diabetespatienterna, även om val av behandling måste utformas efter individuella hänsyn. För äldre och multisjuka måste flera olika aspekter vägas in.

56 Måluppfyllelse för kolesterol

Höga blodfetter hos patienter med diabetes ökar risken för hjärtsjukdomar, stroke och för nedsatt cirkulation i benen. Förebyggande behandling med blodfettssänkande läkemedel kan påtagligt minska risken och rekommenderas mot höga blodfetter hos patienter med typ 2 diabetes. Målnivån är ett värde för totalkolesterol som är lägre än 4,5 mmol/l och ett LDL-kolesterol som är lägre än 2,5 mmol/l.

I genomsnitt nås behandlingsmålet bara av 34 procent av kvinnorna och av 46 procent av männen. Samma låga grad av måluppfyllelse gäller också för LDL-kolesterol, det så kallade "onda" kolesterolet. Det finns klara skillnader mellan de olika landstingen. Kvinnorna har lägre grad av måluppfyllelse jämfört med männen, även efter åldersjustering.

Andelen som behandlas med blodfettssänkande läkemedel har mer än fördubblats på några år. Idag får 58 procent av kvinnorna och 60 procent av männen behandling. Den låga måluppfyllelsen och variationen tyder fortfarande på en klar underbe-



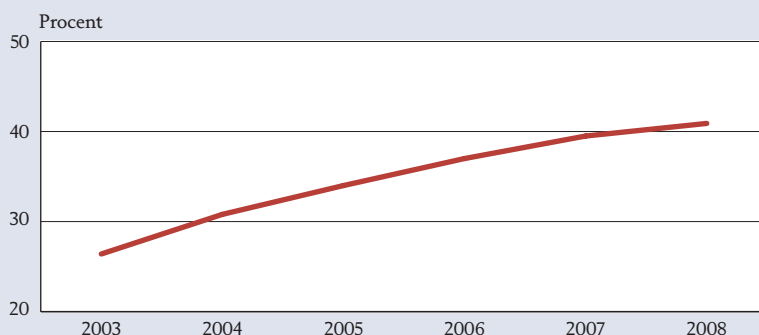


Diagram 56
Riket

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodfetter/kolesterol (<4,5 mmol/l). Avser patienter 18–80 år.

Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

handling. Det finns anledning att skärpa följsamheten till riktlinjerna och uppföljningen av behandlingen.

57 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling

En majoritet av patienterna med typ 2 diabetes får tidigt en blodfettssrubbnings. Ökad fysisk aktivitet, rökstopp och kostförändringar har goda effekter på blodfettssrubbnings och på risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. Läkemedelsbehandling mot blodfettssrubbnings är särskilt viktig hos diabetespatienter med flera riskfaktorer, som högt blodtryck, rökning, mikroalbuminuri (små mängder plasma-protein i urinen) och bukfetma.

I diagram 57 redovisas andelen läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlas med blodfettssänkande läkemedel. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret och omfattar 315 000 läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre. I riket uppgår andelen behandlade kvinnor till 58 procent och andelen behandlade män till knappt 60 procent. Det finns vissa skillnader mellan landsting, men för de allra flesta landsting är skillnaderna mindre än tio procentenheter.

För alla landsting har en påtaglig ökning av andelen behandlade skett sedan jämförelseåret 2006, som visas som skuggad stapel i diagrammet. I riket har under perioden andelen som behandlats ökat med över tio procentenheter både för kvinnor och män.

Måluppfyllelsen avseende kolesterolnivåer i NDR kan ge stöd vid tolkning av utfallet. Enligt NDR uppnådde 34 procent av kvinnorna och 46 procent av männen behandlingsmålen för total kolesterol < 4,5 mmol/l. Denna grad av måluppfyllelse är inte tillfredsställande och talar för att underbehandling föreligger, trots de senaste årens ökning av andelen behandlade.

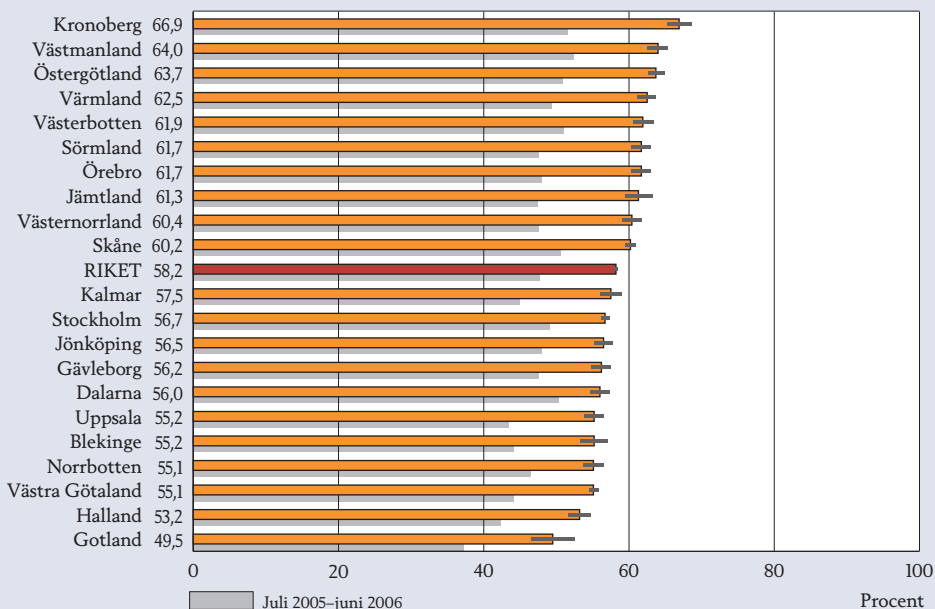


Diagram 57
Kvinnor

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande behandling, juli 2008–juni 2009. Patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

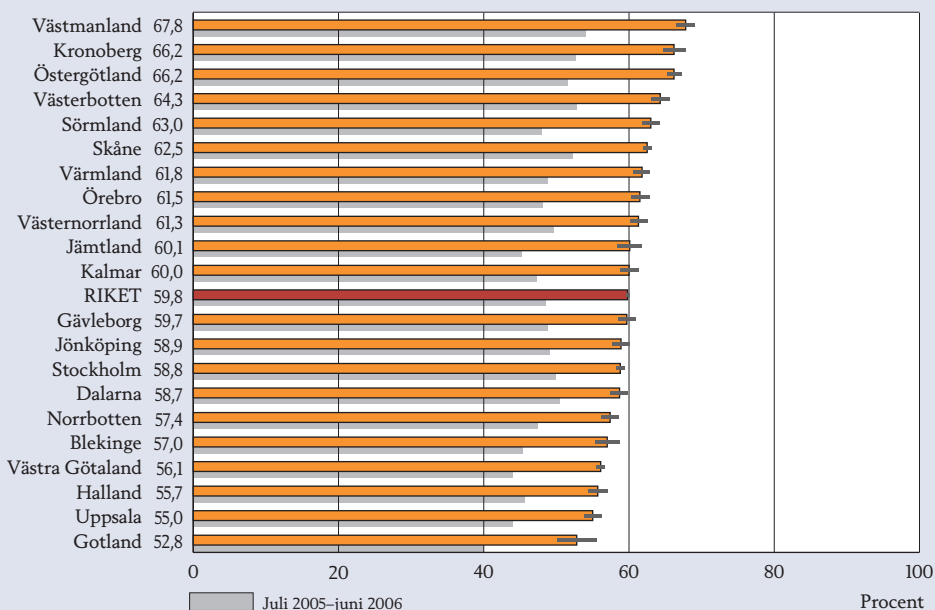


Diagram 57
Män

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande behandling, juli 2008–juni 2009. Patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

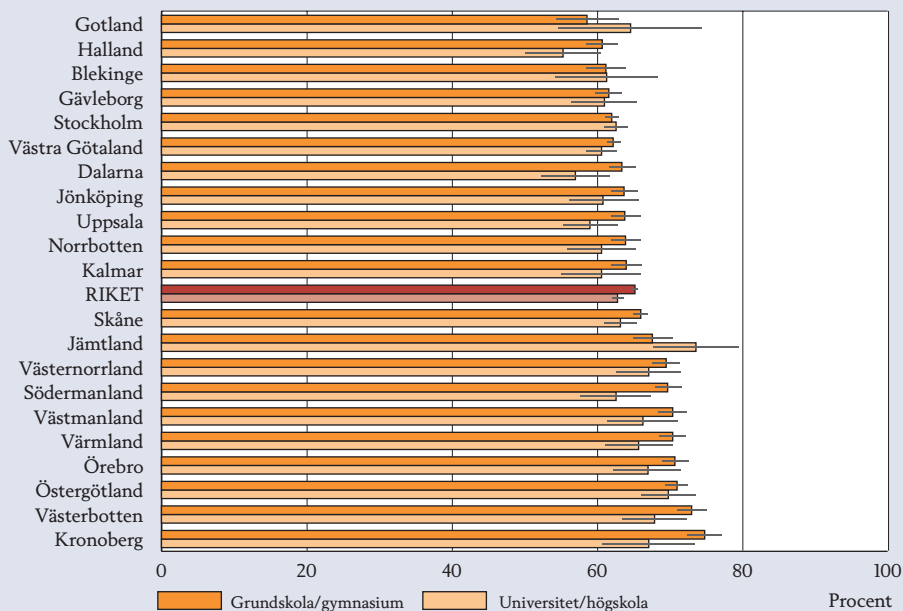


Diagram 57A
Kvinnor
Utbildning

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, juli 2008–juni 2009. Avser patienter 45–74 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och utbildning från SCB

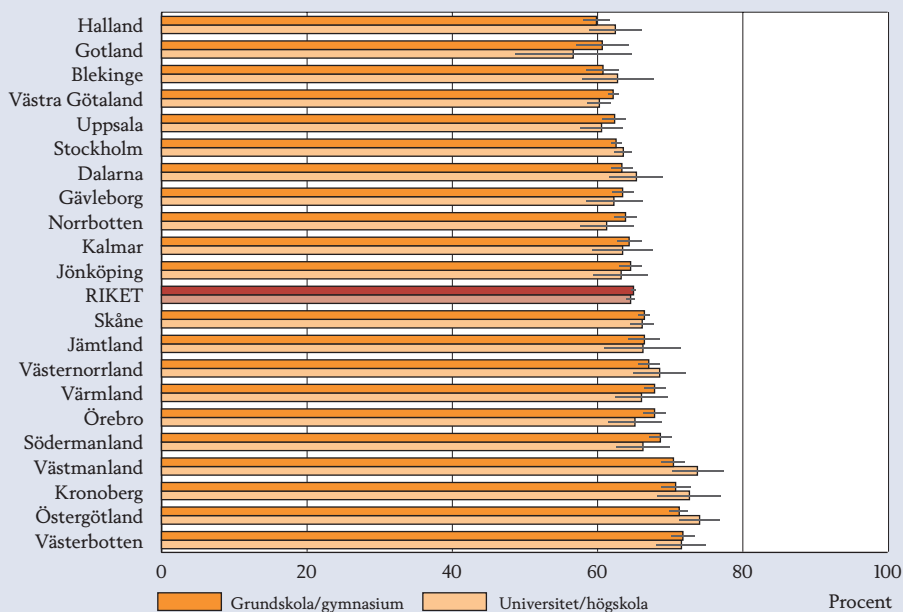
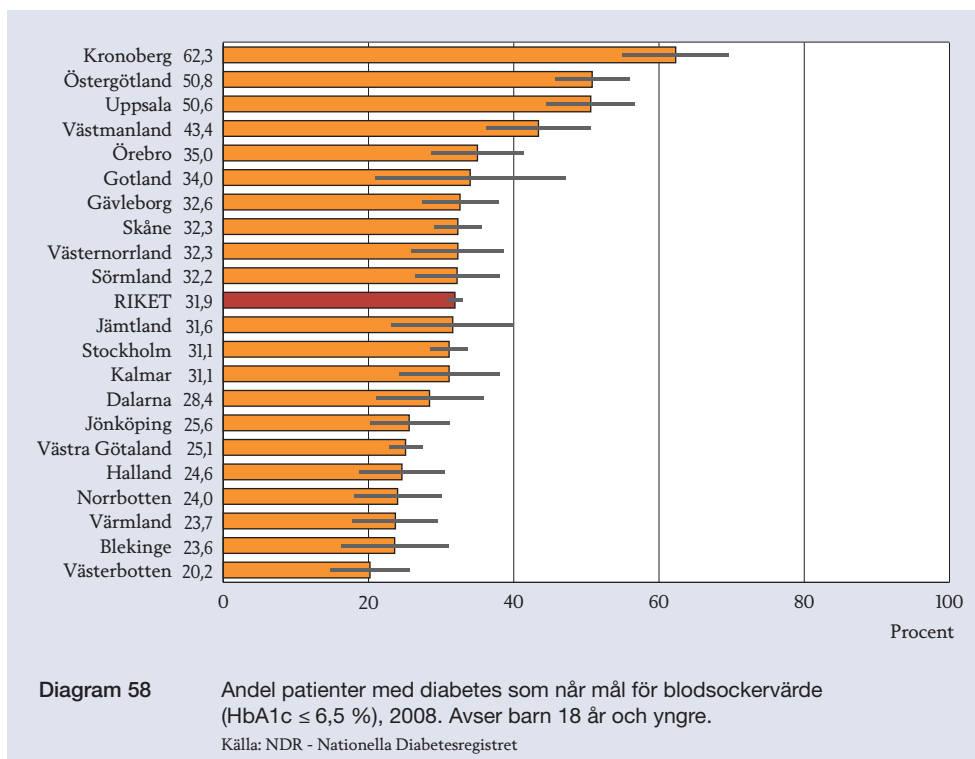


Diagram 57A
Män
Utbildning

Andel diabetespatienter med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, juli 2008–juni 2009. Avser patienter 45–74 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och utbildning från SCB



I diagram 57A visas samma indikator uppdelad på utbildningsnivå och kön per landsting, 45–74 år. Bland kvinnor har de med högst gymnasieutbildning en högre användning av blodfettssänkande läkemedel än de med universitetsutbildning, skillnaden är dock endast ett par procentenheter. Det är oklart om denna skillnad motsvarar olikheter i riskprofil.

Bland män är skillnaden mycket mindre och för några landsting har de med universitetsutbildning en högre användning av blodfettssänkande läkemedel. Då rökning, övervikt, och andra livsstilsriskfaktorer är mindre vanliga bland högutbildade torde detta visa på en ojämlikhet i användning av blodfettssänkande läkemedel, i alla fall bland män.

58 Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c) – barn

Diabetes är den näst vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar i Sverige och innebär risk för allvarliga komplikationer senare i livet. Nästan 800 barn insjuknar i diabetes varje år i Sverige. Det finns över 7 700 barn med diabetes som får sin vård vid barnklinikerna i Sverige. Den övervägande majoriteten av dessa har typ 1 diabetes.

Samtliga barn och ungdomar med diabetes ingår 2008 i Nationella Diabetesregistrets barndel, SWEDIABKIDS, ett nationellt kvalitetsregister för barn och ungdoms-

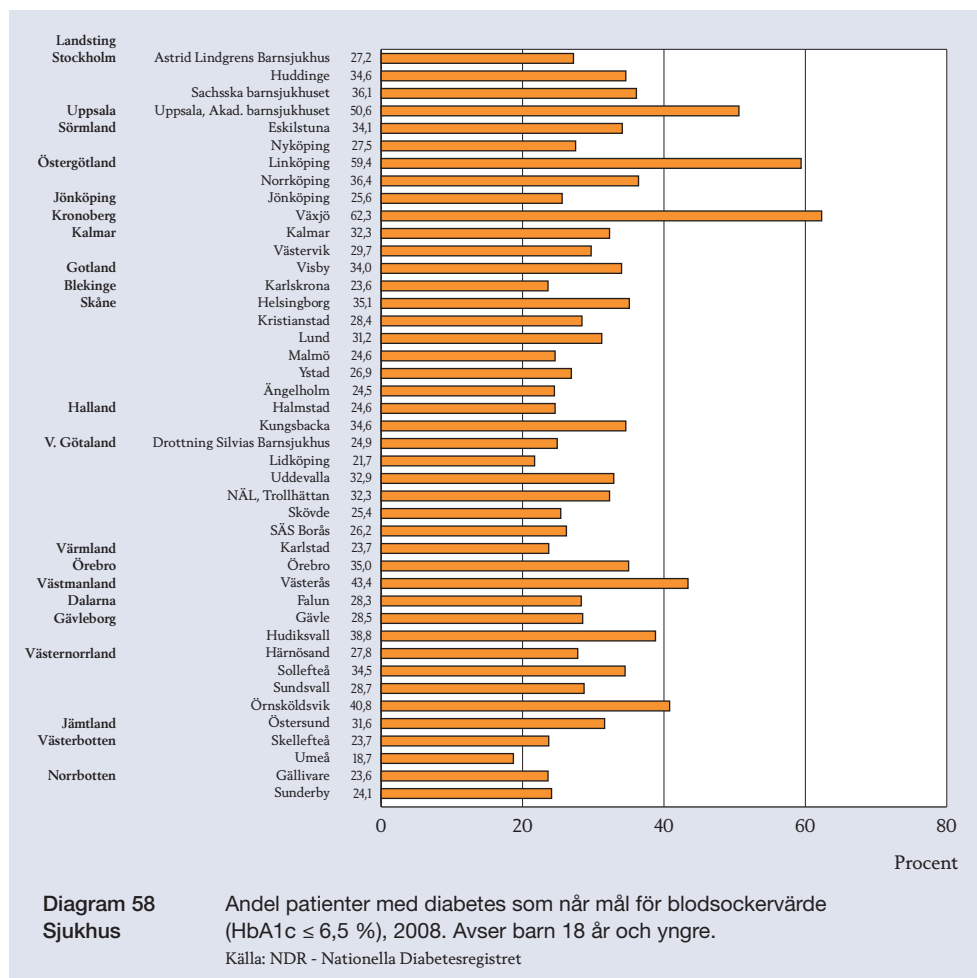


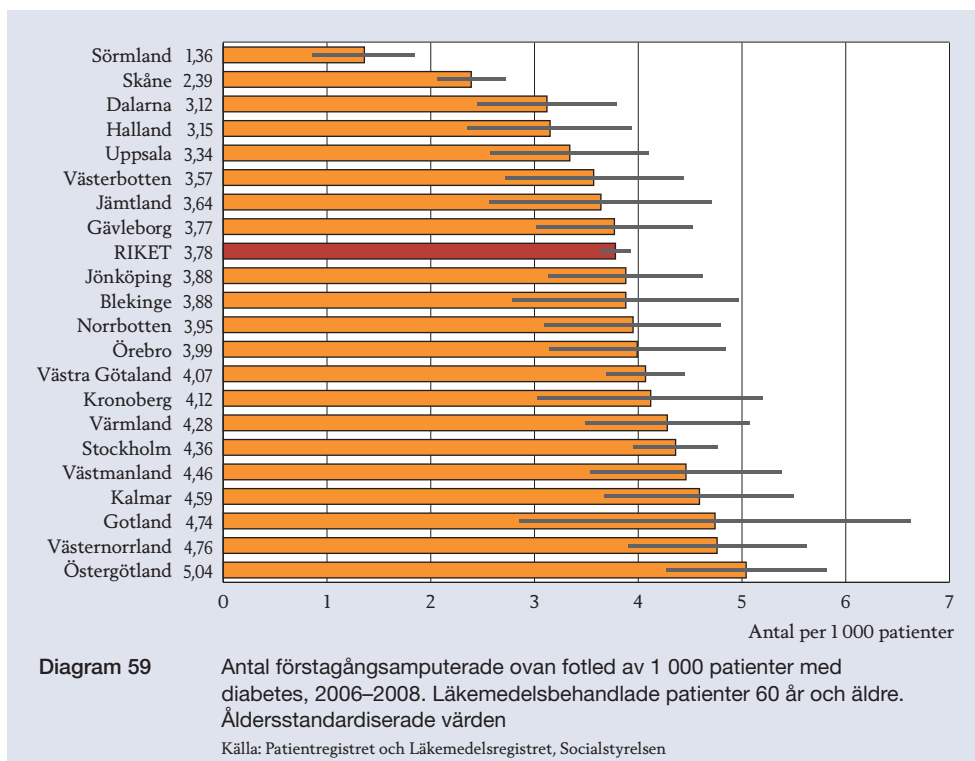
Diagram 58
Sjukhus

Andel patienter med diabetes som når mål för blodsockervärde (HbA1c ≤ 6,5 %), 2008. Avser barn 18 år och yngre.
Källa: NDR - Nationella Diabetesregistret

diabetes. Registret kartlägger vilka resultat som uppnås inom barndiabetesvården och belyser följsamheten till vårdprogrammet. För barndiabetesvården finns flera kvalitetsindikatorer och behandlingsmål för dessa.

En av de allra viktigaste indikatorerna för barn och ungdomsdiabetesvården är medelblodsocker (HbA1c). Individer med högt HbA1c löper betydligt högre risk för komplikationer. Vid barndiabetesmottagningarna kontrolleras HbA1c som regel fyra gånger per år. Ett högt värde föranleder åtgärder i behandlingen, som handlar om balansen mellan kost, motion och insulinbehandling och redan efter en månad med bättre behandling kan värdet förbättras märkbart.

Vårdprogrammet har ett målvärde där HbA1c ska ligga på 6,5 procent eller lägre. Svårigheten kan ibland vara att barnet/ungdomen har ett för lågt värde, med risk för blodsockerfall.



I diagram 58 redovisas andelen barn med ett årsmedel-HbA1c på 6,5 procent eller lägre. I riket som helhet når 32 procent av barnen detta mål. Möjligtvis kan detta utfall anses vara för lågt, men en ålderjustering av målvärdet skulle ge en klarare bild, då det är allmänt känt att det framförallt är inom tonårsgruppen som de flesta höga värden förekommer. Internationellt sett har Sverige låga HbA1c -värden bland barn och ungdomar. Att variationen mellan landstingen är relativt stor visar att det finns en förbättringspotential i många landsting. Ingen könsskillnad ses för denna indikator.

59 Amputation av patienter med diabetes

Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes. Vid sådan uttalad försämrad perifer cirkulation finns det risk för vävnadsdöd i fötter och ben, en komplikation som kan vara livshotande. För att behandla detta kan man tvingas att amputera delar av benet.

Det finns i huvudsak tre faktorer som ökar risken för amputation på grund av kärlsjukdom: Hög ålder, rökning och diabetes. Om man inte tillhör någon av dessa grupper är risken att bli amputerad liten. Förebyggande information och god fotvård är viktigt för att minska antalet amputationer. Hos diabetiker har välanpassade skor, dagliga inspektioner av fötterna för att tidigt hitta sår samt korrekt behandling av uppkomna sår visats minska risken för amputation. Rökstopp är särskilt viktigt.

I god fotvård och tidig intervention kan amputation av delar av framfötter och tår ingå, så kallad mindre amputation. Genom tidig mindre amputation kan man förhindra eller fördröja försämrade cirkulation och vävnadsdöd högre upp i benet. En sådan mindre amputation ger, om den läker komplikationsfritt, oftast god funktion och bibehållen hälsorelaterad livskvalitet.

En amputation ovan fotled brukar benämnas som större och kan i många fall ses som ett tecken på för sent insatta åtgärder från diabetesvården. Knappt 1 000 diabetespatienter av drygt 200 000 diabetiker 60 år och äldre, genomgår en större amputation varje år. Antalet som genomgår en mindre amputation är lite mer osäkert då dessa mindre amputationer inte alltid registreras.

I diagram 59 visas antalet diabetespatienter som genomgår en amputation ovan fotled, per 1 000 läkemedelsbehandlade diabetiker. På grund av relativt få fall redovisas sammanslagna data för båda könen under en treårsperiod. I riket förstagångsamputerades 3,8 av 1 000 patienter under mätperioden 2006–2008.

Måttet används ofta internationellt, bland annat har Sverige lämnat data till en jämförelse inom OECD. Måttet speglar inte kvaliteten i dagens diabetesvård, utan snarare den vård som gavs för 5–10 år sedan. Då en amputation ovan fotled är ett mycket stort ingrepp för patienten, med efterföljande funktionsnedsättning och stora kostnader för samhället, är det viktigt att följa utvecklingen.

HJÄRTSJUKVÅRD

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till invaliditet i Sverige. Akut hjärtinfarkt, som 2006 drabbade över 36 000 individer, är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna. Vården av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar under den senaste tioårsperioden, vilket medfört en påtagligt minskad dödlighet.

Här redovisas elva indikatorer. De flesta avser hjärtinfarkt. Som mått på hjärtinfarktsjukvårdens resultat redovisas tre indikatorer, två som avser dödlighet efter infarkt och en som gäller återinsjuknande i akut hjärtinfarkt. Fyra indikatorer är processmått och speglar hur behandling och sekundärprevention bedrivs inom hjärtinfarktvården. Slutligen redovisas en indikator som modifierats sedan förra årets rapport: Död eller återinskrivning efter sjukhusvård för hjärtsvikt. Föregående års indikator mätte endast frekvensen återinsjuknande. Utöver väntetid till kranskärloperation redovisas även två nya indikatorer. Den ena avser tillgänglighet till besök vid kardiologisk mottagning och den andra kostnaden per vårdtillfälle för PCI vid infarkt.

Alla indikatorer som speglar medicinsk kvalitet ingick även i Socialstyrelsens öppna jämförelse av hjärtsjukvård från våren 2009 och redovisas här med uppdaterade data.

Kvalitetsregistret RIKS-HIA, som nu ingår i det större hjärtregistret SWEDHEART, är källa till tre av indikatorerna. Där registreras uppgifter om de infarkt-patienter som är intagna för hjärtintensivvård vid sjukhusen. Nästan alla akutsjukhus deltar, men vid alla sjukhus finns infarktpatienter som inte rapporterats till RIKS-HIA.

Rapporteringen till RIKS-HIA åren 2005–2006 har jämförts med den till patientregistret (PAR). I riket som helhet hade 40 procent av alla fall enbart rapporterats till PAR och inte till RIKS-HIA. Per år var det över 12 000 fall med hjärtinfarktdiagnos som inte rapporterades till RIKS-HIA. Variationen mellan sjukhusen är än större än för landstingen. Inom RIKS-HIA pågår arbete för att öka rapporteringen av infarktpatienter, oavsett vid vilken organisatorisk enhet vid sjukhusen de vårdas.

Den ojämna täckningsgraden bör tas i beaktande när data från RIKS-HIA tolkas, framförallt för de två indikatorer som avser så kallad icke ST-höjningsinfarkt. Om olika kategorier av hjärtinfarktpatienter inkluderas i data för de olika landstingen kan detta påverka resultaten av jämförelserna.

60 Dödlighet efter hjärtinfarkt

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

I diagram 60 återges landstingens resultat för perioden 2005–2007 i en jämförelse med åren 2002–2004. Inom stapeln för den totala 28-dagarsdödligheten anges också andelen som avled utanför akutsjukvården. Som hjärtinfarkt har räknats alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog utan att ha vårdats vid sjukhus.

Variationer i dödlighet mellan landstingen kan ha flera orsaker. Utöver att tillförlitligheten i diagnosättning spelar roll, så påverkar skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer samt skillnader i befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

Mellan åren 1990 och 2000 minskade den åldersstandardiserade 28-dagarsletaliteten med 10 procentenheter för både kvinnor och män. Ur diagrammet kan utläsas att i nästan alla landsting har minskningen fortsatt fram till 2007, om än i varierande takt.

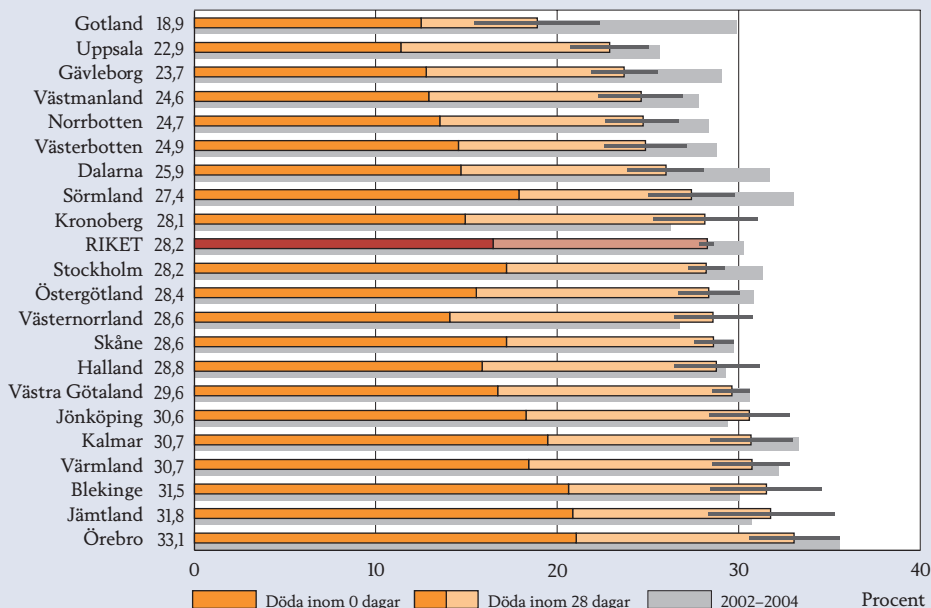


Diagram 60
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt,
2005-2007. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

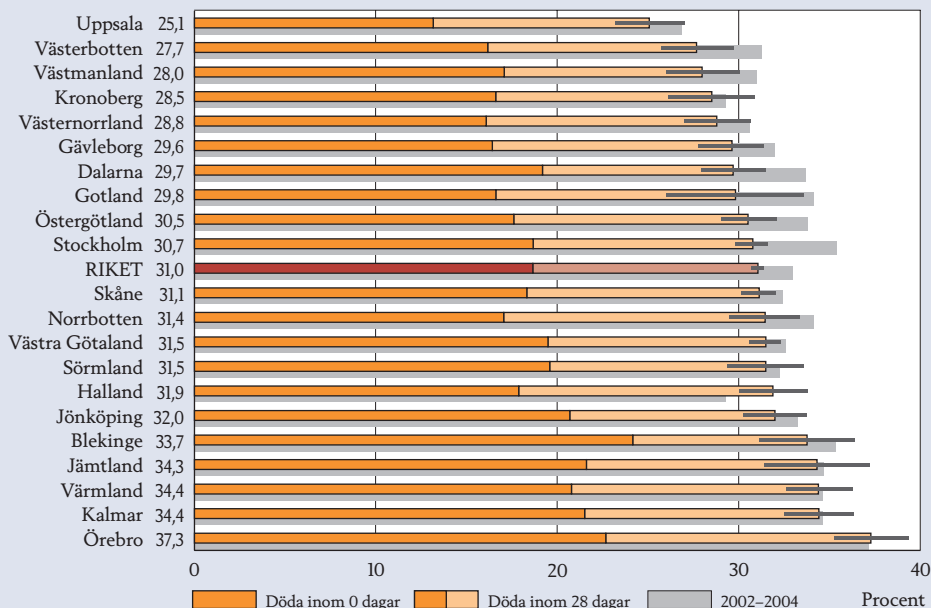
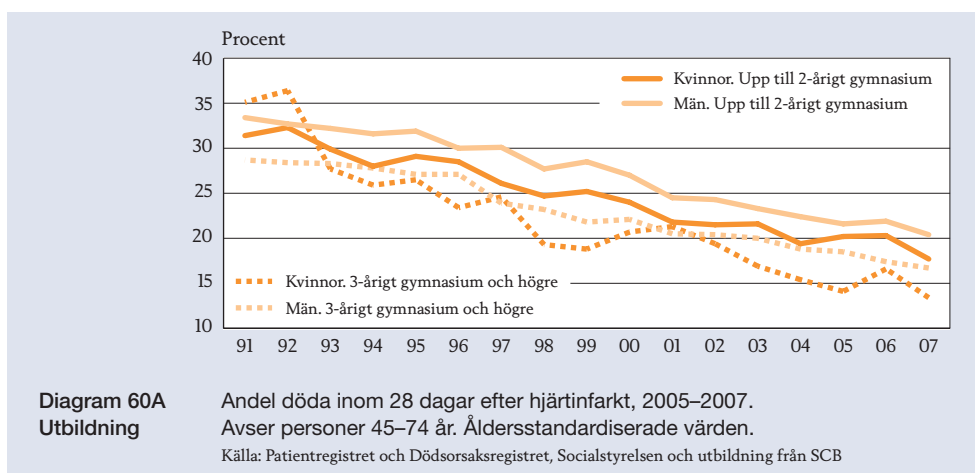
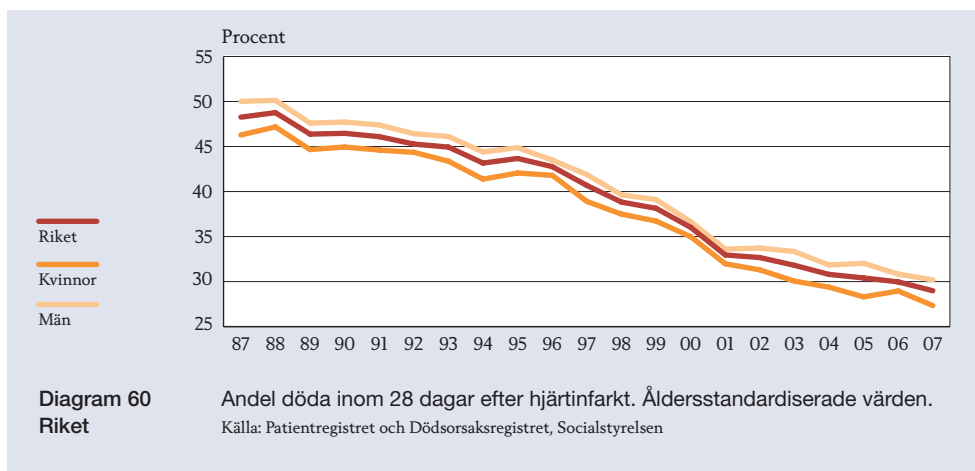


Diagram 60
Män

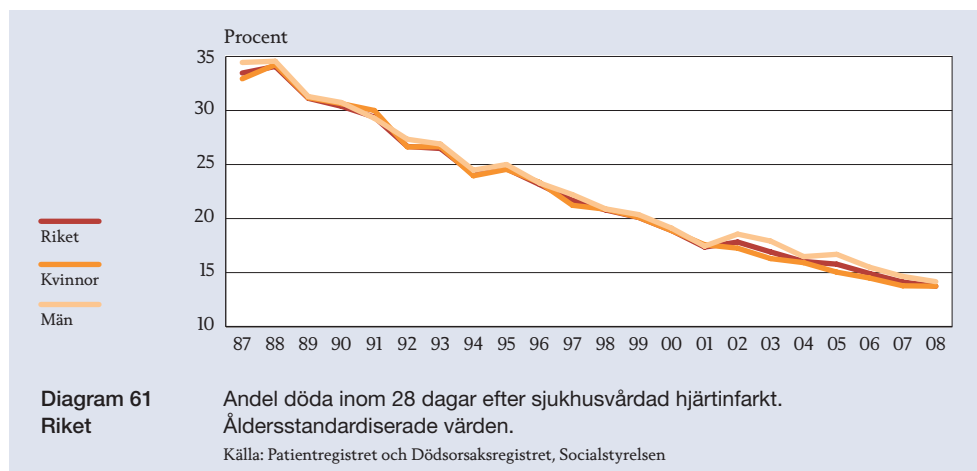
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt,
2005-2007. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



Under år 2007 drabbades 21 000 män och 15 100 kvinnor av hjärtinfarkt. Av de drabbade dör knappt en tredjedel inom 28 dagar efter infarkt. Drygt 7 000 infarktdrabbade dör utanför akutsjukvården varje år.

En felkälla att notera är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnossättning vid fastställande av dödsorsak är större bland dessa. Men det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdas.

I diagram 60A ses att överlevnaden de senaste femton åren efter hjärtinfarkt har förbättrats för både kvinnor och män. Individer med lägre utbildning har fortfarande en högre dödlighet än de med högre utbildning, vilket gäller för både kvinnor och män.



61 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Detta mått avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet av hjärtinfarkt-patienter och i den efterföljande vården på sjukhus. Även detta är internationellt etablerat. De två svenska centra som ingick i WHO:s MONICA-projekt uppvisade en mycket låg dödlighet bland hjärtinfarktpatienter på sjukhus, i en jämförelse med övriga centra i 24 länder. Att mäta korttidsöverlevnaden endast bland sjukhusvårdade är i många länder det mått som är möjligt att ta fram.

Jämförelsen i diagram 61 baseras på alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt som sjukhusvårdades initialt under åren 2006–2008. Samtliga fall i åldrarna 20 år eller över ingår. Åldersstandardisering har gjorts, för att ta hänsyn till att åldersstrukturen skiljer sig åt mellan könen och mellan landstingen. Motsvarande värde för åren 2003–2005 återges i den skuggade stapeln.

Under senare år vårdas cirka 12 000 kvinnor och 17 000 män årligen på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2006–2008 dog knappt 15 procent inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år. Efter åldersstandardisering har männen numera endast en något högre dödlighet efter hjärtinfarkt än vad kvinnorna har. I riket har dödligheten minskat med cirka två procentenheter för både kvinnor och män sedan 2003–2005.

Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar har männen således en högre dödlighet efter infarkt än kvinnorna, både i kategorin alla med hjärtinfarkt och i den kategori som sjukhusvårdats. Men skillnaden till männens nackdel är större i den förra gruppen. Männens överdödlighet är betydligt lägre bland de fall som sjukhusvårdats.

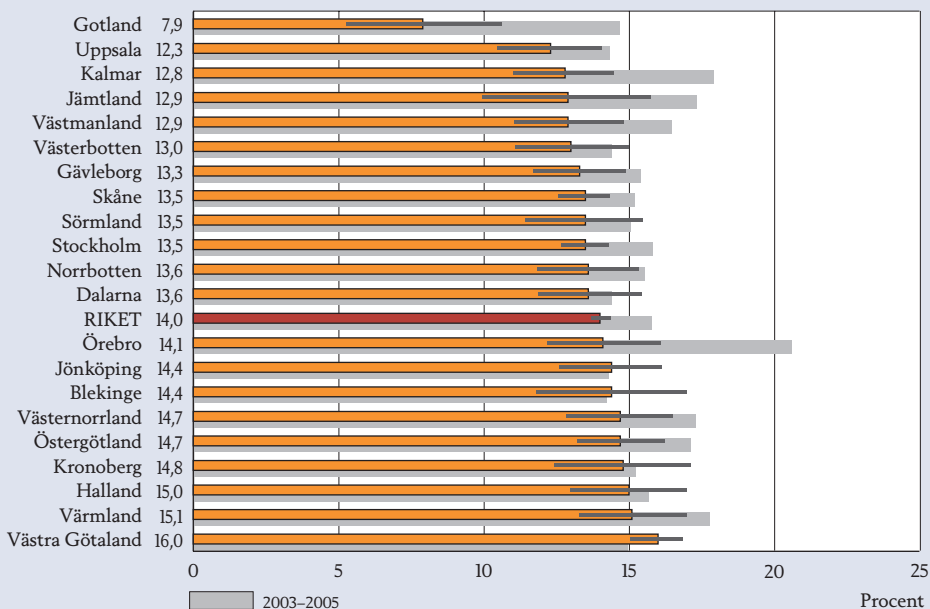


Diagram 61
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

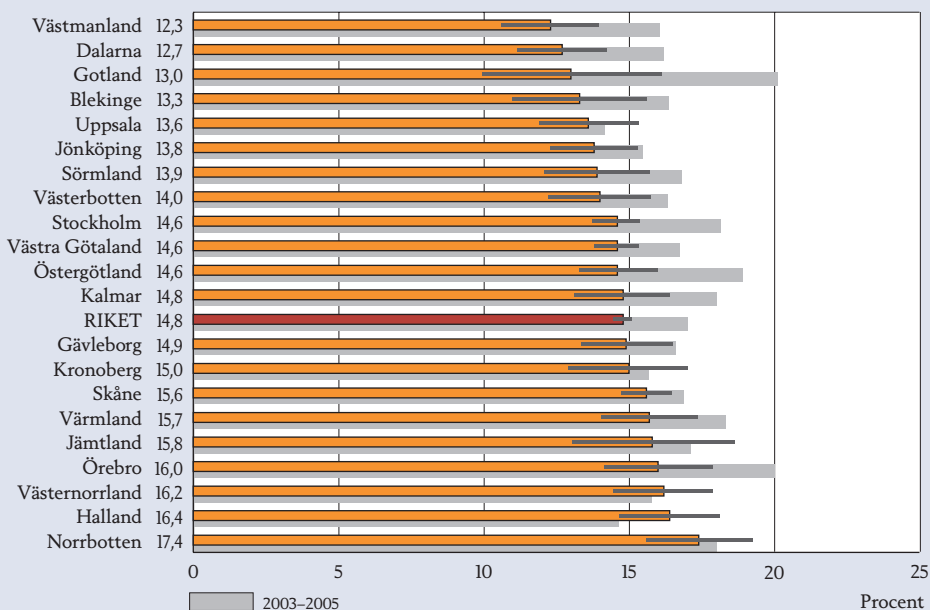


Diagram 61
Män

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

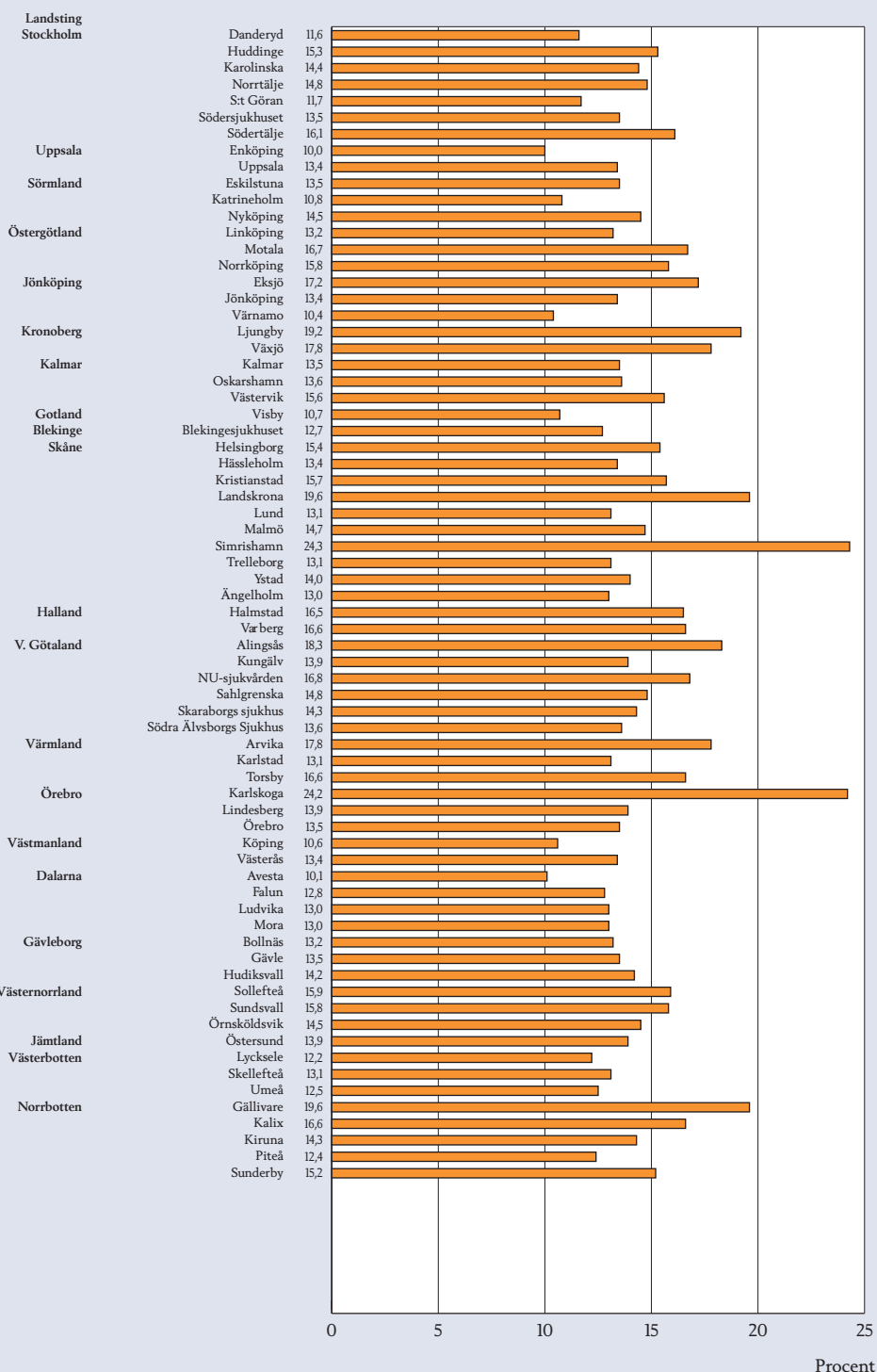


Diagram 61
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

62 Återinsjuknande i hjärtinfarkt

Indikatorn mäter andelen hjärtinfarktpatienter som skrevs ut från sjukhus och som fick en ny infarkt inom 365 dagar efter utskrivningen. Andelen patienter med ny infarkt kan vara ett resultat både av vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder. En grundläggande faktor som påverkar utfallet är självfallet patientens tillstånd före och efter den första infarkten.

Jämförelsen omfattar 20 770 patienter i alla åldrar som sjukhusvårdats under 2006 med hjärtinfarkt som huvud- eller bidiagnos och som sedan skrevs ut. Endast patienter utan en registrerad infarkt under de sju föregående åren ingår. På detta sätt speglas värden av förstagångsinsjuknade patienter. De som fick en andra infarkt består både av personer som avlidit utan att ha hunnit sjukhusvårdas, men där dödsorsaken var hjärtinfarkt, och av personer som vårdats vid sjukhus för infarkten. Åldersstandardisering har gjorts. Källorna är Patientregistret och Dödsorsaksregistret.

I riket som helhet och för båda könen totalt fick cirka 12 procent av patienterna en ny infarkt inom 365 dagar. Skillnaden mellan könen var ungefär en procentenhet. Under perioden 1998 till 2006 har andelen återinfarkter minskat något.

Variationen mellan landstingen sträcker sig från cirka sju procent för kvinnorna och sex procent för männen till cirka femton procent för båda könen. I procentenheter är skillnaden liten, men i termer av antalet personer som får en ny infarkt är skillnaden stor: Sju av hundra jämfört med femton av hundra patienter. För kvinnorna är utfallet i riket något bättre än för männen, men skillnaderna är måttliga.

Det är inte möjligt att ange en nivå för önskat eller optimalt utfall. Viss vägledning kan fås genom variationen mellan landsting. Det finns en betydande variation avseende hur många patienter som avlider utan att ha sjukhusvårdats (se diagram 60). Detta innebär att även annat än vårdinsatserna på sjukhus spelar roll: Sjukvårdsrådgivning, larmcentral och ambulanssjukvård, till exempel.

Det finns felkällor. Som ny infarkt inräknas även avlidna hjärtinfarktsfall, som inte föregicks av akutsjukhusvård. Med en låg andel obducerade bland äldre avlidna är osäkerheten i diagnosättning större bland dessa. Å andra sidan skulle en uppföljning endast avseende ny sjukhusvård för infarkt påverkas just av andelen infarktsfall som aldrig kommer till sjukhus. En stor andel som inte sjukhusvårdas får då andelen återinsjuknade att se lägre ut. Därför är det viktigt att inkludera även de som avlidit utan att ha sjukhusvårdats.

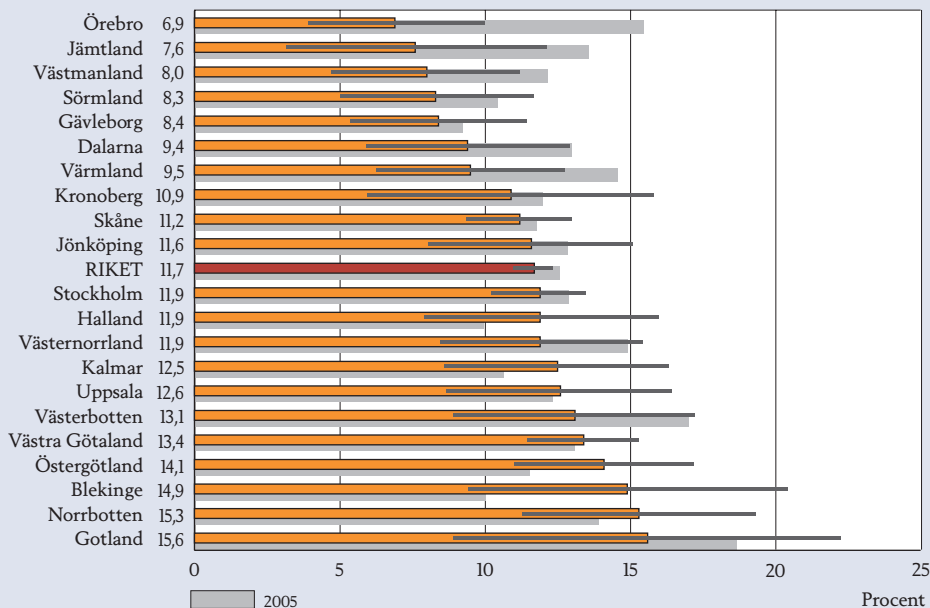


Diagram 62
Kvinnor

Andel patienter som får ny hjärtinfarkt inom 365 dagar, 2006.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

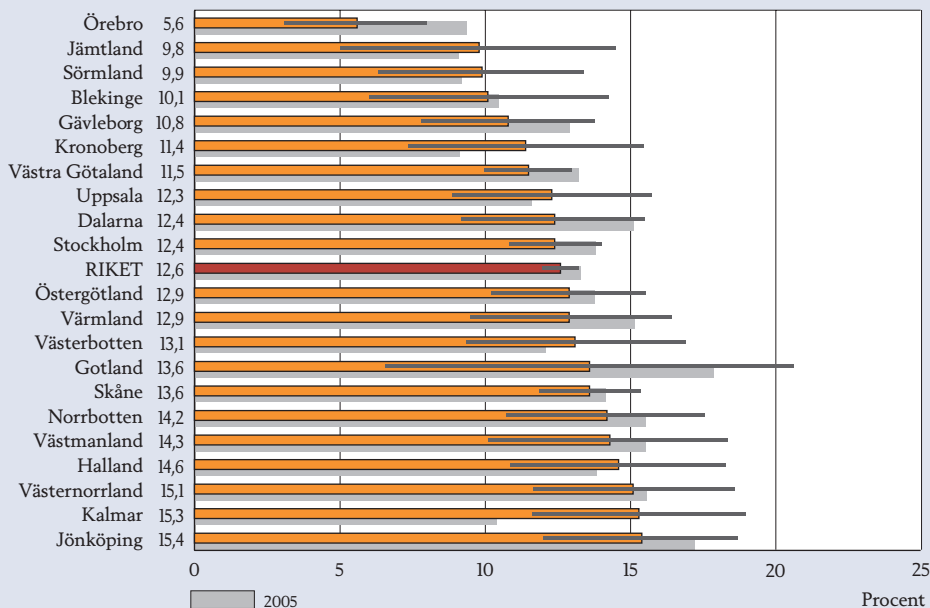
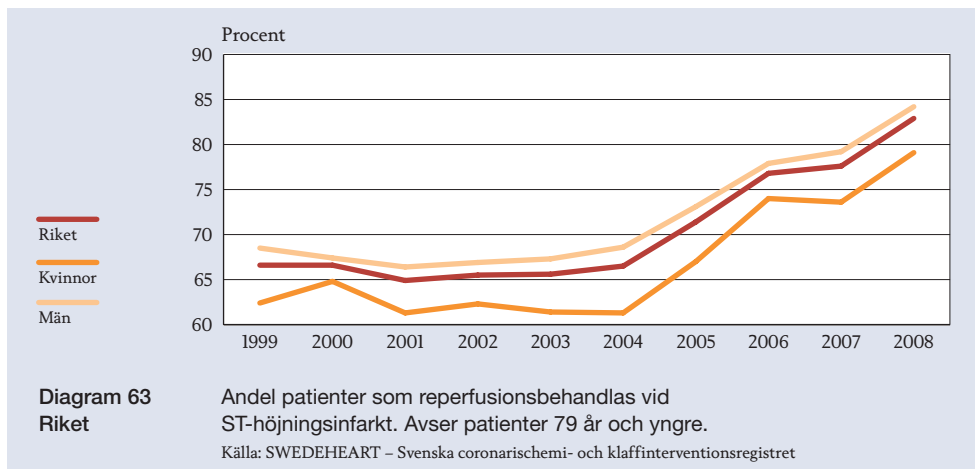


Diagram 62
Män

Andel patienter som får ny hjärtinfarkt inom 365 dagar, 2006.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



63 Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Totalt sjukhusvårdas cirka 29 000 patienter för hjärtinfarkt per år. Knappt 6 000 av dessa är ST-höjningsinfarkter, enligt rapporteringen till RIKS-HIA (numera en del av SWEDEHEART), som har god täckningsgrad vad avser denna infarktgrupp. ST-höjningsinfarkter är orsakade av en akut tilltäppande blodpropp i ett kranskärl. Hjärtinfarkt med samtidigt vänstergrenblock på EKG innebär även det en stark misstanke om tilltäppt kranskärl. 2008 fanns i RIKS-HIA drygt 1 200 sådana infarktfall.

Dessa patienter har behov av omedelbart öppnande av kranskärl med PCI-behandling (primär PCI) eller propplösande behandling med läkemedel, trombolys. Behandlingen bör påbörjas så fort som möjligt efter symtomdebut och diagnostik, för att minimera skadan på hjärtat och risken för framtida hjärtsvikt och död. I reperfusionsbehandling ingår primär PCI, trombolys och akut bypass-operation, CABG. Även akut kranskärlsröntgen som inte leder till genomförd PCI ingår.

Så kallad primär PCI är nu den helt dominerande behandlingen i de flesta landsting. PCI gavs under 2008 på 29 sjukhus. Enligt de nationella riktlinjerna bör primär PCI väljas framför läkemedelsbehandling, trombolys. Trombolys bör väljas i de fall primär PCI skulle innebära en tidsfördröjning på mer än 90 minuter. Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt och vänstergrenblock är oavsett val av metod högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

Måttet visar andelen patienter med hjärtinfarkt och ST-höjning eller vänstergrenblock på EKG som fick akut reperfusionsbehandling, fördelat på olika typer av behandling. Indikatorn ingår i de nationella hjärtriktlinjernas indikatorset för uppföljning och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2008. Resultatet återges enbart på landstingsnivå, med patientens hemortslandsting som grund.

År 2008 ingick 4 173 patienter i jämförelsen, varav drygt 1 000 var kvinnor. Enbart patienter 79 år och yngre ingår. Vidare ingår bara patienter där tiden mellan

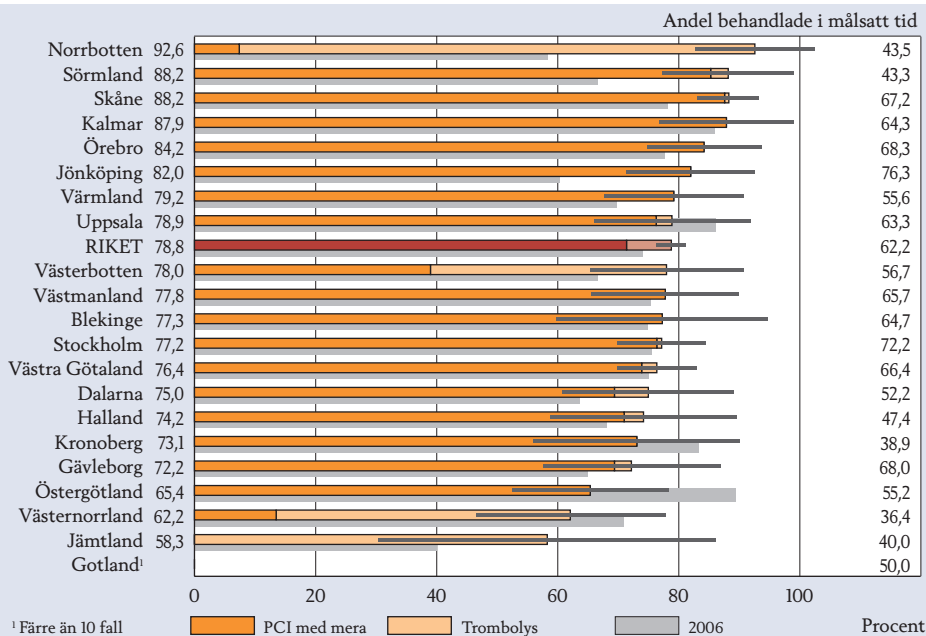


Diagram 63
Kvinnor

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronariskemi- och klaffinterventionsregistret

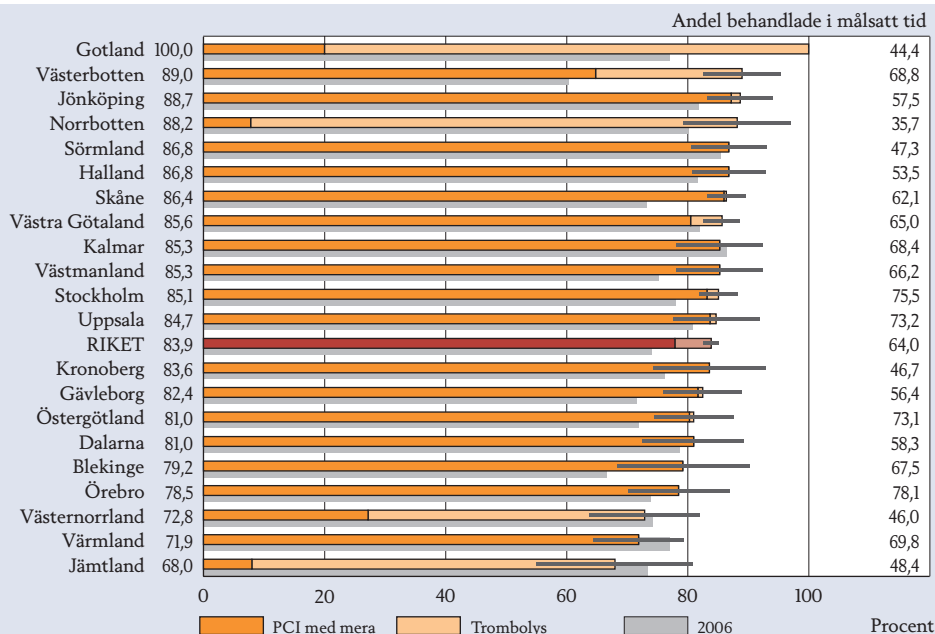
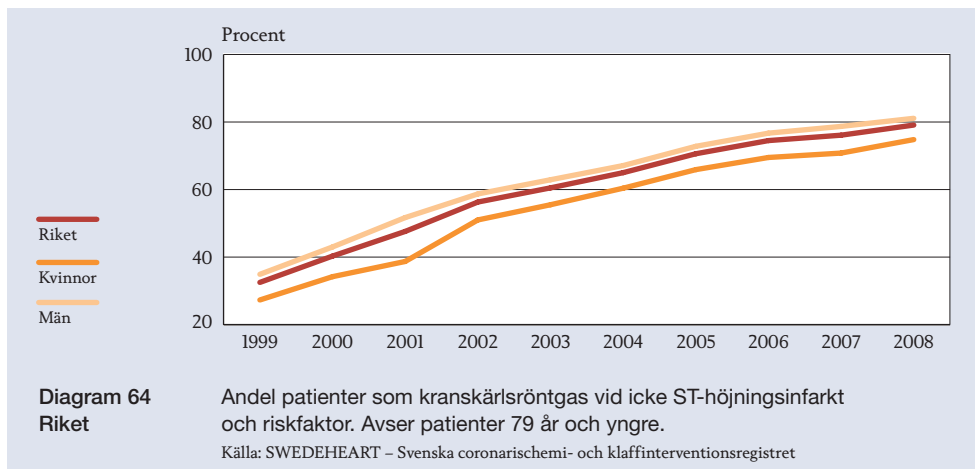


Diagram 63
Män

Andel patienter som reperfusionsbehandlas vid ST-höjningsinfarkt, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronariskemi- och klaffinterventionsregistret



symtomdebut och EKG understeg 12 timmar. Vissa förändringar av indikatorn har gjorts, så jämförelsen med förra årets resultat kan vara osäker.

År 2008 fick i riket knappt 83 procent av patienterna reperfusionsbehandling, 79 procent av kvinnorna och 84 procent av männen. Det finns en förhållandevis stor variation mellan andelen behandlade i de olika landstingen, med värden på mellan 58 och 93 för kvinnor och 68 och 100 för män. I RIKS-HIA:s kvalitetsindex ges poäng vid nivåer på 80-85 procent, vilket därmed kan anses vara den målnivå man satt.

I sifferkolumnen i diagram 63 anges även andelen patienter som behandlas inom målsatt tid, för PCI inom 90 minuter från första EKG och för trombolys inom 30 minuter. Variationerna är stora och generellt är måluppfyllelsen låg.

I ljuset av åtgärdens höga prioritet i de nationella riktlinjerna behandlas alltför få patienter. Orsakerna till den stora variationen i andelen som behandlas är inte klarlagda. Alla sjukhus med internmedicinsk akutfunktion har tillgång till behandling med trombolys, vilket gör att närheten till ett PCI-centrum inte är avgörande. Andelen behandlade bör därför kunna öka ytterligare.

64 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

Icke ST-höjningsinfarkt är betydligt vanligare än ST-höjningsinfarkt och kan bedömas drabba över 20 000 personer per år. Patienterna ges vid denna infarkt vanligen intensiv blodproppshämmande behandling. Patienter med måttlig eller hög risk bör inom några dygn kranskärlsröntgas för att klargöra behovet av kranskärlsingrepp. Eventuellt ingrepp, i form av PCI eller kranskärlsoperation, bör utföras inom 7–8 dagar. PCI eller kranskärlsoperation minskar risken för nya infarkter. Kranskärlsröntgen utfördes under 2007 på 30 sjukhus.

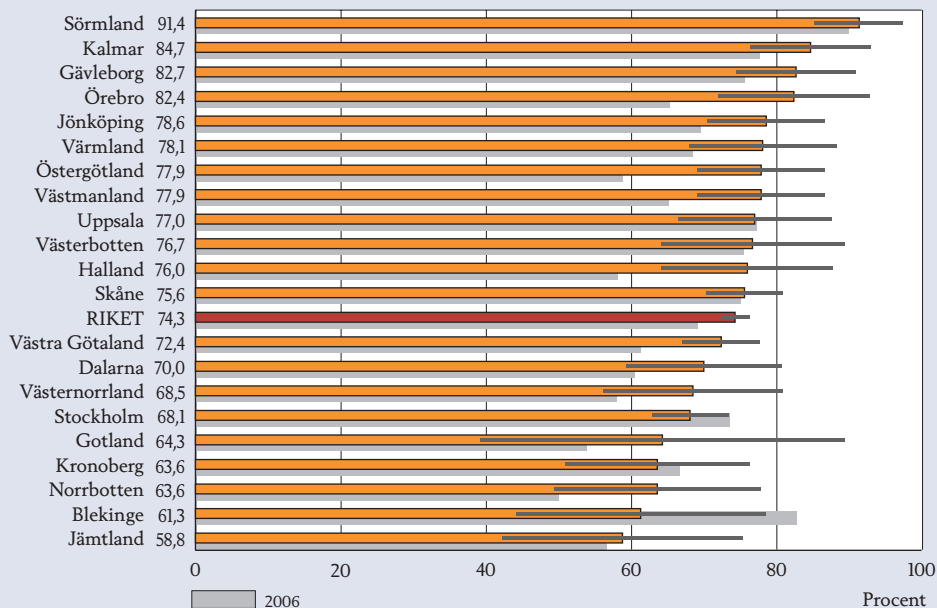


Diagram 64
Kvinnor

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

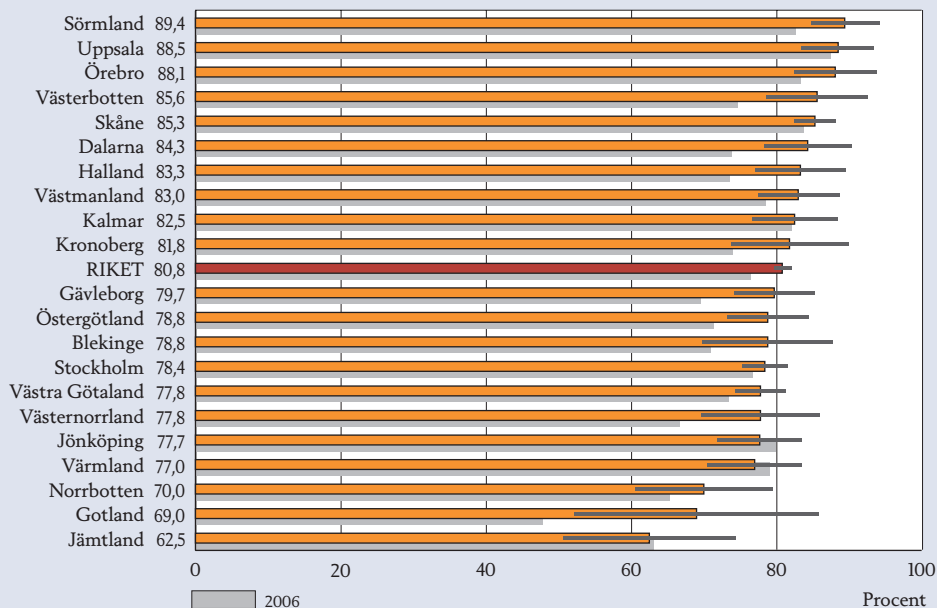


Diagram 64
Män

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

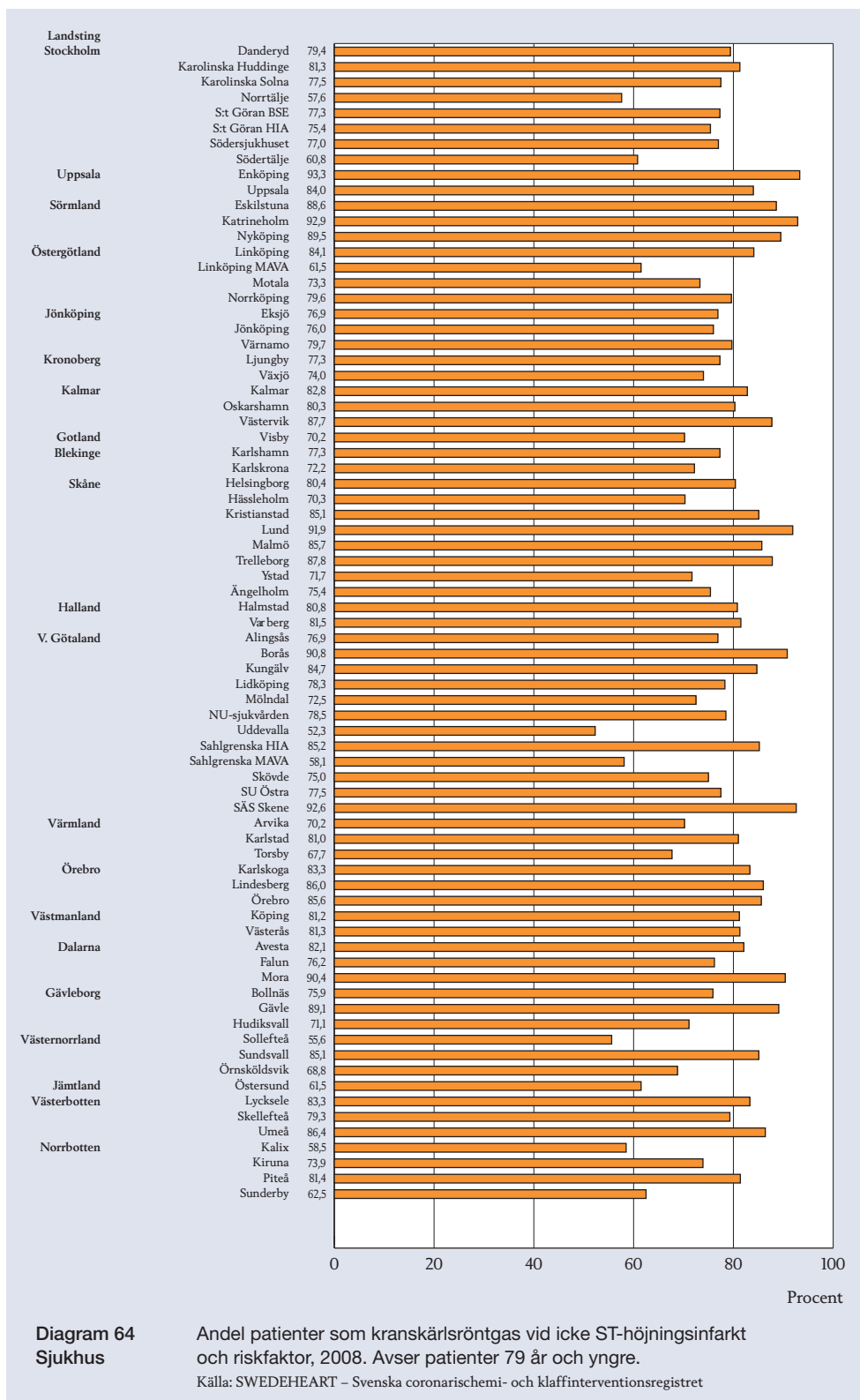


Diagram 64
Sjukhus

Andel patienter som kranskärlsröntgas vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDHEART – Svenska coronarischemi- och klaffinterventionsregistret

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärlsröntgen en hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser. Detta är patienter som visar fortsatt instabilitet, har minst en ytterligare riskfaktor (som till exempel diabetes eller tidigare infarkt) eller patologiskt resultat av arbetsprov. I praktiken finns det dock för vissa av dessa patienter skäl att avstå från kranskärlsröntgen, därför att den förväntade nyttan bedöms vara för låg. Patienten kan vara multisjuk eller ha ett allmäntillstånd som är dåligt. Därför bör inte 100 procent kranskärlsröntgade sättas upp som ett absolut mål.

Indikatorn visar andelen patienter med icke ST-höjningsinfarkt och minst en riskfaktor som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med sjukhusvård. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjernas indikatorset för uppföljning av hjärtsjukvård och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för sjukhus.

Underlaget för indikator 64 var år 2008 något över 6 000 patienter, varav cirka 2 000 var kvinnor och 4 000 var män. Bara patienter 79 år och yngre ingår.

År 2008 kom kranskärlsröntgen ifråga för totalt 79 procent av patienterna totalt, för 74 procent av kvinnorna och för 81 procent av männen. Detta är en ökning med några procentenheter, jämfört med 2006.

Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis stora. Andelen patienter som kranskärlsröntgas varierar från 61 till 90 procent i de olika landstingen, för kvinnor och män sammantaget.

Fler män än kvinnor behandlas. För riket är övervikten till männens fördel åtta procentenheter. Det kan finnas rationella skäl till detta. Dels finns det vetenskapliga studier som antyder att kvinnor har mindre nytta av den behandling (PCI eller kranskärlskirurgi) som motiverar kranskärlsröntgen. Dels sjunker andelen kranskärlsröntgade med ålder, vilket kan bero på ökad förekomst av olika kontraindikationer. Eftersom kvinnorna vid insjuknandet är äldre än männen påverkas deras utfall av denna åldersaspekt. Det kan även finnas inslag av åldersdiskriminering.

I ljuset av riktlinjernas rekommendation kan förväntas att i storleksordningen 80 procent av denna patientgrupp bör kranskärlsröntgas. Ett antal landsting når inte upp till denna nivå. Generellt gäller att landsting med låg täckningsgrad i RIKS-HIA har osäkrare resultat.

65 Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt

Vid icke ST-höjningsinfarkt behandlas patienterna med acetylsalicylsyra (ASA), clopidogrel eller warfarin för att förebygga blodproppar. Tillägg av clopidogrel till ASA under de första 3–12 månaderna efter en episod av instabil kranskärlssjukdom har visats minska risken för hjärtinfarkt, stroke eller död.

Behandling under denna period har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Längre tids behandling rekommenderas emellertid inte då det saknas data som stö-

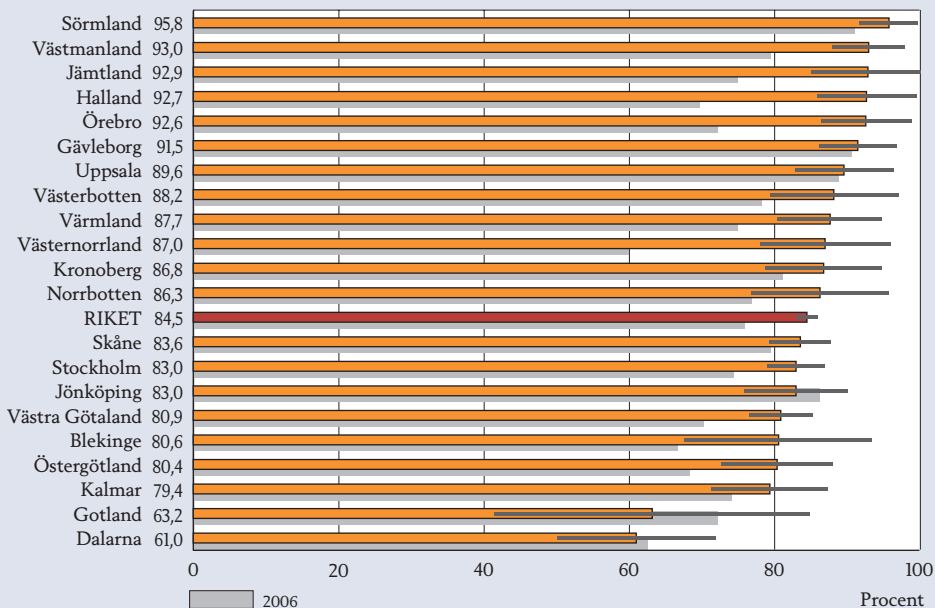


Diagram 65
Kvinnor

Andel patienter som clopidogrelbehandlas vid icke ST-höjningsinfarkt, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronarische- och klaffinterventionsregistret

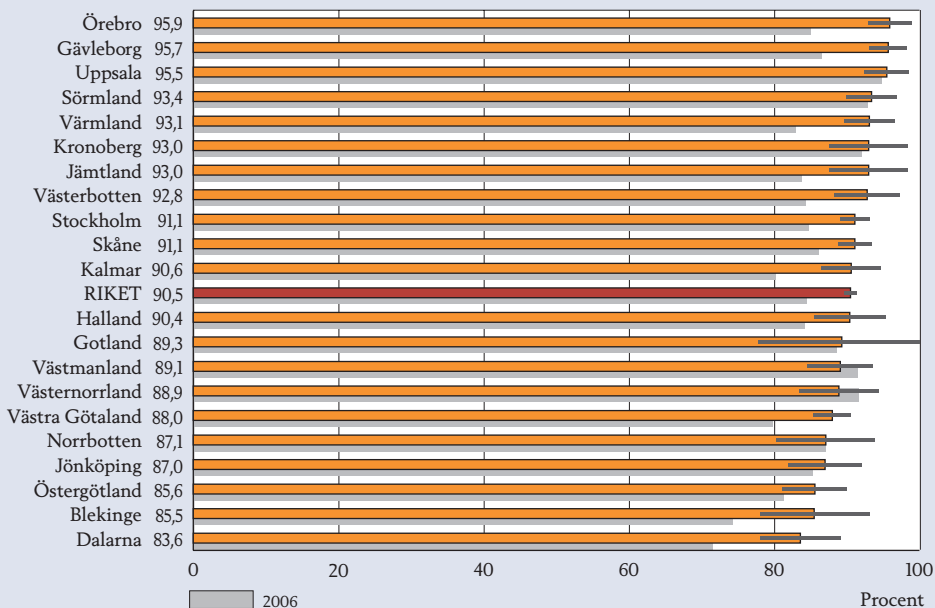
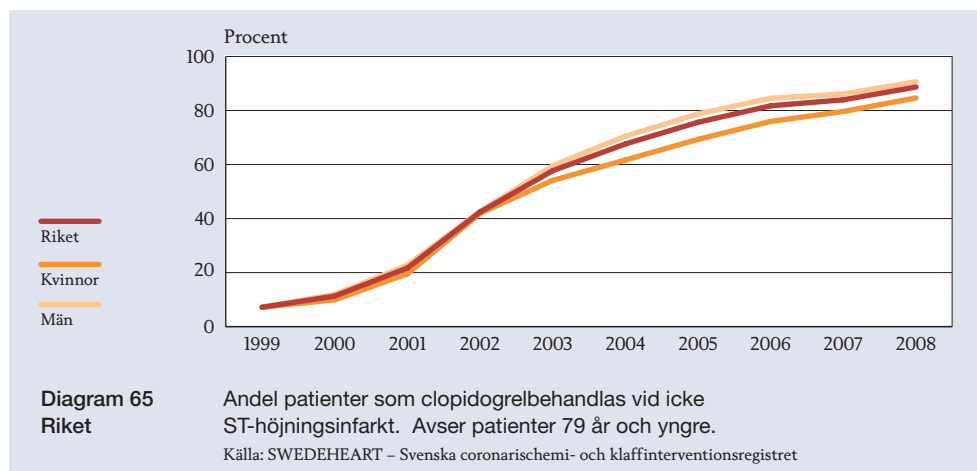


Diagram 65
Män

Andel patienter som clopidogrelbehandlas vid icke ST-höjningsinfarkt, 2008. Avser patienter 79 år och yngre.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronarische- och klaffinterventionsregistret



der att nyttan överväger riskerna (blödningskomplikationer) vid långtidsbehandling.

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

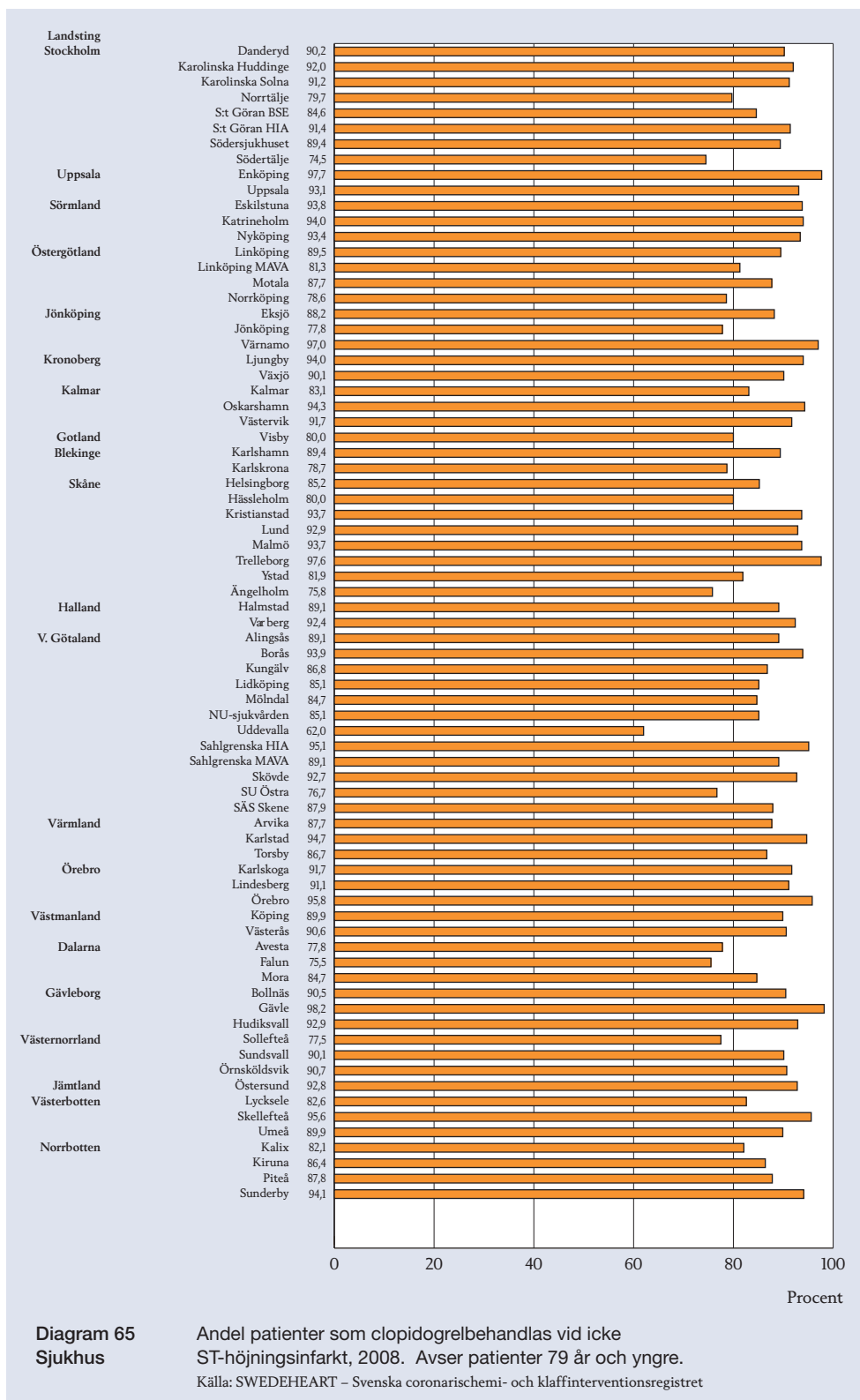
Indikatorn visar andelen patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlades med clopidogrel. Indikatorn ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex. Underlaget för denna jämförelse är drygt 6 800 patienter, varav 2 200 är kvinnor och flertalet därför män. Enbart patienter 79 år och yngre ingår.

Andelen patienter som behandlades med clopidogrel var år 2008 i riket 88 procent. Det är en ökning sedan 2006 med sju procentenheter. 2008 behandlades i riket som helhet 84 procent av kvinnorna och 90 procent av männen. Variationen mellan landstingen sträcker sig mellan 77 och 95 procent behandlade.

RIKS-HIA:s poängnivåer på 85–90 procent behandlade är riktmärken som ligger väl i linje med de nationella riktlinjernas rekommendation. Måluppfyllelsen är således ganska god. En internationell referens är andelen patienter som förskrevs clopidogrel efter hjärtinfarkt i England. Enligt den årliga nationella uppföljningen av hjärtinfarktvård var riksgenomsnittet för förskrivning av clopidogrel 87 procent år 2007, en något lägre andel än den i Sverige 2008.

66 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer för blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. God kost- och livsföring är naturliga delar av behandlingen, men en betydande andel av hjärtinfarktpatienterna kan förväntas ha behov av blodfettssänkande läkemedelsbehand-



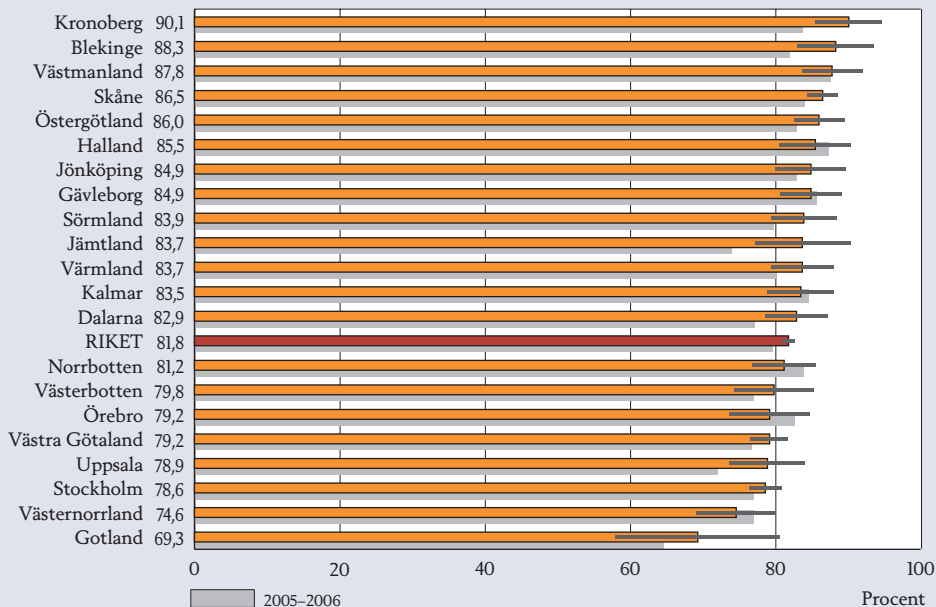


Diagram 66
Kvinnor

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2006–2007. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

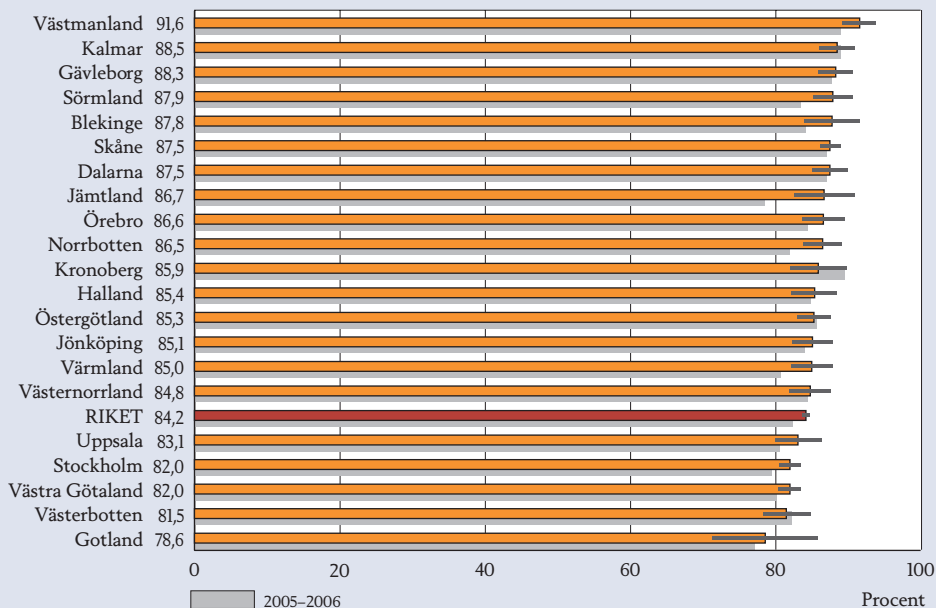


Diagram 66
Män

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2006–2007. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

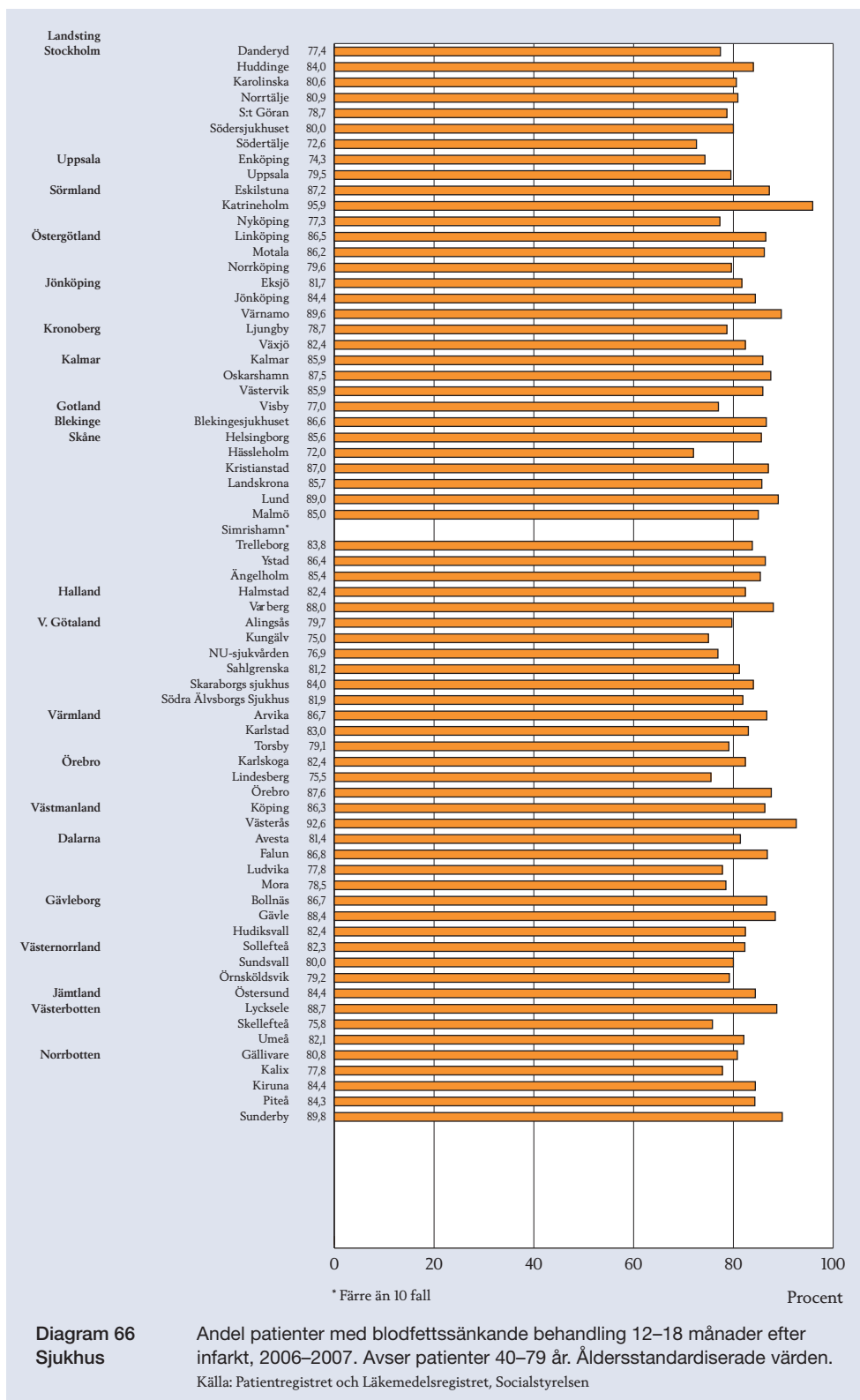


Diagram 66
Sjukhus

Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12–18 månader efter infarkt, 2006–2007. Avser patienter 40–79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

ling. Statiner sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen. Behandling med lågkostnadsstatin har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Här redovisas hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel, under en period efter sjukhusvistelsen. Uppgifter från Patientregistret har kombinerats med Läkemedelsregistret för detta ändamål. Ingår gör patienter 40–79 år som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under 2006 och 2007. Uppgifterna har åldersstandardiserats.

I diagram 66 redovisas för kvinnor och män hur stor andel som ges blodfettssänkande behandling efter infarkt. För riket är andelen män som behandlas över 84 procent, vilket är något högre än för kvinnor. Skillnaderna mellan landstingen är för den stora merparten landsting måttlig. För några landsting är avståndet till landstingen med högst andel behandlade dock större.

I RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus, som mäter läkemedelsbehandling vid utskrivning från sjukhus, har gränserna för poäng satts till 90 respektive 95 procents behandlade. I ljuset av detta skulle de här redovisade nivåerna snarast tolkas som att underbehandling råder, då enbart Västmanland når upp till 90 procents behandlade.

Om man istället utgår från att bara patienter med förhöjt kolesterolvärde skall behandlas, bör man förvänta sig att 80 procent av alla bör komma ifråga för blodfettssänkande behandling. För riket som helhet skulle enligt detta synsätt ingen underbehandling föreligga.

67 Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt

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

Indikatorn avser patienter som sjukhusvårdats för hjärtsvikt. Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Jämförelsen avser alla åldrar och åldersstandardisering har gjorts. Under mätperioden 2005 till och med oktober 2008 registrerades cirka 74 000 vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt. Cirka 9 000 avled inom 30 dagar och bland de överlevande återinskrevs cirka 5 800 inom 30 dagar. Andelen avlidna eller återinskrivna i riket var knappt 20 procent, med en liten övervikt bland männen. Död är ett vanligare utfall än återinskrivning.

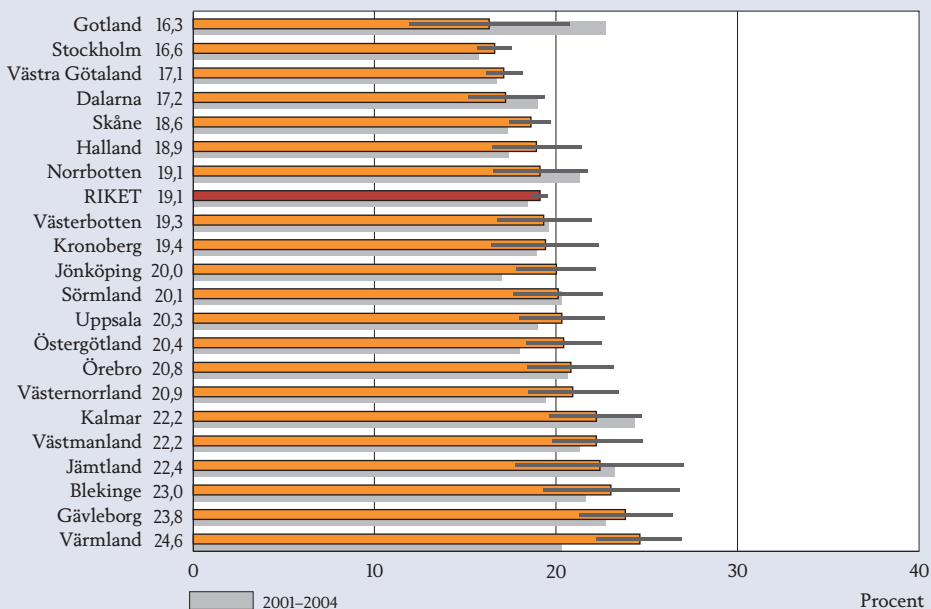


Diagram 67
Kvinnor

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

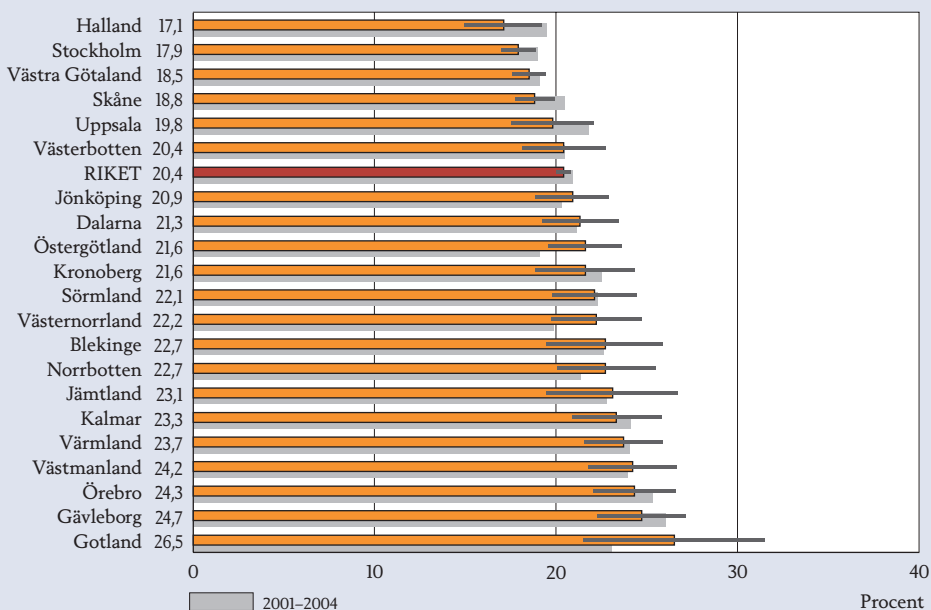


Diagram 67
Män

Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt, 2005–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Trenden över tid visar att andelen återinskrivningar varit konstant sedan 1990-talets början, medan dödligheten minskat något. Fram till 1992 rapporterade till patientregistret även sjukhem och andra äldreomsorgsenheter, som då överfördes till primärkommunerna.

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

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

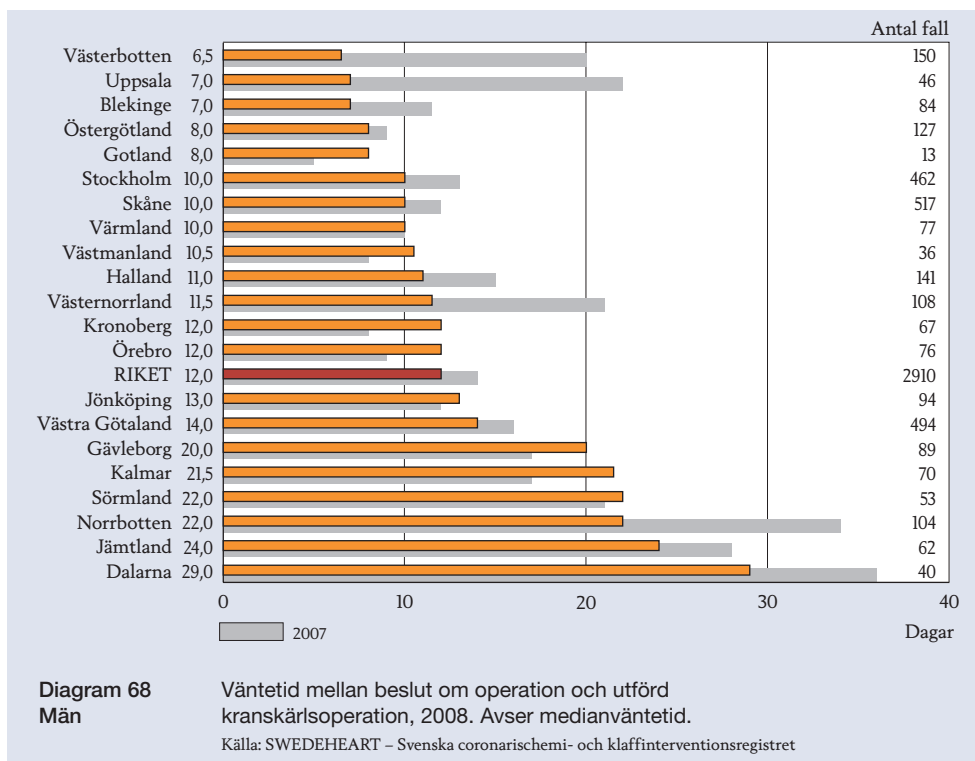
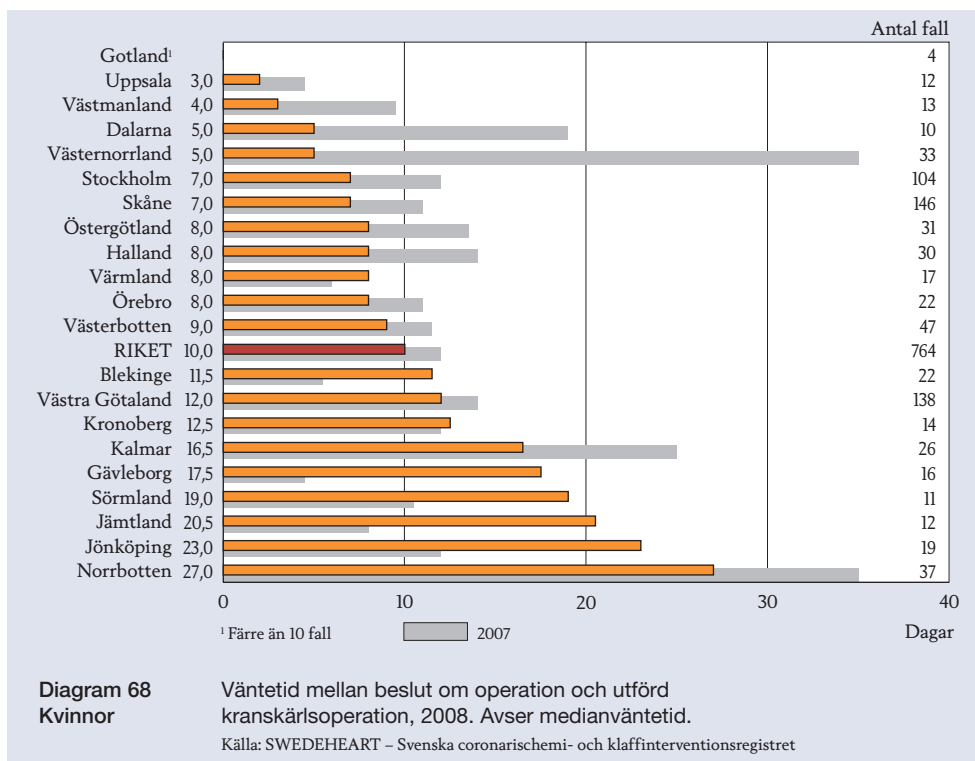
68 Väntetid till kranskärlsoperation

Vid förträngning av kranskärl är kranskärlsoperation ett behandlingsalternativ. Både i absoluta tal och i förhållande till PCI har antalet kranskärlsoperationer dock minskat de senaste 15 åren. En allt större andel av operationerna utförs med förtur på patienter med instabila koronara syndrom och de egentliga planerade ingreppen blir färre.

En lång väntetid till kranskärlskirurgi kan innebära risker för försämring i patientens tillstånd, det vill säga att hjärtinfarkt eller död kan inträffa under väntetiden. Som all planerad vård omfattas denna behandling av vårdgarantin och kravet att operationer ska ske inom 90 dagar från det att beslutet fattats. Till skillnad från de flesta andra planerade behandlingar finns en medicinsk risk med fördröjningstiden. Vårdgarantins tidsgräns är därmed mindre relevant. Någon annan målformulering i termer av dagar finns inte. Väntetiden speglar flera förhållanden: antalet individer i behov av kirurgi, operationskapaciteten inom regionen inklusive intensivvårdens resurser, vårdplatser och eftervård. Väntetiden kan dock i hög grad påverkas av sjukvårdens rutiner och prioriteringar.

Indikatorn mäter medianväntetid i dagar från det att beslut om operation tagits till dess att operationen genomfördes. Patienter i alla åldrar ingår. Redovisningen på landstingsnivå baseras på hemortslandstinget, oavsett på vilket av sjukhusen som operationen utfördes. Åtta sjukhus i landet utför operationen. Operationer utförda vid S:t Görans sjukhus i Stockholm redovisas under Karolinska i Solna.

Jämförelsen avser 2008 och innehåller totalt knappt 3 700 operationer, varav cirka 2 900 avsåg män. Källan är Svenska Hjärtkirurgiregistret, numera en del av hjärtregistret SWEDHEART. Väntetiden till kranskärlsoperation var för riket som helhet 12 dagar, för kvinnor 10 dagar och för män 12 dagar. Skillnaderna mellan landstingen är påtagliga. För båda könen tillsammans sträcker sig medianväntetiden från 5,5 till 26,5 dagar.



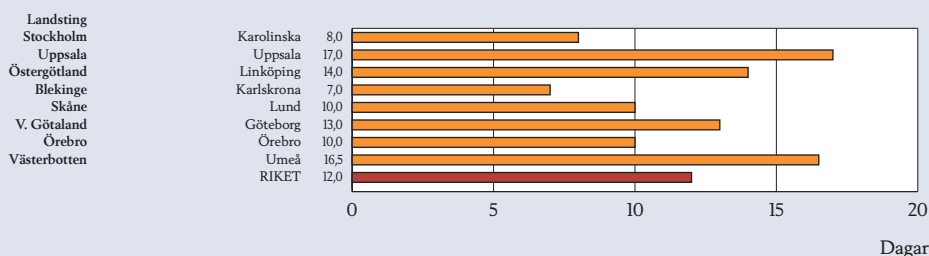


Diagram 68
Sjukhus

Väntetid mellan beslut om operation och utförd kranskärlsoperation, 2008. Avser medianväntetid.

Källa: SWEDEHEART – Svenska coronarschemi- och klaffinterventionsregistret

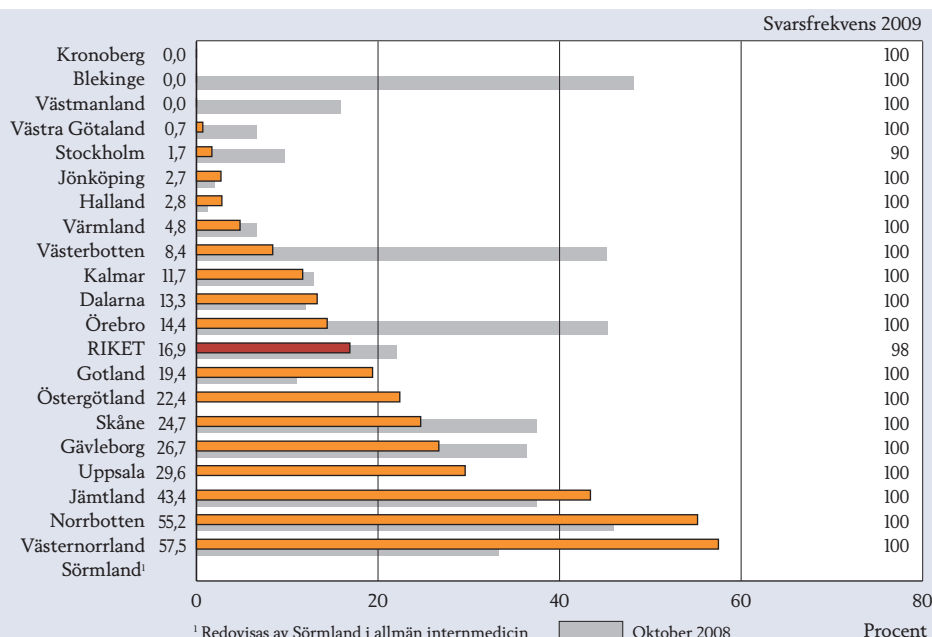


Diagram 69

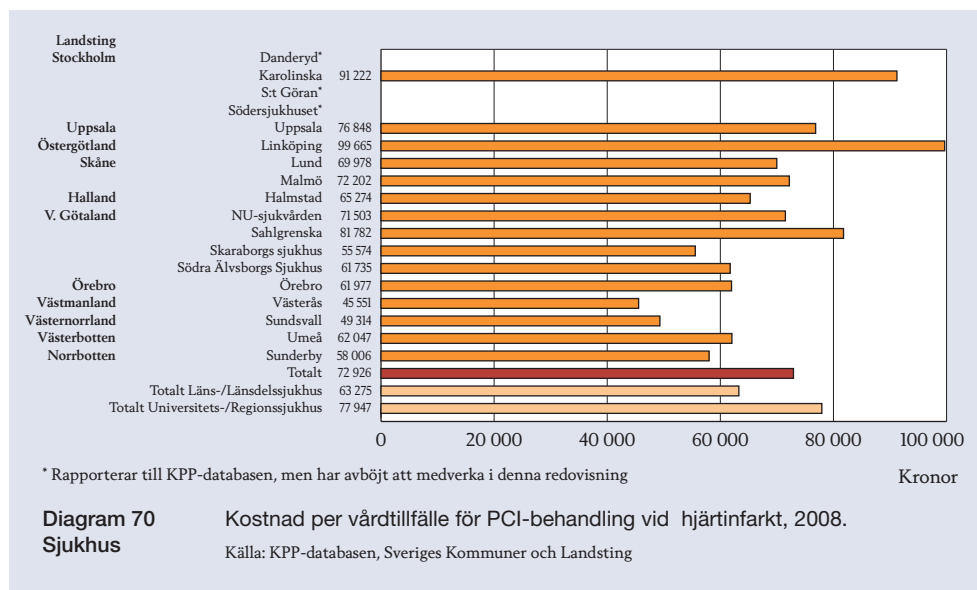
Andel som väntat > 90 dagar på besök inom kardiologi, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

69 Väntat > 90 dagar – besök inom kardiologi

I april 2008 hade i riket 17 procent väntat längre än 90 dagar på besök till kardiologisk mottagning. Detta är en måttlig förbättring jämfört med jämförelseperioden.

Det finns stora skillnader mellan landstingen, från 0 till 58 procent av patienter som väntat längre än 90 dagar. Inga patienter hade väntat längre än 90 dagar i Blekinge, Kronoberg och Västmanland. Förbättringar visas framförallt i Blekinge, Västerbotten och Örebro.



Resultat för detta område visas för 20 landsting. Enbart renodlat kardiologiska mottagningar ingår, inte hjärtsjukvårdsbesök som sker på annan internmedicinsk mottagning. Värde för Sörmland saknas i diagrammet då kardiologi där är en delverksamhet inom internmedicin och inte kan urskiljas.

70 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och för de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till detta. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som här redovisas. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är också exkluderade. Motivet för detta är att vi vill visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.

I diagram 70 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl vid diagnosen hjärtinfarkt. I DRG-systemet (DiagnosRelaterade Grupper) avser detta grupperna DRG 112E och DRG 112F. Dels utförs detta ingrepp akut vid så kallad ST-höjningsinfarkt (se indikator 63), dels utförs det vid icke ST-höjningsinfarkter (se indikator 64). I det senare fallet sker det inte akut, men bör ske inom några dagar efter det att infarkten diagnostiserades och behandlades med läkemedel. Syftet med PCI-behandlingen är då att förebygga återinsjuknande.

I KPP-databasen 2008 finns det 6 690 vårdtillfällen inom DRG 112E och DRG 112F. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2008 till 72 926 kr. De

redovisade kostnaderna skiljer sig klart mellan sjukhusen. Flera sjukhus har kostnader på mellan 50 och 60 000 kronor, medan andra har en genomsnittskostnad på 80 000 och däröver. Medelvårdtiden är 3,4 dagar.

De redovisade kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. En aspekt är att sjukhusen samarbetar i vården av dessa patienter. PCI utförs vid 30 sjukhus i landet, medan hjärtinfarktvård bedrivs vid cirka 70 akutsjukhus. En patient kan få PCI akut vid ett sjukhus och därefter föras till ett annat sjukhus för fortsatt vård. En annan patient vårdas vid ett och samma sjukhus under hela vårdepisoden. Detta påverkar de kostnader som rapporteras till KPP-databasen. Man bör således ha kunskap om den lokala vårdprocessen för att tolka kostnadsuppgifterna.

Utöver denna aspekt påverkas kostnaderna av bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akut utförda PCI på patienter med ST-höjningsinfarkt.

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel om vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna.

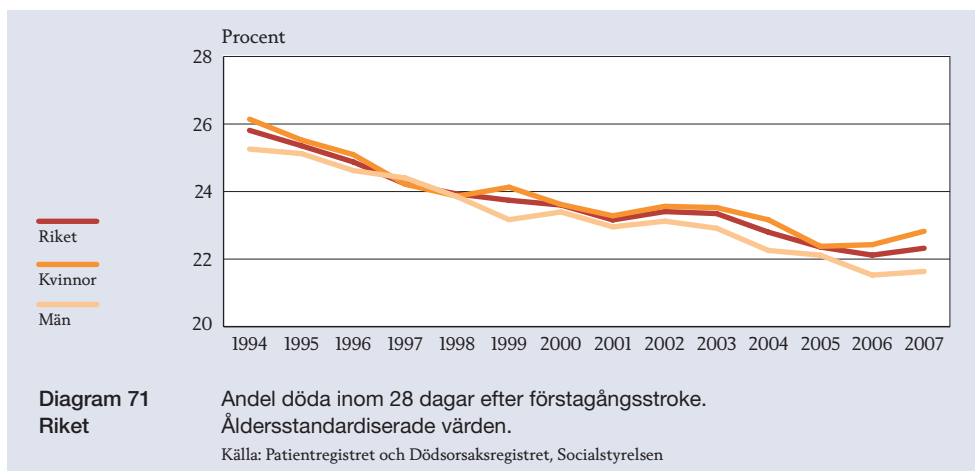
STROKESJUKVÅRD

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. År 2007 drabbades över 33 000 personer av stroke, ungefär lika många män som kvinnor. Över 80 procent av patienterna är över 65 år. Stroke är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken, efter hjärtinfarkt och cancer. Sedan år 2000 kan en tydlig minskning av antalet strokefall märkas.

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

Här redovisas åtta indikatorer. Sju av dem redovisades också i förra årets rapport. Två indikatorer avser dödlighet efter stroke. Två är processmått och speglar insatserna under akutfasen av sjukdomen, vård vid strokeenhet respektive trombolysbehandling vid stroke. Den senare indikatorn är ny och beskriver användningen av en ny behandling i strokesjukvård. Efter en indikator som visar sekundärpreventiv behandling vid hjärtflimmer och stroke visas tre avslutande resultatmått: Återinsjuknade respektive funktionsförmåga efter stroke samt hur nöjda patienterna är med vårdinsatsen på sjukhus.

Utöver Patientregistret (PAR) och Dödsorsaksregistret används Läkemedelsregistret och kvalitetsregistret Riks-Stroke. Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2008 drygt



24 000. Utöver registrering av uppgifter om akutskedet genomförs även en uppföljning efter tre månader. Nyligen har även en ettårsuppföljning införts, som kommer att ge värdefull ytterligare information om strokepatienters hälsa och funktionsförmåga. Uppgifter från Riks-Stroke är baserade på sjukhusdata, inte på patientens hemortslandsting, men detta har ingen praktisk konsekvens vid redovisning av data på landstingsnivå.

Riks-Stroke's täckningsgrad visavi PAR följs årligen. 2008 fanns det närmare 3 000 fler förstagångsfall av stroke i PAR än i Riks-Stroke. Uttryckt som täckningsgrad i förhållande till PAR hade Riks-Stroke 2008 en täckningsgrad bland förstagångsfallen på drygt 83 procent, med variationer mellan landsting och framförallt mellan olika sjukhus. Av de fall som registrerades i Riks-Stroke saknas fyra procent i PAR.

71 Dödlighet efter förstagångsstroke

Bland annat i OECD-samarbetet används måttet dödlighet efter stroke, stroke-letaliteten, som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Måttet här avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Som stroke räknas alla fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de patienter som dog utan att ha vårdats på sjukhus och de som sjukhusvårdades. I jämförelsen ingår endast förstagångsfall, definierat som de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren. Dessa var knappt 81 000 under hela den studerade perioden 2005 till 2007.

Under de tre åren 2005–2007 avled cirka 22 procent av dessa strokefall inom 28 dagar, drygt 6 000 personer per år. 27 procent av fallen avled inom 90 dagar. Dödligheten efter stroke är lika för kvinnor och män efter att man tagit hänsyn till skilda

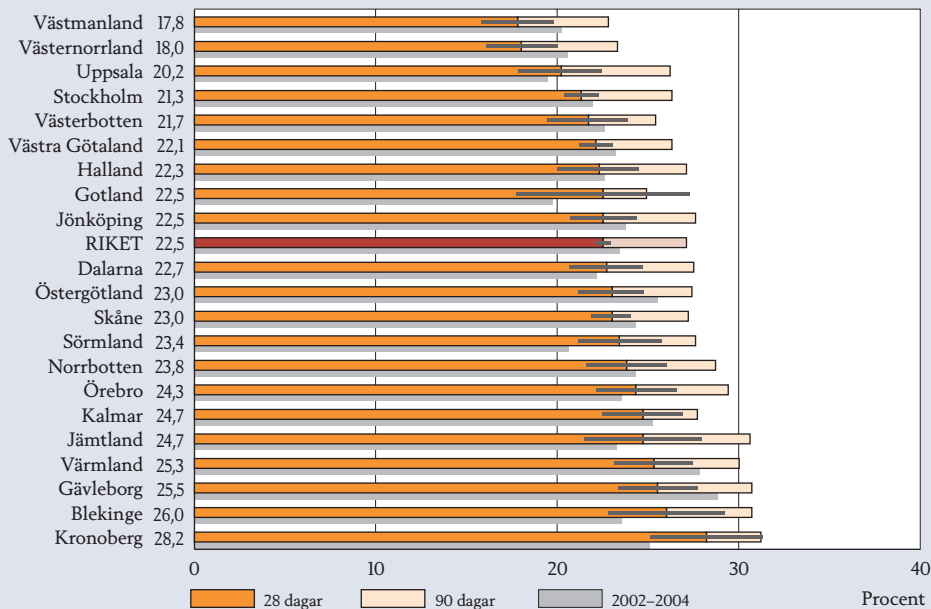


Diagram 71 Kvinnor Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke, 2005–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

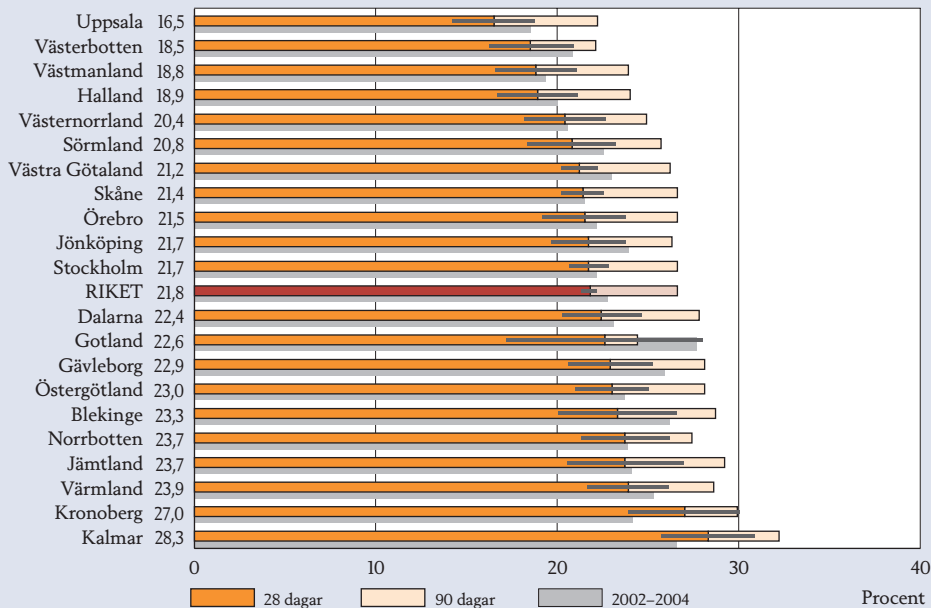
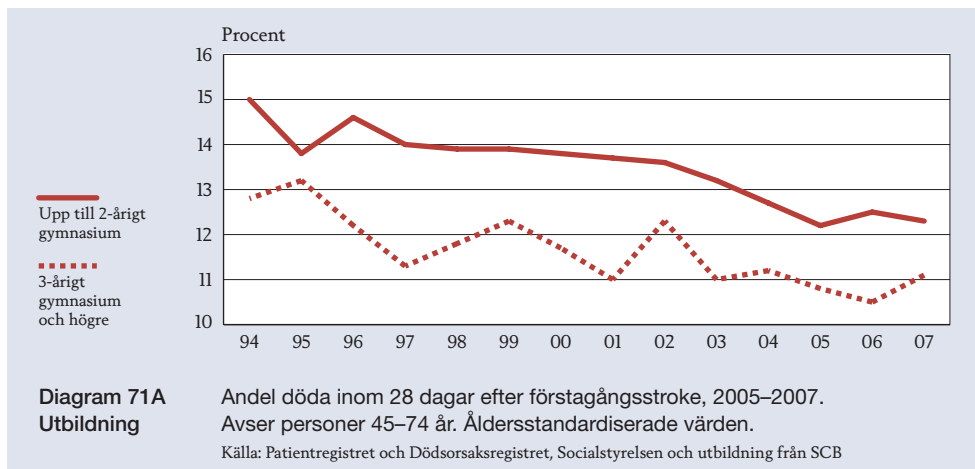


Diagram 71 Män Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke, 2005–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



åldersfördelningar. Både dödligheten inom 28 dagar och inom 90 dagar har minskat med ungefär en procentenhet jämfört med perioden 2002–2004. Minskningen har skett i de flesta landsting, om än i varierande grad.

Diagram 71 visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnossättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

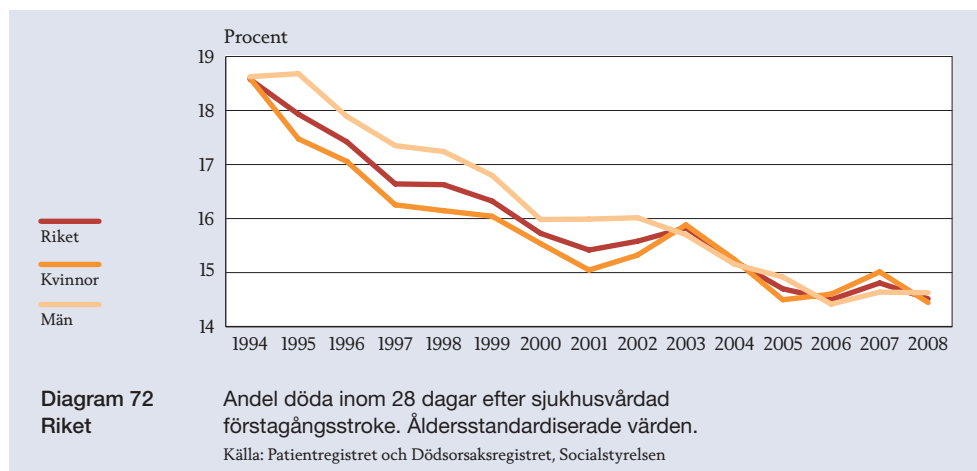
För männen varierade dödligheten från 16 till 28 procent mellan landstingen. Motsvarande variation för kvinnorna var mellan 18 och 28 procent.

I trenddiagrammet 71 ses att överlevnaden de senaste femton åren efter stroke har förbättrats något för både kvinnor och män, dock inte i lika hög grad som för hjärtinfarkt. I diagram 71A framgår att individer med lägre utbildning fortfarande har en något högre dödlighet än de med en högre utbildning. Skillnaden i överlevnad mellan kvinnor och män är måttlig, därför redovisas här könen sammanslagna.

72 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Här redovisas dödligheten inom 28 och 90 dagar efter sjukhusvård för stroke. Måttet syftar till att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och i den efterföljande vården vid sjukhus.

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



Bland de knappt 34 000 personer, lika många kvinnor som män, som årligen drabbas av stroke vårdas närmare 30 000 på sjukhus för sin stroke. Uppskattningsvis 3–4 000 av de drabbade avlider utan att ha sjukhusvårdats.

Som stroke räknas här fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke åren 2006–2008 i Patientregistrets slutenvårdsdel, således de strokefall som sjukhusvårdades initialt. Enbart förstagångsfall omfattas, beräknat på så sätt att endast de personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren ingår. Av dessa ingår alla personer i åldrarna 20 år eller över. Totalt ingår ungefär 71 000 fall i jämförelsen.

Av de sjukhusvårdade fallen avled 15 procent inom 28 dagar efter slaganfallet och 20 procent avled inom 90 dagar. I genomsnitt avlider cirka 3 400 personer per år inom 28 dagar efter en förstagångsstroke. Efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar är dödligheten efter stroke i riket, både efter sjukhusvård och totalt, lika för kvinnor och män. För båda könen märks på riksnivå också en marginell minskning av både 28- och 90-dagarsdödligheten.

73 Vård vid strokeenhet

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

Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av insti-

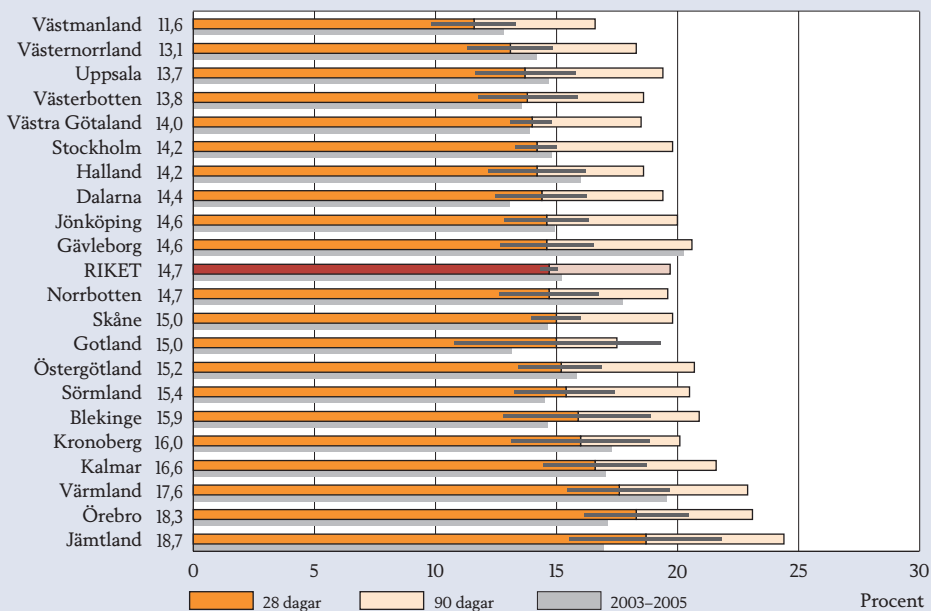


Diagram 72
Kvinnor

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

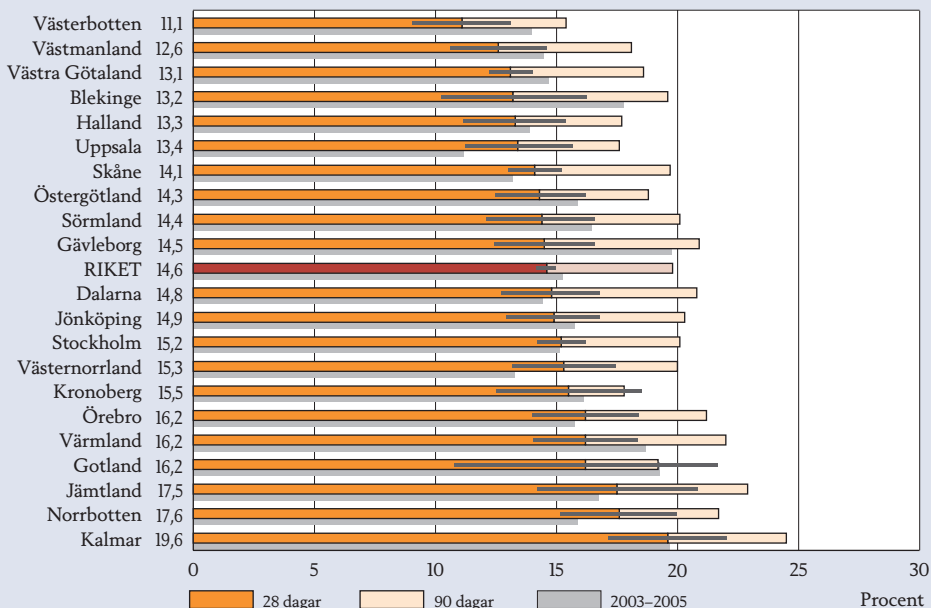


Diagram 72
Män

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

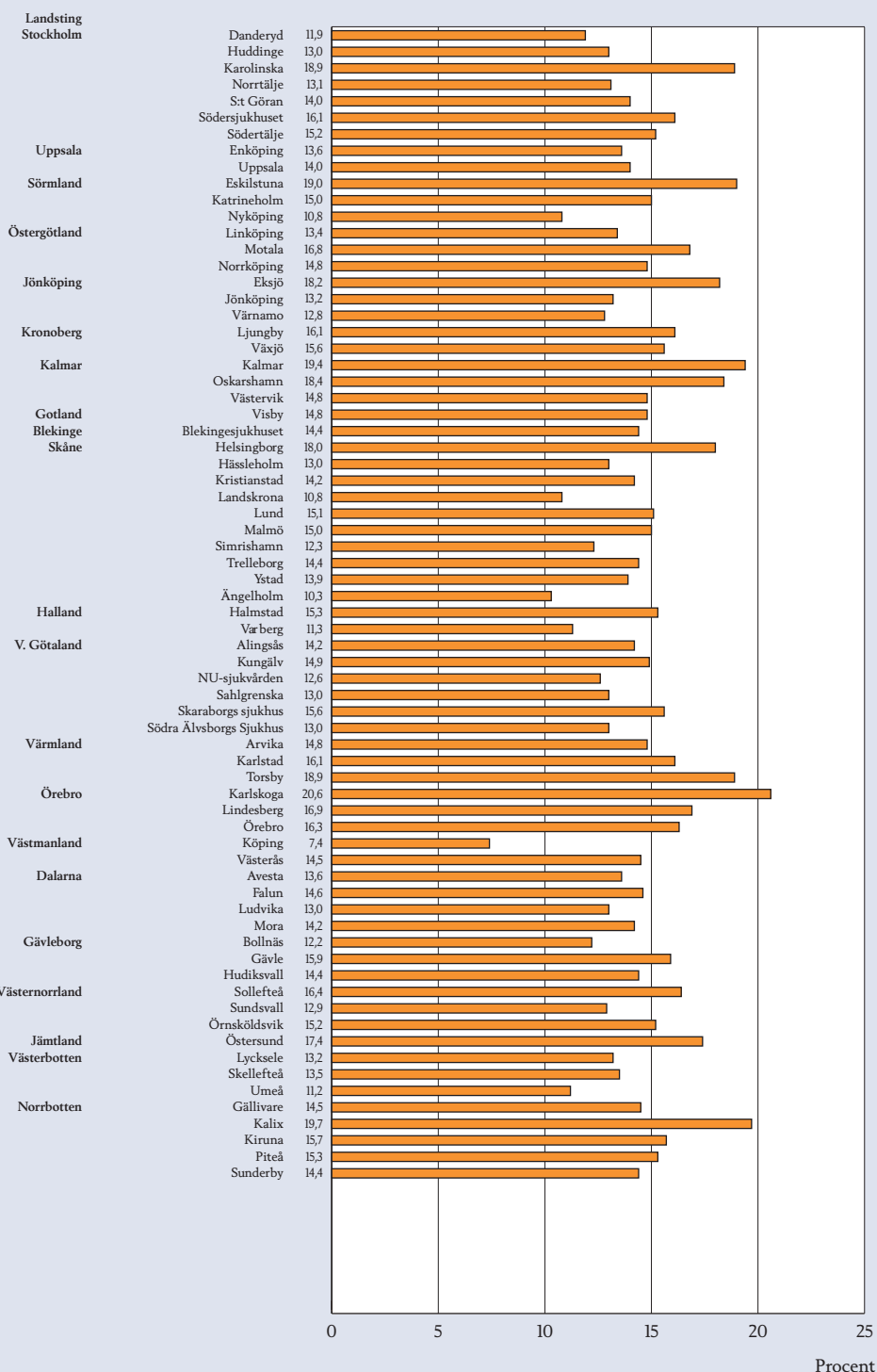
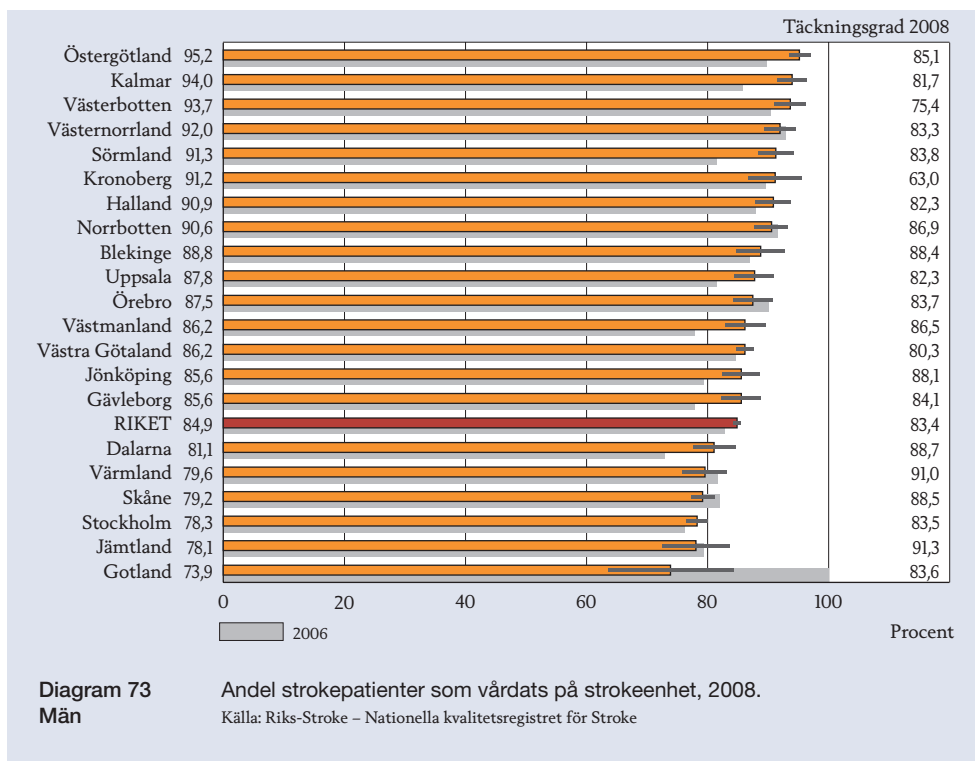
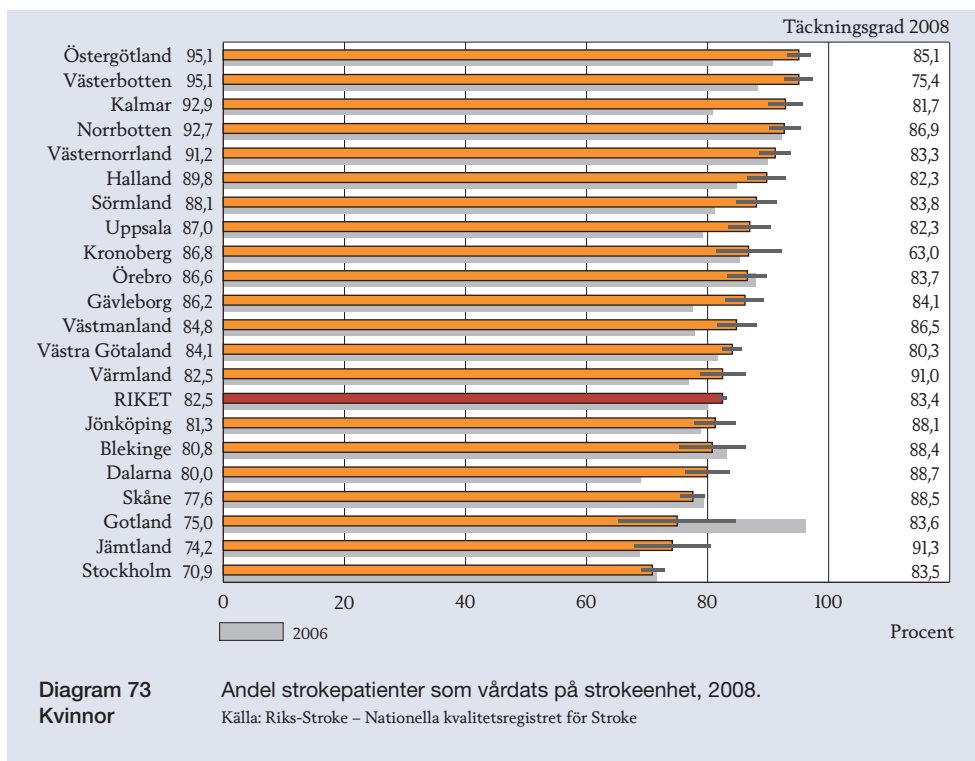


Diagram 72
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångsstroke, 2006–2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



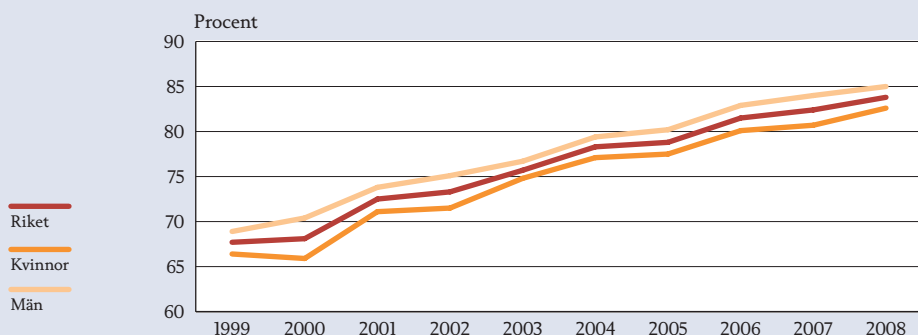


Diagram 73
Riket

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

tutionsboende. De positiva effekterna gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Vård på en strokeenhet har givits högsta prioritet i riktlinjerna.

I riket vårdades år 2008 knappt 84 procent av alla drygt 24 000 strokepatienter i Riks-Stroke på strokeenhet. Detta är en viss ökning sedan jämförelseåret 2006, men den är blygsam i förhållande till riktlinjernas rekommendation. Kvinnor vårdas i något lägre grad än män på strokeenhet, med andelar på 82 procent respektive 85 procent. Bearbetningar inom Riks-Stroke har visat att männen har högre chans att vårdas på strokeenhet än vad kvinnorna har, även efter att olika justeringar gjorts för bland annat ålder, medvetandegrad och tidigare stroke.

Det finns skillnader mellan landstingen, som är påtagliga utan att vara dramatiska. Mellan flera landsting skiljer det i storleksordningen tio procentenheter, både för kvinnor och män.

Andelen strokeenhetsvårdade bland de patienter som rapporterats till Riks-Stroke, kan även relateras till täckningsgraden. Den återges till höger i diagram 73. De icke rapporterade strokefallen kan förmodas ha vårdats mera sällan på strokeenhet jämfört med de som ingår i Riks-Stroke. Ett landsting med en låg täckningsgrad framstår därför i diagrammet som bättre än vad det är.

74 Trombolysbehandling vid stroke

I cirka 85 procent av strokefallen är orsaken en blodpropp i hjärnan, hjärninfarkt, medan orsaken i de resterande fallen är en blödning. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling, använd enligt de gällande kriterierna, en mycket gynnsam effekt på utfallet för en del av patienterna som får behandlingen. Risken för död och funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke.

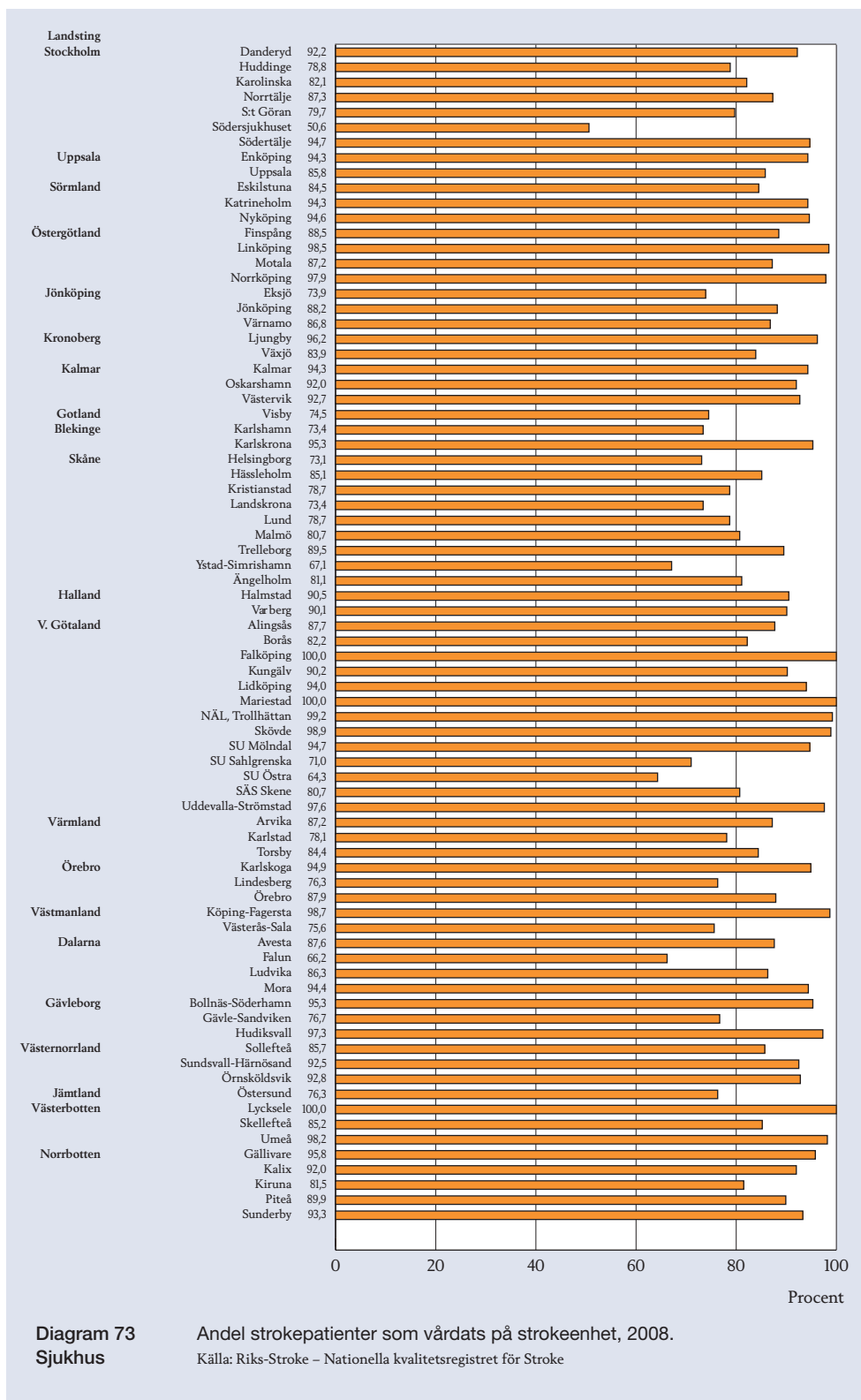


Diagram 73
Sjukhus

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2008.
Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

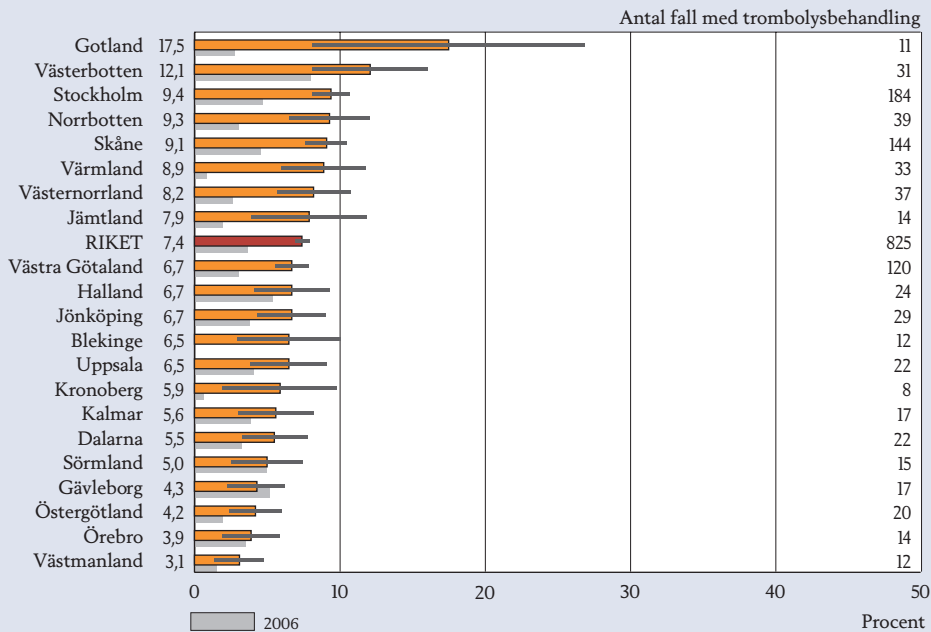


Diagram 74 Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, 2008.
Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

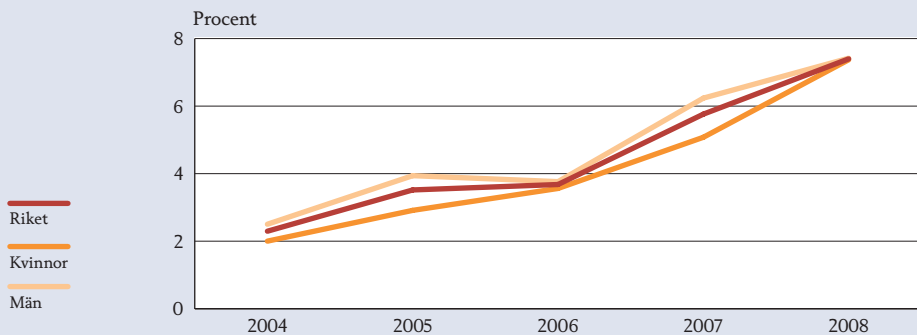


Diagram 74 Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke.
Riket Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

Kriterierna för att den propplösande behandlingen ska kunna sättas in, är att det gått högst 4,5 timmar sedan symtomen började, att patienten är funktionsberoende före insjuknandet samt att patienten är 80 år eller yngre. Av Riks-Stroke:s samtliga patienter under 2008 uppfyllde drygt 11 000 kriterierna att stroke var en hjärninfarkt, att patienterna var 18–80 år och att de tidigare hade varit funktionsberoende.

Tidsintervallet mellan symtomdebut och behandling begränsar i praktiken andelen av dessa patienter som kan trombolysbehandlas.

I princip ska samtliga akutsjukhus i landet kunna ge denna behandling, eftersom den främst kräver kompetensutveckling inom klinisk och radiologisk diagnostik, men annars är baserad på traditionell strokevård. Vid trombolysbehandling är därtill minimal tidsfördröjning av största värde för slutresultatet, även inom tidsintervallet från symtomdebut. Att tidsfaktorn är så viktig understryker behovet av att denna vårdinsats ges decentraliserat.

I diagram 74 visas andelen i målgruppen som 2008 fick trombolysbehandling. I riket var antalet behandlade drygt 800 totalt, vilket motsvarar 7,4 procent av de 11 000 patienterna i målgruppen. Det finns i riket ingen skillnad mellan könen. Kvinnor och män redovisas tillsammans, då fallen är få. Skillnaderna mellan landstingen är stora, vilket i någon mån är förväntat, eftersom behandlingen är förhållandevis ny och sjukhusen introducerar den i olika takt.

Något mål för andelen trombolysbehandlade finns inte formulerat. Viss vägledning kan fås från de landsting och sjukhus som har de högsta andelarna, men alla bör kunna öka andelen behandlade. En faktor som talar för detta är att behandlingsfönstret, tiden mellan symtomdebut och behandling, nyligen har utökats till 4,5 timmar, från att tidigare ha varit 3 timmar.

75 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

Ungefär 1 procent av befolkningen bedöms ha hjärtrytmrubbningen förmaksflimmer. Detta är också en av de vanligaste orsakerna till stroke. Cirka 6 000 svenskar får varje år stroke till följd av förmaksflimmer. Förmaksflimmer är därmed också en viktig riskfaktor för återinsjuknande i stroke. Behandling med warfarin efter stroke (hjärninfarkt) och vid förmaksflimmer medför en betydligt lägre risk för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärt-kärlsjukdom.

Warfarinbehandling efter stroke och vid förmaksflimmer är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna för stroke. Många av dessa patienter bör vara aktuella för blodförtunnande behandling, dock efter individuellt hänsynstagande till andra sjukdomar och mycket hög ålder.

Diagram 75 redovisar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Uppgifterna är baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret. I jämförelsen ingår knappt 3 000 patienter i åldern 55–79 år som skrevs ut från sjukhus efter stroke under 2006–2007. Indikatoren är förändrad jämfört med förra årets rapport.

Andelen kvinnor med behandling var i riket 64 procent och andelen män knappt 62 procent. Andelen behandlade har ökat något över tid. Det är stora skillnader mellan landstingen, vilket antyder att landstingen i olika grad och olika snabbt tagit

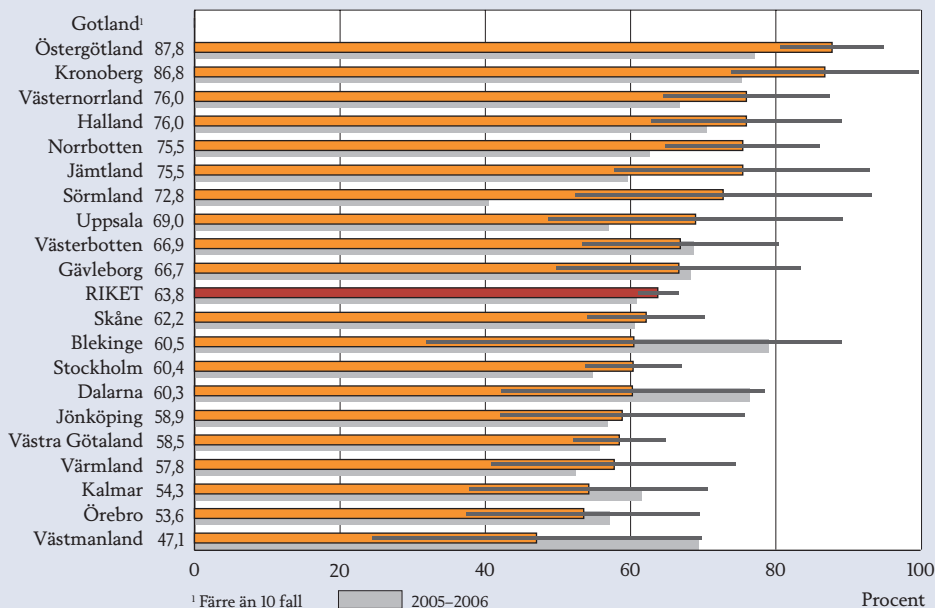


Diagram 75
Kvinnor

Andel med blodförtunnande behandling 12-18 månader efter stroke och hjärtflimmer, 2006-2007. Patienter 55-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

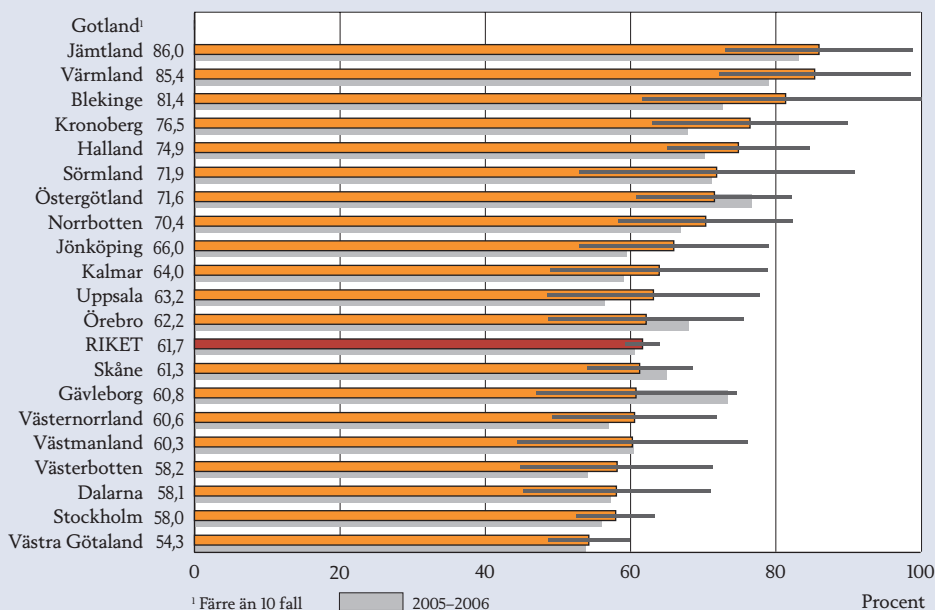
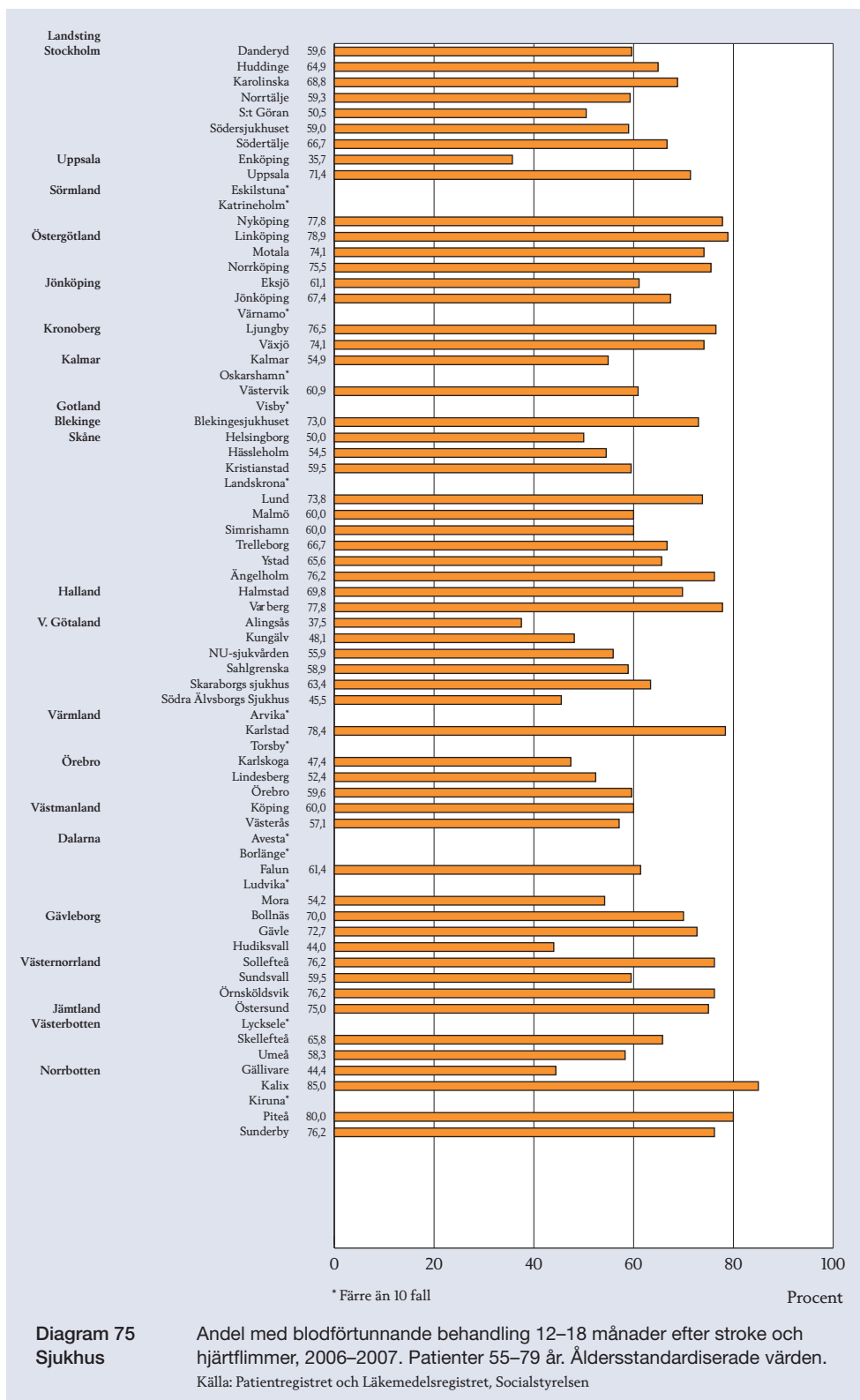
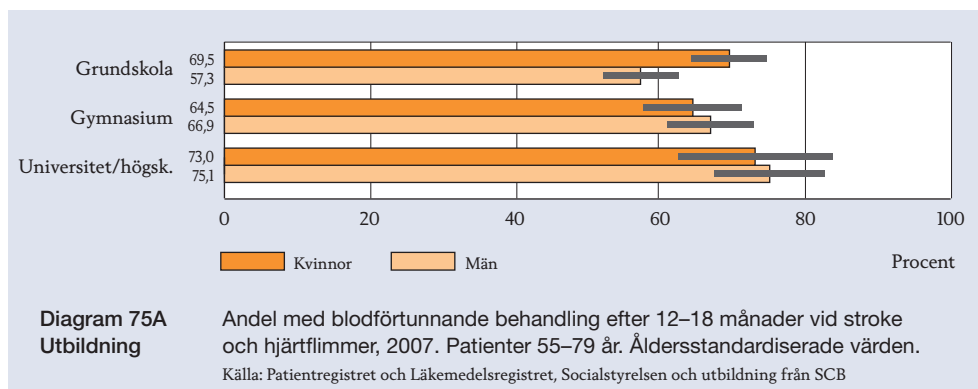


Diagram 75
Män

Andel med blodförtunnande behandling 12-18 månader efter stroke och hjärtflimmer, 2006-2007. Patienter 55-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen





till sig budskapen i riktlinjer och tillämpar dem i stroke- och hjärtsjukvården. Hur stor andel av den aktuella patientgruppen som borde behandlas är dock svårbedömt.

Det aktuella läkemedlet har en låg kostnad och den potentiella vinsten är stor. Själva behandlingen kräver regelbunden kontakt med sjukvården och är förbunden med viss ökad risk för blödning. Frågan om lämplig andel behandlade måste diskuteras och tolkas i ljuset av att äldre patienter kan ha kontraindikationer för warfarin, som till exempel fallbenägenhet eller demens. De allra äldsta är dock exkluderade ur den jämförelse som här redovisas.

I diagram 75A visas samma indikator uppdelad på utbildningsnivå och kön. Bland män med minst universitetsutbildning använder 75 procent warfarin efter 12–18 månader, bland de med högst grundskoleutbildning är den siffran endast 57 procent. Bland kvinnor är skillnaderna inte lika uppenbara men även här har de med universitetsutbildning den högsta användningen. Det kan också vara så att de med lägre utbildning i högre grad har andra sjukdomar som gör att warfarinbehandling är kontraindicerad.

76 Återinsjuknande efter stroke

Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på effekterna av de sekundärpreventiva insatserna efter strokeinsjuknandet. Sekundärpreventiva åtgärder omfattar bland annat påverkan av livsstilsfaktorer genom exempelvis rökavvänjning, kostrådgivning och hjälp med fysisk aktivitet. Andra åtgärder är läkemedelsbehandling (blodtryck, blodfetter, blodproppsförebyggande behandling) och karotiskirurgi vid förträngning av halspulsådern. Återinsjuknande utgör också, jämsides med överlevnad och anpassning till dagligt liv, ett centralt resultatmått för strokesjukvården.

I diagram 76 redovisas andelen patienter som återinskrivs efter stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden. I jämförelsen ingår cirka 82 000 patienter i Patientregistret som under åren 2003–2007 vårdades för ett förstagångsinsjuknande i stroke med huvuddiagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke.

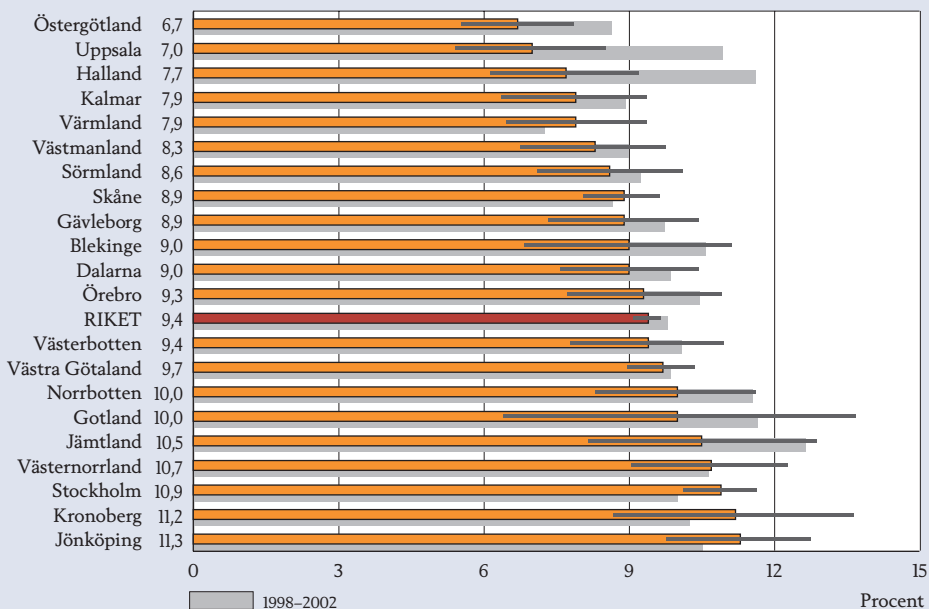


Diagram 76
Kvinnor

Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2003-2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

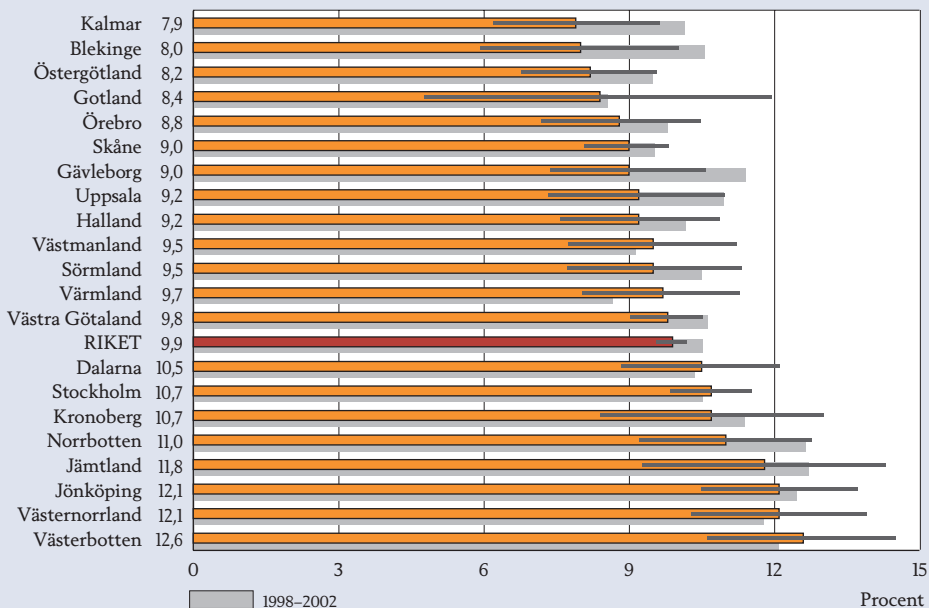
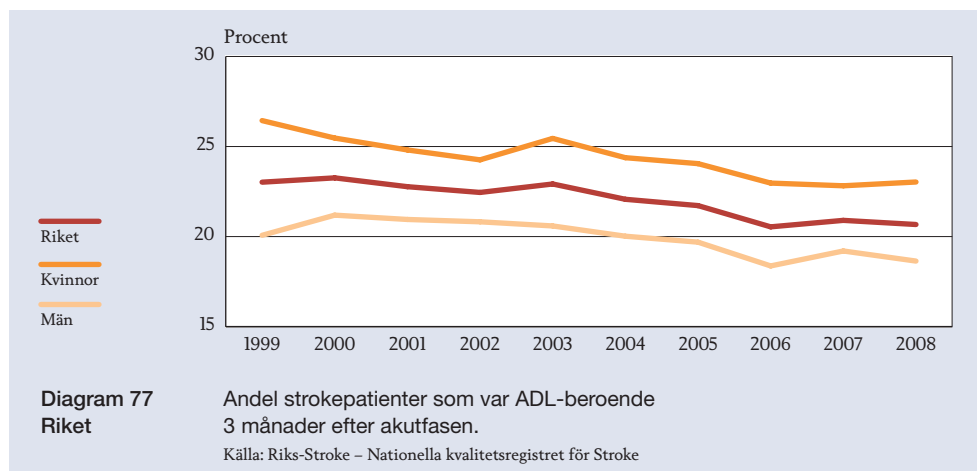


Diagram 76
Män

Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2003-2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



Bara förstagångsstroke och patienter som överlevt det första året efter den initiala stroke ingår. Uppföljningen har gjorts i Patientregistret till och med år 2008.

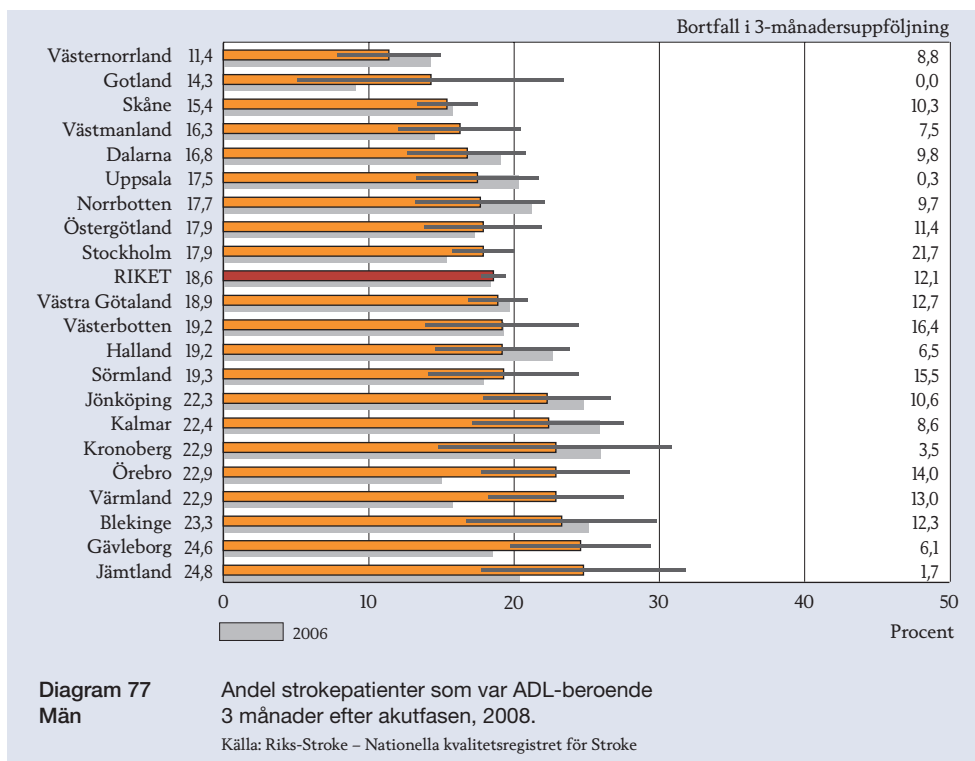
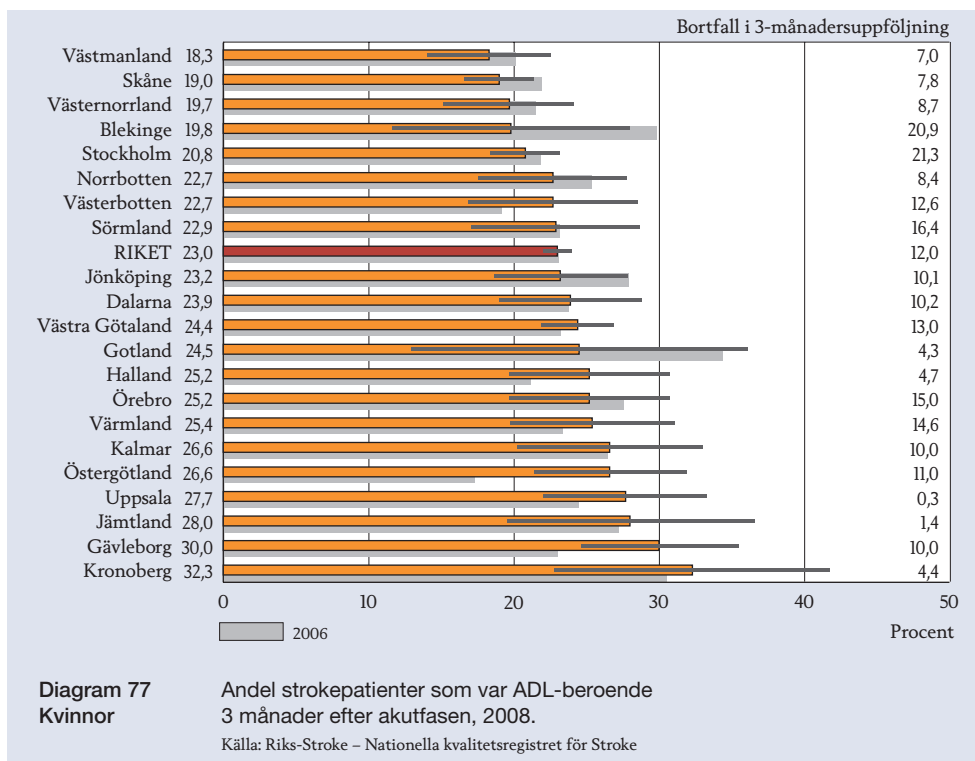
I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke knappt tio procent under den studerade treårsperioden, utan stora skillnader mellan kvinnor och män. Landstingens värden varierar mellan 7 och 12 procent. Under den senaste tioårsperioden har andelen återinskrivna minskat något. År 1997 var denna andel i riket 11 procent för kvinnorna och 12 procent för männen, för att år 2007 vara cirka 9 procent för båda könen.

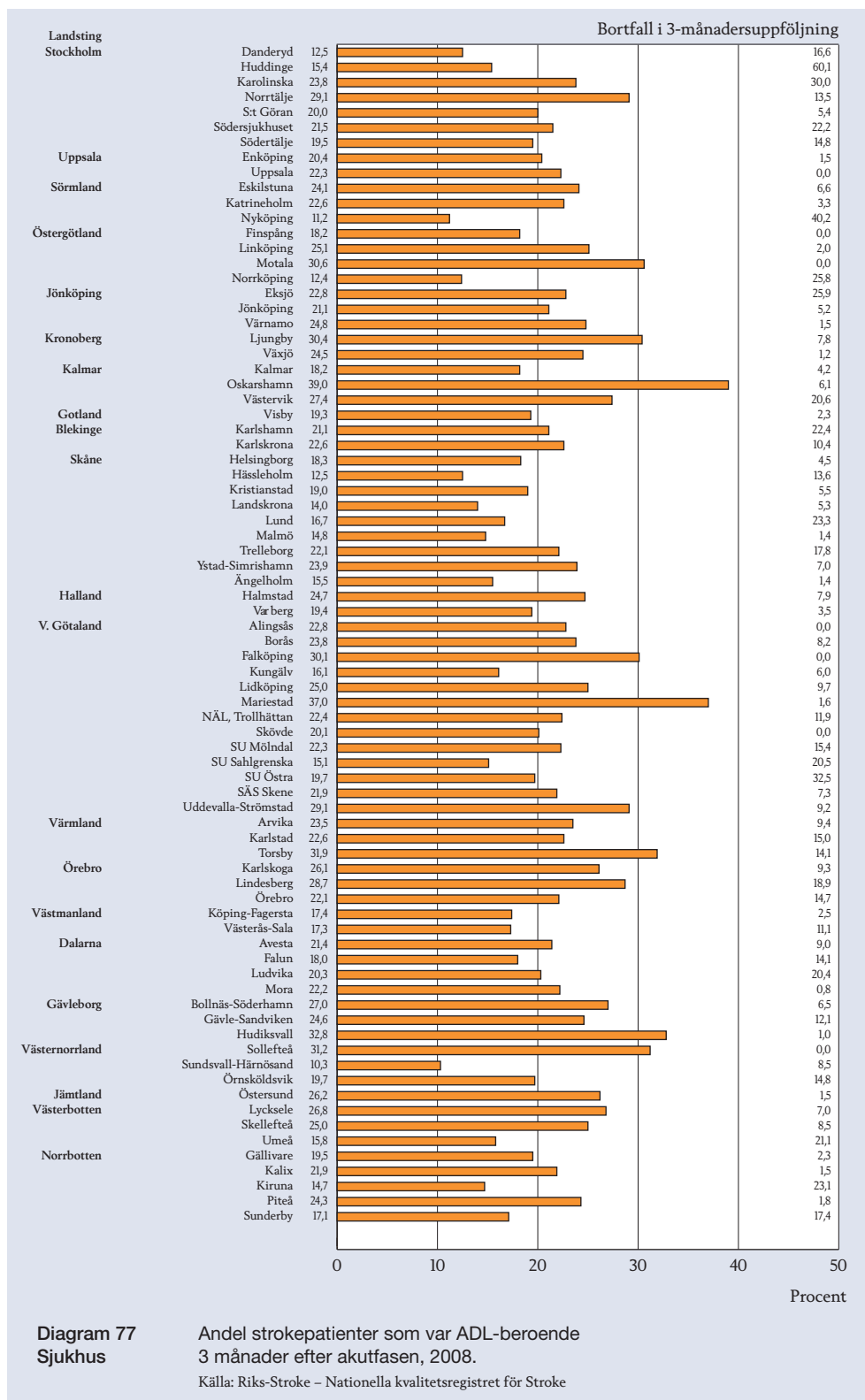
Risken för återinsjuknande i stroke är betydande. Till detta kan läggas risken att återinsjukna i annan hjärt-kärlsjukdom. Hälso- och sjukvårdens samlade sekundärpreventiva insatser är angelägna och kan påverka risken för återinsjuknande efter stroke. För att respektive landsting ska kunna följa effekterna av exempelvis insatta riktade åtgärder krävs upprepade undersökningar över tid. Det är också viktigt att sjukvården följer upp sina patienter med avseende även på återinsjuknande.

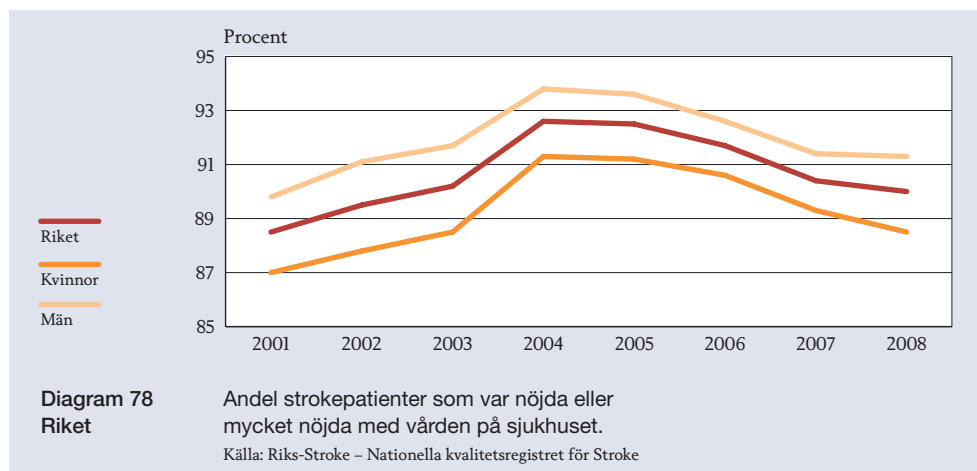
77 Funktionsförmåga efter stroke

Patienter som överlever stroke återfår i olika grad den funktion man hade före insjuknandet. I Riks-Stroke samlas data om strokepatienternas beroende av andra för sin personliga ADL, i en uppföljning efter tre månader. ADL står för Aktiviteter i Dagligt Liv. Med personlig ADL avses aktiviteterna förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning. Som kvalitetsindikator speglar måttet sjukvårdsinsatserna både i akutfasen och i den fortsatta rehabiliteringen efter utskrivning från akutsjukhus.

I diagram 77 redovisas andelen patienter som var beroende av andra för sin personliga ADL tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet klarade sin personliga ADL. För riket som helhet är andelen beroende i personligt ADL 23 procent för kvinnor och 19 procent för män. Kvinnorna är äldre







än männen, vilket kan påverka utfallet. De senaste åren har andelen ADL-beroende varit konstant.

De redovisade skillnaderna mellan landstingen är påtagliga, med cirka tio procentenheters variation mellan landsting med hög respektive låg andel. Resultatet påverkas av patientsammansättningen, till exempel av hur allvarlig stroken var. Strokesvårighetsgraden varierar över landet. Det finns även ett bortfall av patienter i tremånadersuppföljningen, som kan påverka resultatet. Denna andel återges till höger i diagram 77. Detta mått på resultat bör helst tolkas tillsammans med andelen som överlevde. Det bästa resultatet når sjukhus och landsting som dels har en hög andel patienter som överlever, dels har en hög andel som är personligt ADL-oberoende, det vill säga i hög grad återfår sina funktioner.

78 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

I Riks-Stroke's tremånadersuppföljning ingår frågor till patienter och deras anhöriga som avser bland annat hur nöjda de är med den vård de fått. Frågorna om patienttillfredsställelse är flera än den vi redovisar här.

Hur nöjda patienterna är med vården vid sjukhus redovisas i diagram 78. Även andelen som inte deltog i tremånadersuppföljningen visas. Drygt 17 000 av cirka 24 000 patienter svarade och ingår därmed i jämförelsen. 88 procent av kvinnorna är nöjda eller mycket nöjda. Motsvarande andel för män är något högre, över 91 procent. För riket som helhet har resultatet legat på ungefär samma nivå sedan år 2001, med en topp år 2004–2005 på 92–93 procent.

Skillnaderna mellan landstingen är måttliga, med något undantag, i ljuset av de överlag mycket positiva svaren och även den osäkerhet som följer av variationer i andel uppföljda. En ytterligare aspekt är att patienterna är äldre och kan ha funktionspåverkan från sin sjukdom, vilket kan påverka förmågan att efter tre månader bedöma den vård man fick.

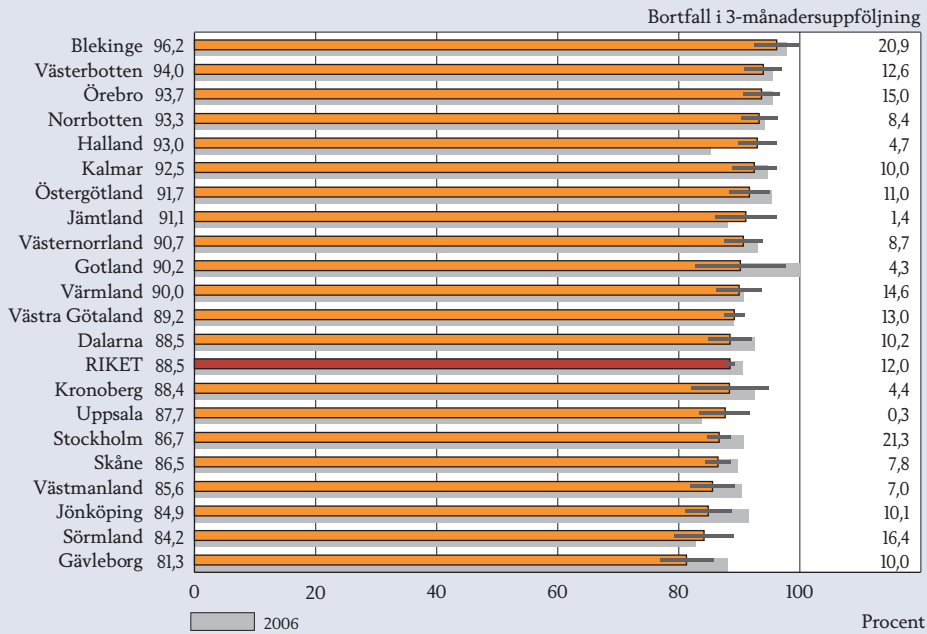


Diagram 78
Kvinnor

Andel strokepatienter som var nöjda eller
mycket nöjda med vården på sjukhuset, 2008.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

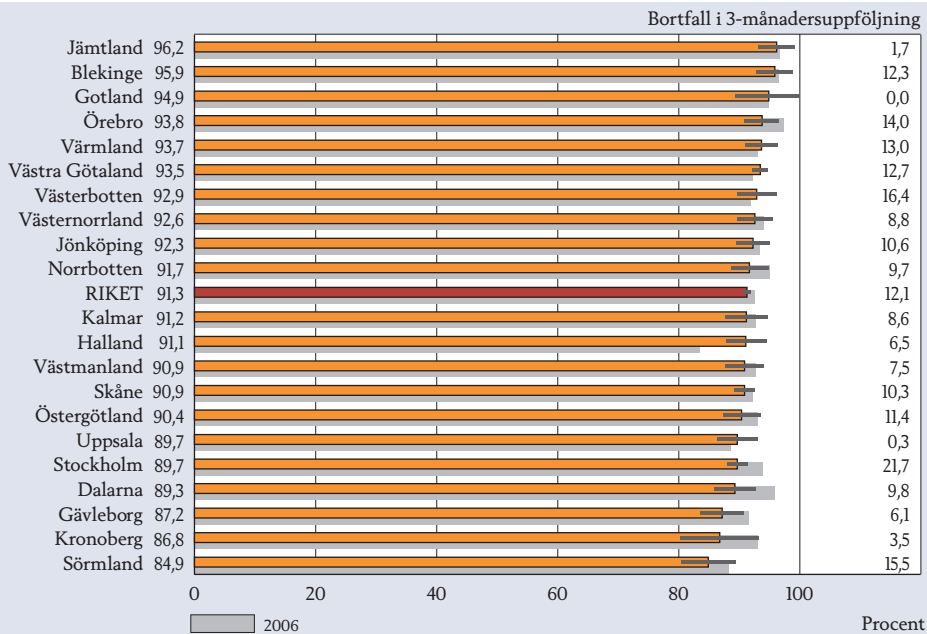
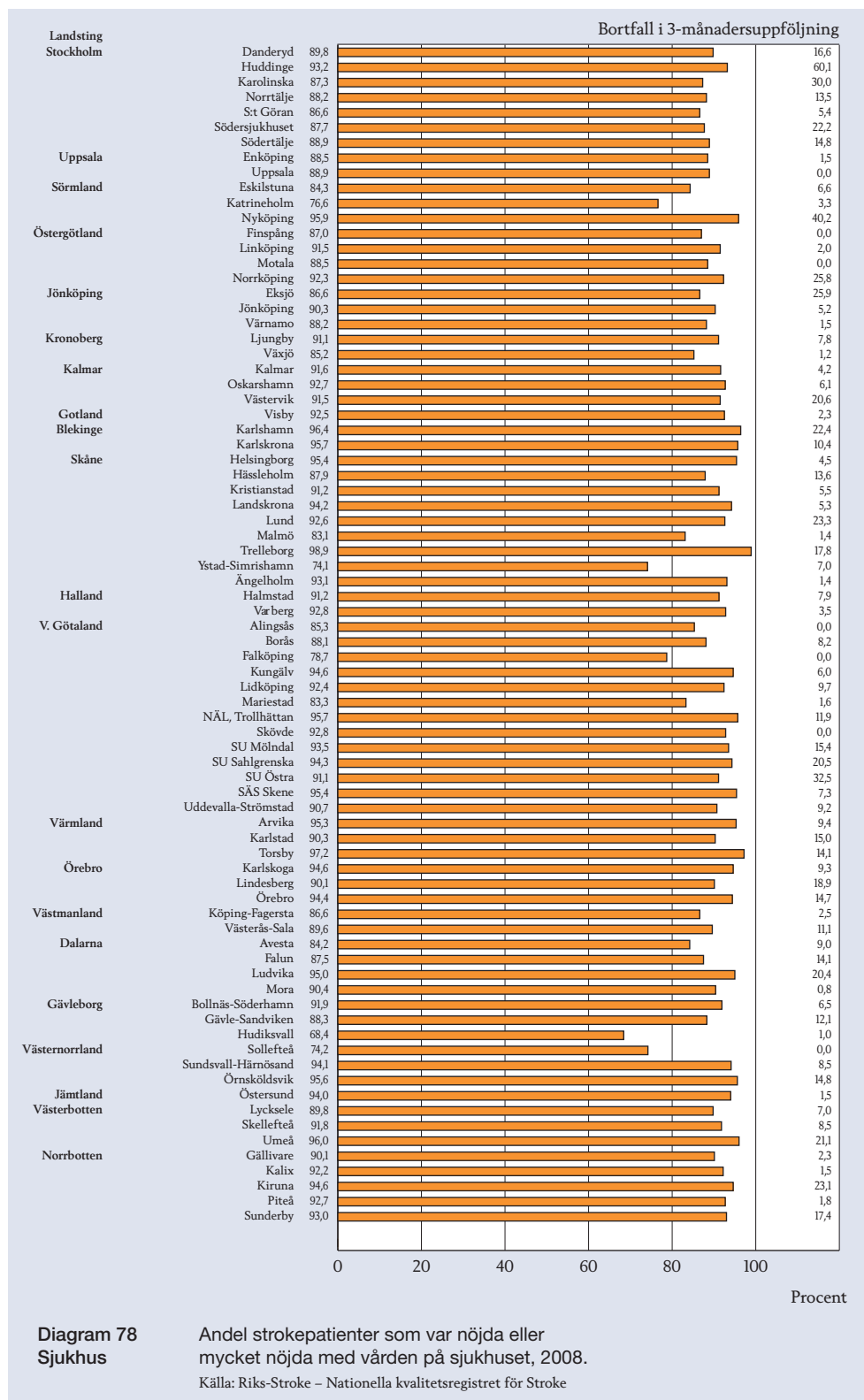


Diagram 78
Män

Andel strokepatienter som var nöjda eller
mycket nöjda med vården på sjukhuset, 2008.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke



NJURSJUKVÅRD

Påtagligt nedsatt njurfunktion finns hos drygt fyra procent av den svenska befolkningen. För merparten utgör detta inget omedelbart hot, men det är förenat med en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom och död. Endast en mindre andel drabbas av så allvarlig njursvikt att dialys eller transplantation blir nödvändig för fortsatt överlevnad. Det totala antalet patienter med behandlad livshotande njursvikt är drygt 8 000, med 3–4 procents ökning per år, där ökningen beror på en gradvis förbättrad överlevnad. För närvarande tillkommer drygt 1 100 personer årligen. Jämfört med Väst- och Nordeuropa ligger Sverige genomsnittligt, både avseende nyupptag och patienter i behandling. Livshotande njursjukdom är ungefär dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor.

Drygt hälften av de behandlade patienterna i så kallad aktiv uremivård är njurtransplanterade, medan resten dialyseras. Sverige har en hög andel transplanterade, som i vårt närområde endast överträffas av Norge. Ungefär tre fjärdedelar av dialyspatienterna får bloddialys (hemodialys, HD) och resten bukhåledialys (peritonealdialys, PD). De sammantagna kostnaderna för den svenska dialys- och transplantationsvården kan skattas till två till tre miljarder kronor årligen, beroende på vad som inkluderas i kalkylen. Utan behandling skulle de aktuella patienterna avlida.

Njurtransplantation är den bästa behandlingen, med hög hälsorelaterad livskvalitet och låg risk att dö. Av medicinska skäl är transplantation endast lämplig som behandling för mindre än en fjärdedel av alla nytillkommande patienter. Bristen på njurar från avlidna donatorer gör att merparten av de lämpliga kandidaterna måste vänta i genomsnitt två till tre år i dialys, innan transplantation kan erbjudas. De patienter som har tillgång till levande njurdonator kan transplanteras just innan behov av dialys uppstår, eller efter en kort tid i dialys.

Dialysverksamhet med god tillgänglighet och god kvalitet är därför både en livsuppehållande behandling för de patienter som inte kan bli transplanterade, och en förutsättning för välfungerande transplantationsverksamhet.

Fyra indikatorer redovisas, alla med Svenskt Njurregister (SNR) som källa. SNR har fullständig täckning på kliniknivå. För njurtransplantation är täckningen fullständig även på individnivå, medan den bedöms vara ungefär 95 procent för de patienter som får kronisk dialys.

79 Dödlighet i aktiv uremivård

Aktiv uremivård är det samlade begreppet för vård av patienter i dialys och efter njurtransplantation. I diagram 79 visas femårsöverlevnaden i aktiv uremivård för alla vuxna som startat i behandling under åren 1999–2008. Endast de som överlevt mer än 90 dagar ingår, vilket gör att problemet med ofullständig eller varierande registrering tidigt i förloppet undviks.

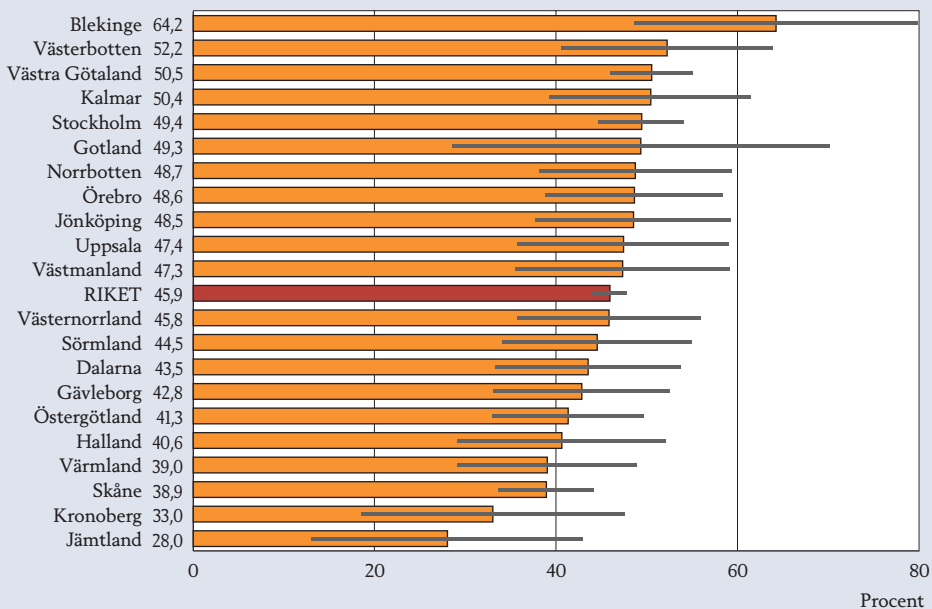


Diagram 79
Kvinnor

Femårsöverlevnad för patienter i aktiv uremivård, 1999–2008.
Avser vuxna patienter med behandlingsstart angivna år.
Källa: Svenskt Njurrregister

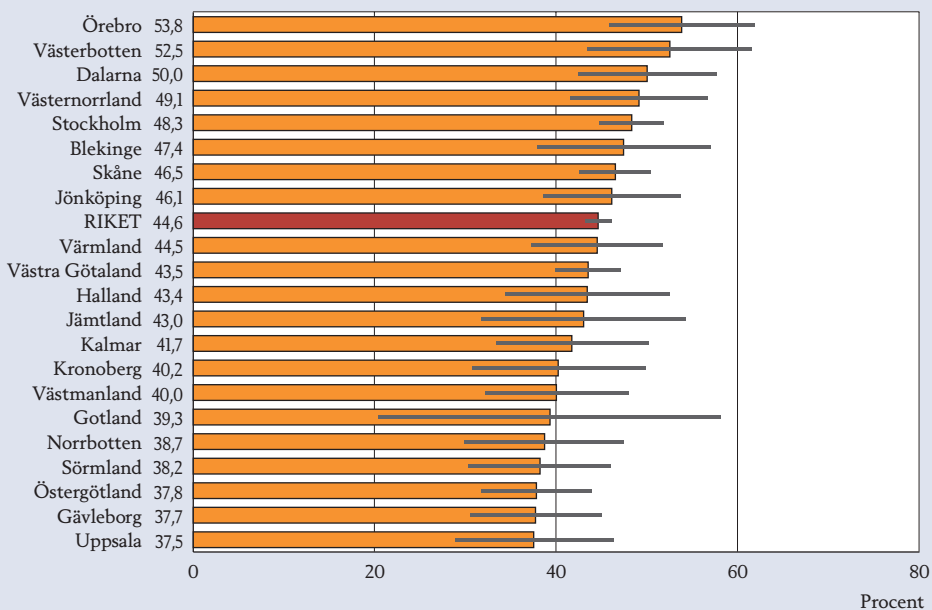
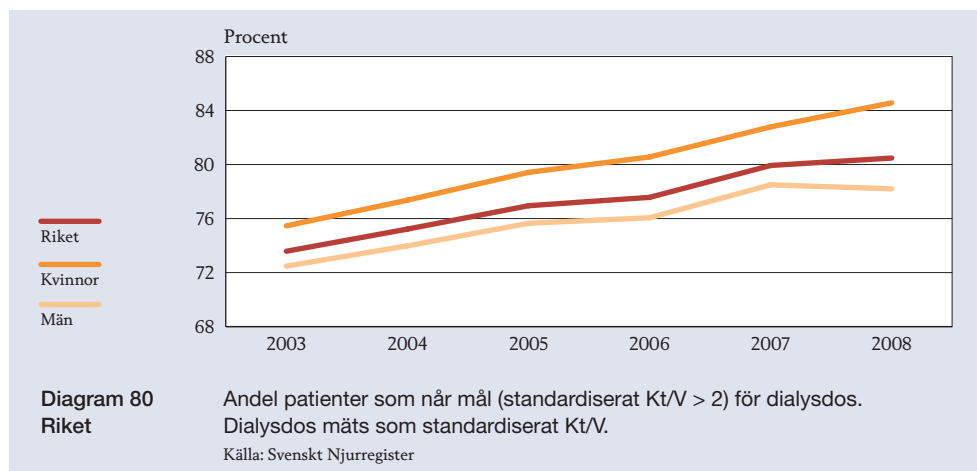


Diagram 79
Män

Femårsöverlevnad för patienter i aktiv uremivård, 1999–2008.
Avser vuxna patienter med behandlingsstart angivna år.
Källa: Svenskt Njurrregister



Resultaten är inte justerade för ålder och andra olikheter i patientsammansättningen och de olika landstingen är därmed inte direkt jämförbara. Risken att avlida är flerfaldigt högre inom den patientgrupp som behandlas med dialys, även justerat för riskmarkörer. Verksamheter som lyckas få många av sina patienter transplanterade så snart som möjligt förbättrar därmed sitt resultat. Detta är skälet till att överlevnaden i båda behandlingsformerna redovisas sammantaget.

Trots det faktum att dialys och njurtransplantation är livräddande behandlingar är dödligheten betydande. I stor omfattning förklaras detta av faktorer som inte direkt har med njursvikten och behandlingen att göra, såsom ålder och annan sjuklighet. Samtidigt är det välkänt att behandlingspraxis varierar mellan länder, regioner och enskilda kliniker och att detta påverkar utfallet.

Sveriges landsting är heterogena, i storlek, åldersmässigt och socioekonomiskt. Dessutom finns välkända skillnader i bakgrunds dödlighet. Trots dessa vanskligheter är överlevnadsdata viktiga och bör redovisas.

Överlevnaden har gradvis förbättrats, både i dialys och med fungerande transplanterat. Till exempel ökade femårsöverlevnaden i all aktiv vård från 39,2 procent under åren 1991–1997 till 45,8 procent under 2003–2008. Femårsöverlevnaden var något lägre för män än för kvinnor, i riket som helhet.

80 Måluppfyllelse för dialysdos

Tillräcklig mängd dialys är förutsättningen för långsiktigt välmående och låg risk att avlida. Otillräcklig dialys leder till att patienten dör i förtid. Mätning, uppföljning och justering av dialysdosen är centralt för bloddialysverksamhetens kvalitet.

För närvarande behandlas cirka 80 procent av rikets bloddialyspatienter med tre dialyser i veckan. Ungefär tio procent av patienterna dialyseras mer än tre gånger i veckan, medan ungefär lika många behandlas mindre än tre gånger i veckan. Efter-

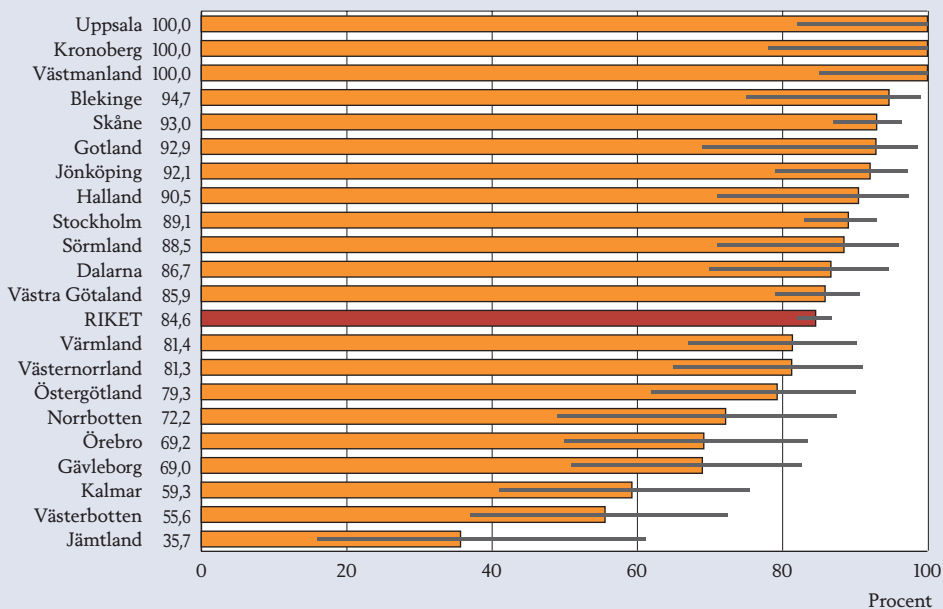


Diagram 80
Kvinnor

Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos, 2008.
Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

Källa: Svenskt Njurrregister

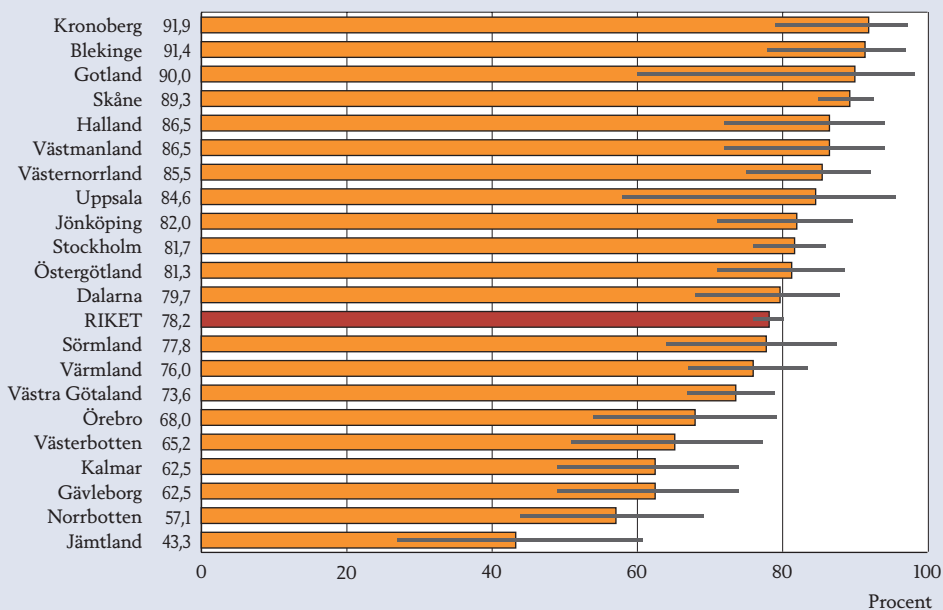
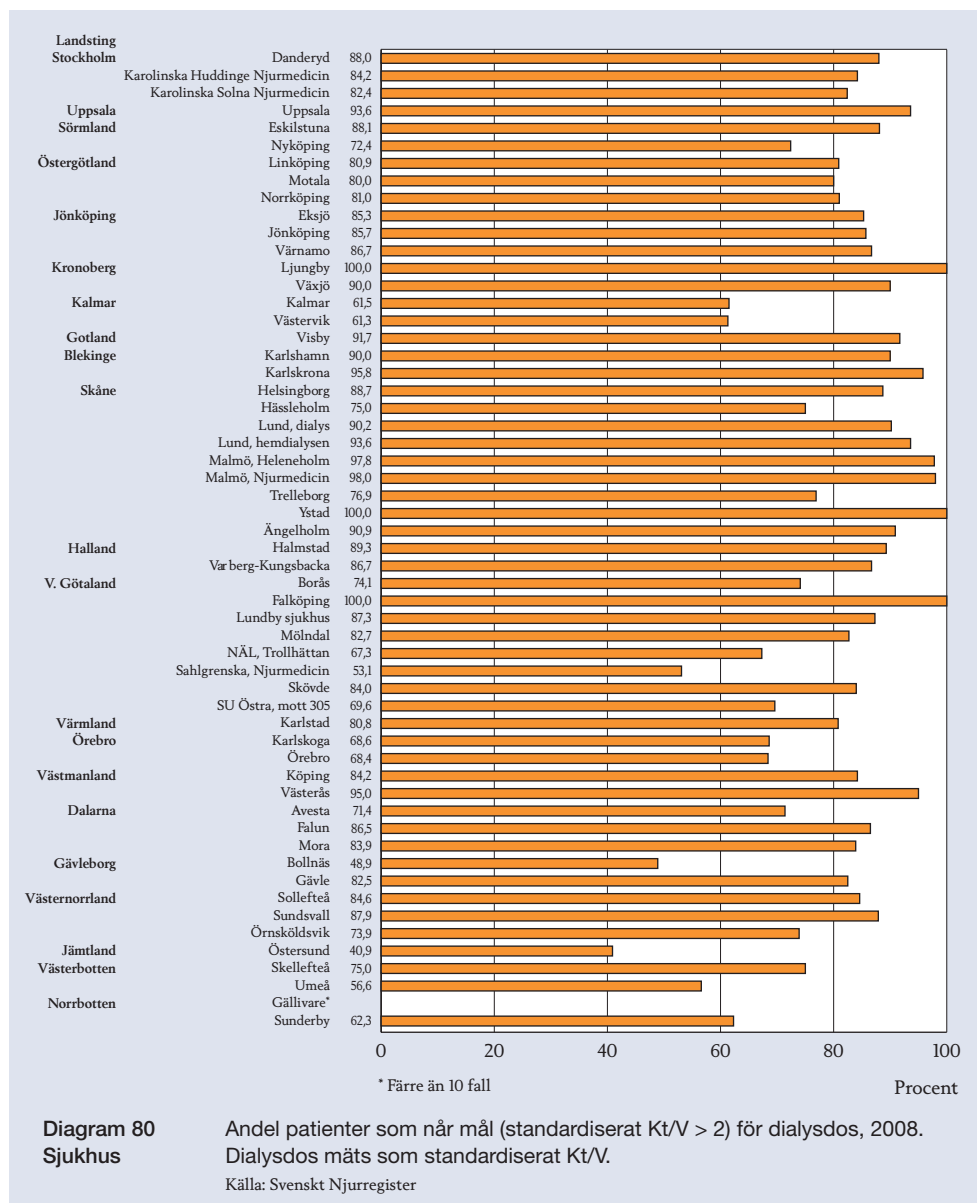


Diagram 80
Män

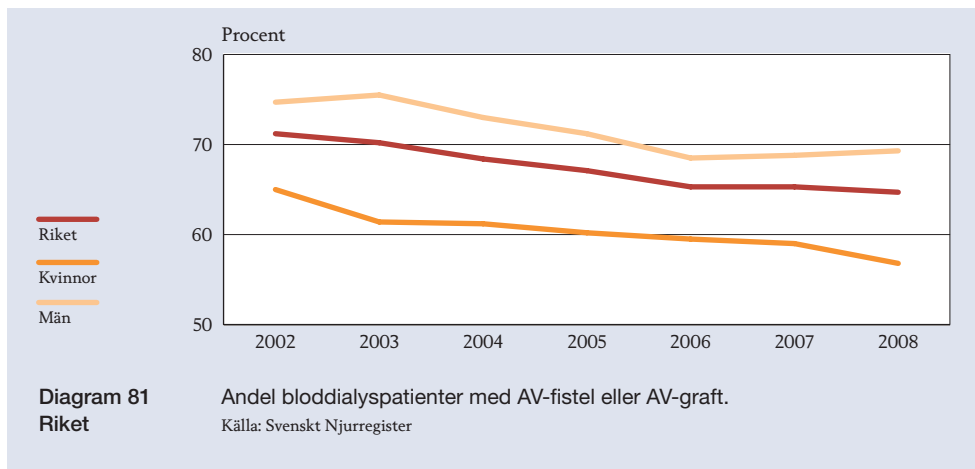
Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos, 2008.
Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

Källa: Svenskt Njurrregister



som allt fler patienter behandlas med mer frekventa dialyser måste bedömningen av dialysdos baseras på den sammantagna veckodosen dialys. Måttet standardiserat Kt/V beräknas med en formel baserad på blodprov före och efter dialys, vikt före och efter dialys, dialystid samt antal dialyser per vecka. Måluppfyllelse för dialysdos anses föreligga vid värden över 2.

I diagram 80 visas per landsting andelen patienter som når målvärdet för dialysdos. Resultaten är hämtade från SNR:s senaste årliga tvärsnittundersökning och avser hösten 2008. Det är osannolikt att skillnader i patientsammansättningen kan



förklara den stora variation som påvisas i diagrammet. Låg dialysdos förklaras framförallt av att bara två dialyser per vecka ges. På nationell nivå har måluppfyllelsen gradvis ökat sedan den första tvärsnittundersökningen genomfördes år 2002.

Vid varje givet mättilfälle finns dels en liten grupp patienter med kvarvarande betydelsefull restnjurfunktion, som gör att full dialysdos inte behövs, dels finns det patienter där full dialysdos av olika skäl är olämpligt att eftersträva. Hur dessa grupper fördelar sig på varje klinik vid tillfället för tvärsnittundersökningen är okänt. Med hänsyn till ovanstående kan för landstingsnivån bedömas att det optimala resultatet är att 80–90 procent av patienterna når målet för dialysdos.

Kvinnor uppnår på riksnivå en något högre måluppfyllelse, men praxis varierar mycket mellan kliniker och landsting. Under senare år har nya rön framkommit, som talar för att kvinnor behöver påtagligt högre dialysdos än män. Troligen kommer målet att höjas för kvinnor.

81 Kärlassess vid dialys

För hemodialysbehandling krävs tillgång (access) till blodbanan, vilket kan ske på olika sätt. Den bästa formen av access är AV(arteriovenös)-fistel, anlagd med hjälp av patientens egna blodkärl. AV-graft med syntetiskt kärlmaterial är något sämre med större risk för tilltäppning och upphävd funktion, liksom något ökad infektionsrisk. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter, CDK. CDK medför en kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner och ger också sämre blodflöden och därmed försämrade dialyseffektivitet.

Andelen patienter som dialyseras med AV-fistel eller AV-graft är en central indikator, eftersom en välfungerande access är grundläggande för att bra bloddialys skall kunna ges. Indikatoren avspeglar också resultatet av en vårdprocess som börjar redan innan patienten startat i dialys. Indikatoren sammanfattar flera viktiga dimensioner

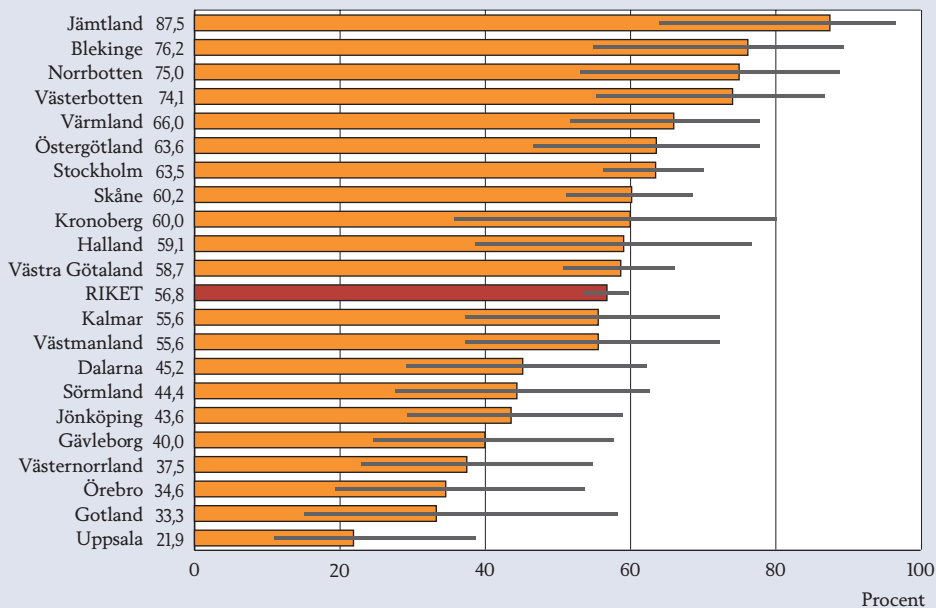


Diagram 81
Kvinnor

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2008.

Källa: Svenskt Njurrregister

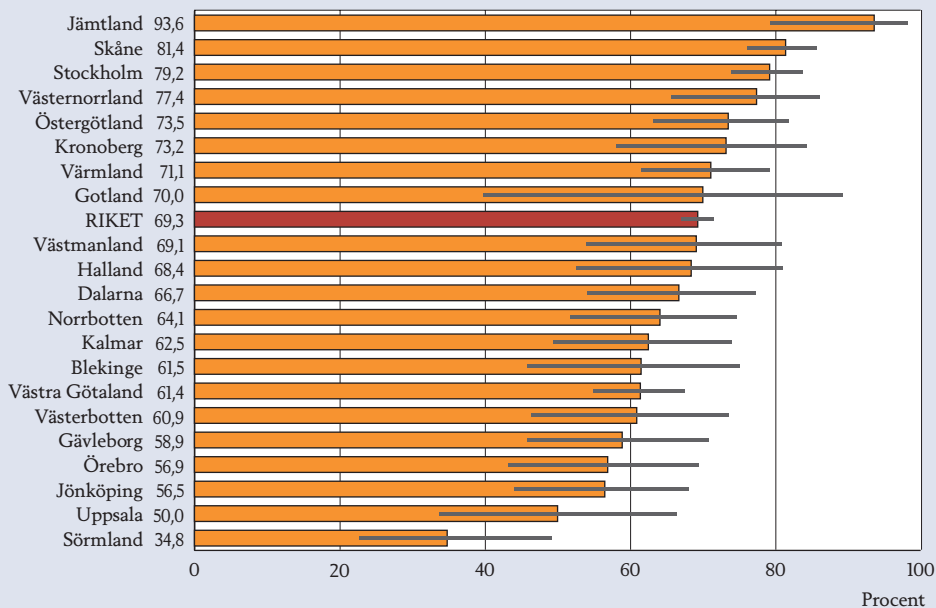
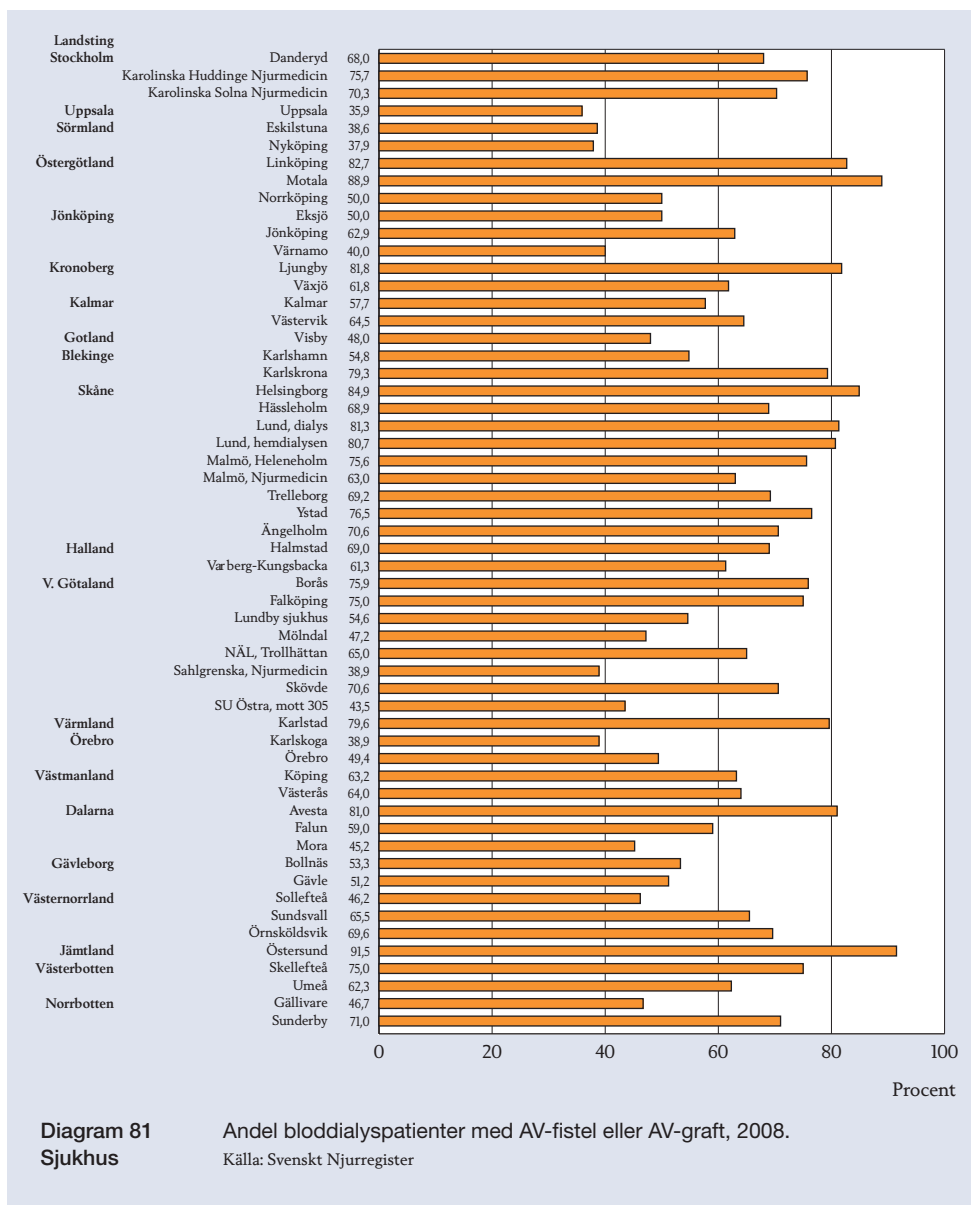


Diagram 81
Män

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2008.

Källa: Svenskt Njurrregister



i det njurmedicinska omhändertagandets totala kvalitet, såväl tillgången på access-kirurgi, som hur väl dialysverksamheten lyckas hålla accesser i funktion.

Diagram 81 visar andel patienter som hösten 2008 dialyserades med AV-fistel eller AV-graft. Uppgifterna baseras på årliga tvärsnittundersökningar som görs av Svenskt Njurregister.

Dessvärre har den negativa trenden med minskande andel patienter som dialyseras med AV-fistel eller AV-graft fortsatt sedan föregående år, med motsvarande oönskad

ökning av andelen dialyskatetrar. Denna negativa trend har fortgått sedan år 2002, då den första tvärsnittsundersökningen genomfördes.

Variationen mellan landstingen är stor. Resultaten visar på uppenbara förbättringsmöjligheter, både på klinik- och landstingsnivå. Vålfungerande accesspraxis ställer stora krav på samverkan mellan kärlkirurgi, interventionell radiologi och njurmedicin. Kvinnor har generellt lägre andel AV-fistel eller AV-graft än vad männen har. Till viss del kan detta förklaras av sämre anatomiska förutsättningar. Kvinnor har i allmänhet tunnare blodkärl och rikligare underhudsfett, vilket är faktorer som försvårar den kirurgiska anläggningen av en AV-fistel.

Ett preciserat mål finns inte för denna indikator, men i en oselekterad patientgrupp är ett mål på 70–80 procent med AV-fistel eller AV-graft fullt rimligt. Under 2009 har en särskild databas för fortlöpande registrering av kärlaccess introducerats i SNR, som ett led i arbetet med att förbättra detta område.

82 Njurtransplanterade i aktiv uremivård

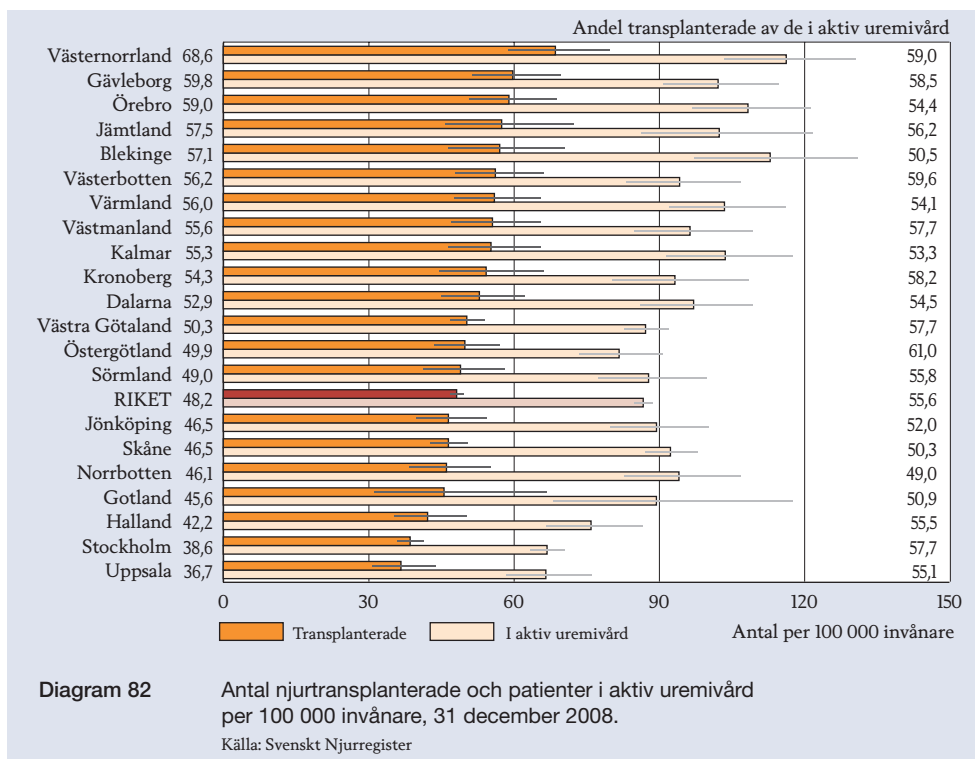
Den första svenska transplantationen genomfördes 1964. I mitten av 80-talet hade det årliga antalet transplantationer ökat till över 300. Trots omfattande insatser för att öka antalet organ från avlidna donatorer har bristen på njurar – liksom andra organ – kvarstått. Antalet avlidna organdonatorer har under de senaste tjugo åren i genomsnitt varit cirka 120 per år. Ett ökat tillvaratagande av organ från lämpliga avlidna donatorer har skett under den senaste tioårsperioden.

Andelen transplantationer med levande givare har också ökat. I dagsläget kommer ungefär var tredje transplanterad njure från en levande donator. Numera utgör inte oförenliga blodgrupper något absolut hinder för transplantation med njure från levande givare. Transplantation med njure från levande givare ger några procent bättre resultat. År 2008 genomfördes 419 njurtransplantationer, vilket var det högsta antalet någonsin i landet.

Eftersom antalet transplantationer av andra organ har ökat, har njurtransplantationernas andel av det totala antalet transplantationer gradvis minskat. Andelen uppgår nu till 62 procent av samtliga organtransplantationer.

Resultaten efter transplantation är mycket goda. Såväl transplantatöverlevnad (den tid patienten klarar sig med den transplanterade njuren utan dialys) som patientöverlevnad håller hög internationell klass. Data ur SNR visar att den femåriga patientöverlevnaden har förbättrats från 85,1 procent under perioden 1991–1997 till 93,2 procent under 2003–2008.

Njurtransplantationer utförs i Göteborg, Malmö, Stockholm och Uppsala. Såväl utredning inför transplantation (även av levande njurdonator) som uppföljning efter operation är i hög grad decentraliserad till samtliga landsting. Det råder enighet om att alla lämpliga patienter bör erbjudas transplantation.



Antalet transplanterade personer och andelen transplanterade av alla i aktiv uremivård är därför ett bra mått på kvalitet. I diagram 82 redovisas i den kortare stapeln antalet patienter med fungerande transplanterad njure vid årsskiftet 2008–2009, uttryckt som antal per 100 000 invånare. I riket uppgick antalet transplanterade till 4 500.

De längre staplarna visar, uttryckt på samma sätt, antalet patienter i all aktiv uremivård, totalt drygt 8 000 i riket. Diagrammet ger därmed en bild av förekomsten av allvarlig njursjukdom i olika landsting och av de stora skillnaderna mellan landsting.

I sifferkolumnen till höger i diagrammet anges andelen transplanterade per landsting, som varierar mellan 49 och 61 procent, med ett riksgenomsnitt på 55,6 procent. I Norge var genomsnittet 70,4 procent, enligt senaste rapporten från det norska njurregistret. En rimlig målsättning är att närma sig denna nivå.

Siffrorna är inte justerade, vare sig för olikheter i patientsammansättning eller för olikheter i bakgrundspopulationen. Skillnaderna mellan landstingen måste tolkas med beaktande av detta. Uppgifterna bör i första hand ge incitament till de olika sjukvårdshuvudmännen att se över sin organisation, så att så många njursjuka patienter som möjligt kan erbjudas transplantation.

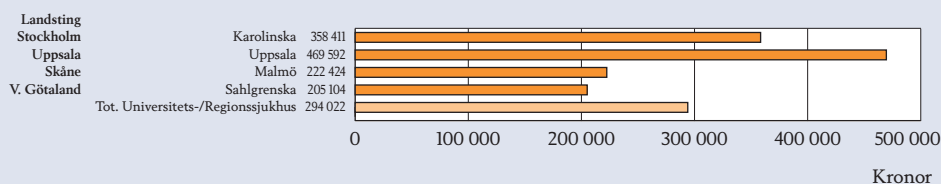


Diagram 83 Kostnad per vårdtillfälle för njurtransplantation, 2008.
Sjukhus Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

83 Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till detta. Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i redovisningen här. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att vi vill visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.

I diagram 83 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för njurtransplantationer. Under 2008 utfördes något över 400 njurtransplantationer vid fyra universitetssjukhus, som samtliga rapporterade till KPP-databasen 2008.

KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2008 till 294 022 kronor. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från 205 000 till drygt det dubbla vid ett sjukhus. En tredjedel av transplantationerna görs från levande donator där medelkostnaden ligger på 238 834 kronor.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva operationen och vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset.

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna, inte minst gäller detta för komplexa verksamheter som organtransplantationer.

CANCERSJUKVÅRD

Årligen diagnostiseras över 50 000 fall av cancer i Sverige. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt-kärlsjukdom. Men många överlever och i slutet av 2007 levde cirka 164 000 individer i Sverige som diagnostiserats med cancer under femårsperioden 2003–2007. Denna så kallade prevalens beräknas öka i framtiden, på grund av ökad diagnostisering och förlängd överlevnad. Cancersjukvården är ett

ofta diskuterat område, med nya behandlingsmetoder och lika tillgång till dessa som viktiga teman.

Här redovisas sju indikatorer. Sex avser de vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer och prostatacancer. Fyra av indikatorerna redovisar fem- eller tvåårsöverlevnad, en belyser aktiv behandling vid prostatacancer och en komplikation vid cancerkirurgi. Slutligen redovisas en indikator om tid till behandling av elakartad tumör inom öron-, näs- och halssjukvård. Uppgifterna om överlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från nationella kvalitetsregister.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa fem- eller tvåårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2001–2007, med uppföljning till och med december 2007. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 procent innebär att hälften av cancerpatienterna skulle ha varit vid liv efter fem år, om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Hänsyn har tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingens befolkningar. Patienten redovisas i det landsting där han/hon är folkbokförd vid tidpunkten för diagnos.

Med överlevnadstid avses tiden mellan patientens diagnos och död. Överlevnadstiden blir längre både av en tidigare upptäckt tumör och av en förlängd överlevnad, som till exempel kan bero på patientens vård. Tidig diagnos innebär således en längre överlevnadstid, oberoende av om den faktiska livslängden ökar eller inte. Om en tidigt satt diagnos innebär att tumören upptäcks i ett stadium då den är lättare att behandla, vilket leder till att patientens död flyttas framåt, kombineras dessa båda effekter.

En jämförande studie av canceröverlevnaden i Europa är gjord inom projektet EURO CARE-4, som är ett samarbetsprojekt mellan 19 europeiska länder. Överlevnadssiffrorna i EURO CARE-4 är dock inte direkt jämförbara med de siffror som redovisas här, på grund av att man har en annan analysmetod än den som här använts vid beräkning av canceröverlevnad.

För de tre cancertyper för vilka femårsöverlevnad här redovisas, har Sverige en bättre överlevnad än genomsnittet av de studerade europeiska länderna. För tjocktarms- och ändtarmscancer, grupperat som kolorektalcancer, är överlevnaden nästan fyra procentenheter över det europeiska genomsnittet och för bröstcancer cirka sju procentenheter över. De nordiska länderna, förutom Danmark, ligger på samma nivå med undantaget Island som har en högre bröstcanceröverlevnad.

84 Överlevnad vid tjocktarmscancer

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer betraktas som en enhet (kolorektalcancer) men eftersom dessa cancertyper skiljer sig åt, till exempel med avseende på behandling, redovisas överlevnaden för dessa cancerformer var för sig i *Öppna jämförelser*.

Tjocktarmscancer är en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i tjocktarmen av samtliga cancerdiagnoser 2007, var sju procent för män och åtta procent för kvinnor. Cirka 3 900 personer fick tjocktarmscancer under 2007. Sjukdomen är något vanligare bland kvinnor än bland män. De flesta som drabbas är över 70 år, och det är väldigt ovanligt att människor som är yngre än 30 år får tjocktarmscancer. Den totala prevalensen, det vill säga antalet personer som lever med en diagnos av tjocktarmscancer, var i slutet av 2007 cirka 25 000 personer. Drygt 11 000 av dem fick sin diagnos under perioden 2003–2007. Över 1 800 personer dog i tjocktarmscancer 2007, ungefär lika många kvinnor som män.

Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer är i riket 63 procent för kvinnor och 58 procent för män. Spridningen mellan landstingen är relativt stor. För kvinnorna varierar överlevnaden från 54 till 68 procent mellan landstingen. För männen var variationen från 52 till 69 procent. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få, vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting, vilket också avspeglas i de breda konfidensintervallen.

85 Överlevnad vid ändtarmscancer

Tillsammans är tjock- och ändtarmscancer en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i ändtarmen av samtliga cancerdiagnoser 2007 var något större bland män än bland kvinnor, men utgör drygt 4 procent för både kvinnor och män. Detta innebär att cirka 2 100 personer fick sjukdomen detta år, vilket motsvarar ungefär 1 person av 4 500 i befolkningen. Oftast är man över 60 år när man blir sjuk. Eftersom symtomen ofta visar sig tidigt och de drabbade då kontaktar vården, har många patienter stora chanser att bli botade. Under 2007 avled cirka 800 personer i ändtarmscancer.

Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 62 procent för kvinnor och 59 procent för män. Antalet fall av ändtarmscancer är litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna.

86 Överlevnad vid bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige och utgjorde 29 procent av samtliga kvinnliga cancerdiagnoser 2007. Varje år får cirka 7 000 kvinnor diagnosen bröstcancer. Risken att få en bröstcancerdiagnos före 75 års ålder är cirka 10 procent. Bröstcancer är ovanlig före 35–40 års ålder, därefter ökar risken med högre ålder. Majoriteten av bröstcancerpatienterna får sin diagnos före 65 års ålder.

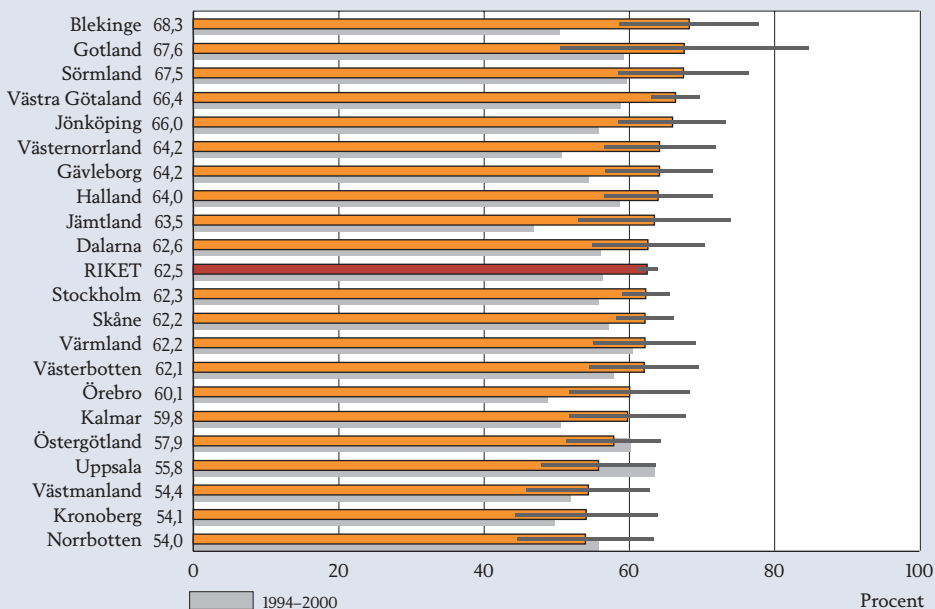


Diagram 84
Kvinnor

5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2001–2007 med uppföljning t.o.m. december 2007.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

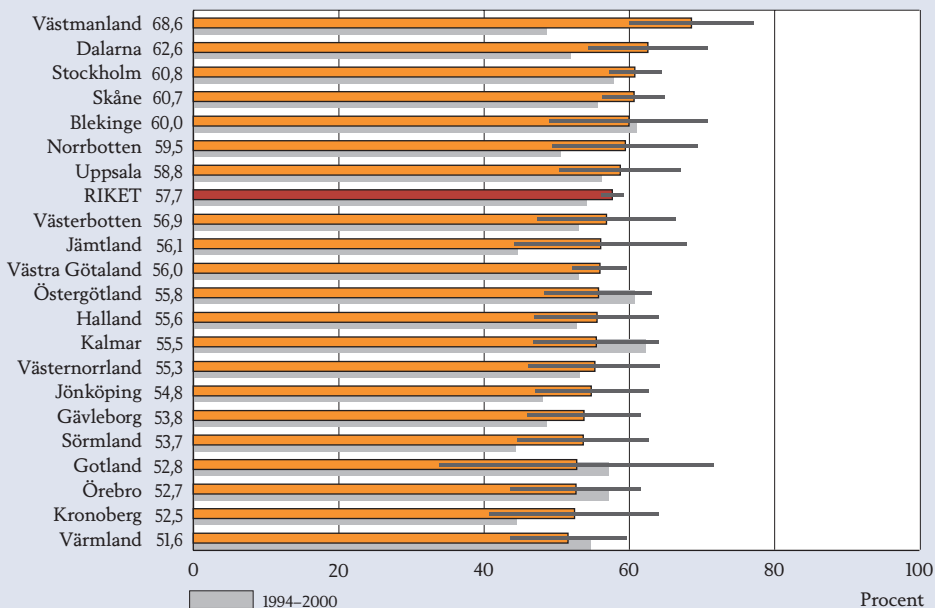


Diagram 84
Män

5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2001–2007 med uppföljning t.o.m. december 2007.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

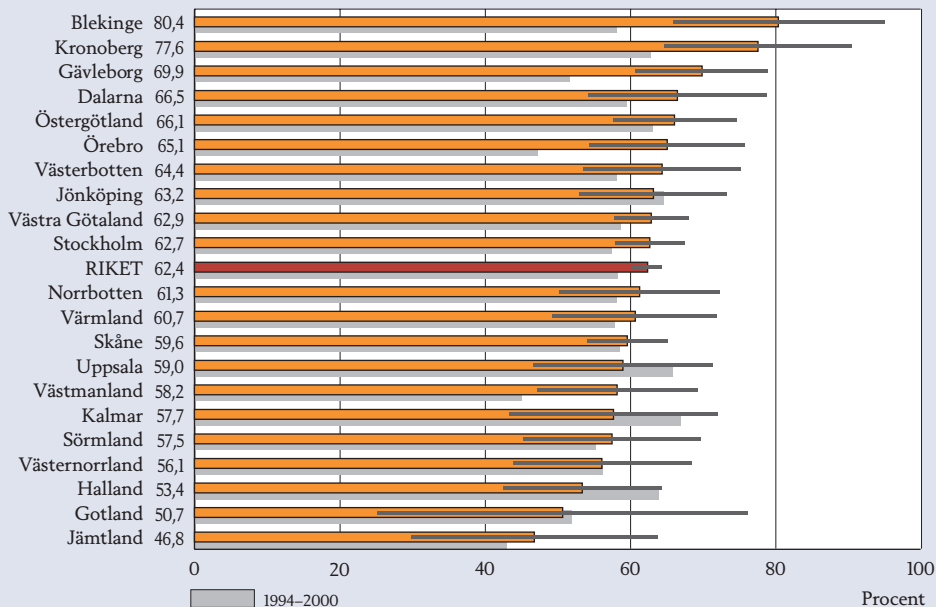


Diagram 85 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2001–2007 med uppföljning t.o.m. december 2007.

Kvinnor

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

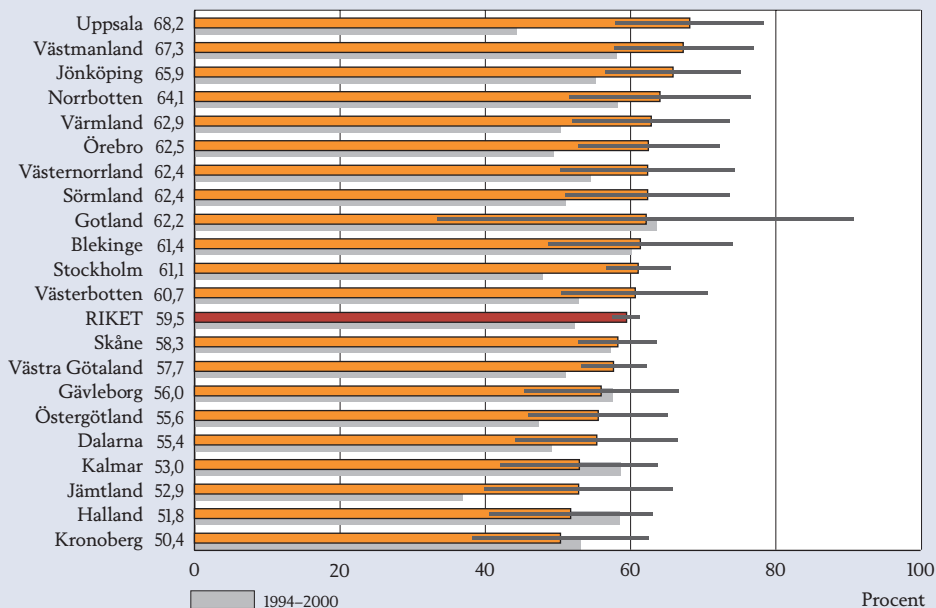
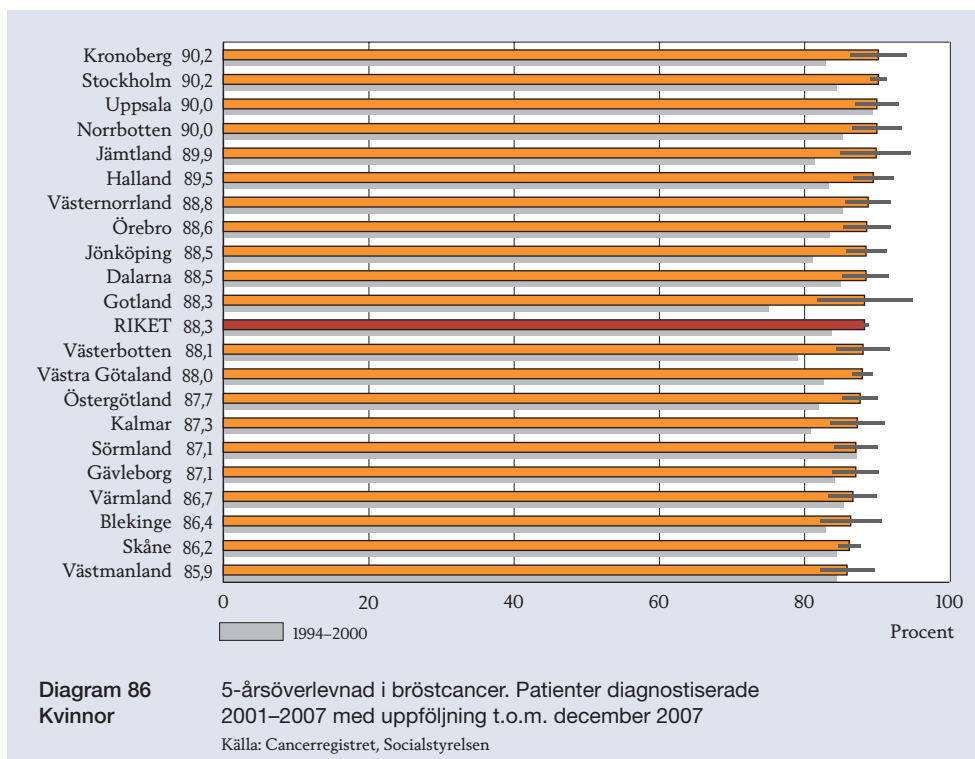


Diagram 85 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2001–2007 med uppföljning t.o.m. december 2007.

Män

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

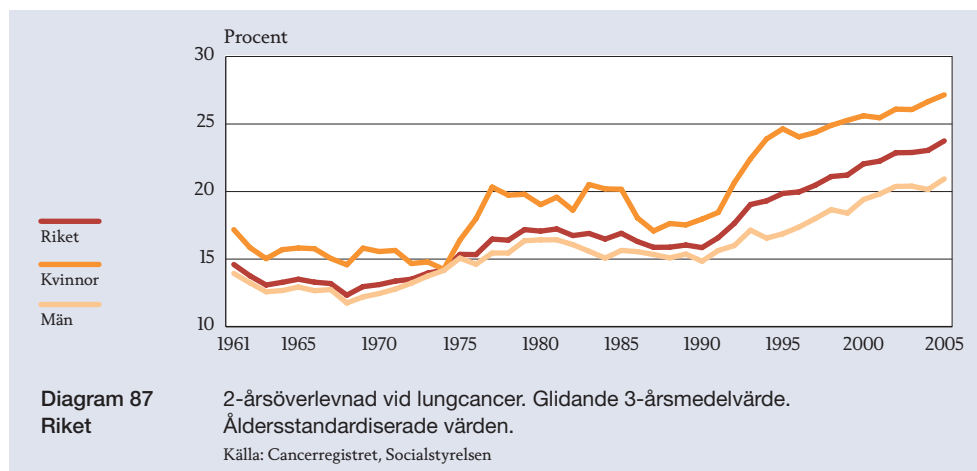


Nästan 85 000 kvinnor i Sverige idag lever med en bröstcancerdiagnos och antalet kvinnor som avlider av sjukdomen uppgår till cirka 1 500 per år. Sedan flera decennier ökar antalet som drabbas av bröstcancer, men ökningen går långsamt. Manlig bröstcancer förekommer, men är mycket ovanlig.

Femårsöverlevnaden har ökat från 65 procent i mitten av 1960-talet till 84 procent för kvinnor som fick sin diagnos under mitten av 1990-talet och nu är den 88 procent. Den förbättrade överlevnaden beror dels på att mammografiscreeningen medför att tumörer upptäcks tidigare, dels på förbättrade behandlingsmetoder.

Mammografiscreening finns idag i samtliga landsting, men det finns skillnader mellan landstingen dels avseende när screeningverksamheten startade, dels inom vilket åldersintervall som en kvinna inbjuds till screening. Se vidare indikator I3 om mammografiscreening.

Diagram 86 visar att det är liten skillnad mellan landstingen. Femårsöverlevnaden varierar mellan 86 och 90 procent. Detta tyder på att bröstcancervården i landets olika delar bedrivs med hög och relativt likvärdig kvalitet. I tidigare analyser har skillnaderna mellan landstingen varit större, bland annat beroende på att landstingen med sämre överlevnad inte hade startat med mammografiscreening vid den tidpunkten.



Den intressanta iakttagelsen avseende denna indikator är inte främst vilka inbördes positioner landstingen har, utan istället dels det goda och jämna resultatet i riket, dels det faktum att femårsöverlevnaden ökat i alla landsting.

87 Överlevnad vid lungcancer

Årligen insjuknar över 3 000 personer i lungcancer i Sverige. Lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken i Sverige. Prognosen vid lungcancer är mycket dålig och sjukdomen är svår att behandla.

Antalet nya årliga fall är numera rätt jämt fördelat mellan kvinnor och män. Efter att hänsyn tagits till skilda åldersfördelningar hos kvinnor och män, har insjuknandet per 100 000 invånare trefaldigats hos kvinnorna sedan början på 1970-talet. Hos männen har en 30-procentig minskning skett sedan den högsta uppmätta nivån i början på 1980-talet. Den ökande incidensen bland kvinnorna brukar tillskrivas deras förändrade rökvanor. Kvinnorna är också något yngre än männen vid insjuknandet.

Kvinnor med lungcancer lever längre än män med lungcancer, men andelen som blir botade är mycket liten för båda könen. Den relativa 5-årsöverlevnaden för personer under 90 år är idag cirka 15 procent för kvinnor och 12 procent för män.

I diagram 87 visas per landsting 2-årsöverlevnaden för två olika tidsperioder. 2-årsöverlevnaden är idag cirka 27 procent för kvinnor och 21 procent för män. Det är ganska stora variationer mellan landstingen. I riket har överlevnaden ökat något mellan jämförelseperioderna, med två procentenheter.

Tidig diagnostisering kan påverka överlevnaden, men sjukdomen måste idag främst bekämpas med förebyggande åtgärder, framförallt genom rökprevention.

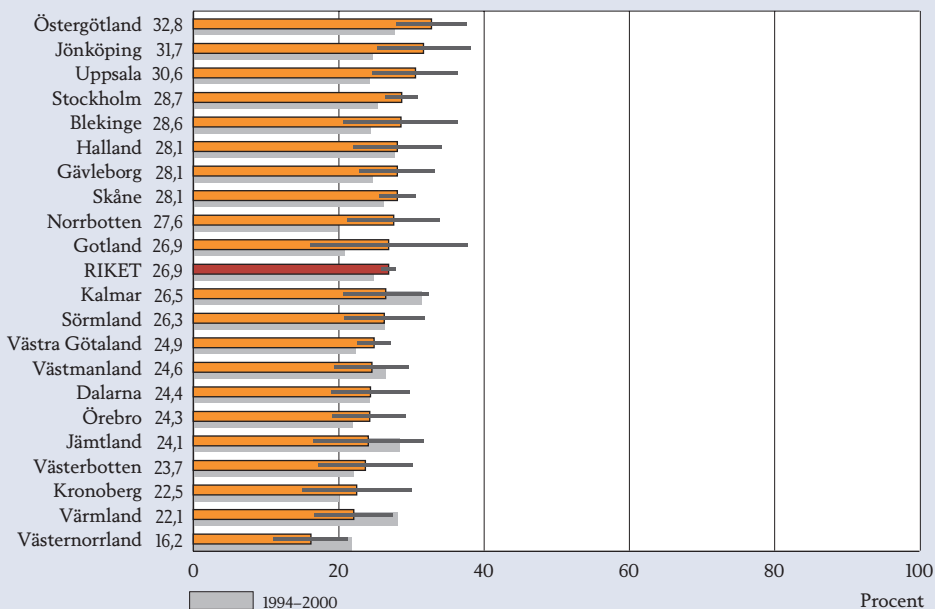


Diagram 87 2-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2001–2007 med uppföljning t.o.m. december 2007.
Kvinnor
 Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

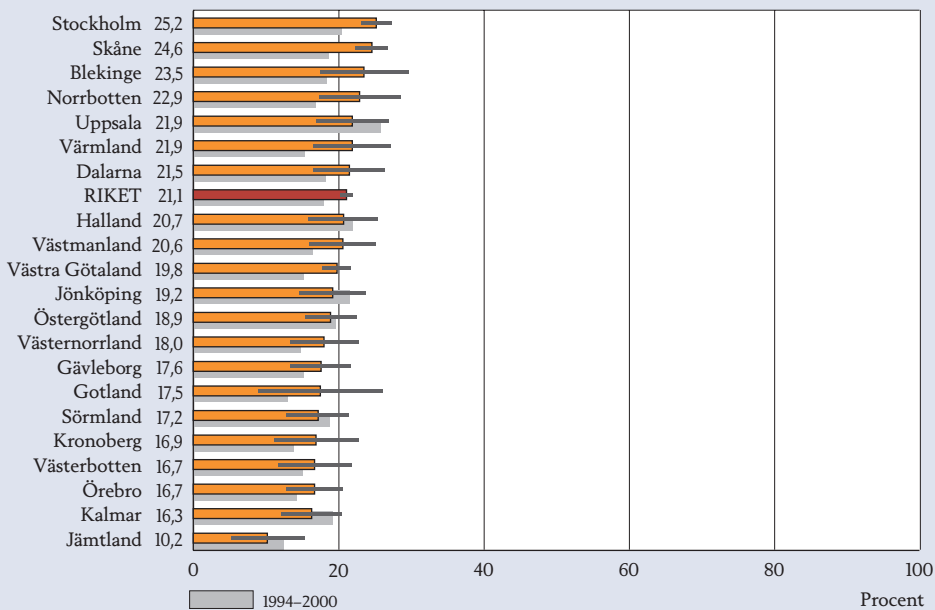


Diagram 87 2-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2001–2007 med uppföljning t.o.m. december 2007.
Män
 Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

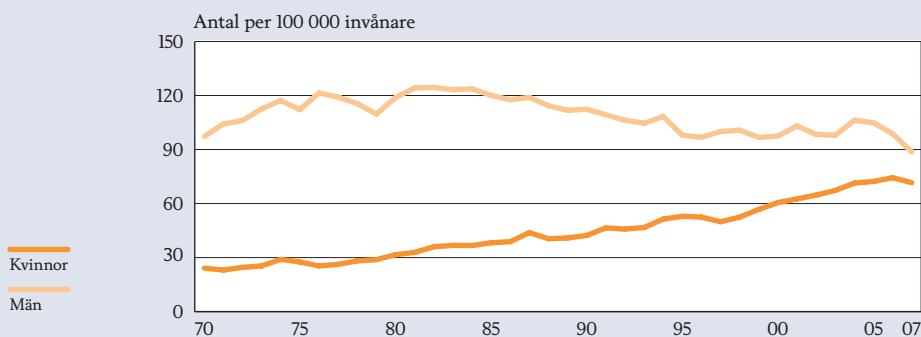


Diagram 87A Incidens i lungcancer per 100 000 invånare.
Avser personer 45 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

88 Reoperation vid ändtarmscancer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns ett flertal viktiga kvalitetsindikatorer vid behandling av ändtarmscancer. En av dessa är andelen reoperationer inom 30 dagar efter den första operationen. Källan är Svenska Rektalcancerregistret. Registret innehåller i stort sett alla fall med ändtarmscancer i Sverige.

De flesta patienterna med ändtarmscancer opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på den enskilda tumörens lokalisation, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Komplikationer kan uppstå som kräver reoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. Frekvensen av reoperationer kan bero på hur primäroperationen utförs och på patientens sjuklighet.

De svenska resultaten avseende denna indikator är betydligt bättre än många andra länders. Dock får cirka en tredjedel av patienterna någon form av tidig komplikation och några av dessa leder till reoperationer. Frekvensen reoperationer har under en följd av år varit oförändrad, cirka 10 procent för riket som helhet, vilket innebär att en av tio patienter blir omopererad inom 30 dagar. Detta kan upplevas som en hög siffra, även om den vid en internationell jämförelse inte är anmärkningsvärd.

I diagram 88 redovisas andelen reoperationer under perioden 2003–2007. Antalet primäroperationer som ingår i materialet är 6 414, varav 666 ledde till reoperation. Utfallet avseende reoperationer är ganska förväntat, dock med en viss ökning 2007 som är svår att förklara. Det är relativt stora skillnader mellan landstingen i ytterpositionerna. Fyra landsting har reoperationsfrekvenser på under 7 procent, medan de sex med högst frekvens ligger på 12,5 till drygt 14 procent. Det finns inga större könsskillnader avseende andel omopererade.

Skillnaderna mellan landsting behöver inte betyda att vården är bättre eller sämre. Det kan också vara en registreringskillnad, där vissa sjukhus registrerar banala ingrepp som reoperationer medan andra inte gör det. Data är inte validerade på denna punkt.

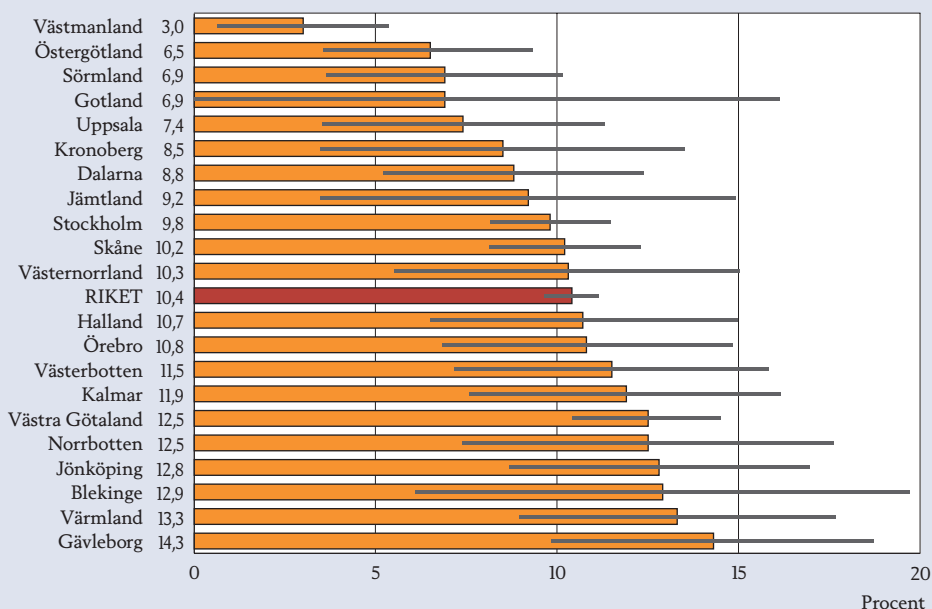


Diagram 88

Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer, 2003–2007.

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

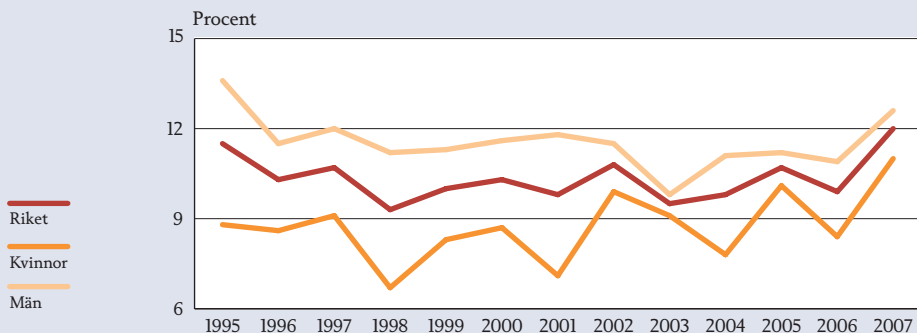


Diagram 88

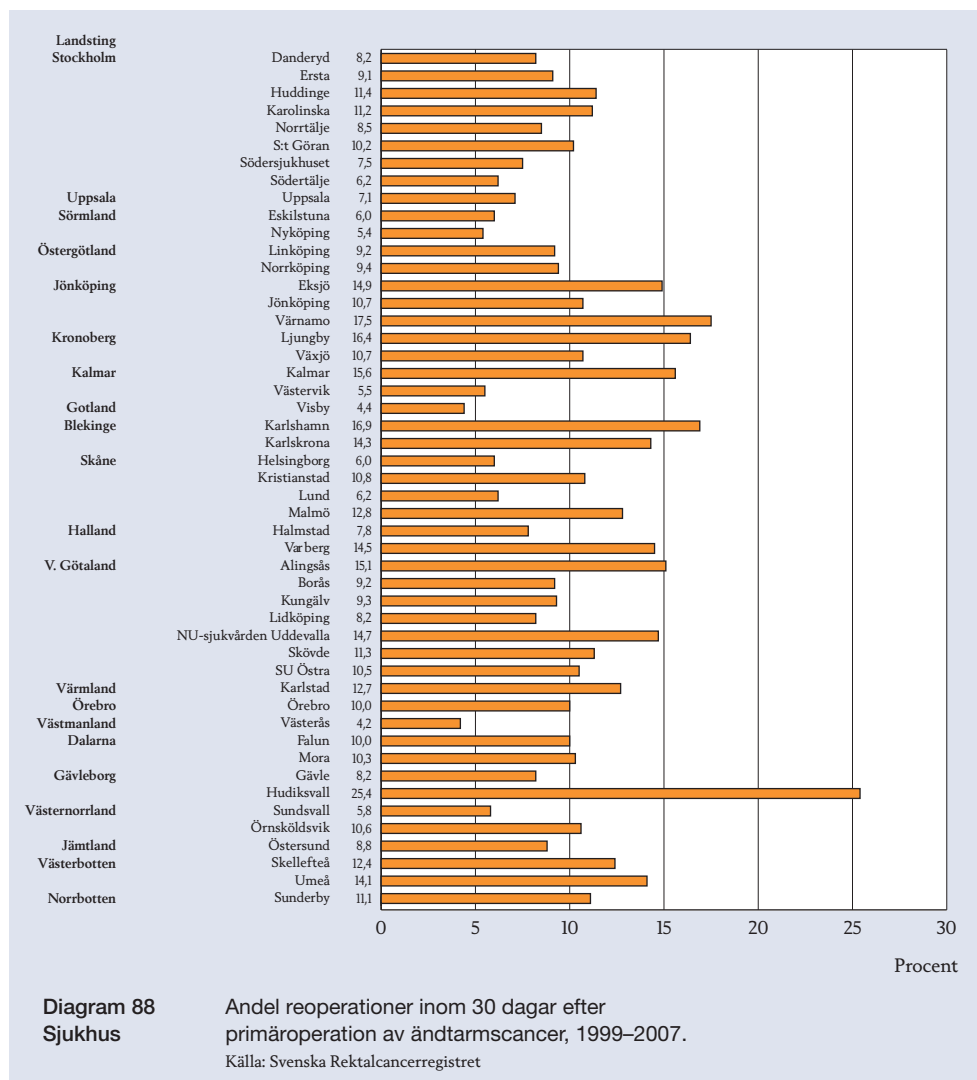
Riket

Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

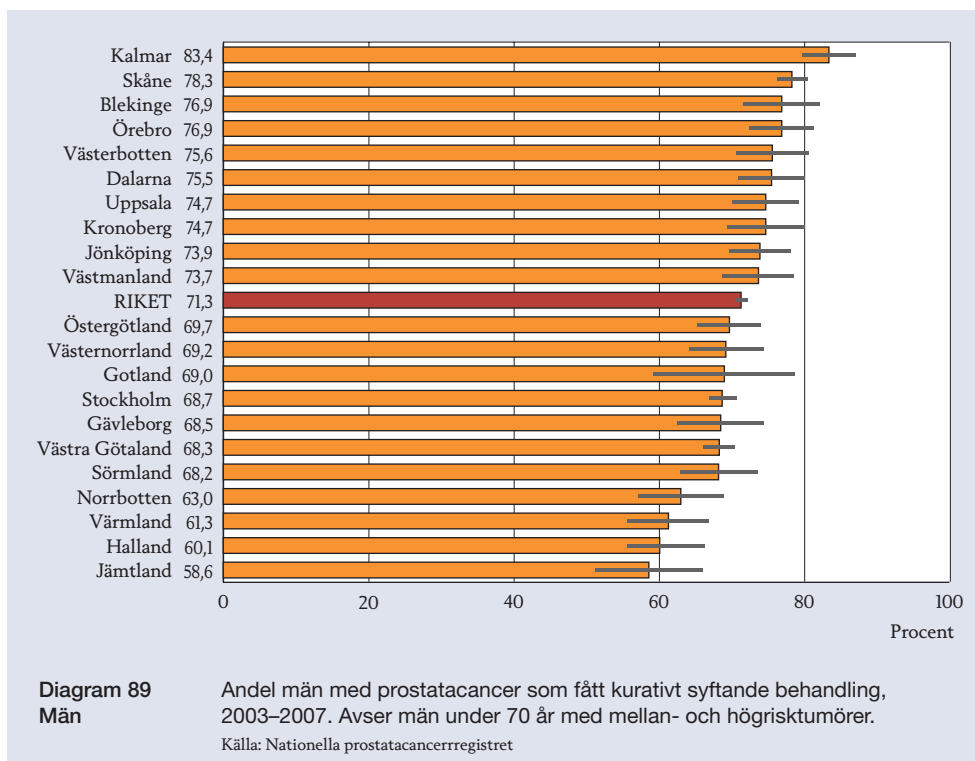
89 Kurativ behandling vid prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män i Sverige. År 2007 registrerades 8 870 nya fall av prostatacancer. Var tionde man i Sverige får sjukdomen under sin livstid och hälften av alla fall är under 69 år vid diagnostillfället. Antal nya fall har ökat kraftigt de senaste åren, medan däremot dödligheten har varit nästan



konstant. Ökningen beror till allra största delen på ökad diagnostik hos män utan symptom och det förklarar också att åldern vid diagnos har sjunkit. Fortfarande saknas kunskap om vilken behandling som är optimal i sjukdomens olika skeden.

Uppgifterna i diagram 89 kommer från Nationella Prostatacancerregistret (NPCR), som har en mycket hög täckningsgrad, 97 procent. Sedan 2008 gör NPCR fem år efter diagnos en uppföljning av patienter med lokaliserad tumör och som är under 70 år. Då registreras flera variabler som speglar prostatavårdens kvalitet, som allvarliga komplikationer, återfall, spridning och överlevnad. Via enkäter insamlas uppgifter också om patienternas biverkningar som sexuell dysfunktion, urinläckage och ändtarmsbesvär. Framtida rapporter från NPCR kommer i ökande grad att fokusera på utfallet i dessa kvalitetsvariabler.



Indikatorn visar andelen patienter under 70 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling, med vilket menas kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålterapi. Drygt 10 800 patienter som diagnostiserades under 2003–2007 ingår i jämförelsen.

I en skandinavisk studie visades att operation minskade dödlighet i sjukdomen, vid uppföljning efter tio år. En annan skandinavisk studie visade att risken att dö av prostatacancer minskade bland män med lokalt avancerad sjukdom som fått strålterapi och endokrin behandling, jämfört med enbart endokrin behandling.

Eftersom biologisk och inte kronologisk ålder är avgörande för behandlingsstrategi ska inte samtliga patienter i denna kategori rekommenderas sådan behandling i daglig praxis. Enskilda patienter kan därtill välja att avstå från kurativt syftande behandling för att undvika livskvalitetsminskande biverkningar. Av dessa skäl är inte 100 procent ett givet mål i denna jämförelse.

I landsting som har en andel som klart understiger 75 procent finns sannolikt en underbehandling av denna patientgrupp. Kurativt syftande behandling skulle då sannolikt leda till förlängd överlevnad. Skillnaderna mellan landstingen är måttliga och skall inte övertolkas, inte minst i ljuset av svårigheterna att fastställa hur stor andel som bör ges och vill ha kurativt syftande behandling.

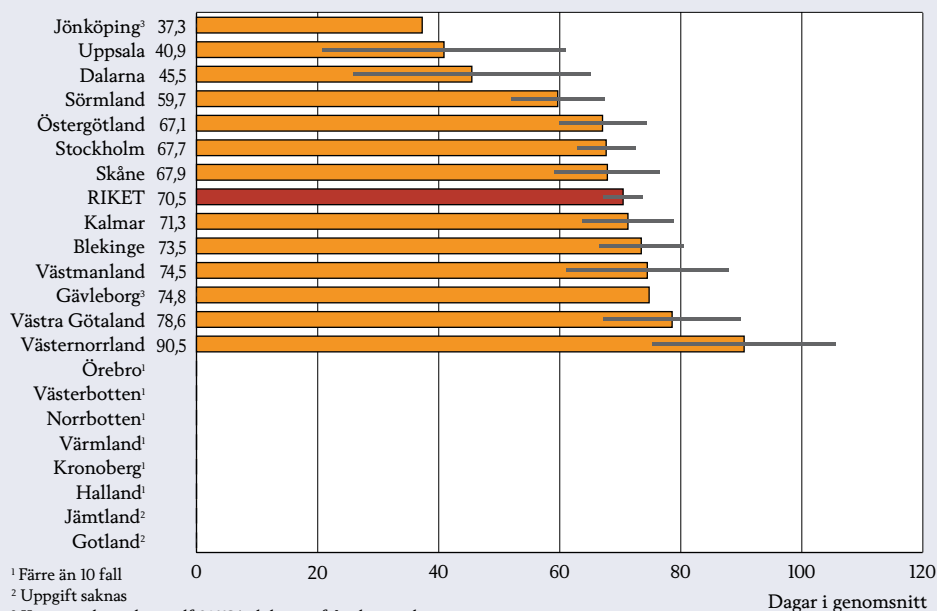


Diagram 90

Tid mellan ankomst av remiss och behandlingsbeslut för patienter med ÖNH-tumör, 2008.

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

90 Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör

Debatten om väntetider till behandling handlar ofta om den planerade vården och för vård där tillståndet inte är livshotande. Cancersjukvård är sällan akutsjukvård i gängse mening, men det är viktigt att tiden från misstanke om tumör till genomförd behandling är så kort som möjligt.

Indikatorn visar tiden från remissankomst till behandlingsbeslut för elakartade tumörer inom öron-, näs- och halssjukvård. Detta täcker stora delar av handläggningstiden inom ÖNH-sjukvården. Ur patientens perspektiv är hela denna tidsperiod viktig.

Källan är Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård. Det aktuella Malignitetsregistret är ett delregister bland totalt nio register som är etablerade inom Svenskt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård. Registret omfattar varje nyupptäckt primär ÖNH-malignitet i läpp, tunga, munhåla, svalg, spottkörtel, näsa-bihålor eller struphuvud. Registret för elakartade tumörer har kopplats till en obligatorisk canceranmälan vilket är ett stöd för god täckning.

I diagram 90 återges genomsnittstiden i dagar per landsting, från det att remiss ankommer till dess att beslut om behandlingstyp tagits. Mätperioden är 2008 och totalt ingår 532 fall i jämförelsen. Några landsting hade mycket få fall under året och redovisas därför inte i diagrammet. Landstingsredovisningen är baserad på klinikers lokalisering, inte på patientens hemort.

Förra årets redovisning hade fem års mätperiod och baserades därmed på flera fall. Fördelarna med att visa aktuella resultat överväger dock, särskilt som detta är en processindikator som bör vara påverkbar i ett kort tidsperspektiv.

Skillnaderna mellan landstingen är stor och spänner från 37 till 91 dagar. Resultatet är tidigare inte publicerat och variationen är större än vad de registeransvariga förväntat sig. Det finns stora möjligheter till förbättringar. Det finns ingen större skillnad mellan könen i utredningstid. För kvinnor var rikets värde 70 dagar, medan det för män var något längre, 71,5 dagar.

PSYKIATRISK VÅRD

Den specialiserade psykiatrin svarar för i storleksordningen 10 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Därtill kommer insatser vid psykisk ohälsa inom primärvården. Inom psykiatrin behöver både beskrivningssystem i stort och kvalitetsindikatorer utvecklas.

Sju indikatorer redovisas under rubriken *Psykiatrisk vård*. Fem fanns med i förra årets rapport, medan två är nya. De två nya avser återinskrivning efter slutenvård för schizofreni och läkemedelsbehandling vid bipolär sjukdom. Två mått som speglar väntetider har inkluderats i detta avsnitt.

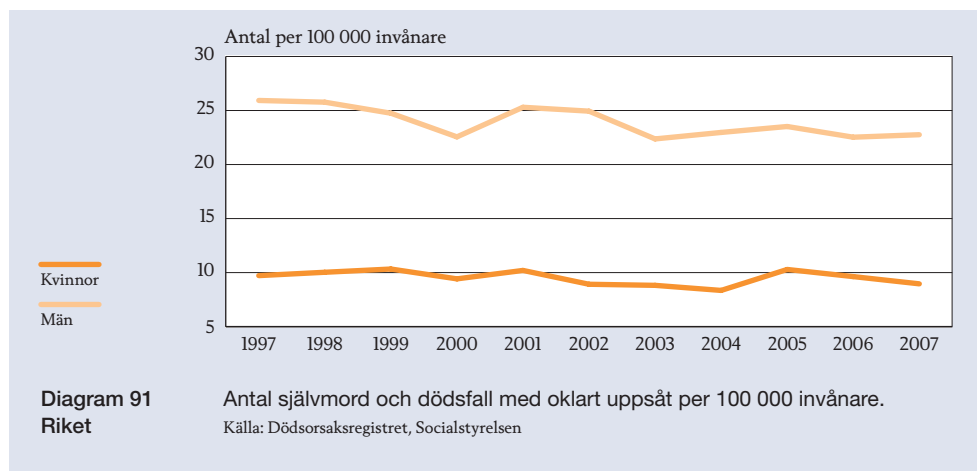
Avgörande för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Det finns fortfarande stora brister i den rapportering som sker från psykiatrin till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om antal besök och diagnosättning inom öppenvården. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har förbättrats, även om täckningsgraden överlag är alltför låg.

Vid Socialstyrelsen bedrivs olika arbeten för att utveckla rapporteringen till Patientregistret. Det gäller exempelvis aktualiteten, förbättrad rapportering av diagnoser, tvångsvårdsåtgärder och möjlighet att beskriva vården hos andra yrkeskategorier än läkare. Efter en överenskommelse med regeringen arbetar Sveriges Kommuner och Landsting med en omfattande satsning på kvalitetsregister inom psykiatrin.

91 Självmod i befolkningen

Sedan 1 februari 2006 råder anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av självmord som begåtts i anslutning till hälso- och sjukvården inom en månad efter senaste kontakt med hälso- och sjukvården. Brister som identifierats inom vården är till exempel att det inte gjorts systematiska självmordsriskbedömningar, ofullständig dokumentation och att verksamheten inte följt de egna regionala vårdprogrammen.

För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter i princip en tänkbar indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data. Ett tidigare års redovisning av



självmord efter slutenvård möttes av kritik. Här redovisas istället ett bredare mått, självmord i befolkningen.

Sverige har tillsammans med norra Europa medelhöga självmordstal jämfört med övriga Europa. Danmark och Finland har högre självmordstal än Sverige. Antalet personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framförallt bland män. Självmord är dock fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. År 2007 tog 325 kvinnor och 801 män livet av sig, totalt 1 126 personer. Därtill fanns det 327 dödsfall med oklart uppsåt, 102 kvinnor och 225 män. Utöver detta gjorde cirka 8 000 personer också ett eller flera självmordsförsök som kom till hälso- och sjukvårdens kännedom.

Antalet självmord per 100 000 invånare under åren 2004–2007 redovisas i diagram 91. Under denna period begick 5 823 personer självmord, inkluderat dödsfall med oklart uppsåt. Variationen mellan landsting sträcker sig från 12 till 18 fall per 100 000 invånare för hela fyraårsperioden, kvinnor och män sammantagna (redovisas ej).

92 Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel

Bensodiazepiner är internationellt accepterade läkemedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. I varierande omfattning används de även vid behandling av lindrigare former av oro och ångest. Förskrivningen av bensodiazepiner sker främst av allmänläkare, men också av psykiater och i lägre grad av invärtesmedicinare.

Regelbundet långtidsbruk och hög konsumtion av preparaten kan ge upphov till önskade biverkningar. Exempelvis kan den kognitiva förmågan påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och kan framkalla beroende och missbruk. Därför är det viktigt att inte slentrianmässigt förskriva dessa läkemedel.

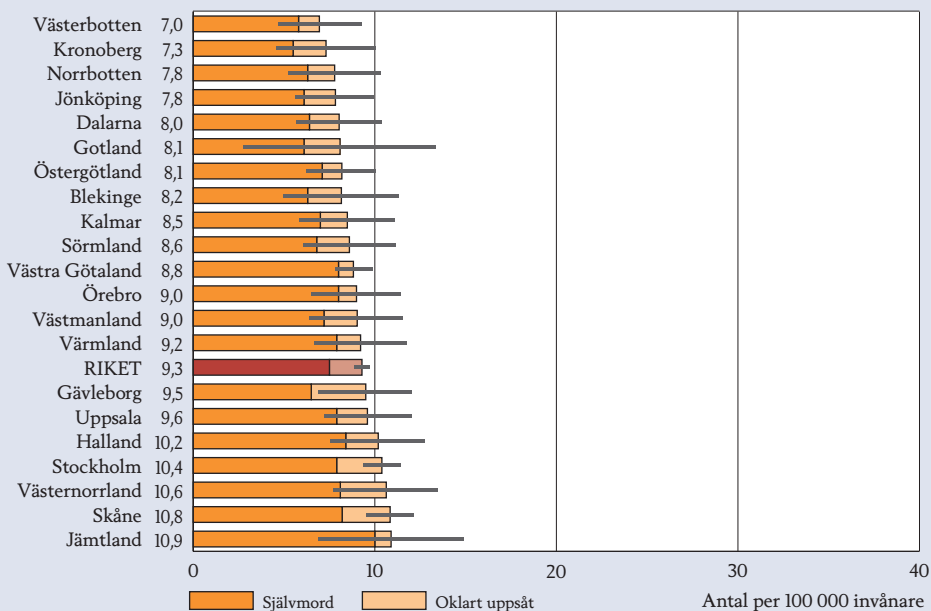


Diagram 91
Kvinnor

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2004–2007.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

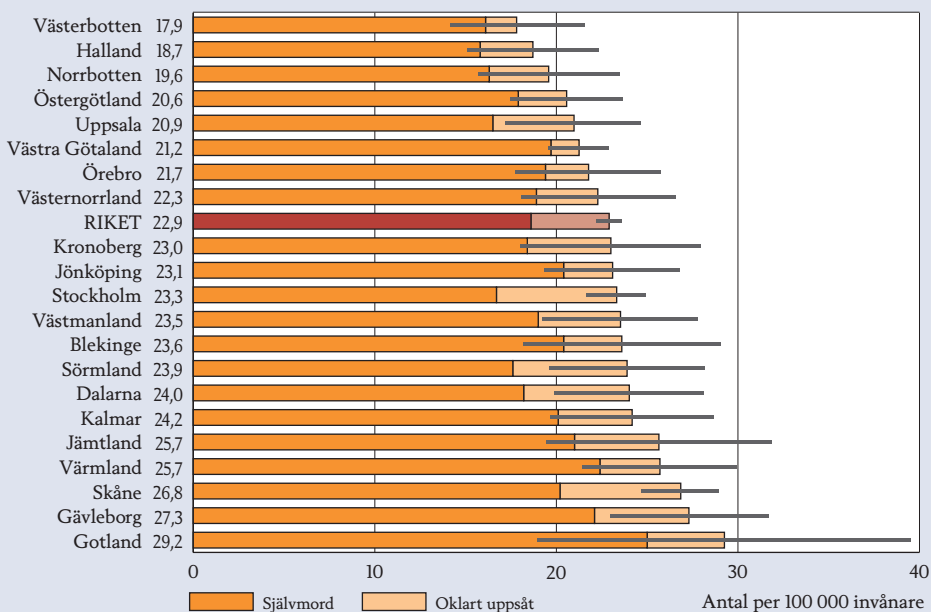


Diagram 91
Män

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2004–2007.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

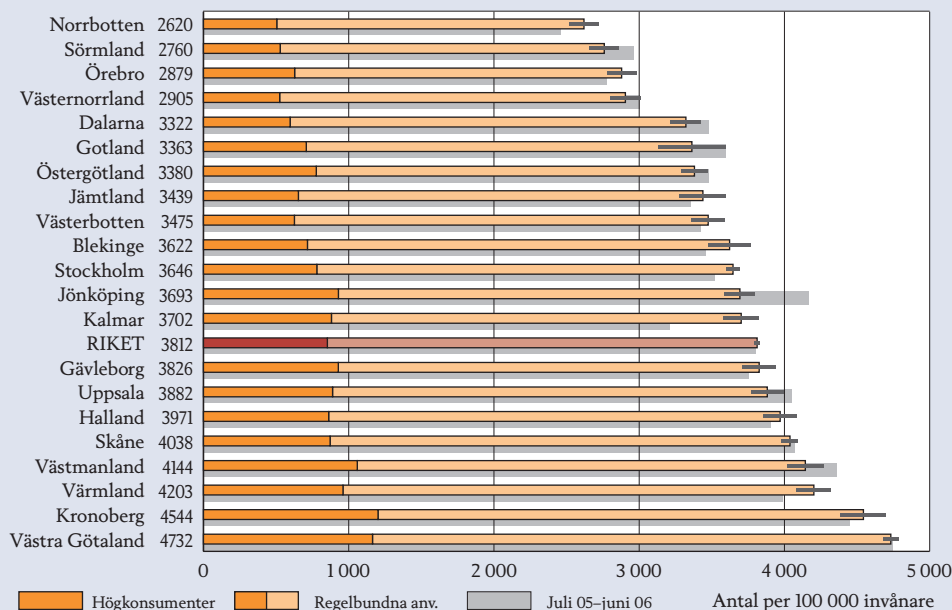


Diagram 92
Kvinnor

Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, juli 2008–juni 2009. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

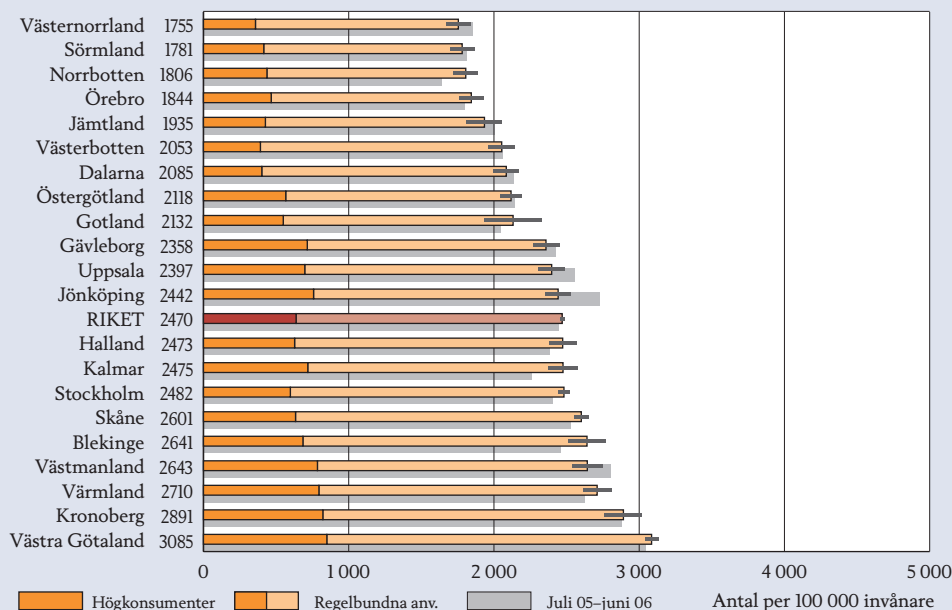


Diagram 92
Män

Antal med regelbunden användning av lugnande medel/sömnmedel per 100 000 invånare, juli 2008–juni 2009. Personer 20–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kvinnor ordineras oftare bensodiazepiner, vilket kan relateras till att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av bensodiazepiner har också samband med åldern. Personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen.

Måttet avser att spegla antalet regelbundna användare, definierat som att man konsumerar en halv normal dygnsdos av bensodiazepiner i genomsnitt per dag. Högkonsumenter definieras som konsumtion av minst 1,5 dygnsdoser per dag. Källan är Läkemedelsregistret, som är heltäckande avseende uthämtade läkemedel i öppen vård.

Under juli 2008 till juni 2009 hämtade 210 251 personer i åldern 20–79 år regelbundet ut bensodiazepiner, 130 055 kvinnor och 80 196 män. Diagram 92 belyser den högre andelen både regelbundna användare och storkonsumenter bland kvinnor, jämfört med männen. Det är även en påtagligt stor variation i användning av bensodiazepiner. En intressant fråga är i vilken mån befolkningarnas psykiska ohälsa kan förklara skillnaderna mellan olika landsting, eller i vilken mån det är olika behandlingstraditioner som ger upphov till dessa.

Användningen i riket är oförändrad, jämfört med den tidigare mätperioden. Framförallt i Jönköping har en påtaglig minskning skett. Bakgrund till och erfarenheter av denna vore värd en belysning.

93 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci, samtidig användning av många läkemedel. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

I diagram 93 återges andelen äldre av hela befolkningen som hade tre eller fler psykofarmaka vid mättidpunkten 31 december 2008. Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka var 4,6 procent år 2008, vilket motsvarar knappt 22 500 personer. Variationen mellan landstingen sträcker sig från Kronobergs 6,0 procent till Gotlands 2,7 procent. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, 5,4 respektive 3,1 procent.

I stapeldiagrammet redovisas andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka i befolkningen. Staplarna är uppdelade på patienter som fått sina läkemedel via ApoDos respektive receptexpediering.

Det finns en diskussion om att ApoDos, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Uppsala och Västra Götaland har högst andel

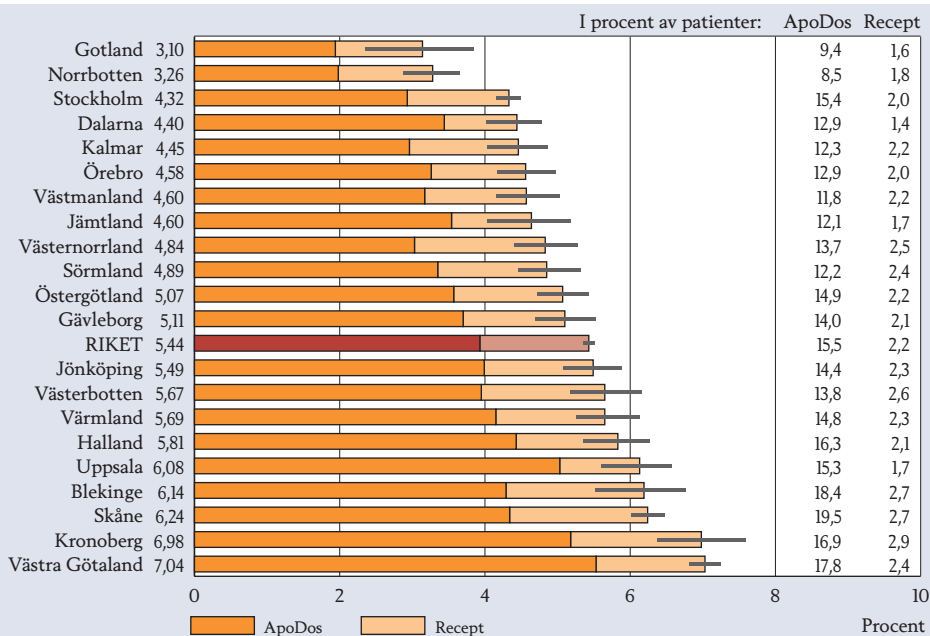


Diagram 93
Kvinnor

Andel i befolkningen med tre eller flera psykofarmaka,
31 december 2008. Avser personer 80 år äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

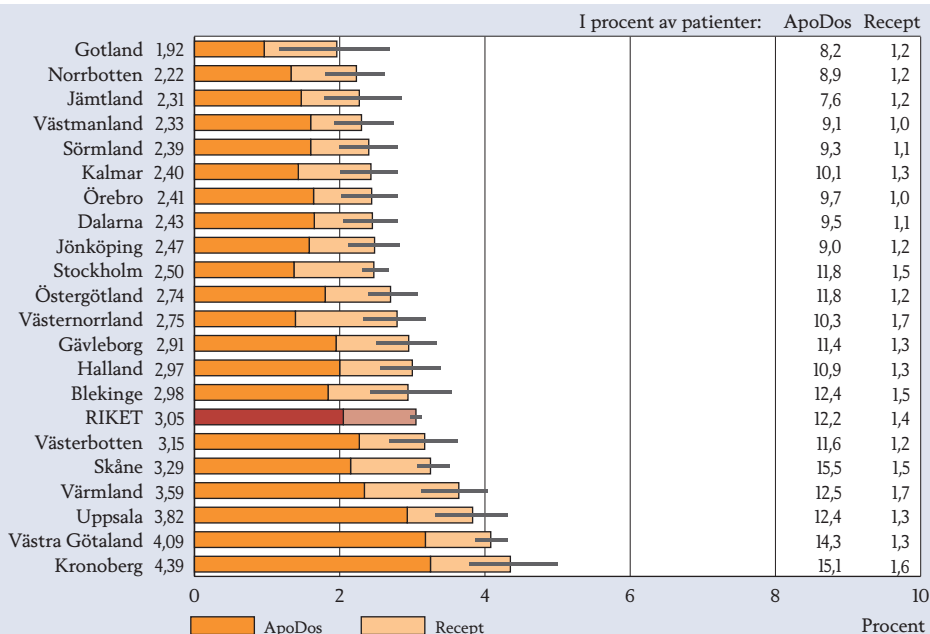


Diagram 93
Män

Andel i befolkningen med tre eller flera psykofarmaka,
31 december 2008. Avser personer 80 år äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

medan Stockholm har lägst. Detta motiverar särredovisningen av ApoDos och receptexpedierade läkemedel, som visas till höger i diagrammet. I de senare siffrorna ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan hela befolkningen ingår i stapeldiagrammet.

Patienter med tre eller fler psykofarmaka förekom framförallt i gruppen med ApoDos, där 14,6 procent hade detta, att jämföra med 1,9 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen kan främst hänföras till den som finns i gruppen med ApoDos, där spridningen är 8,6 till 18,4 procent i de olika landstingen.

94 Återinskrivning efter vård för schizofreni

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni. Kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Schizofreni har ett långdraget förlopp och förekomsten vid en given tidpunkt är 2–5 personer per 1 000 invånare.

Vanliga symtom är formella tankestörningar, obegripliga associationer, ordnybildningar, störningar i uppfattningen av det egna jaget, kroppsliga upplevelser samt hallucinationer och vanföreställningar. Utöver dessa kanske mer välkända symtom drabbas många av så kallade negativa symtom – passivitet, tröghet, avflackade affekter, innehållsfattigt språk samt tillbakadragenhet. Orsaken till schizofreni är inte helt klarlagd, men det verkar vara en interaktion mellan en disposition, ärftlig eller förvärvad genom hjärnskada, och olika belastande faktorer, såsom sociala faktorer, stress och livshändelser.

Spannet i sjukdomens allvarlighetsgrad är stort, ofta är förloppet episodiskt med däremellan nästan fullständig kontroll av symtomen. Många klarar av ett någorlunda normalt liv, med hjälp av läkemedel och stödjande behandling. För många är det däremot en mycket svår sjukdom som medför oerhört lidande och stora konsekvenser för det sociala livet. Schizofreni är en av de vanligare orsakerna bakom självmord.

Introduktion av neuroleptika har revolutionerat behandlingen av schizofreni. I kombination med psykosociala åtgärder, till exempel familjestöd och yrkesrehabilitering, har detta förbättrat vården. Fortfarande är vården av patienter med schizofreni mycket resurs- och personalkrävande. Från att tidigare i hög grad ha vårdats inom slutenvården försöker man nu så långt det är möjligt att vårda dessa patienter i specialiserad psykiatrisk öppenvård. För att detta ska fungera väl behövs ett nära samarbete mellan sluten- och öppenvården.

Måttet återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar syftar som kvalitetsindikator till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt sam-

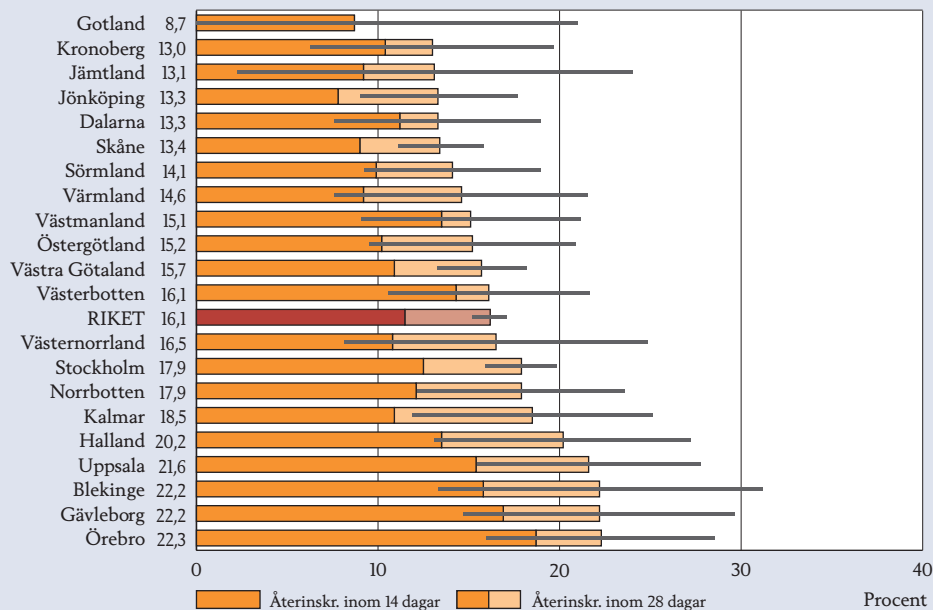


Diagram 94
Kvinnor

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2005-07. Återinskrivning t.o.m. jan 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

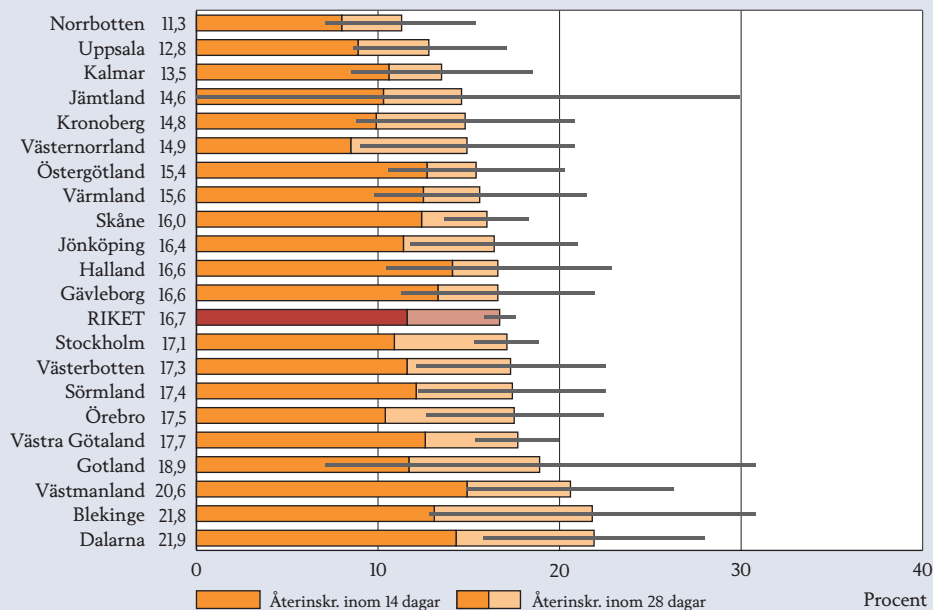


Diagram 94
Män

Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 14 resp. 28 dagar, 2005-07. Återinskrivning t.o.m. jan 2008. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

ordnad. Genom att mäta återinskrivning inom en månad försöker måttet belysa kvaliteten i slutenvården. Återinskrivning inom till exempel tre eller sex månader bedöms i högre grad mäta kvaliteten i öppenvården.

Diagram 94 visar andelen patienter som återinskrivits med diagnosen schizofreni under de tre åren 2005–2007. Mätperioden innefattar tre år eftersom antalet fall per år är relativt lågt och en längre mätperiod minskar den statistiska osäkerheten. Totalt ingår knappt 13 000 patienter i jämförelsen, lika många kvinnor som män.

I riket återinskrevs drygt 11 procent inom 14 dagar och drygt 16 procent inom 28 dagar. I riket är andelen återinskrivna lika för kvinnor och män. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan undvikas och därmed även att veta om resultatet är bra eller dåligt. Variationen mellan landstingen är också svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård påverkar utfallet.

Denna indikator behöver utvecklas, till exempel med hjälp av journalgranskningar, för att försöka klargöra i vilken mån återinskrivning är påverkbar och kan fungera som indikator på kvalitet.

95 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Ungefär 2–4 procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i någon form av bipolär sjukdom. Sjukdomen kännetecknas av både maniska och depressiva perioder, med olika uttryck och svårighetsgrad. Maniska episoder kännetecknas av påtaglig överaktivitet, patienten är pratsam, har uttalade koncentrationssvårigheter, ett tydligt minskat sömnbehov och kan vara socialt och sexuellt mer aktiv än vanligt. Detta kan leda till allvarliga konsekvenser för familje- och arbetsförhållanden. Svårighet att behålla arbetet, försämrad ekonomi och skilsmässa är vanliga följdverkningar.

Litiumbehandling av bipolär sjukdom är högprioriterad i den preliminära versionen av de nationella riktlinjerna för ångest och depression. Litiumbehandling som förebyggande åtgärd ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller i manodepressivitet. Det är dock svårt att veta vilka patienter som riskerar att återinsjukna. En måttstock är om patienten haft minst två episoder under de två senaste åren. Om tidigare episoder medfört hög självmordsrisk eller fått stora konsekvenser på familje- eller arbetsliv vägs också in. Förebyggande behandling med litium förhindrar inte helt återfall, men oftast blir eventuella återfallsepisoder kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt-kärlsjukdom minskas också.

Biverkningar som finvågig handskakning, effekter på ämnesomsättningen och framför allt nedsatt njurfunktion hos långtidsbehandlade är relativt vanliga. Ökad törst kan leda till intag av söta drycker med viktökning som följd. I genomsnitt går patienter som har långvarig förebyggande litiumbehandling upp mellan 5–10 kg inom två år.

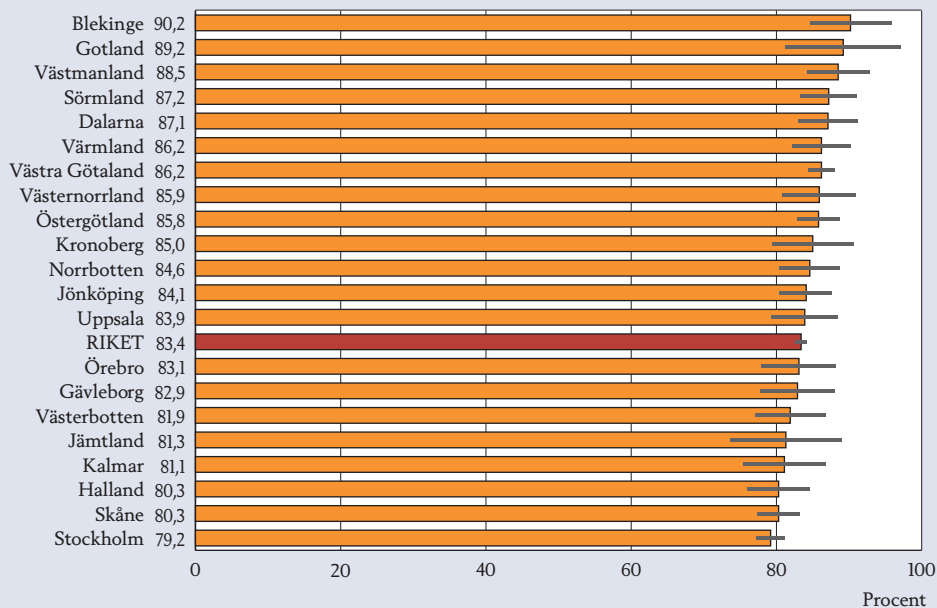


Diagram 95
Kvinnor

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2007 med fortsatt följsamhet under 2008. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

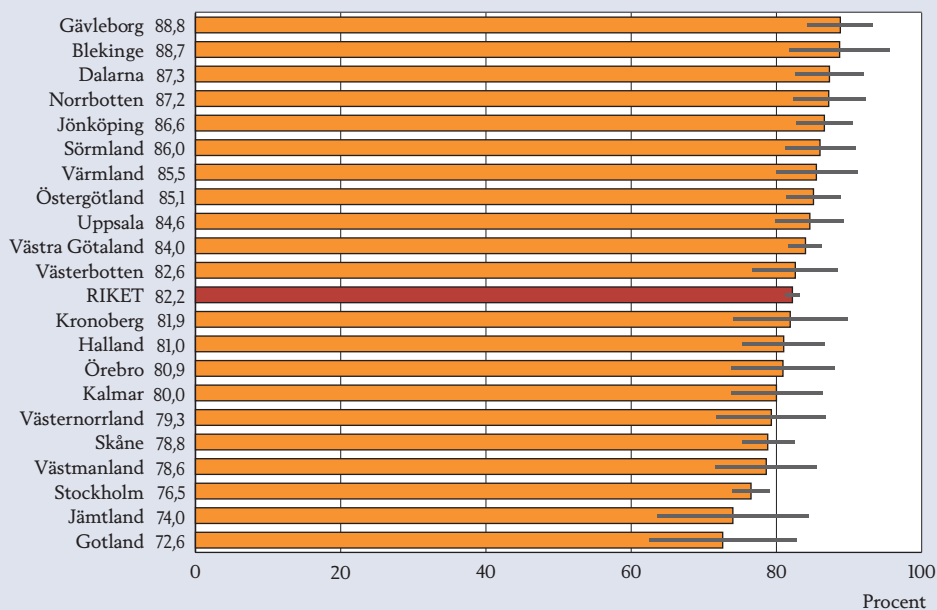


Diagram 95
Män

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2007 med fortsatt följsamhet under 2008. Avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Indikatoren visar andelen personer med regelbunden litiumbehandling 2007, som fortsatte med regelbunden behandling under 2008. I riket var denna andel 83 procent för kvinnorna och 82 procent för männen. Totalt antal personer med regelbunden litiumbehandling 2007 var 11 300, 6 750 kvinnor och 4 550 män. Variationen mellan landstingen är måttlig, framförallt för kvinnor.

Måttet kan ses som ett försök att spegla följsamhet till behandling med litium i förebyggande syfte. Hypotesen är således på en övergripande nivå att litiumbehandling sker på goda grunder och att behandlingen därför bör fortgå kontinuerligt. För enskilda patienter kan det finnas goda skäl att avbryta behandlingen. Man bör därför inte förvänta sig 100 procents följsamhet.

Bristfällig och olikformig diagnossättning och registrering i öppen- och slutenvård inom psykiatri gör det svårt att via hälsodataregister mäta hur stor andel av patienter med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med läkemedelsbehandling är känt, men det råder osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

96, 97 Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri

För specialistbesök inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri har svarsfrekvenserna i väntetidsrapporteringen förbättrats, vilket gör att jämförelser över tid bör göras med viss försiktighet. Nästan alla landsting hade en svarsfrekvens på 100 procent vid mätningen i april 2009.

Flera landsting redovisar inga patienter som har väntat längre än 90 dagar inom barn- och ungdomspsykiatri vid båda mättillfällena och med full svarsfrekvens. Skåne, Värmland, Västerbotten och Örebro har fortfarande tillgänglighetsproblem, trots förbättringar mellan de båda mätperioderna.

Tilläggas bör att denna uppföljning visar väntande till ett förstabesök. Under hösten 2009 görs en första uppföljning av väntetiderna till så kallad fördjupad utredning och behandling inom barnpsykiatri. Motivet är att barnpsykiatri har uppmärksammat tillgänglighetsproblem och att det är otillräckligt att spegla detta enbart genom att följa upp tillgängligheten till ett förstabesök.

Inom vuxenpsykiatri (diagram 97) har Blekinge och Halland fullgod svarsfrekvens vid båda mättillfällena och inga patienter som väntat längre än 90 dagar. Jämtland och Västerbotten visar en mycket positiv utveckling. Variationerna mellan landstingen är påtagliga och förefaller inte ha minskat i och med den högre svarsfrekvensen.

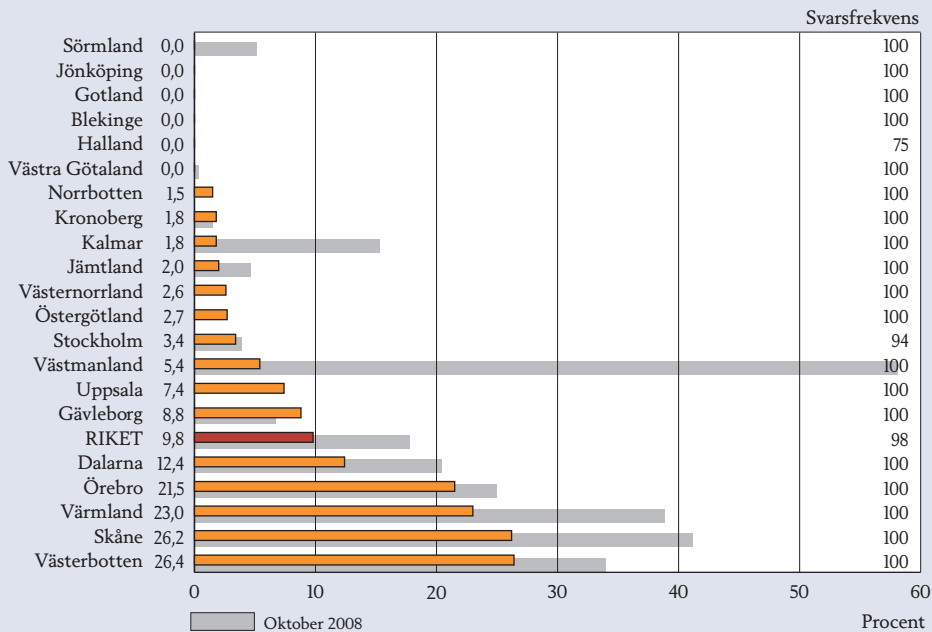


Diagram 96

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

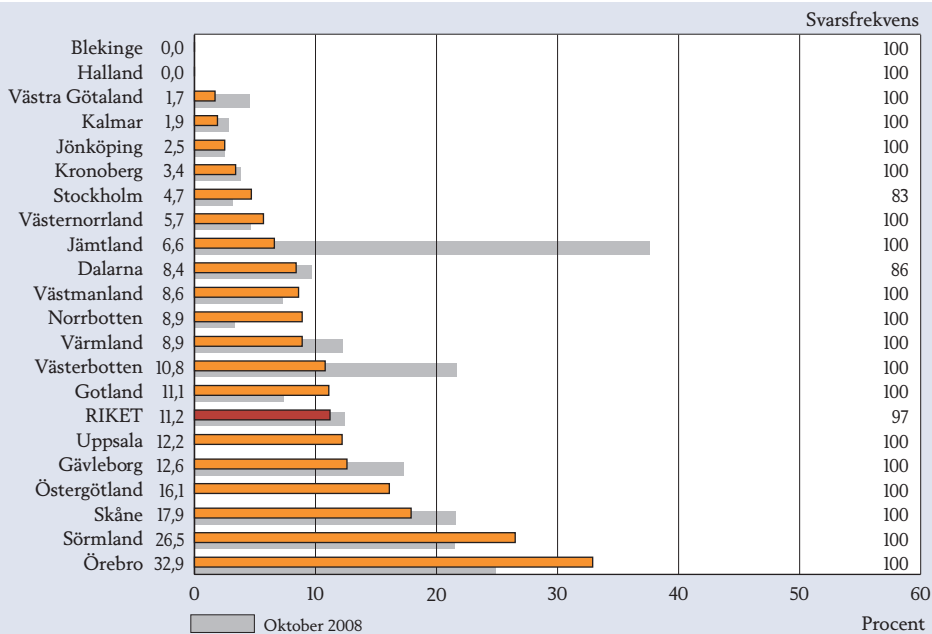


Diagram 97

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

KIRURGISK BEHANDLING

Under denna rubrik redovisas ett antal indikatorer som avser kirurgisk behandling. Utöver mått på medicinska resultat ingår även väntetidsuppgifter och redovisning av kostnader per operation. Fyra av de medicinska resultatmåttarna är nya och avser gallkirurgi och kärlkirurgi.

98 Omoperation vid ljumskbråck

Operation för ljumskbråck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet knappt 20 000 ingrepp. Ljumskbråck är betydligt vanligare bland män. Cirka 90 procent av alla operationer utförs på män. En lyckad bråckoperation är en okomplicerad åtgärd med cirka en veckas arbetsfrånvaro, oftast följt av besvärslfrihet. Operationer för ljumskbråck kan dock leda till återfall av bråck och till kroniska smärttillstånd eller obehagskänslor. Återfallsbråck drabbade tidigare uppemot 20 procent av alla opererade patienter. Dagens operationsmetoder och material har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbråck.

Indikatorn visar frekvensen lyckade operationer, i meningen andelen operationer som inte lett till omoperation inom den studerade femårsperioden, enligt så kallad Kaplan-Meierstatistik. Jämförelsen baseras på operationer rapporterade till Svenskt Bråckregister avseende perioden 2004–2008. Ljumskbråckregistret hade 2006 ungefär lika många operationer registrerade som Patientregistret, med en variation mellan täckningsgraden för olika landsting från 56 till 98 procent. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

Diagram 98 visar att det finns skillnader mellan landstingen. Högsta lyckandefrekvens under de aktuella åren var 98,6 medan den lägsta var 92,8 procent. Resultatet för riket är i princip detsamma för de båda redovisade tidsperioderna. För sjukhus är variationerna större. Skillnaderna mellan olika sjukhus och landsting visar att det

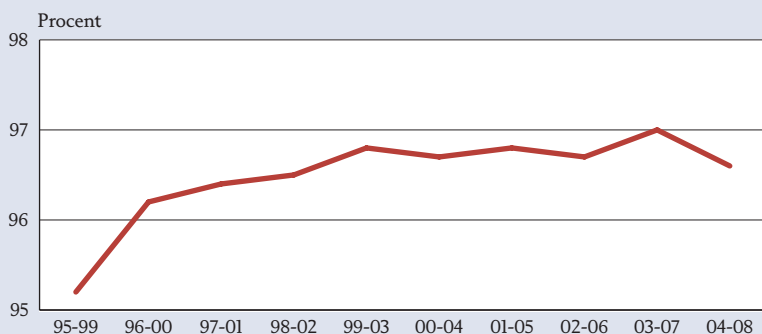


Diagram 98
Riket

Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år.
Källa: Svenskt Bråckregister

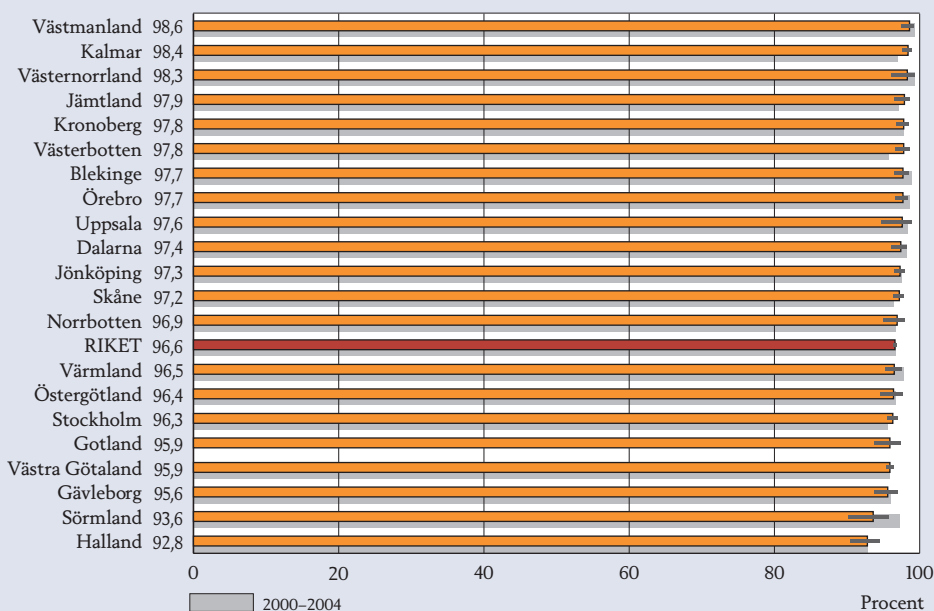


Diagram 98 Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, 2004–2008.
Källa: Svenskt Bräckregister

fortfarande finns en förbättringspotential inom svensk ljumskbräckskirurgi. Efter-
som främst män opereras görs ingen könsuppdelad redovisning.

99 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck

2008 rapporterades närmare 15 200 ljumskbräcksooperationer till Patientregistret. Detta är en underskattning av det verkliga antalet, eftersom det finns en underrap-
portering av framförallt privat utförda operationer i öppen vård. Operationen kan
ofta göras som dagkirurgi, vilket är betydligt mindre resurskrävande än om patien-
ten skrivs in i slutenvården. Det finns lokala skillnader som kan påverka andelen
operationer som utförs i dagkirurgi. Vissa kliniker opererar till exempel fler bräck
som är tekniskt krävande, fler återfallsbräck och akuta bräckoperationer, medan an-
dra framförallt opererar okomplicerade förstagångsbräck. Detta spelar roll främst
vid jämförelser mellan kliniker.

Den relativt stora variationen mellan landstingen tyder på att det i flera landsting
finns möjligheter att öka andelen operationer som utförs i dagkirurgi och därmed
minska kostnaderna per operation. Skillnader i dagkirurgiandelar på 15–20 procent-
enheter kan rimligen inte förklaras av att patienterna skulle ha olikartade behov och
förutsättningar.

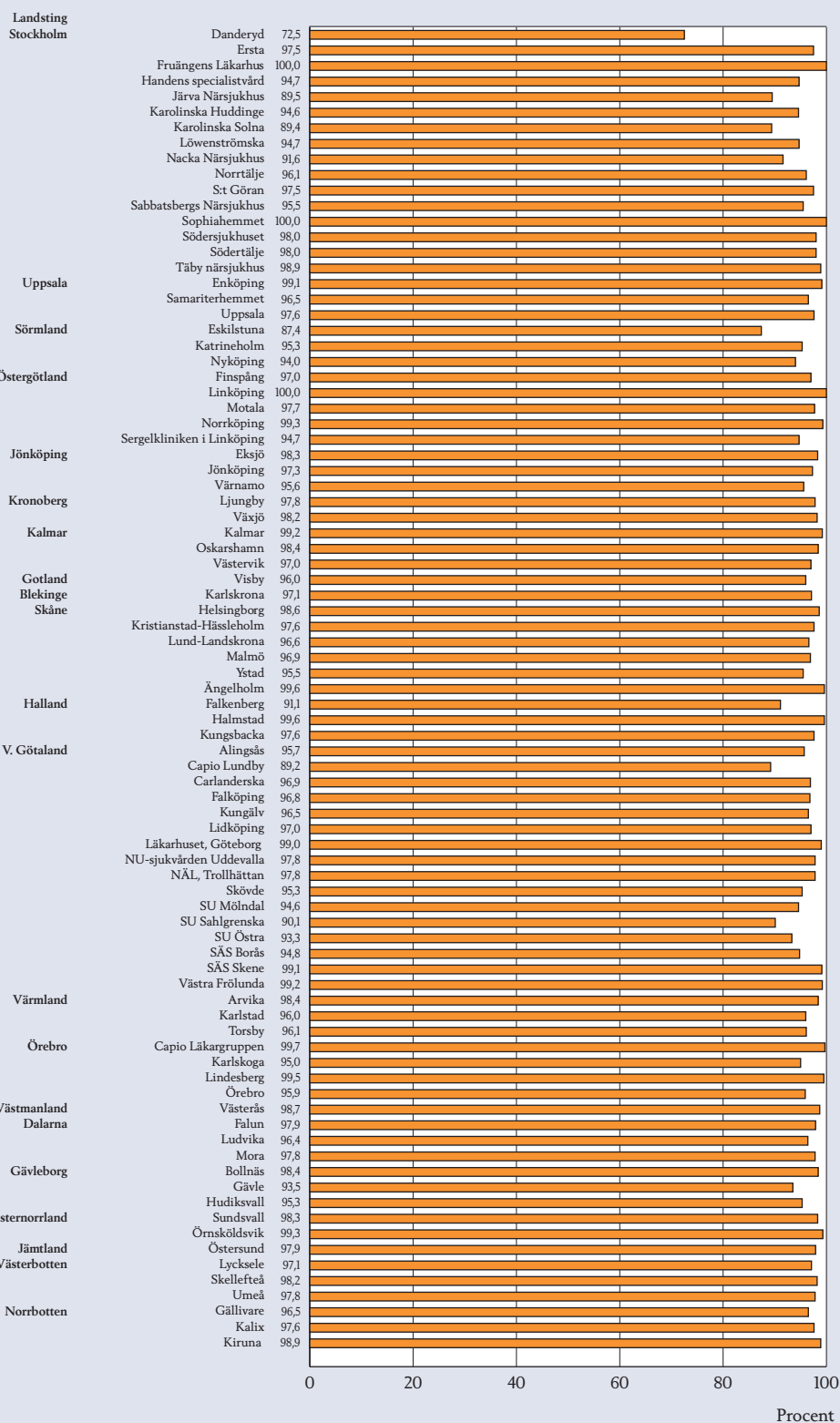


Diagram 98
Sjukhus

Andel ljumskbräcksoopererade som inte oopereras inom 5 år, 2004–2008.

Källa: Svenskt Bräckregister

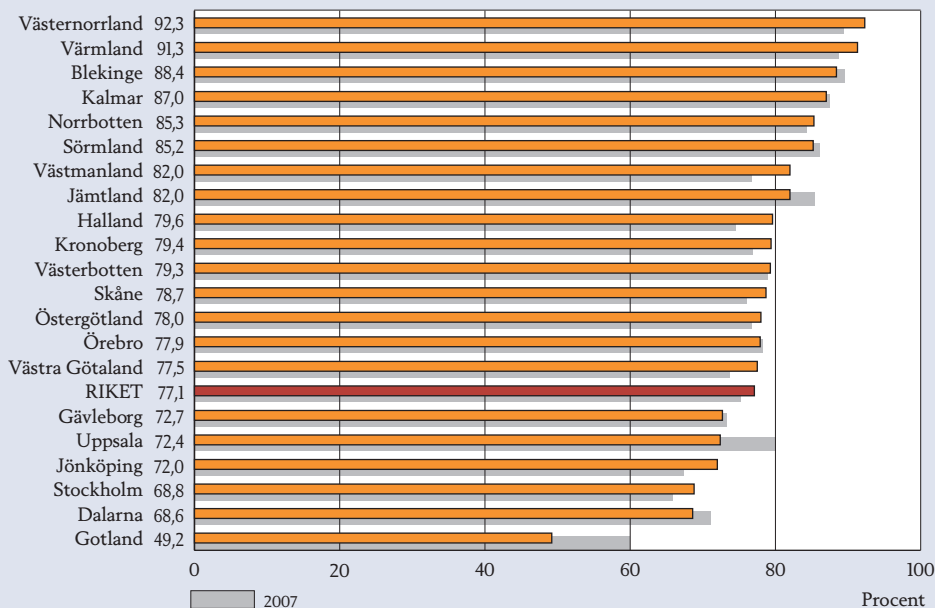


Diagram 99 Andel lumskräckoperationer utförda i dagkirurgi, 2008
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

100 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

Gallsten är en folksjukdom i Sverige. Mellan 25 och 50 procent av befolkningen kommer förr eller senare i livet att utveckla sten i gallblåsan. De flesta känner inte av sina gallstenar och blir inte föremål för operation. Ändå är gallstensoperation bland de allra vanligaste kirurgiska ingreppen i Sverige. 2007 registrerades i Patientregistret vid Socialstyrelsen 11 950 kolecystektomier, en operation där gallblåsan tas bort. En mindre del av befolkningen utvecklar dessutom sten i gallgångarna. Endoskopisk undersökning av gallgångarna (ERCP) och endoskopiska ingrepp är vanliga och under 2007 genomgick 5 223 patienter ett eller flera sådana ingrepp.

Nästan 80 procent av de opererade blir av med de besvär som operationen avsåg bota. Men både vid operation för sten i gallblåsan och endoskopisk behandling av sten i gallgångarna, finns en risk för någon form av postoperativ komplikation på mellan 5–10 procent. Allvarliga missöden vid kolecystektomi, som skadad gallgång eller död, drabbar 0,1–0,5 procent av patienterna.

GallRiks, ett nationellt kvalitetsregister för gallstensoperationer, startades 2005 och under 2008 ökade antalet anslutna enheter/sjukhus från 57 till 70. Antalet registrerade kolecystektomier under 2008 blev 10 310 och antalet ERCP 6 430, vilket motsvarar en täckningsgrad på 85 procent. Endast något enstaka sjukhus står nu utanför

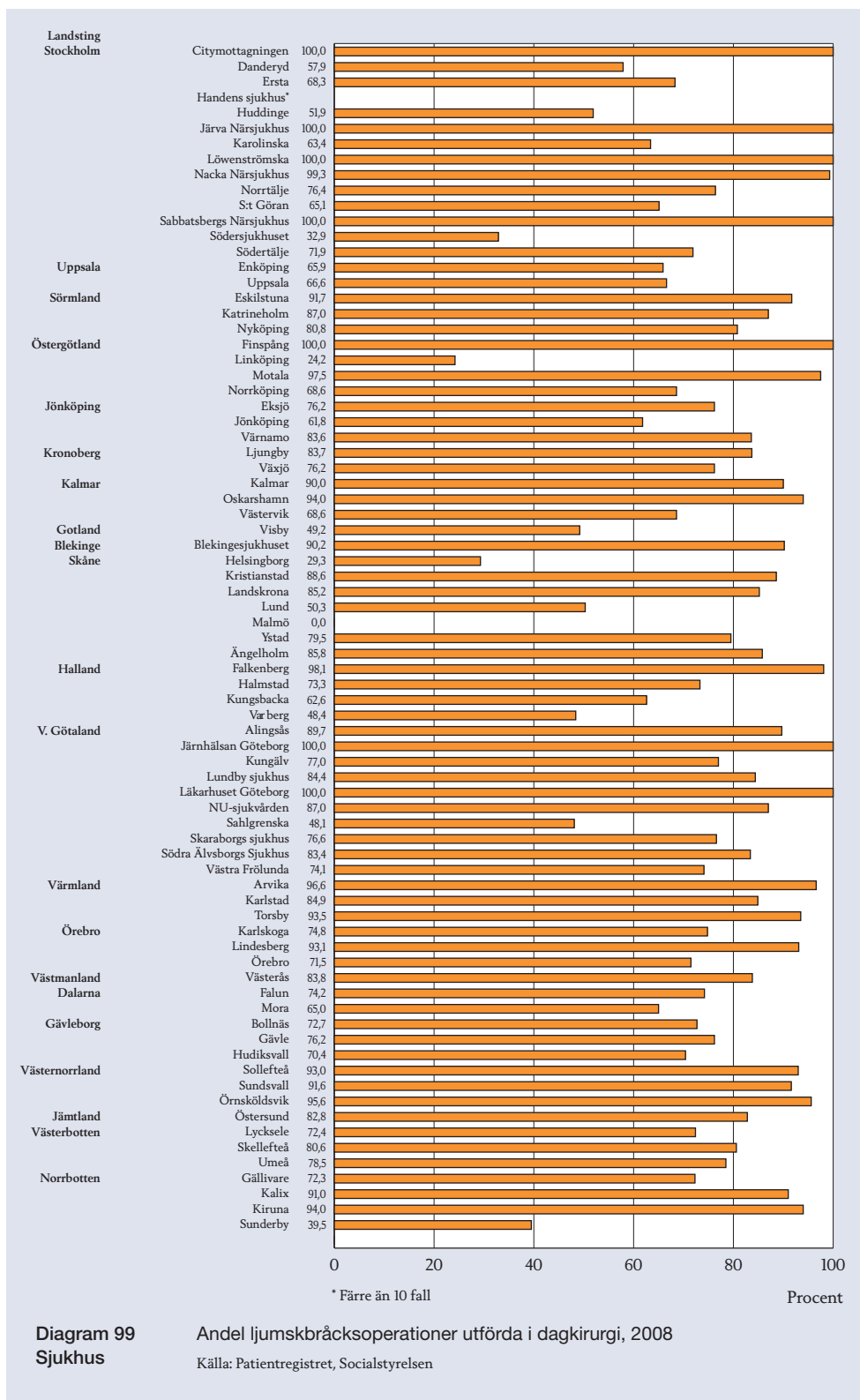


Diagram 99
Sjukhus

Andel ljustbråcksoperationer utförda i dagkirurgi, 2008
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

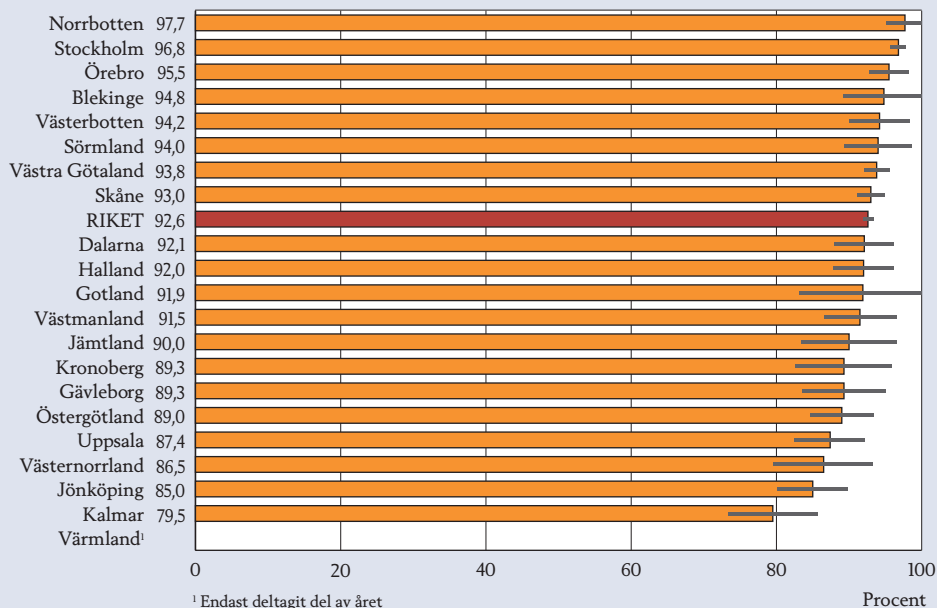


Diagram 100
Kvinnor

Andel som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2008.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

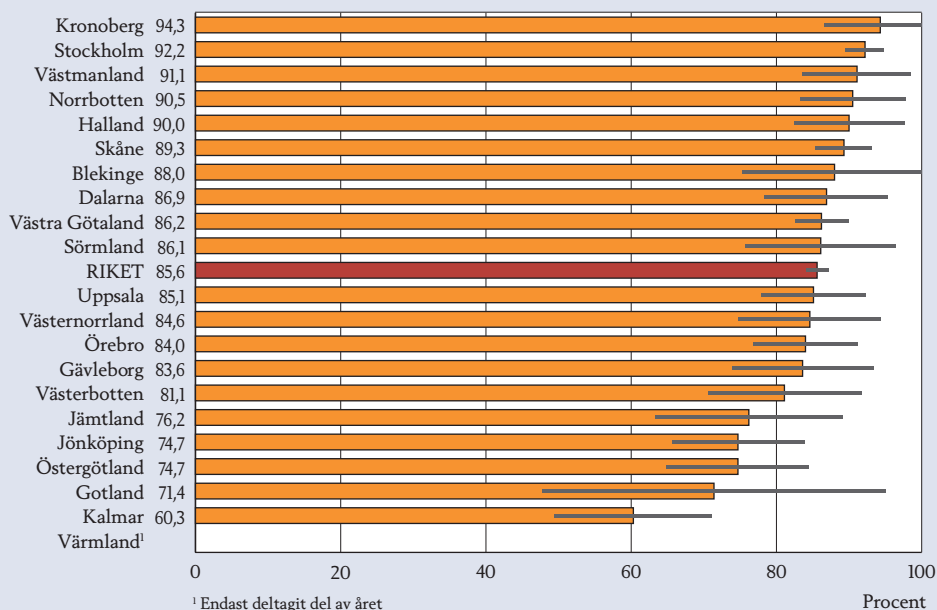


Diagram 100
Män

Andel som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, 2008.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

GallRiks. GallRiks syfte är att bidra till att säkerställa en optimal kvalitet och säkerhet på denna verksamhet i Sverige.

Här redovisas två indikatorer från GallRiks där den ena speglar andel miniinvasiv kirurgi och den andra de kirurgiska komplikationerna vid kolecystektomi. Båda avser planerade operationer.

Vid operation för sten i gallblåsan tas gallblåsan bort. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt, eftersom det leder till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Olika operationsmetoder ger olika mycket kirurgiskt trauma, men hänsyn måste också tas till vad som är tekniskt möjligt och vilken metod som ger minst risk för komplikationer.

Indikator 100 visar andelen kolecystektomier, borttagande av gallblåsa, som utförs med laparoskopisk metod eller som "mini-galla" med enbart ett mindre hudsnitt. Dessa är miniinvasiva och skonsammare tekniker, som är att föredra framför öppen kirurgi och bör användas när det är möjligt och med hänsyn till komplikationsrisk.

2008 rapporterades till GallRiks 6 669 elektiva kolecystektomier, varav drygt 4 700 avsåg kvinnor. I riket utfördes 90,5 procent av dessa med miniinvasiv teknik, med stor dominans för laparoskopisk metod. För kvinnor var andelen 93 procent, medan den för män var klart lägre, 86 procent. Orsaken till att kvinnor i högre utsträckning än män opereras med miniinvasiv teknik är oklar och förtjänar vidare analys. Variationen mellan landstingen är relativt stor.

101 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

Denna indikator speglar de kirurgiska komplikationerna inom 30 dagar vid en planerad operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Exempel på komplikationer är till exempel blödning, infektion eller galläckage.

2008 registrerades i GallRiks 6 459 patienter som genomgick planerad kolecystektomi och som kunde följes upp korrekt efter 30 dagar. Av dessa drabbades fyra procent av någon kirurgisk komplikation, vilket motsvarar 270 fall. Risken att drabbas av komplikation var lägre för kvinnor än för män. 3,6 procent av kvinnorna hade någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, medan 5,6 procent av männen hade det. Varför män drabbas av fler kirurgiska komplikationer än kvinnor är oklart.

Som framgår av diagram 101 är de redovisade skillnaderna mellan landstingen stora. Dock är konfidensintervallen breda, vilket betyder att den statistiska osäkerheten är betydande. Upprepade mätningar över flera år kommer att ge säkrare underlag för bedömning av om det föreligger någon skillnad i komplikationer mellan landsting och mellan kliniker.

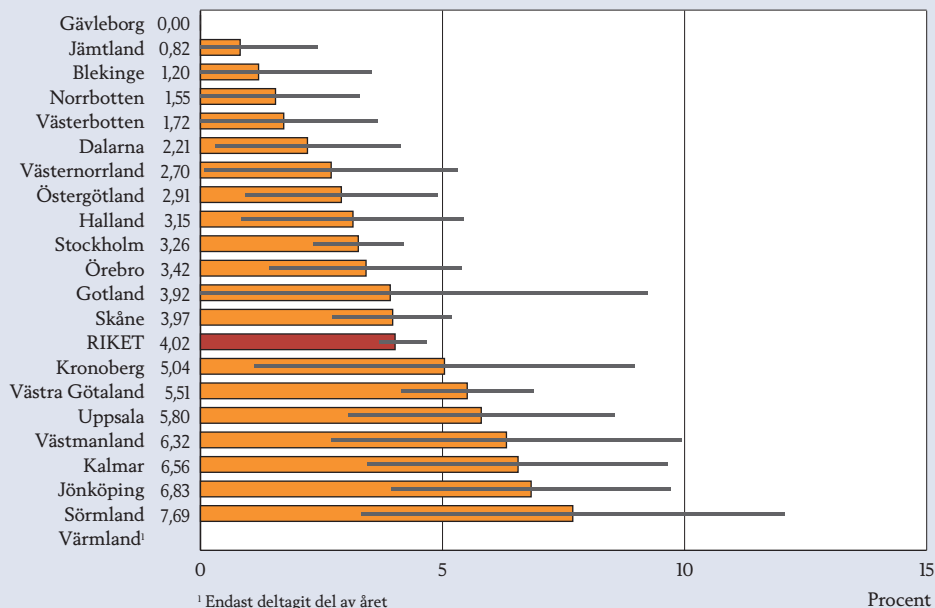


Diagram 101

Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter planerat borttagande av gallblåsa, 2008.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

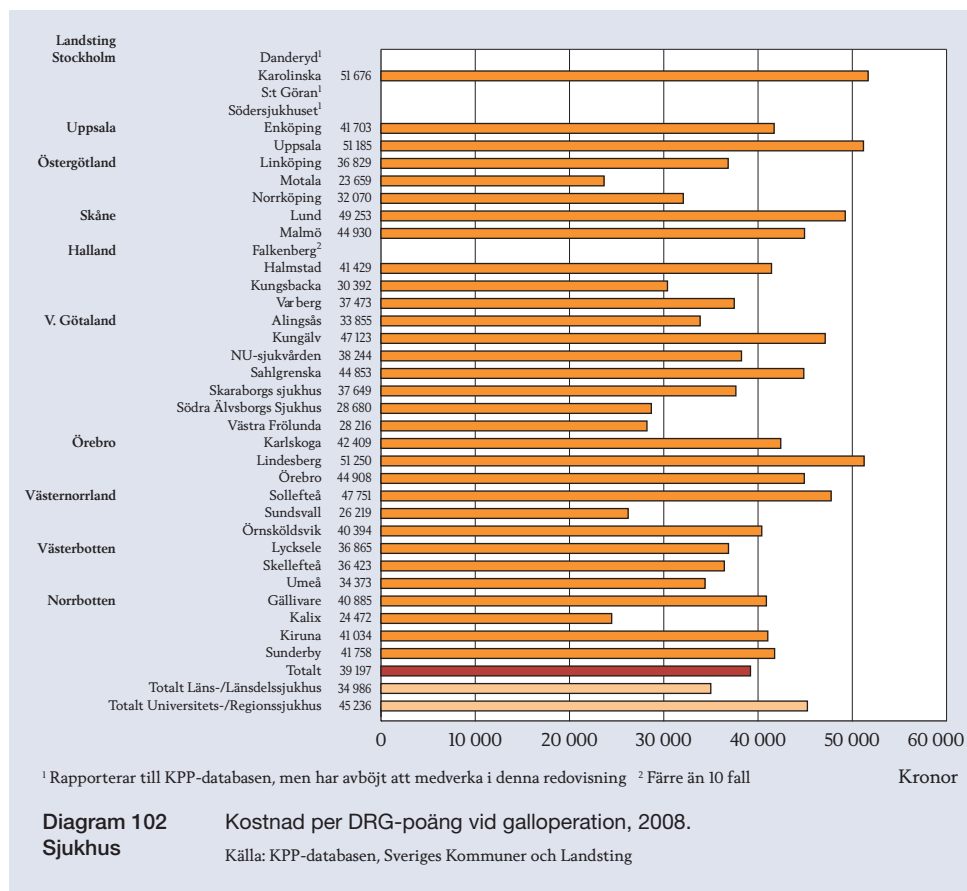
102 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till detta. Enbart slutenvårdskostnader ingår i redovisningen här. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade.

I diagram 102 visas de till KPP-databasen rapporterade kostnaderna per DRG-poäng förolecystektomi, som innebär att man opererar bort gallblåsan. Genom redovisning av kostnaderna per DRG-poäng tas hänsyn till den vikt som varje vårdtillfälle tilldelas vid gruppering enligt DRG-systemet. I KPP-databasen 2008 finns det 5 999 vårdtillfällen med åtgärds-koden förolecystektomi. Både planerade och akuta operationer ingår. KPP-databasens genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för innerfallen uppgick 2008 till 39 197 kr. Kostnadsskillnaderna är påtagliga, liksom variationen i vårdtidens längd, som i genomsnitt är drygt 4 dagar.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva ingreppet och även vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset i stort. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset, till exempel andelen akuta respektive planerade operationer. Även val av operationsmetod påverkar.

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.



103 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

Karotisstenos, förträngning i halspulsådern, ökar risken för stroke. Karotiskirurgi innebär att man opererar bort denna förträngning. De flesta operationerna utförs på patienter med symtom, som sekundärpreventiv åtgärd efter en liten hjärninfarkt, TIA. Ingreppen utförs även primärpreventivt, på patienter utan symtom men som ändå diagnostiserats med stenos.

Operation minskar påtagligt risken för stroke, särskilt hos patienter med symtomgivande högrgradig stenos. Det krävs i denna grupp bara tre operationer för att förebygga en stroke, statistiskt sett. Tidsaspekten är viktig. Om behandlingen dröjer mer än två veckor halveras den gynnsamma effekten av karotiskirurgi.

Indikatoren ingår i de nationella riktlinjerna för stroke. Måttet speglar kvalitet både inom strokesjukvård och inom kärlkirurgisk verksamhet. För att minska fördröjningen är det även viktigt att befolkningen förstår och tar symtomen på allvar.

Källan är Svenska Kärregistret, Swedvasc, som varje år publicerar uppgifter om tid till karotisoperation. Registrets täckningsgrad är god. Mer än 95 procent av alla

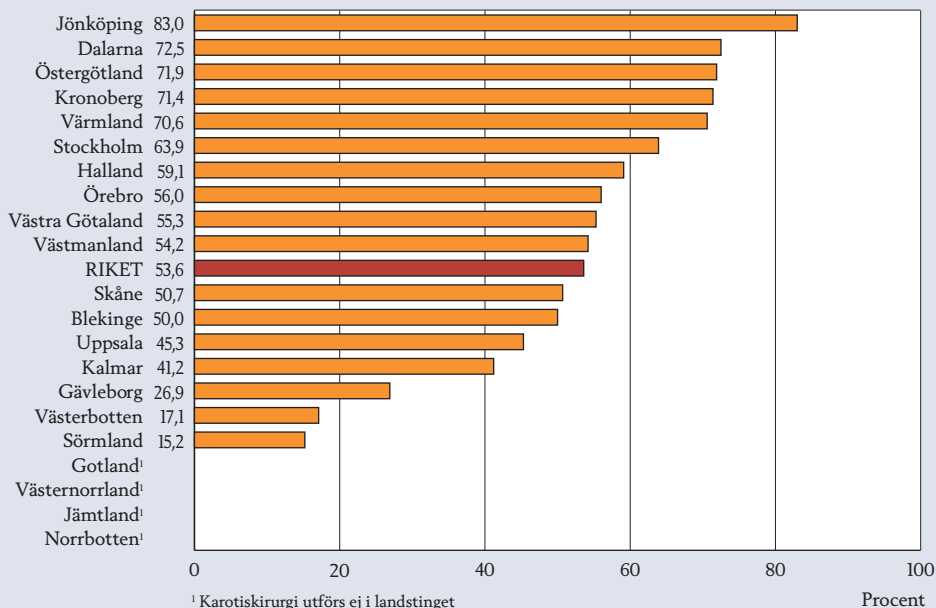


Diagram 103

Andel opererade inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern, maj 2008–augusti 2009.

Källa: Swedvasc - Svenska Kärregistret

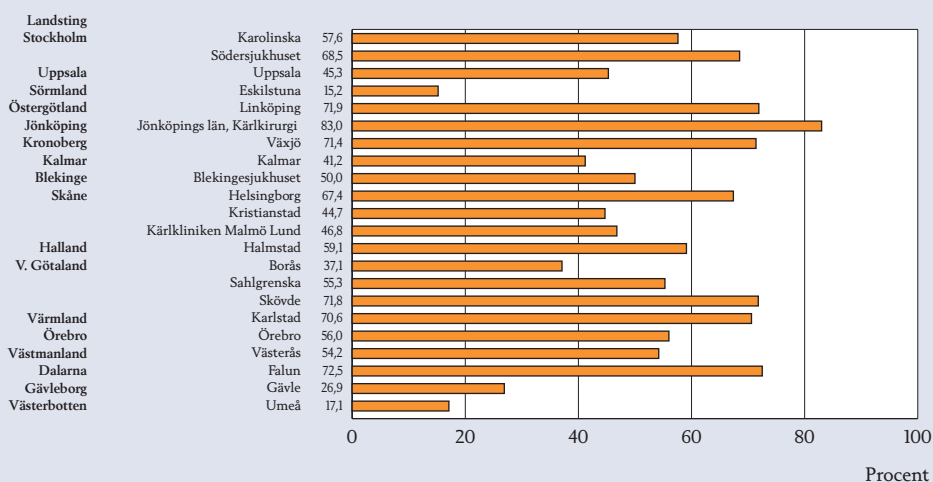


Diagram 103
Sjukhus

Andel opererade inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern, maj 2008–augusti 2009.

Källa: Swedvasc - Svenska Kärregistret

operationer registreras, och handläggningstiderna finns i samtliga registrerade fall. Tidsangivelsen avser tiden från symtomdebut till operation.

I diagram 103 anges andelen patienter som blev opererade inom 14 dagar av alla operationer. Enbart patienter med symtomgivande förträngning ingår. Jämförelsen omfattar 901 patienter som opererades mellan maj 2008 och augusti 2009. Swedvasc ändrade databasstruktur 12 maj 2008, vilket förklarar mätperiodens startpunkt. Redovisning per landsting bygger på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort. I fyra landsting utförs inte denna operation, vilket gör att data inte kan redovisas.

Cirka 54 procent av alla operationer för symtomgivande karotisstenos görs inom 14 dagar. Det finns en stor spridning mellan landstingen, med andelar som opererats inom den målsatta tiden från 15,2 till 83 procent. Tiden från symtomdebut till operation är lika lång för båda könen.

Socialstyrelsens riktlinjer från år 2009 rekommenderar operation inom 14 dagar. Detta innebär att inget landsting ännu har nått målnivån, som för denna indikator borde vara 100 procent. Det finns ett stort behov av förbättring. Variationen mellan landsting tyder på att det är möjligt att sänka tidsfördröjningen.

104 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben

Åderförkalkning medför att artärerna förträngs eller täpps till. Det försämrar eller förhindrar blodflödet till benen, som då kan drabbas av kallbrand som tvingar till amputation. Den största riskfaktorn är rökning och uppemot 90 procent av patienterna med åderförkalkning har varit eller är rökare. Rökstopp är den viktigaste behandlingen av sjukdomen. Diabetes är också en betydande riskfaktor. 30 procent av patienterna är diabetiker och noggrann och kontinuerlig kontroll av diabetes-sjukdomen är viktig.

Behandlingen består av både kirurgiska och icke-kirurgiska metoder. De förra innebär olika typer av "by-pass"-operationer av kärlsystemet till benet.

I diagram 104 anges andelen patienter som avlidit eller blivit amputerade ovan fotled inom 30 dagar efter kärloperationer på benet. I 501 patienter med så kallad kronisk kritisk ischemi ingår i jämförelsen, med mätperioden maj 2008 till maj 2009. Källan är kvalitetsregistret Swedvasc. Registret ändrade databasstruktur maj 2008, vilket förklarar mätperiodens startpunkt. Ingen uppdelning på kön eller sjukhus görs här, eftersom antalet fall är få, som följd av den korta mätperioden.

I riket avled eller amputerades 7,4 procent av patienterna inom 30 dagar. Under åren 1999 till 2008 har andelen varierat mellan 7 och 11 procent. Trots tillkomsten av nya kirurgiska behandlingsmetoder kan ingen trend över tid mot förbättring skönjas. Hälften av de opererade var kvinnor, varav 6,3 procent avled eller amputerades. Männens resultat var sämre: 8,6 procent av männens operationer ledde till endera av dessa två misslyckanden.

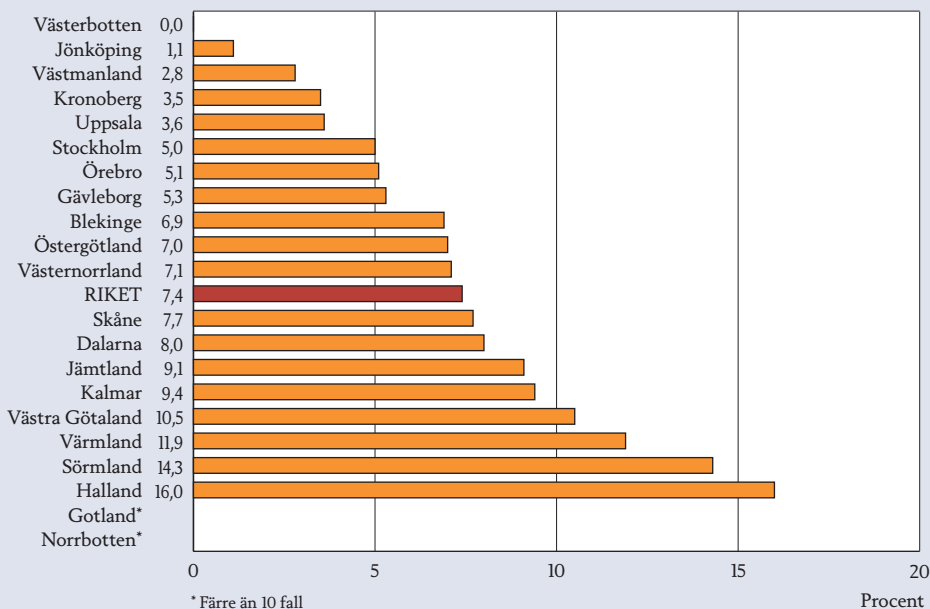


Diagram 104

Andel döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, maj 2008–maj 2009.

Källa: Swedvasc - Svenska Kärlregistret

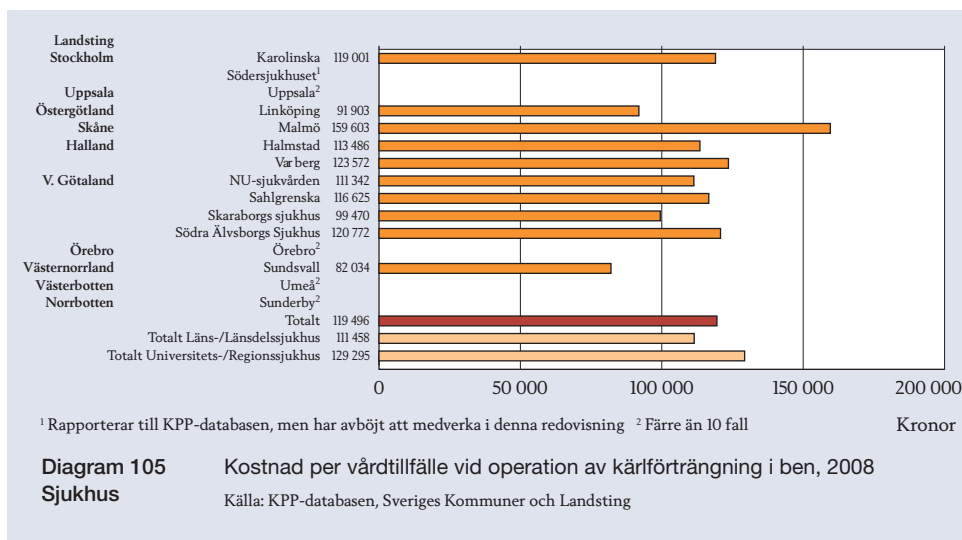
Det är stor variation mellan landstingen, med andelar från en till 16 procent. Tolkning av denna stora spridning är svår att göra, eftersom antalet operationer är få och den statistiska osäkerheten stor. Tidigare års värden visar att de enskilda landstingens resultat varierar stort över tid. Skillnader mellan landstingen kan till delar även bero på ofullständig inrapportering och kanske också på olikheter i patientsammansättning mellan olika landsting.

Någon målnivå för andelen amputerade eller döda efter ingrepp för kritisk ischemi finns inte. Det finns inga randomiserade studier som jämför icke-kirurgisk behandling med kärlingrepp för kritisk ischemi.

105 Kostnad per vårdtillfälle för kärloperation

Till KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL rapporterar sjukhus kostnader för varje unikt vårdtillfälle och de vårdinsatser som i denna patientrelaterade redovisning knyts till detta.

Kostnader för efterföljande uppföljningsbesök och läkemedelsanvändning i öppen vård ingår inte i de kostnader som här redovisas. Alla kostnader för rehabilitering ingår inte heller på alla håll. De allra dyraste fallen, de så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Motivet för detta är att vi vill visa en "normal" genomsnittskostnad per sjukhus.



I diagram 105 visas kostnaderna per vårdtillfälle i slutenvård för den kärlkirurgiska operationen infrainguinal rekonstruktion/bypass. Operationen syftar till att förbättra blodcirkulationen i benen. I KPP-databasen 2008 finns det 373 vårdtillfällen med åtgärds-koden för infrainguinal rekonstruktion/bypass. KPP-databasens genomsnittskostnad för innerfallen uppgick 2008 till 119 736 kr. De redovisade kostnaderna skiljer sig påtagligt mellan sjukhusen, med en spridning från kostnad per operation under 100 000 kronor till det dubbla. Medelvårdtiden är 9 dagar, men med klara skillnader även mellan sjukhus inom en region.

Kostnadsskillnaderna kan ha flera orsaker. De kan spegla dels tiden för själva ingreppet och vårdtidens längd, dels bemanning per vårdplats och vid sjukhuset. De kan även återspegla patientsammansättningen vid sjukhuset.

Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden. Även detta kan påverka de redovisade kostnaderna.

106 Patientrapporterat resultat av septumplastik

Septumplastik är operation av sned nässkiljevägg. Huvudsakliga motiv till operationen är nästäppa och snarkning. Nästäppa kan leda till ett antal följsymtom, som muntorrhet, snarkning och trötthet. Nästäppa kan för den drabbade innebära en påtagligt sänkt hälsorelaterad livskvalitet. 80 procent av operationerna utförs på män. 2007 utfördes det drygt 1 800 operationer, enligt Patientregistret. Ingreppet utförs på de flesta öron-, näs- och halskliniker.

Uppgifterna kommer från Septumplastikregistret, som är ett av totalt nio register som är etablerade inom Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård. Patienter som är uppföljda under 2008 ingår i jämförelsen och totalt 1 071 patienter

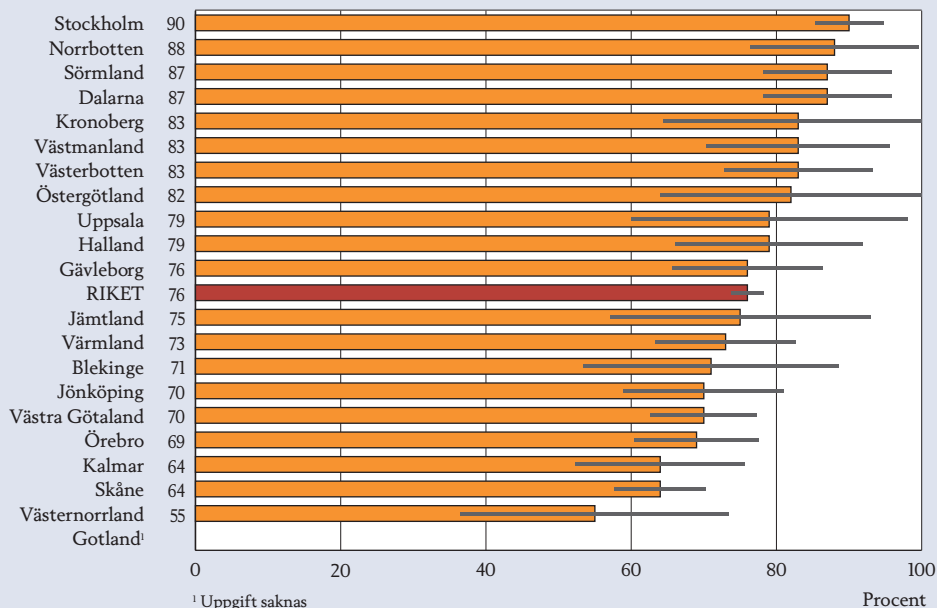


Diagram 106

Andel patienter som är helt eller ganska nöjda
6 månader efter septumplastik, 2008.

Källa: Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård

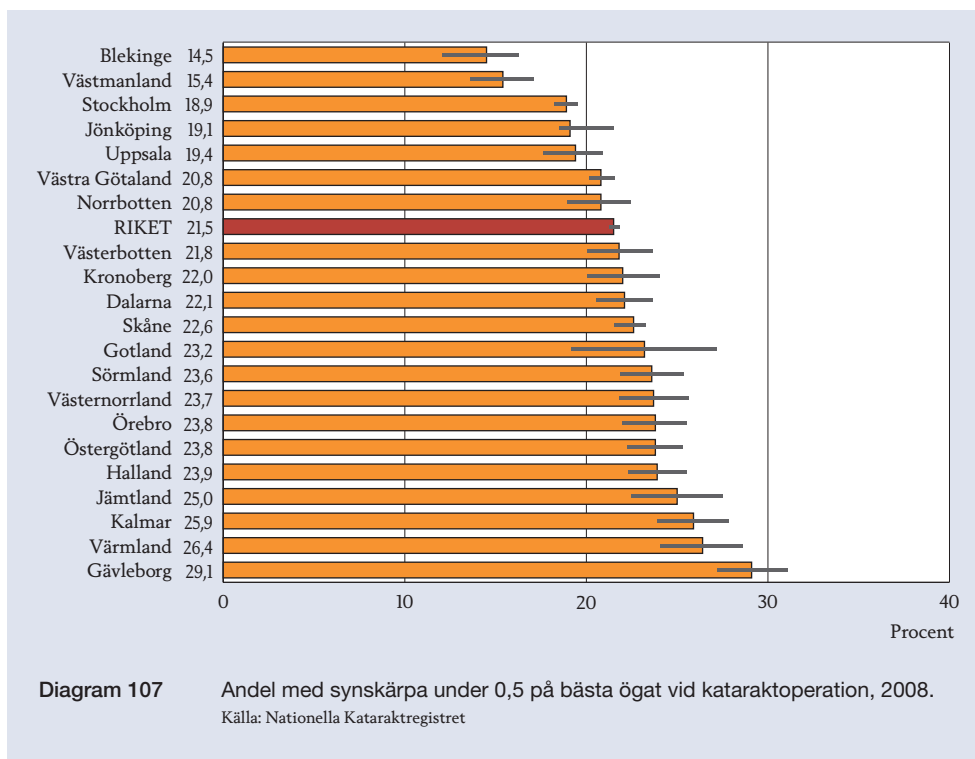
svarade på enkäten. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort. Täckningsgraden på individbasis för detta delregister är cirka 90 procent.

Sex månader efter operationen får patienterna besvara en enkät om hur de bedömer resultatet. Diagram 106 visar andelen patienter som svarade att de blivit förbättrade eller helt bra. I riket som helhet ger 76 procent av patienterna detta svar. Variationen mellan landstingen spänner från 55 till 90 procent av patienter som är nöjda med operationsresultatet. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns nöjdhet. Patientens ålder påverkar dock resultatet; andelen nöjda patienter ökar något med stigande ålder.

Specialistföreningen inom öron-, näs- och halsjukvård har satt som målnivå att minst 90 procent av patienterna skall uppge sig vara förbättrade eller helt bra. Den spridning, och de resultat som redovisas, är därmed klart sämre än vad specialitetsföreträdare väntar sig eller vill se. Det finns därmed både behov av och potential för förbättringsarbete.

107 Synfel vid kataraktoperation

Under 2008 utfördes över 73 000 kataraktoperationer av patienter med sjukdomen grå starr. Väsentliga förbättringar av synförmågan nås för en stor del av patienterna.



Uppgift om patientens synskärpa på det bästa ögat vid tidpunkten för operationen är ett mått på tillgänglighet till kataraktoperation i de olika landstingen. Om en stor andel av befolkningen under flera år opereras, ser de opererade patienterna förhållandevis bättre innan operationen. Fler operationer av så kallade andra-ögon bidrar också till bättre siffror.

Uppgifterna kommer från det Nationella Kataraktregistret. Registret har en mycket god täckningsgrad och innehåller för närvarande över 98 procent av alla operationer, enligt registrets bedömning. Betydligt färre kataraktoperationer rapporteras till Patientregistret, trots att denna rapportering är obligatorisk.

I diagram 107 redovisas andelen av alla opererade patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat. Uppgifterna avser 2008. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes.

Några av landstingen i topp låg högt även tidigare (2005–2007), som Blekinge och Stockholm. Högst andel patienter med stor synnedsättning har Gävleborg, Värmland och Kalmar.

Generellt gäller att kvinnor har en sämre syn när de opereras än vad män har. Störst skillnader mellan kvinnor och män var det 2008 i Värmland och Norrbotten. I Kalmar och Västmanland hade tvärtom männen en sämre syn vid operationen detta år.

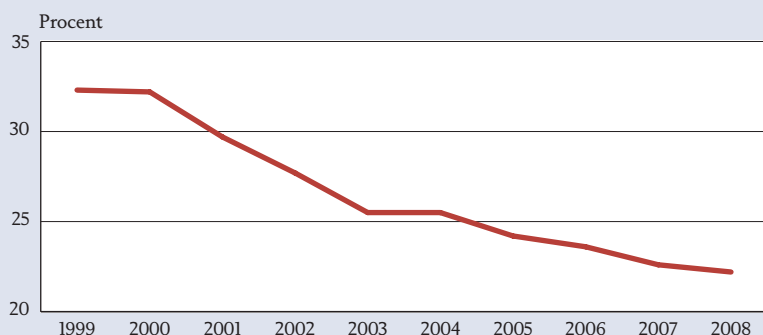


Diagram 107
Riket

Andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation.
Källa: Nationella Kataraktregistret

Tolkning av könsskillnaderna försvåras av att kvinnor och män som opereras skiljer sig åt, till exempel med avseende på ålder, operation av andra ögat, körkort etc. Dessutom är operationsfrekvensen för kvinnor 1,5 gånger större än för män.

Skillnaderna mellan landstingen har varit stor under en följd av år, men har minskat något de senaste åren. Som en del i arbetet med vårdgarantin har gemensamma indikationer utarbetats för när kataraktoperation bör utföras. Detta kan leda till att skillnaderna mellan landstingen minskar.

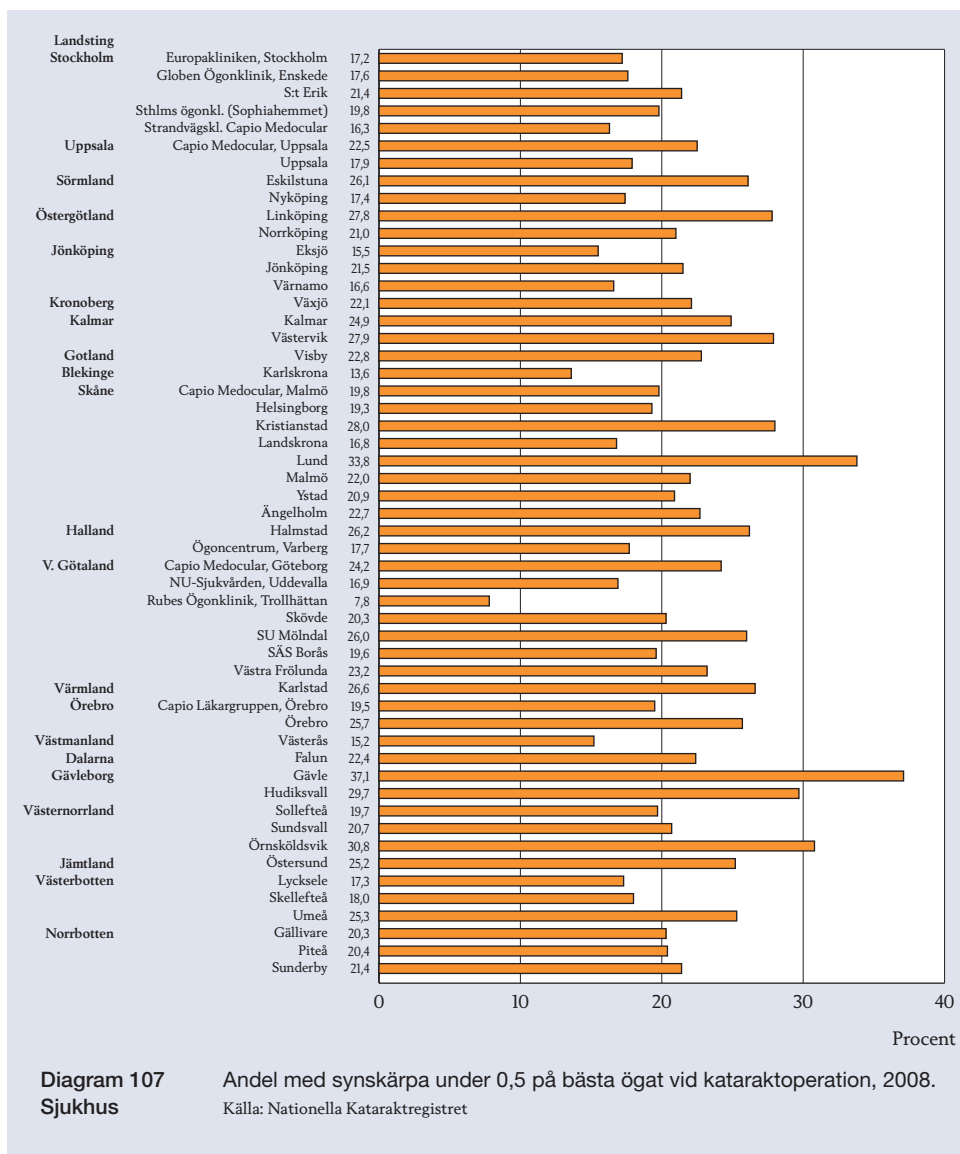
Den långsiktiga utvecklingen för riket som helhet har visat att patienterna ser allt bättre vid tidpunkten för operation. Registret har kunnat påvisa ett klart samband mellan operationsfrekvens och vilken grad av synnedsättning man har vid tiden för operation. Detta gör att landstingen kan påverka sitt utfall i denna indikator genom att förändra det antal operationer man finansierar för sin befolkning.

108–111 Väntat > 90 dagar – besök inom allmän kirurgi, operation av ljumskbråck, gallblåsa/gallgång, grå starr

För besök inom allmän kirurgi (diagram 108) finns kvarstående tillgänglighetsproblem till ett förstabesök, även om en förbättring skett. På såväl landstingsnivå som sjukhusnivå finns mycket stora variationer över landet.

För besöken inom allmän kirurgi har det skett en 20-procentig förbättring av svarsfrekvensen. Detta är glädjande och gör redovisningen mera tillförlitlig, men försvårar samtidigt jämförelser över tid.

För alla tre operationerna kvarstår tillgänglighetsproblem och stora variationer, trots minskningar av andelen som väntat längre än 90 dagar. Andelen är i riket ungefär lika stor för alla de tre operationerna och ligger i intervallet 15–20 procent av dem som väntade på operation i april 2009.



På sjukhusnivå ses mycket stora variationer i andelen som väntat längre än vårdgarantins tidsgräns. Noteras kan att Stockholms höga andel gråstarrspatienter som väntat för länge helt beror på en av de rapporterade klinikerna, medan de tre övriga har mycket låg andel som väntat för länge. Detta nämnt som ett exempel på den skillnad som kan döljas om man enbart studerar utfall för landsting.

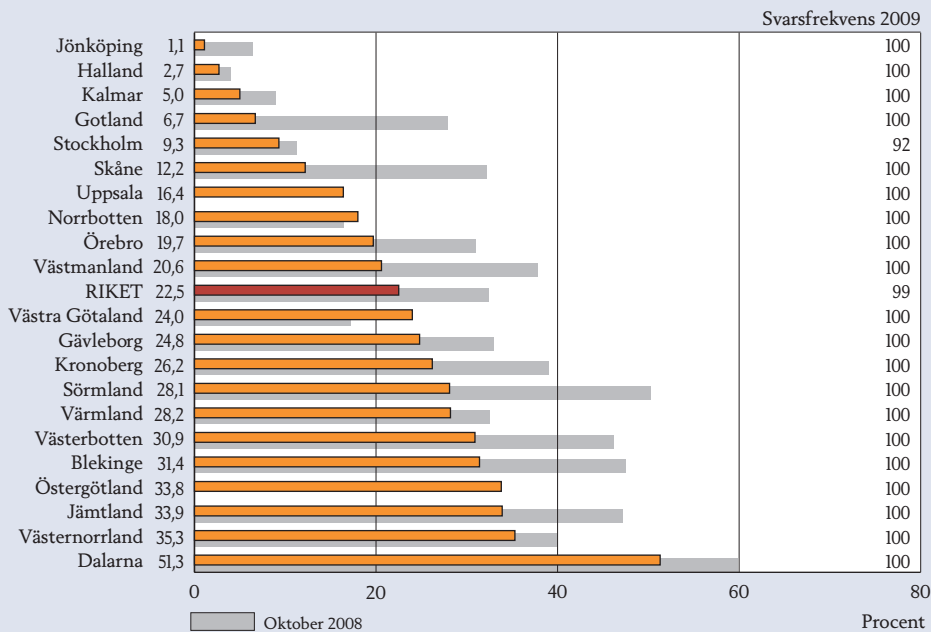


Diagram 108 Andel som väntat > 90 dagar på besök inom allmänkirurgi, 30 april 2009.
Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

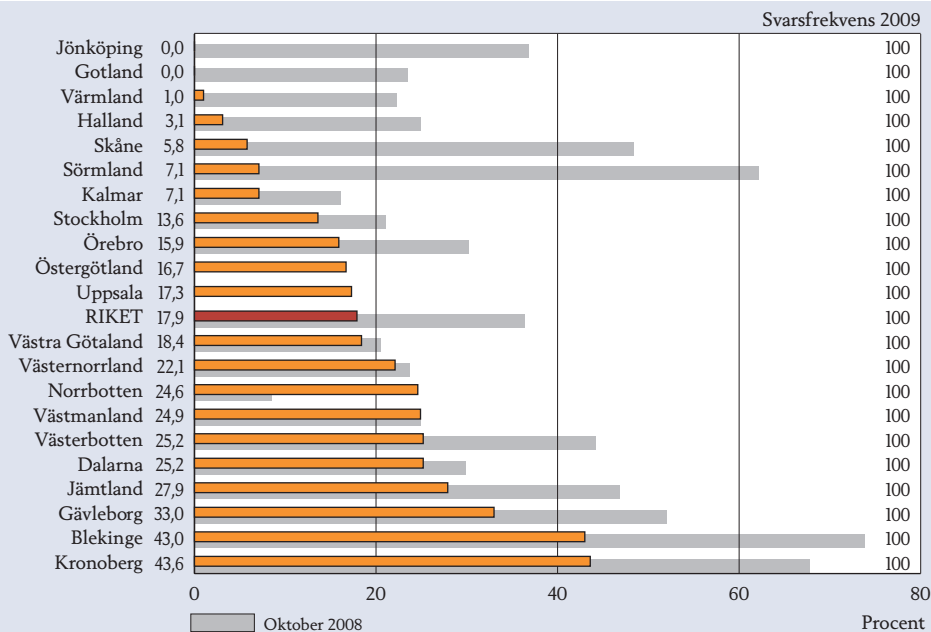


Diagram 109 Andel som väntat > 90 dagar på lumskräcksoperation, 30 april 2009.
Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

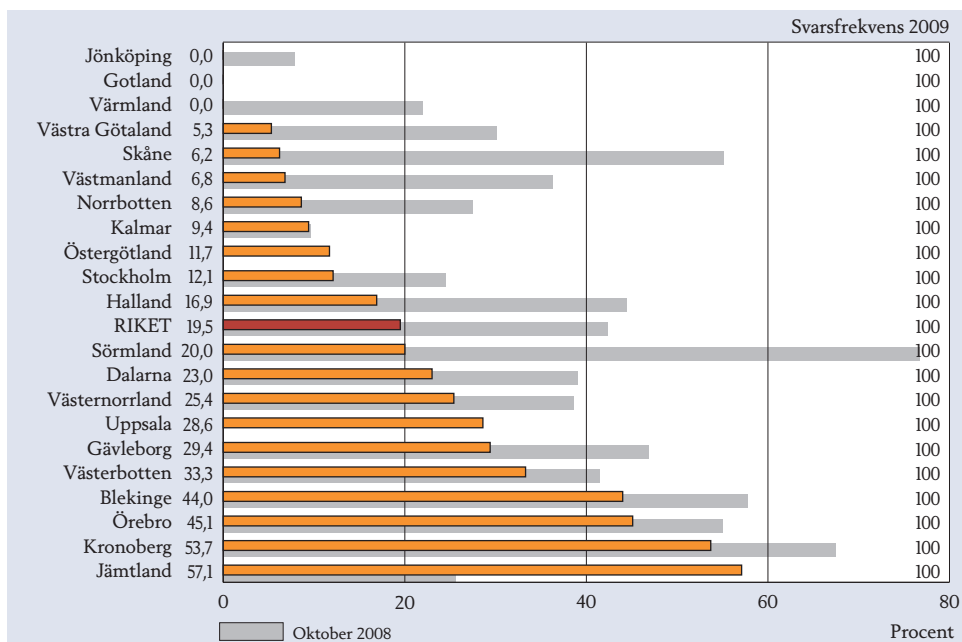


Diagram 110

Andel som väntat > 90 dagar på operation av gallblåsa eller gallgång vid gallsten, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

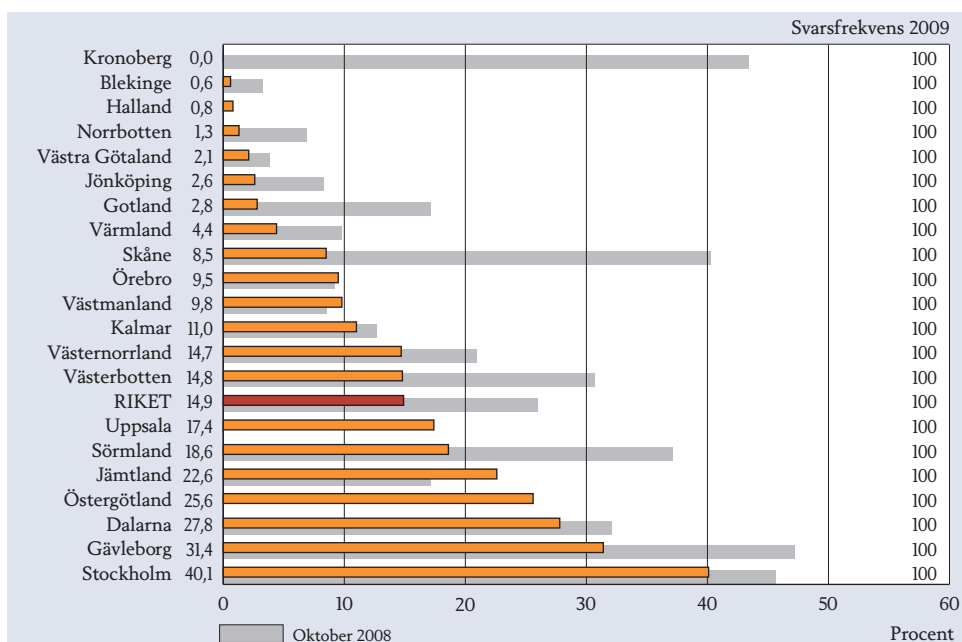


Diagram 111

Andel som väntat > 90 dagar på operation för grå starr, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

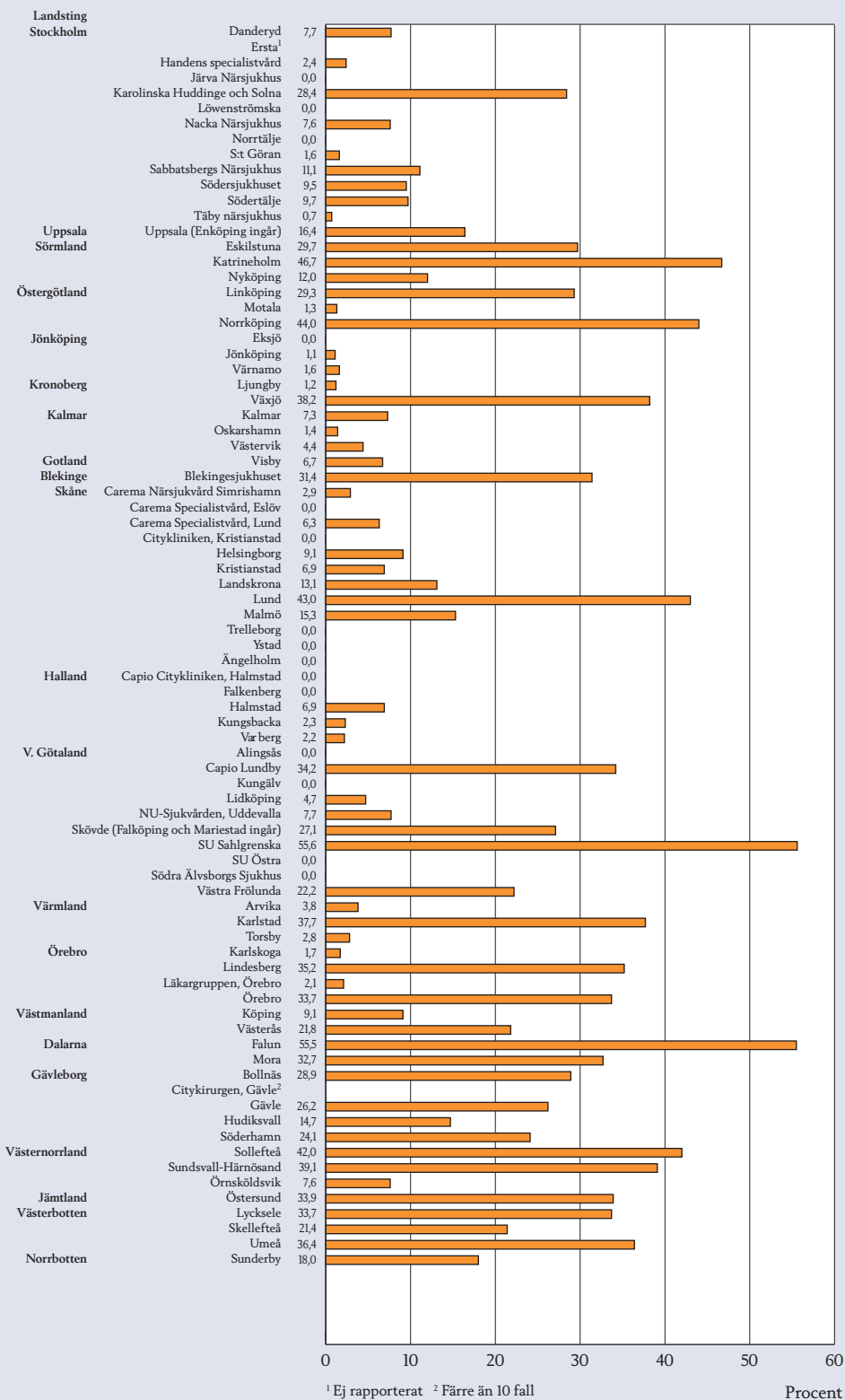


Diagram 108
Sjukhus

Andel som väntat > 90 dagar på besök inom allmänkirurgi, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

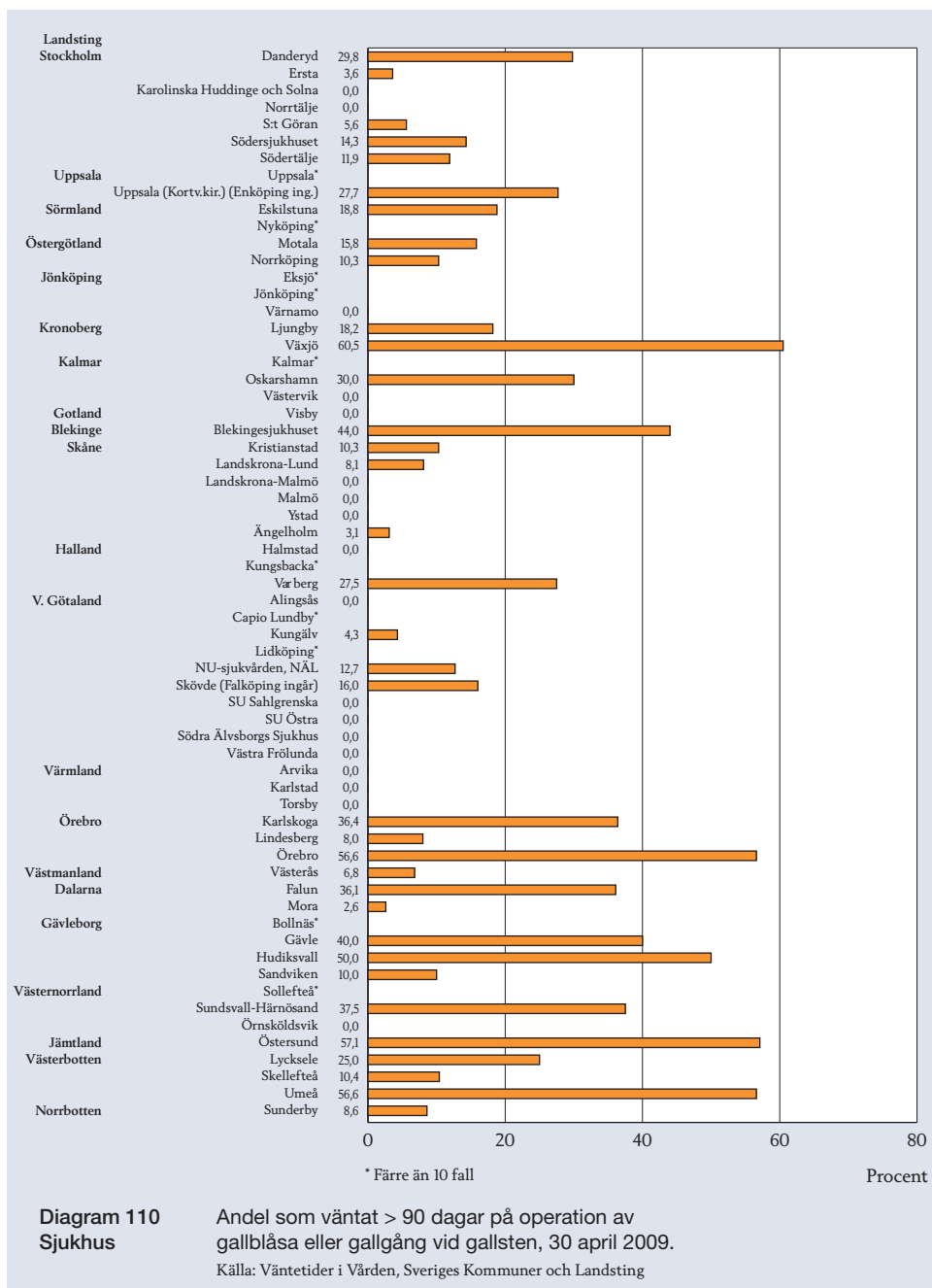


Diagram 110
Sjukhus

Andel som väntat > 90 dagar på operation av gallblåsa eller gallgång vid gallsten, 30 april 2009.

Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

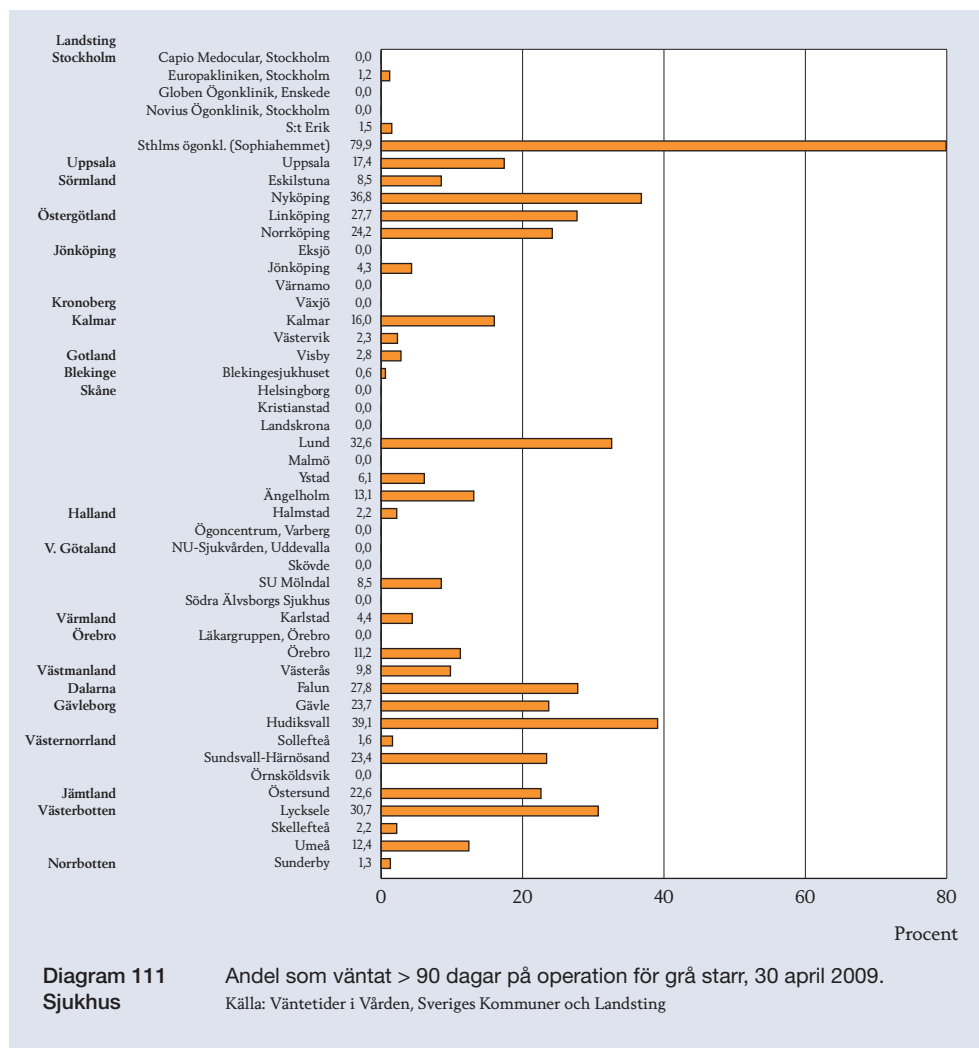


Diagram 111
Sjukhus

Andel som väntat > 90 dagar på operation för grå starr, 30 april 2009.
Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting

INTENSIVVÅRD

Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik och behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner hos patienterna. Svårt sjuka patienter, oftast med flera livshotande tillstånd, vårdas i en personaltät och högteknologisk miljö. Intensivvården är därför en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård och har i Sverige beräknats svara för 8–12 procent av kostnaden för specialiserad somatisk vård. På intensivvårdsavdelningar (IVA) vårdas cirka 40 000 patienter årligen. Under 2008 fanns det 86 IVA, varav 66 var allmänna IVA på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets-/regionsjukhus, medan resterande IVA var enheter med specialinriktning.

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) är ett Nationellt Kvalitetsregister för intensivvård som startade år 2001. Intensivvårdens betydande resursbruk och patienternas höga morbiditet och mortalitet var skäl för att skapa ett register som speglar intensivvårdens alla diagnoser, i stället för att ha separata register kring enstaka diagnoser. SIR samlar och sammanställer information för att stödja lokalt kvalitetsarbete och stimulera till jämförelser över tid inom samma intensivvårdsenhet och mellan de deltagande enheterna.

75 av landets sammanlagt 86 IVA-enheter är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla enheter med allmän intensivvård är medlemmar. Täckningsgrad i meningen hur komplett registreringen är, varierar mellan olika variabler i registret. Andelen patienter som följts upp med avseende på överlevnad, ett av de mått som här redovisas, är nästan 98 procent. Endast 74 procent av medlemsenheterna kunde av IT-mässiga skäl skicka data till registret under 2008. Data kan av detta skäl inte redovisas för vissa landsting och medlemsenheter.

SIR utvecklar och informerar om nationella riktlinjer för hur intensivvård i Sverige bör följas upp och registreras. Detta görs i tät samverkan med Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. Fokus för registret är tio nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård. Tre indikatorer avseende intensivvård redovisas här. Dessa beskriver dödlighet efter vård på IVA, återinläggning inom 72 timmar och andel utskrivna från IVA nattetid.

112 Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA

Patienter som vårdas på IVA har en hög dödlighet. Ungefär 9–10 procent av alla patienter har avlidit inom 30 dagar från ankomst till IVA. Överlevnad 30 dagar efter ankomst till intensivvården har därför hög relevans som kvalitetsindikator. Dödligheten påverkas av patientsammansättningen vid de olika IVA-enheterna. Utan justering för till exempel patienternas ålder och sjukdomssvårighetsgrad kan resultatet för en IVA-enhet inte tolkas korrekt.

Riskjusterad mortalitet är ett sammansatt mått som speglar de 30 första dagarna i vård- och omsorgskedjan från intensivvårdens start, över vården på sjukhus till eftervård på institution eller i hemmet. Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. I riskjusteringssystemen ingår bland annat ålder, kronisk sjukdom, typ av akut sjukdom (intagningsorsak), ankomstväg till IVA samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad och opererad status.

Utifrån dessa data beräknas risken för död, den förväntade dödligheten, inom 30 dagar. Denna förväntade dödlighet baseras i den använda modellen (SAPS3) på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002. Förväntad dödlighet jämförs sedan med den observerade dödligheten vid 30 dagar. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitetsratio, SMR.

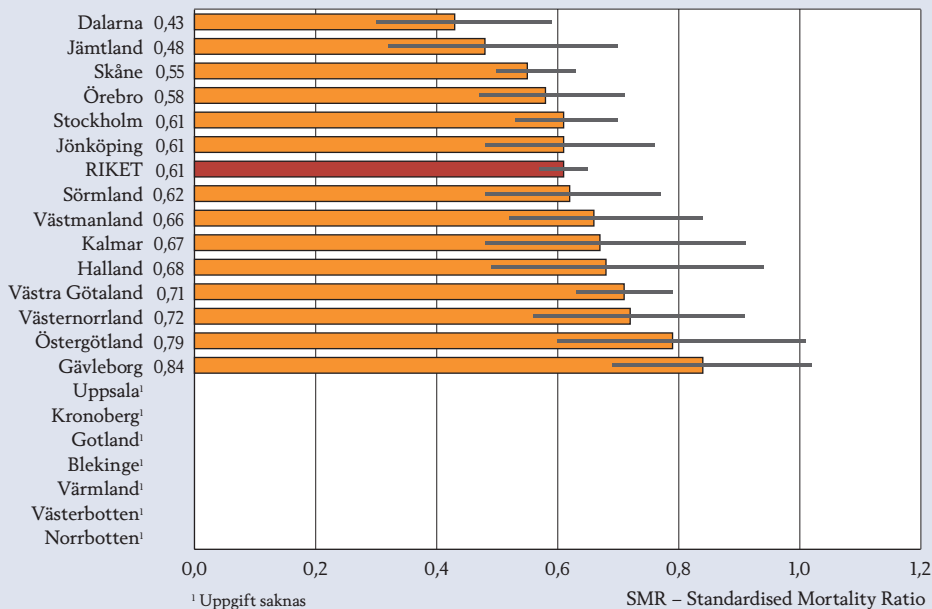


Diagram 112
Kvinnor

Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter
ankomst till intensivvårdsavdelning, 2008.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

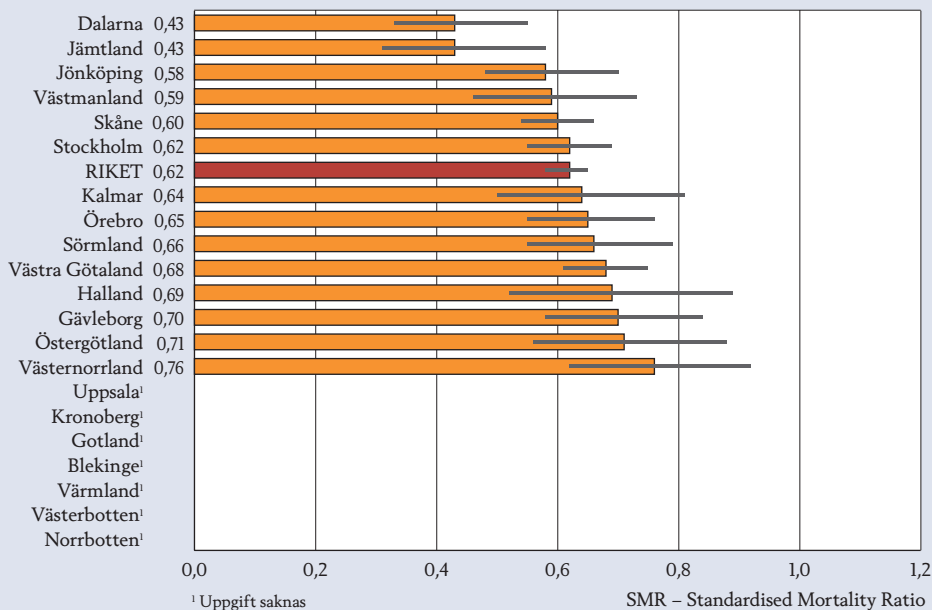
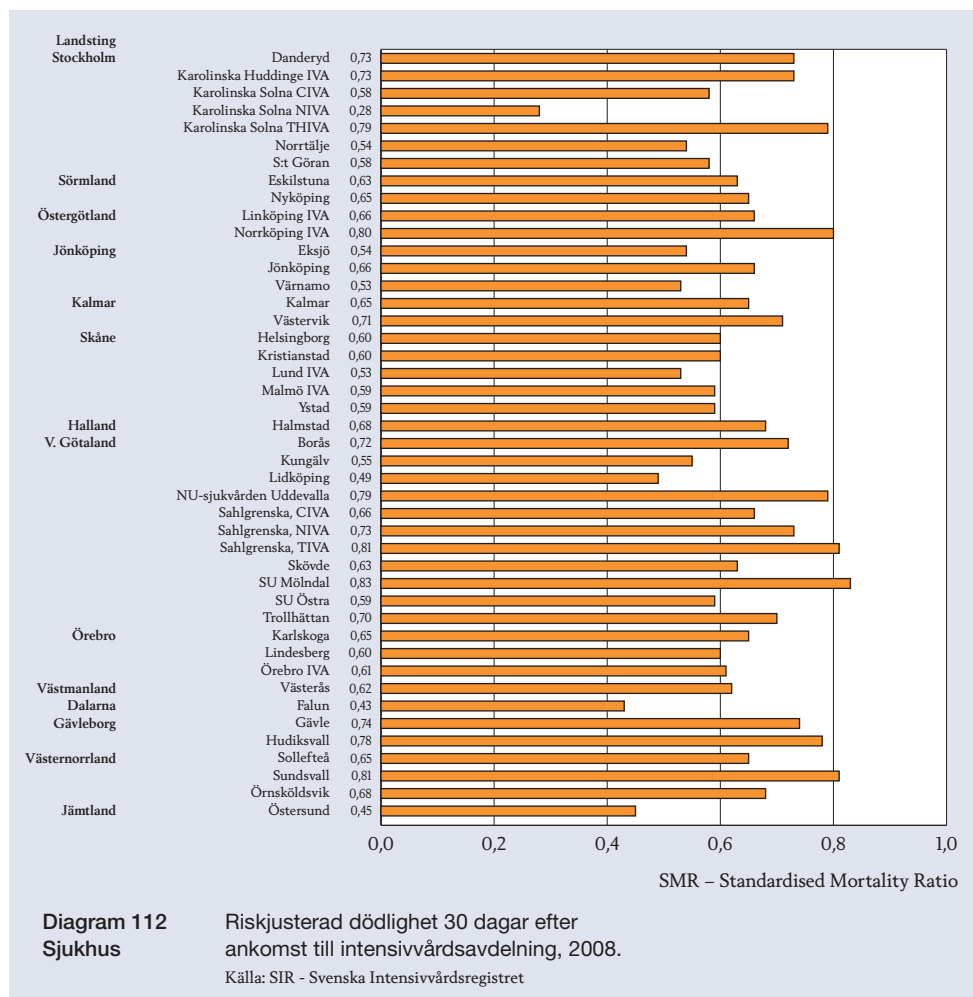


Diagram 112
Män

Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter
ankomst till intensivvårdsavdelning, 2008.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret



SMR = 1 när den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, SMR > 1 när den observerade dödligheten är högre än den förväntade och SMR < 1 när den observerade dödligheten är lägre än den förväntade.

SIR beräknar SMR på utfallen levande eller avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA. SMR kan påverkas av vårdgivarna, eftersom indikatorn speglar omhändertagandet i hela vårdkedjan fram till och med 30 dagar efter inläggning på IVA. Både insatser på IVA och i den efterföljande vården kan påverka resultatet.

Dock kräver SMR en nyanserad tolkning: Bästa möjliga vård och behandling för de sjukaste patienterna innebär oftast mesta möjliga behandling för fortsatt liv. Men bästa vård och behandling kan också innebära ändrad behandlingsstrategi till att avstå eller avbryta medicinsk behandling på IVA.

SMR är en viktig kvalitetsindikator, som när den kompletteras med andra, till exempel förekomsten av beslut att avbryta/avstå från behandling, kan bidra till en korrekt beskrivning av intensivvårdens resultat. När hänsyn tagits till olika kvalitet på indata, patientkaraktistika som ej fångas av systemet för riskjustering och till slumpen, återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.

Målsättning för SMR, baserat på SAPS3, är ett värde mindre än 1. Denna nivå kommer att justeras när SIR samlat tillräckligt med data för att definiera en till svensk intensivvård anpassad målnivå. Utfallet för 2008 visar att SMR baserat på SAPS3, är 0,61 för hela riket, vilket är klart bättre än målnivån och den internationella referensen 1. Den observerade dödligheten är lägre än den förväntade i alla landsting. SMR per landsting och för kvinnor och män redovisade tillsammans, uppvisade en spridning från 0,45 till 0,76. Det fanns ingen skillnad i SMR mellan könen.

För sju landsting som anges utan värde i diagram 112 saknades underlag för beräkning av SMR baserat på SAPS3. Frånvaron av data beror i de flesta av dessa landsting på frånvaro av IT-stöd för att möjliggöra datainsamling och/eller dataexport till SIR.

113 Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning

Utskrivning från intensivvården nattetid sker vanligen på grund av medicinska behov för specialistvård (till exempel neurokirurgi) eller på grund av platsbrist på IVA. Nattlig utskrivning från IVA till vårdavdelning är förknippat med ökad dödlighet.

Eftersom bemanningen på vanliga vårdavdelningar ofta är begränsad nattetid betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Denna indikator speglar förebyggande och samordnande åtgärder i vården och kan belysa tillgången på IVA-platser eller prioriteringar.

Nattlig utskrivning till vårdavdelning, definierad som utskrivning mellan kl 22 på kvällen och kl 7 på morgonen, förekom i 7,2 procent av alla vårdtillfällen under åren 2005–2007, enligt SIR:s databas. I SIR anges som målnivå att mindre än 5,5 procent av alla utskrivningar skall ske nattetid. År 2008 skedde 6,8 procent av alla utskrivningar från allmän intensivvård till vårdavdelning nattetid, vilket motsvarar drygt 1 700 patienter. Spridningen mellan landstingen är avsevärd, från 3,9 till 9,0 procent. SIR:s målsättning nås bara av en mindre grupp landsting. Andelen nattliga utskrivningar var för riket som helhet lägre 2008 än under 2007 och 2006.

114 Oplanerade återinskrivningar till IVA

Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 2005–2008, där återinläggning inom 72 timmar är för-

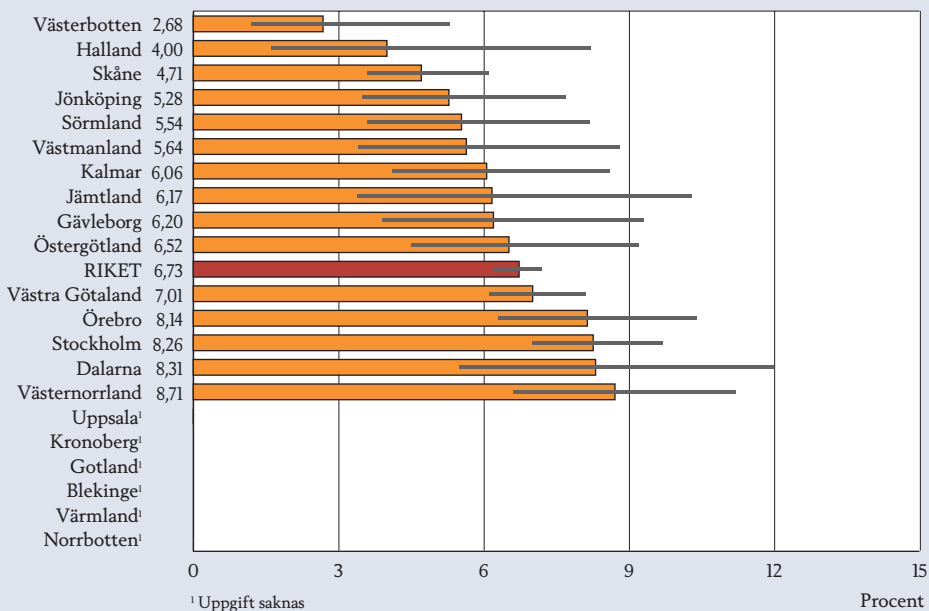


Diagram 113
Kvinnor

Andel patienter som skrivs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2008.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

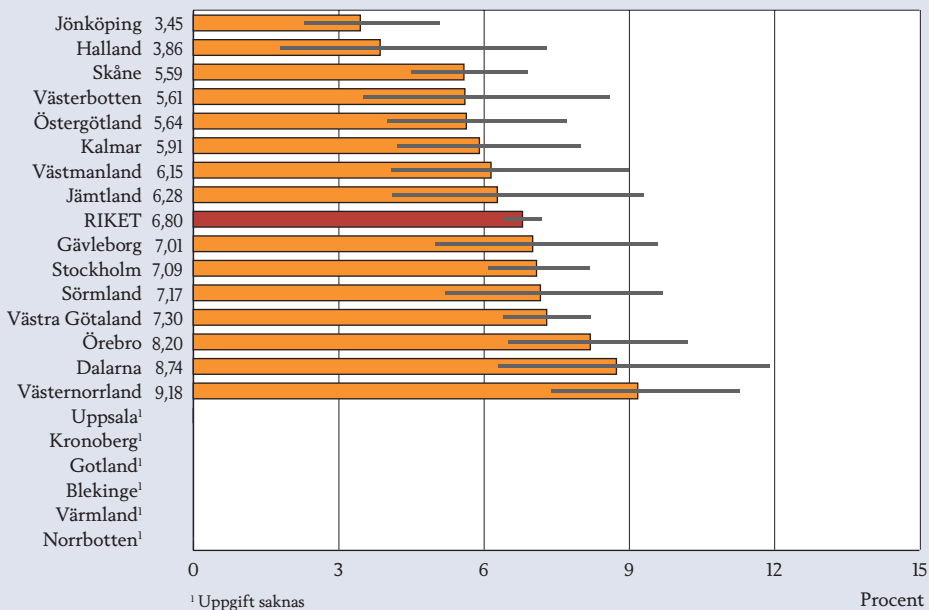


Diagram 113
Män

Andel patienter som skrivs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2008.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

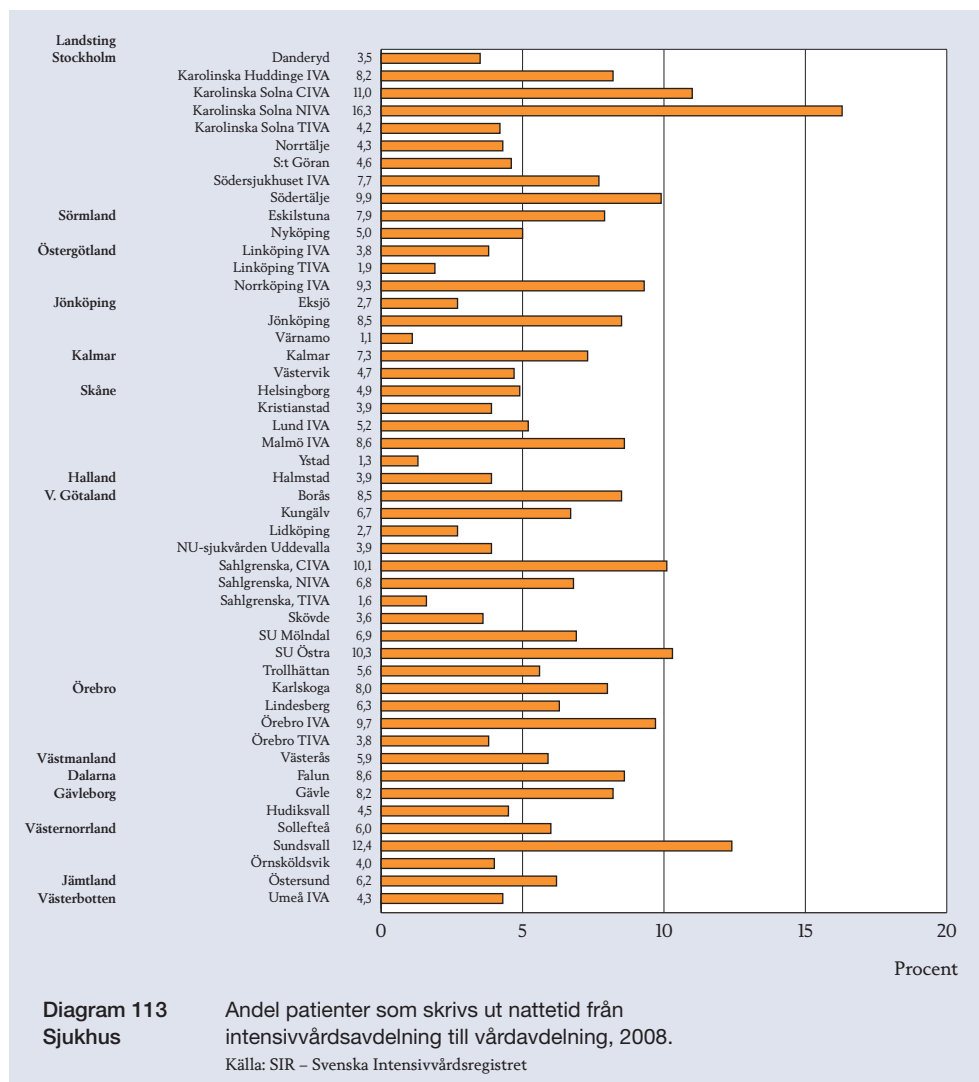


Diagram 113 Andel patienter som skrivs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning, 2008.
Sjukhus Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

enat med en ökad dödlighet. Denna ökade dödlighet motsvarar att risken för att dö inom 30 dagar för en vanlig 75-årig person ökar från 15 till 23 procent. Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar som en kvalitetsindikator.

Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är, efter vården vid IVA.

I diagram 114 anges andelen patienter med oplanerad återinläggning på IVA inom 72 timmar efter utskrivning från samma IVA. SIR:s målsättning är att andelen oplanerade återinläggningar på samma IVA inom 72 timmar skall vara lägre än 2,6 procent. Utfallet för 2008 visar att andelen var något högre och uppgick till 2,7 procent för riket som helhet, med en spridning från 1,6 procent till 3,9 procent mellan lands-

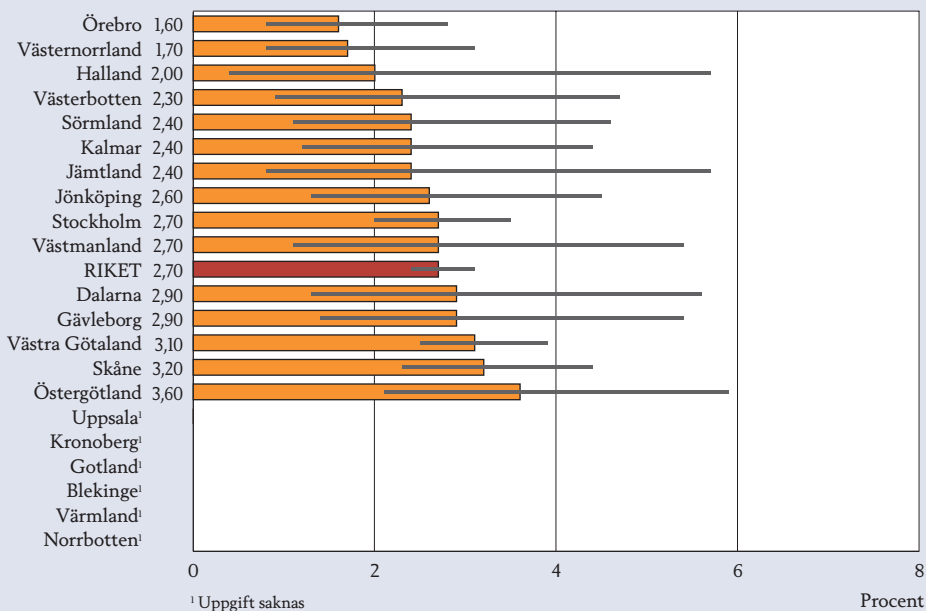


Diagram 114
Kvinnor

Andel oplanerat återinskrivna på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2008.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

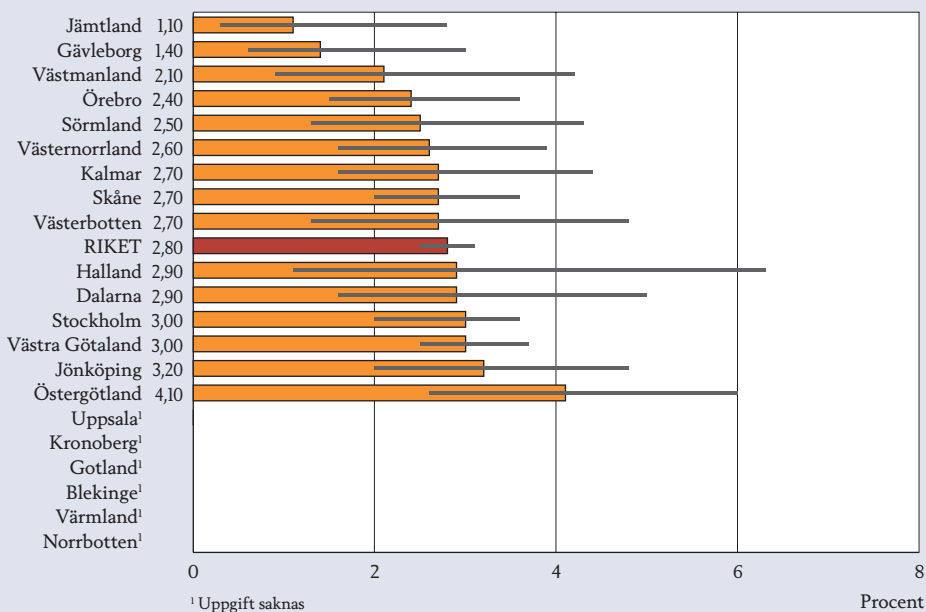


Diagram 114
Män

Andel oplanerat återinskrivna på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2008.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

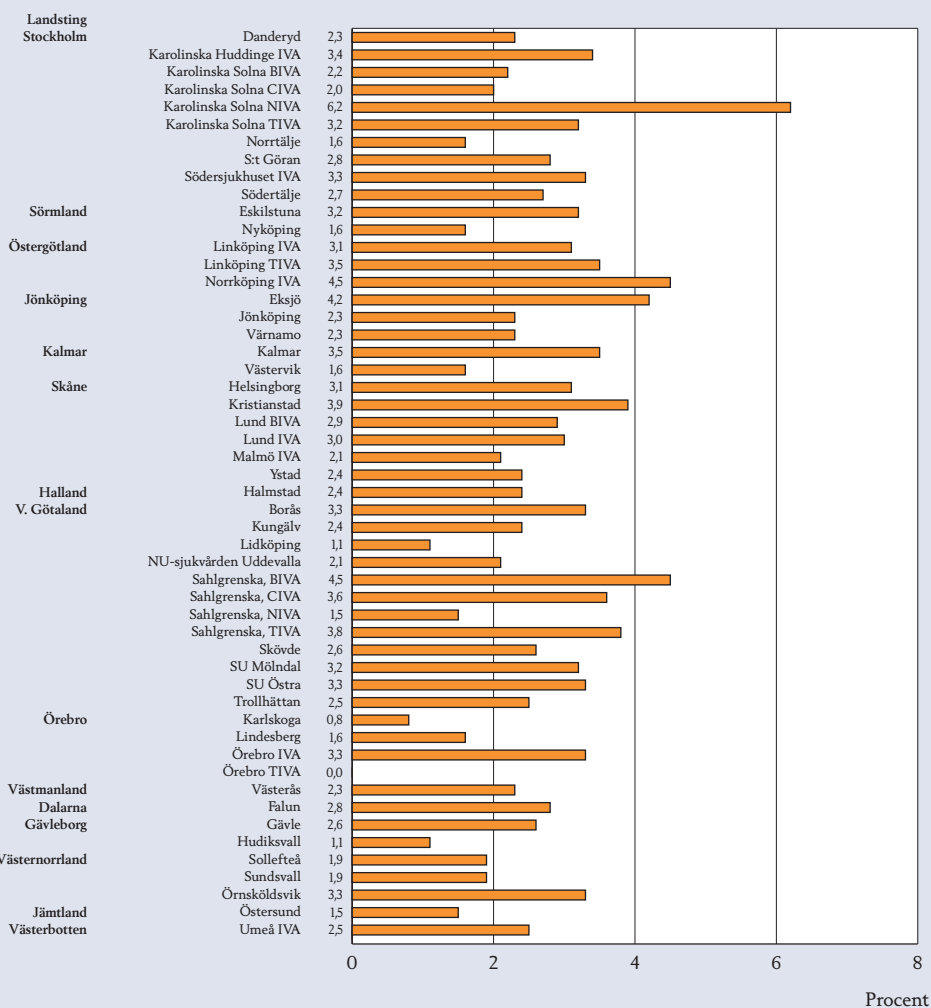


Diagram 114 Andel oplanerat återinskrivna på samma
Sjukhus intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2008.
Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

En minskning av andelen återinläggning har skett och även spridningen mellan landstingen har minskat, jämfört med åren 2006 och 2007. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad i återinläggningsfrekvens mellan könen. Sex landsting har ej kunnat leverera data till SIR.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Under denna rubrik redovisas sju indikatorer om läkemedelsanvändning. Alla är breda och rör stora patientgrupper. Två avser läkemedelsbehandling bland personer 80 år och äldre och knyter an till patientsäkerhetsaspekter. Tre indikatorer rör antibiotikaanvändning och har sin utgångspunkt bland annat i resistensutveckling och val av lämpligt antibiotikum. En speglar kostnadsaspekten på val av blodtrycks-sänkande läkemedel. Den sista är ny och visar i vilken mån vårdgivarna följer Läkemedelsverkets rekommenderade behandlingstrappa vid astmatiska besvär i den yngre befolkningen.

115 Läkemedelsinteraktion bland äldre

C- och D-interaktioner är de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna, med vilket menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktioner kan enligt FASS, ett uppslagsverk som beskriver alla läkemedel som är godkända i Sverige, "leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas". Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

I diagram 115 visas andelen patienter i gruppen 80 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner, vid mättidpunkten 31 december 2008. Staplarna är uppdelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept.

Andelen med dessa läkemedelskombinationer var i riket 2,9 procent. Detta motsvarar drygt 14 000 patienter. Samma värde gäller för kvinnor och män, vid könsuppdelad redovisning. Förekomsten varierar mellan Sörmlands 2,1 procent och Västra Götalands 3,5 procent.

Det finns en diskussion om att ApoDos, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Uppsala och Västra Götaland har högst andel medan Stockholm har lägst.

Detta motiverar särredovisning av andelen med dessa läkemedelskombinationer för gruppen äldre med ApoDos-expediering respektive gruppen med receptexpedierade läkemedel. Se till höger i diagrammet. I denna jämförelse ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan i stapeldiagrammet hela befolkningen ingår.

Variationen mellan landstingen var relativt liten, men något högre i gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel. Där var spridningen från 2,3 procent till 4,6 procent äldre med de aktuella läkemedelskombinationerna.

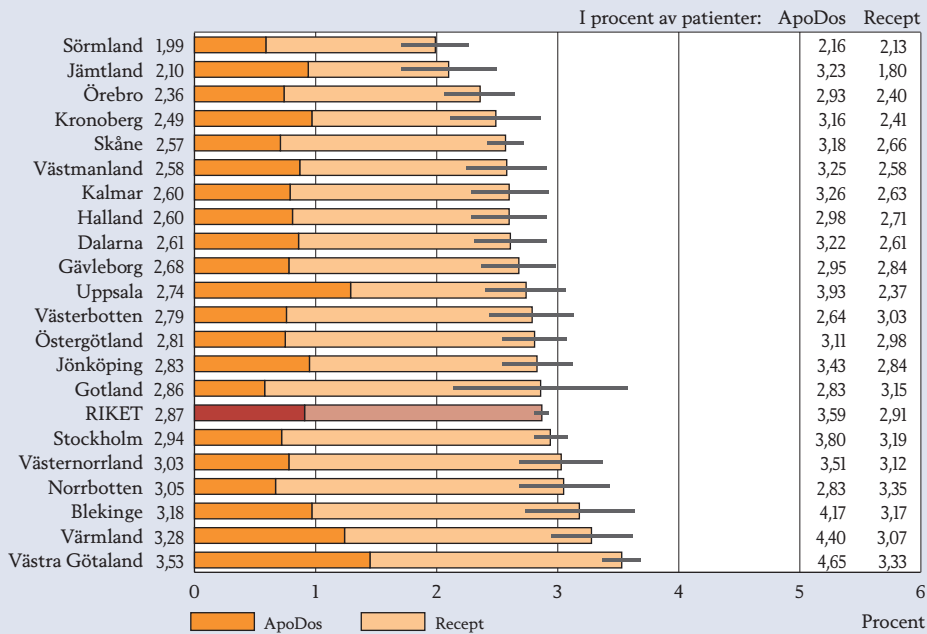


Diagram 115
Kvinnor

Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2008. Avser personer 80 år och äldre.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

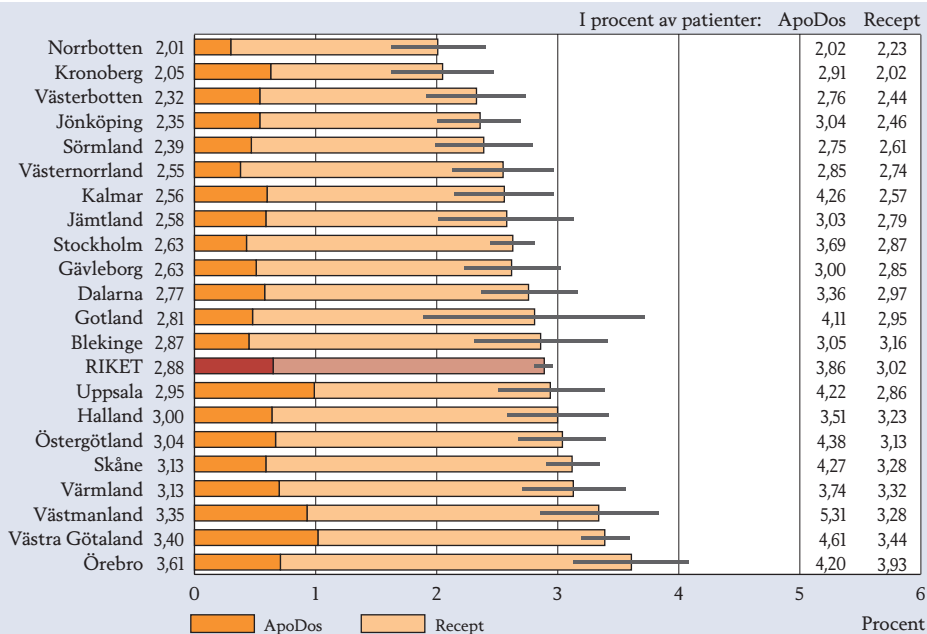


Diagram 115
Män

Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner), 31 december 2008. Avser personer 80 år och äldre.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Jämfört med förra året har andelen äldre med riskfyllda kombinationer minskat, från 3,6 till 2,9 procent i riket. Detta kan delvis bero på en förändring av beräkningsmetoden, men det kan inte förklara hela minskningen.

En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

116 Tio eller fler läkemedel bland äldre

Med polyfarmaci avses samtidig användning av många läkemedel. Studier har visat att detta är förknippat med svårigheter att inta läkemedlen på ett korrekt sätt ("non-compliance"), högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och med läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus.

Polyfarmaci brukar i den vetenskapliga litteraturen ofta definieras som "användning av fem eller fler läkemedel". Användning av tio eller fler läkemedel har i vissa studier av äldre tillämpats som mått på "excessive polypharmacy", vilket skulle kunna översättas med "avsevärd" eller "extrem" polyfarmaci.

I diagram 116 visas att andelen äldre med tio eller fler läkemedel i befolkningen var 11,1 procent, vid mättidpunkten 31 december 2008. Detta motsvarar knappt 55 000 personer, i riket som helhet. Variationen mellan landsting sträcker sig från 8,6 procent till 14,1 procent. Andelen var något högre bland kvinnor än vad den var bland män, 12,0 procent för kvinnor respektive 9,5 procent för män.

Staplarna är uppdelade på patienter som fått sina läkemedel förskrivna via ApoDos- respektive recept. I diagrammet anges i kolumnerna till höger även utfallet för ApoDos- respektive receptexpedierade läkemedel. De senare siffrorna baseras på äldre med förskrivna läkemedel.

Andelen är mycket hög i gruppen äldre med ApoDos, där 27,0 procent hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 7,3 procent för dem med receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, med en variation mellan 20,6 och 32,2 procent.

Jämfört med förra året har andelen äldre med tio eller fler läkemedel minskat, från 14,2 till 11,1 procent. Detta kan delvis bero på en förändring av beräkningsmetoden, men det kan inte förklara hela minskningen.

I alla landsting finns läkemedelsförråd i hemsjukvård/äldreboenden, vilket kan tänkas påverka denna indikator särskilt. Hemsjukvård är per definition en del av den öppna vården. Användningen av läkemedel ur läkemedelsförråd registreras dock inte i läkemedelsregistret vilket kan leda till att läkemedelsanvändningen i den öppna vården underskattas. Sådana läkemedel används dock sannolikt oftast tillfälligt, i akuta situationer, eller inom korttidsvård på särskilt boende. Det är därför

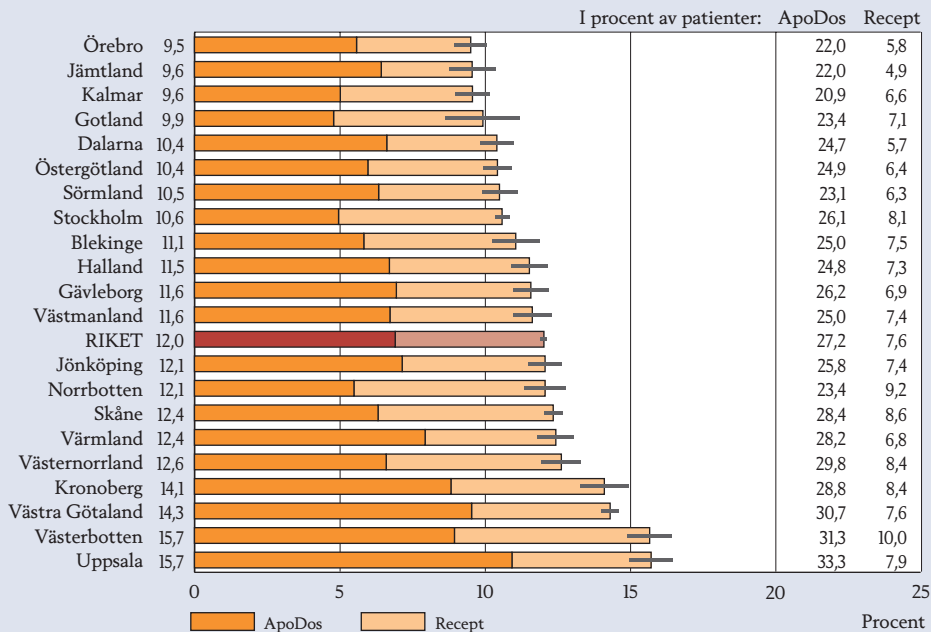


Diagram 116
Kvinnor

Andel i befolkningen med tio eller flera läkemedel,
31 december 2008. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

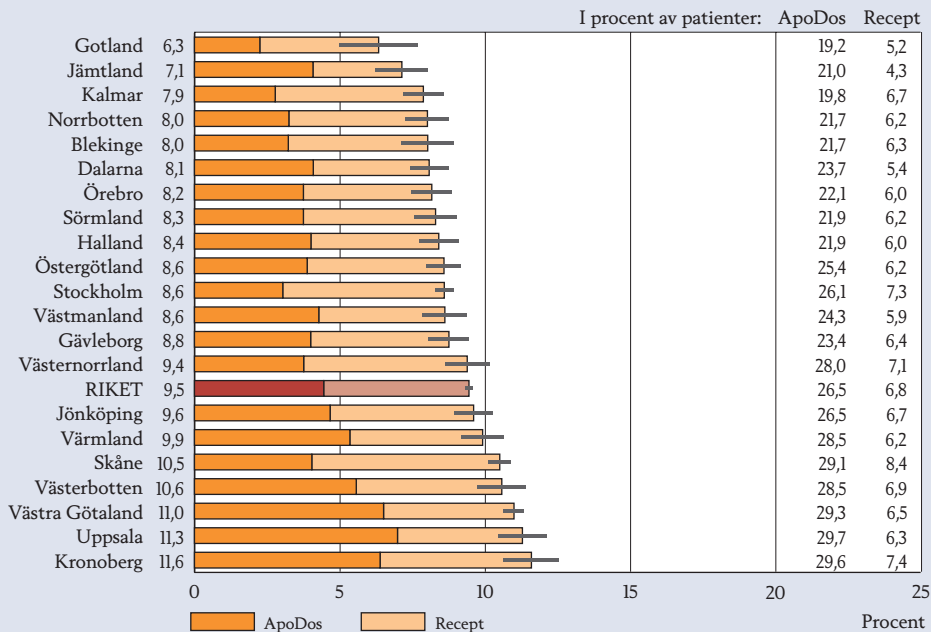


Diagram 116
Män

Andel i befolkningen med tio eller flera läkemedel,
31 december 2008. Avser personer 80 år och äldre.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

svårt att bedöma vilken påverkan denna läkemedelsanvändning har på jämförelsen i diagram 116.

I flera av rapportens andra indikatorer ses en hög andel läkemedelsbehandlade patienter som ett positivt resultat. En stor mängd olika samtidiga läkemedelsbehandlingar kan dock sammantaget leda till oönskade effekter. Denna indikator är en viktig illustration av att behandlingsvalet ska utgå från en sammanvägd bedömning av den enskilde patientens situation.

117 Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistent bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskerar vi att hamna i en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Sverige och övriga Norden har en förhållandevis låg förskrivning av antibiotika jämfört med övriga Europa.

Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Ett sätt att minska onödig antibiotikaanvändning är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid sådana lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotiketrycket. Flera nya studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre.

Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så "smal" terapi som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både ur resistensutvecklingssynpunkt och ur biverkningssynpunkt. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter.

Indikator 117 visar andelen i befolkningen som hämtat ut antibiotika under perioden juli 2008 till juni 2009, med 2005–2006 som jämförelseperiod. Dessutom visas andelen av antibiotikaanvändarna som vid första förskrivning under året förskrivits Penicillin V, som är ett smalspektrumantibiotikum. Källan är Läkemedelsregistret, som är komplett avseende läkemedelsanvändning i öppen vård, men som saknar uppgift om förskrivningsorsak. Detta gör att indikatorn ger en grov bild av antibiotikaanvändningen.

Under mätperioden hade i genomsnitt knappt var fjärde invånare hämtat ut någon typ av antibiotika, vilket motsvarar 2 183 760 personer totalt. Av dessa var 1 267 990 kvinnor och 915 770 män. Jämfört med samma period under 2005–2006 har andelen antibiotikabehandlade minskat något. Generellt kan sägas att det skrivs ut mer antibiotika i storstadsregionerna och mindre antibiotika i de norra delarna av landet. Skillnaderna i procentenheter mätt är måttliga mellan många landsting, men är i termer av antalet personer stort. Hade Stockholm haft rikets antibiotikaanvänd-

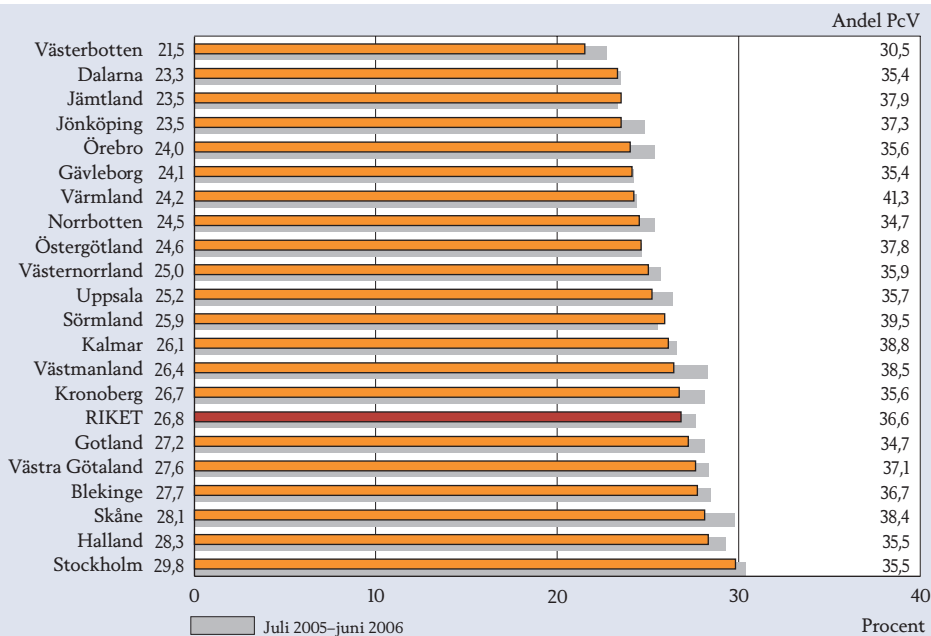


Diagram 117 Andel i befolkningen som antibiotikabehandlats, juli 2008–juni 2009. Åldersstandardiserade värden.
Kvinnor

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

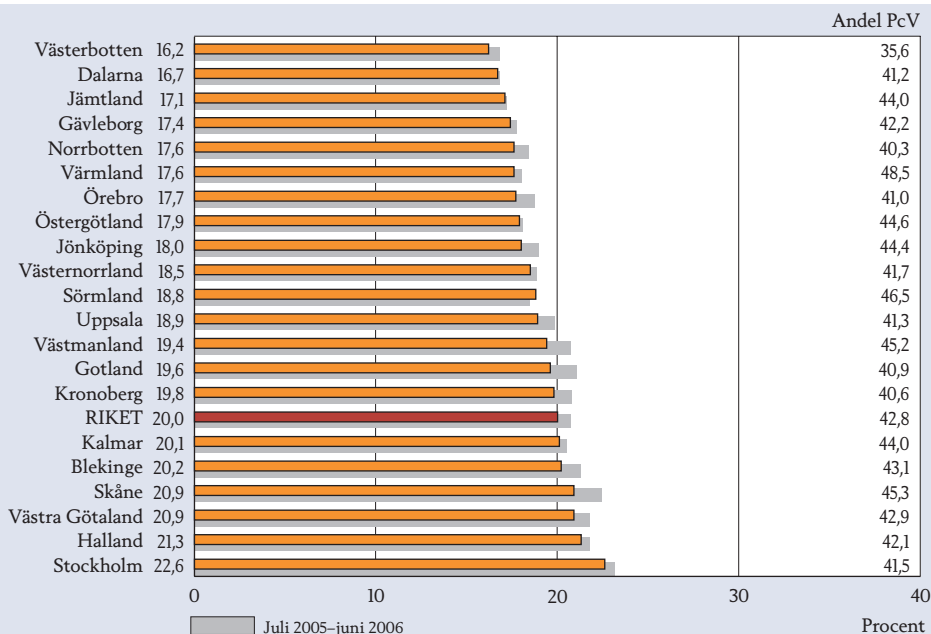
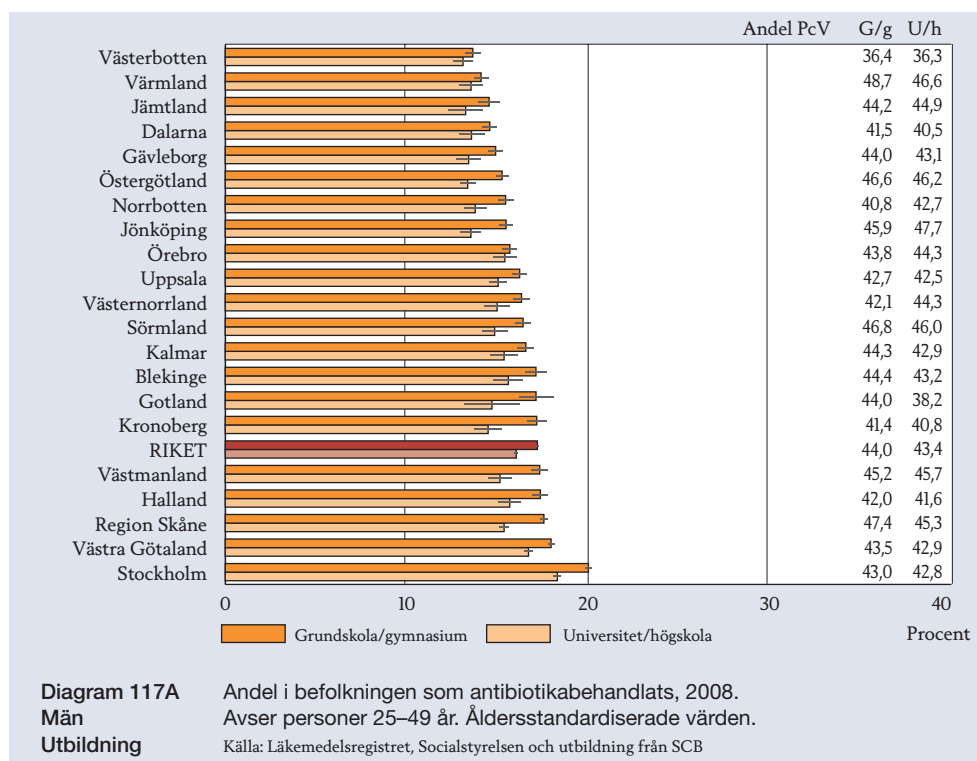
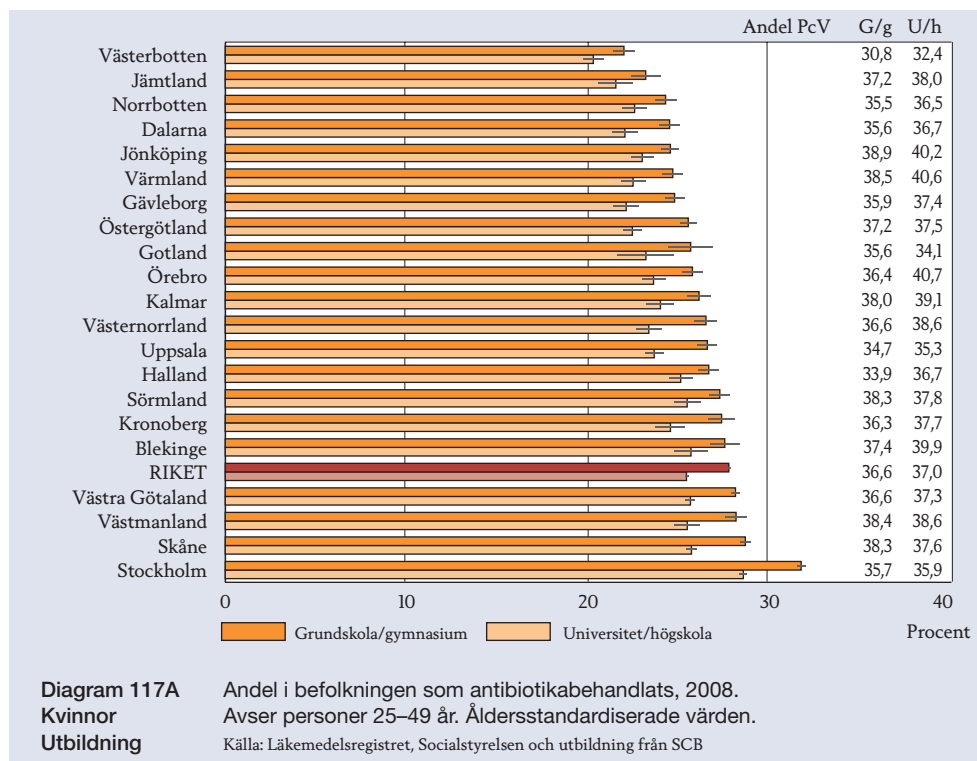


Diagram 117 Andel i befolkningen som antibiotikabehandlats, juli 2008–juni 2009. Åldersstandardiserade värden.
Män

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



ning, tre procentenheter lägre, hade närmare 60 000 färre personer antibiotikabehandlats.

En tänkbar konsekvens av minskad antibiotikaanvändning skulle kunna vara en ökad frekvens allvarliga komplikationer till lindriga infektioner. För några år sedan undersöktes om den minskande antibiotikabehandlingen av otit hos barn hade medfört någon ökning av antalet fall av mastoidit, peritonsillit och sinuit. Ingen ökning kunde dock påvisas.

Det är önskvärt att ha en låg förskrivning av antibiotika, men den optimala nivån är svår att fastslå. Variationerna mellan landsting är sannolikt uttryck för skillnader i behandlingstradition, och kan inte förklaras med befolkningens behov av antibiotika.

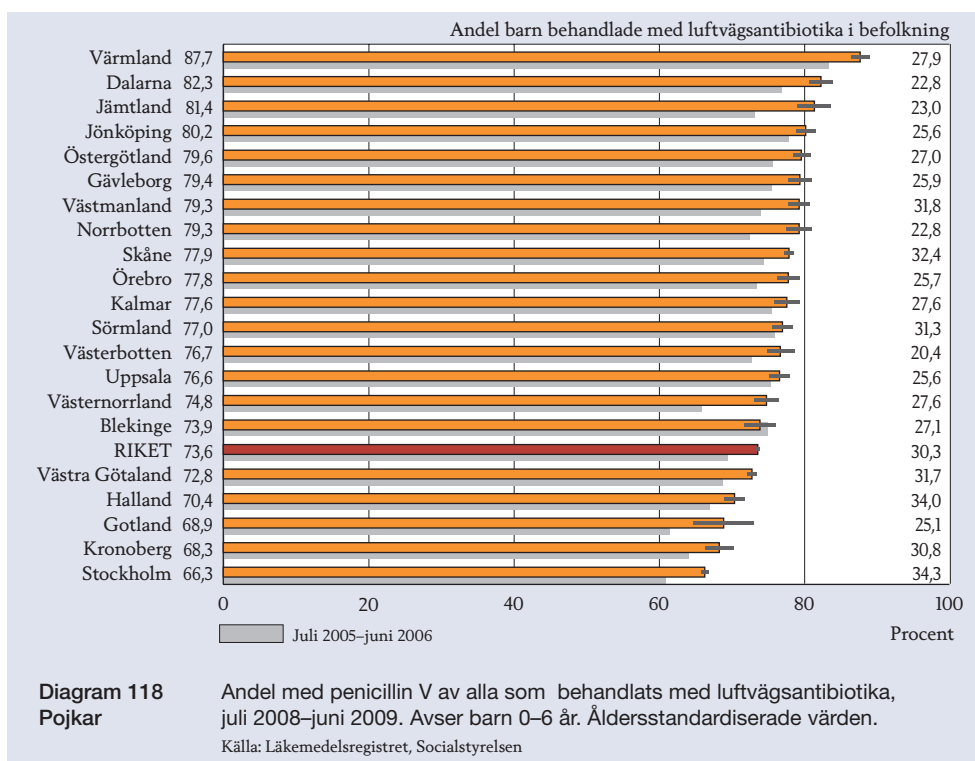
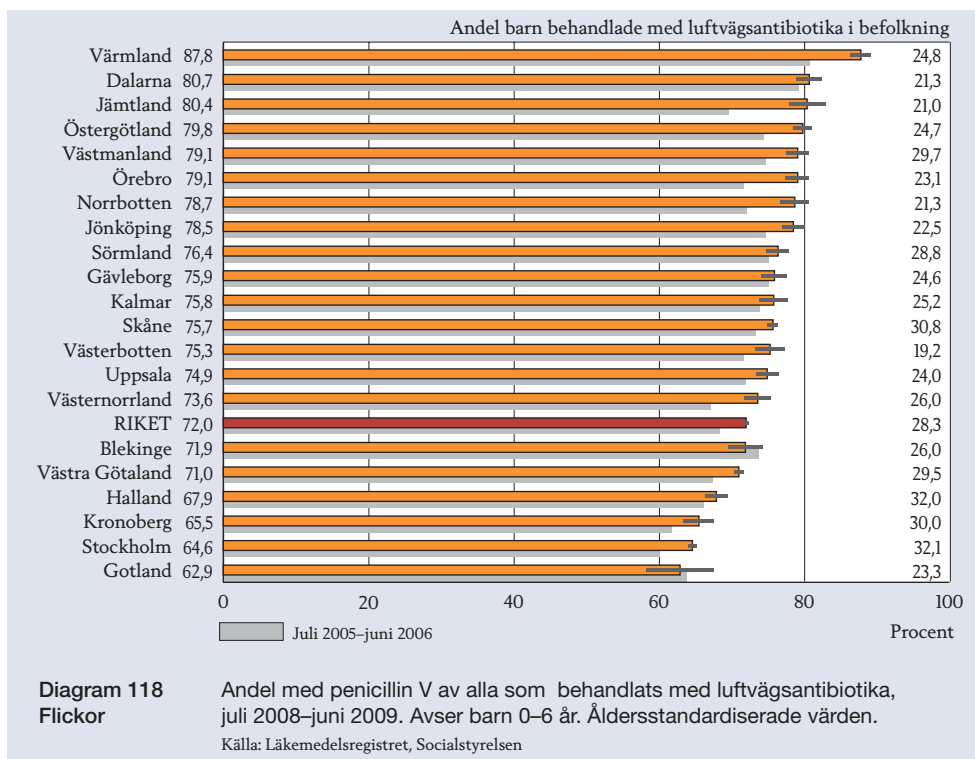
I diagram 117A visas samma indikator uppdelad på utbildningsnivå för åldersgruppen 25–49 år. De med högst gymnasieutbildning har en lite högre användning av antibiotika än de med universitetsutbildning, vilket verkar gälla för både kvinnor och män och i alla landsting. Detta kan vara rimligt att förvänta sig då bland annat rökning, som kan öka risken för infektion, är vanligare bland lägre utbildade grupper. Dock vet vi inget om huruvida de uppmätta skillnaderna motsvarar en eventuell skillnad i sjuklighet.

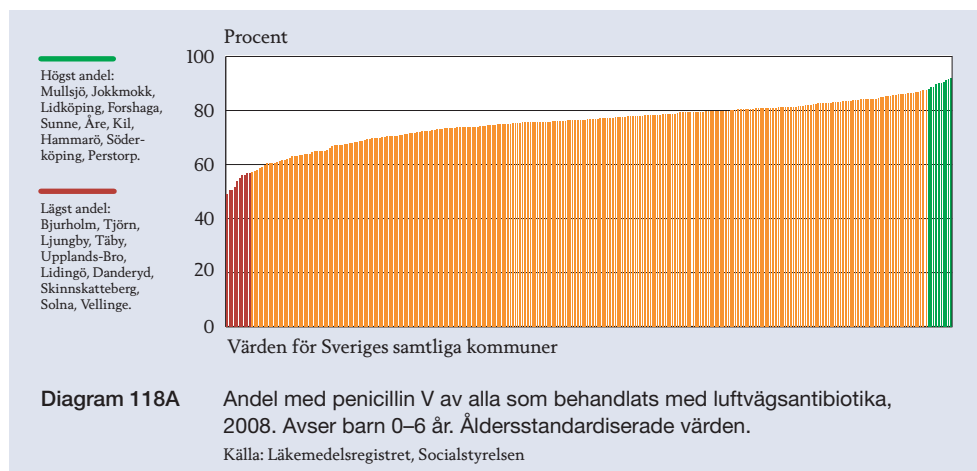
118 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

De flesta luftvägsinfektioner beror på virusmitta och går över av sig själva. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är penicillin V (Fenoximetylpenicillin) förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Penicillin V är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. Se vidare indikator 117 om val av antibiotikum.

Under juli 2008 till juni 2009 behandlades knappt 30 procent av alla barn 6 år och yngre med någon typ av antibiotika mot luftvägsinfektion. I diagram 118 redovisas andelen penicillin V-behandlade barn av alla som vid första förskrivning under perioden fick något av de antibiotika som vanligen används vid luftvägsinfektion. Källan är Läkemedelsregistret. Detta är heltäckande, men saknar uppgift om förskrivningsorsak. Istället har patientgruppen med luftvägsinfektion ringats in via de använda läkemedlen.

I riket var andelen penicillin V-behandlade 72 procent, men med stora variationer mellan landstingen, med en spridning från drygt 60 till knappt 90 procent. Vårdgivarna i storstadsregionerna skriver oftare ut antibiotika, vilket visades i indikator 117. Indikatorn här visar att de även förskriver en högre andel bredspektrumantibiotika till barn. I riket har andelen med penicillin V ökat något jämfört med jämförelseperioden. I vissa landsting är förbättring påtaglig.





Någon absolut målnivå finns inte, men resultaten för landstingen som har högst andel penicillin V ger en god fingervisning om vilka resultat som är möjliga att uppnå.

Kommunvis redovisning

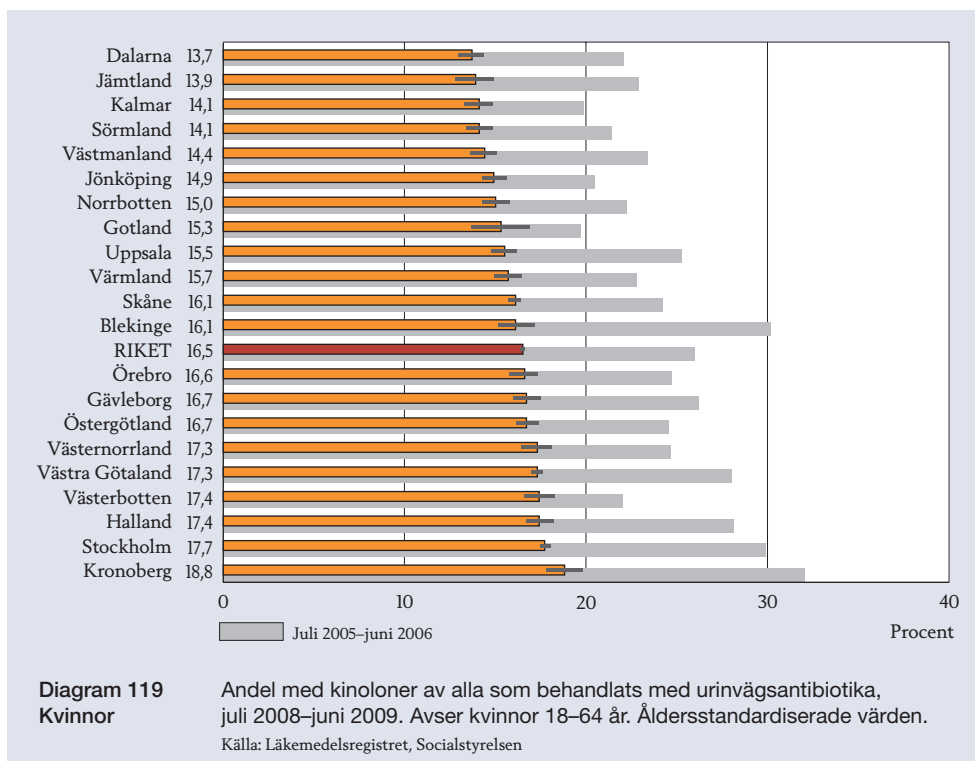
Andelen penicillin V-behandlade barn av alla som vid första förskrivning under 2008 fick något av de antibiotika som vanligen används vid luftvägsinfektion redovisas per kommun i diagram 118A. Av diagrammet framgår att det är en tydlig spridning mellan kommunerna. De tio kommuner som förskriver den högsta andelen bredspektrumantibiotika är, förutom fyra mindre kommuner ute i landet, storstadskommuner med en högt utbildad befolkning och med höga medelinkomster.

Det är inte troligt att barnen i dessa kommuner är sjukare eller har mer svårbehandlade infektioner än i riket som helhet. Troligare kan den högre användningen av bredspektrumantibiotika hänga samman med efterfrågan från patienter/föräldrar och vårdgivarnas benägenhet att gå denna till mötes och då bortse från mer strikta behovskriterier.

119 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

Sverige och de övriga nordiska länderna använder i högre grad antibiotika med ett smalt spektrum, i motsats till Öst- och Sydeuropa som har en hög andel av bredspektrumantibiotika. Det är generellt önskvärt att ha en så låg förskrivning av dessa som möjligt.

Kinoloner är bredspektrumantibiotika som i huvudsak bör förbehållas allvarliga infektioner. Strategigruppen för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens (Strama) och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har som mål att andelen kinoloner vid förskrivning mot urinvägsinfektion inte ska vara högre än 10 procent.



Andelen kinoloner av den totala förskrivningen av antibiotika mot nedre urinvägsinfektion jämförs här för samtliga kvinnor 18 år och äldre, som någon gång under juli 2008 till juni 2009 hämtat ut ett recept på ett urval av antibiotika. Totalt hade cirka 50 745 kvinnor förskrivits kinoloner av de drygt 309 312 kvinnor som ingick i jämförelsen.

Ur diagram 119 kan utläsas att alla landsting ligger högre än de nivåer som Strama och SFAM rekommenderar, med en variation från 14 till 19 procent. Andelen förskrivningar av kinoloner har dock minskat betydligt jämfört med samma period 2005–2006, då den i riket uppgick till 26 procent. Just användningen av kinoloner vid urinvägsinfektion har fått mycket uppmärksamhet de senaste åren, vilket verkar ha fått effekt på förskrivningen.

Det är inte möjligt att dela upp uttagna läkemedel på förskrivningsorsak. Därmed kan en del av förskrivningen vara avsedd för annat infektionstillstånd än nedre urinvägsinfektion. Denna bör dock vara en liten del av den totala förskrivningen och bör inte nämnvärt skilja sig åt mellan landstingen. Analysen har inte tagit hänsyn till eventuella skillnader i resistensförekomst mellan landstingen.

120 Kombinationspreparat vid astma

Astma och astmaliknade luftrörsbesvär är vanliga hos spädbarn. I skolåldern har 5–10 procent av barnen astma. Hos vuxna bedöms ungefär 6–7 procent lida av astma. I yngre åldrar är astma vanligare bland pojkar, kanske till följd av att pojkar föds med trängre luftrör i förhållande till lungvolymen. Bland vuxna är astma vanligare bland kvinnor kanske på grund av hormonella faktorer. Rökning, som är vanligare bland kvinnor, ökar risken för astma. Ökade luftföroreningar och förändrad kontakt med mikroorganismer tidigt i livet genom urbaniseringen kan vara en bidragande orsak till att astma har ökat de senaste 50 åren. Modern behandling har gjort att vård på sjukhus idag är ovanlig bland barn och vuxna med astma.

Läkemedelsverkets rekommenderade behandlingstrappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationssteroider endast ska användas av enkelhetsskäl efter noggrann utprövning var för sig. Användning av kombinationen av inhalationssteroider och långverkande beta-2-stimulerare hos vuxna som inte tidigare använt inhalationssteroider minskar inte risken för försämring eller behovet av snabbverkande luftrörsvidgare.

En stor andel av dem som behandlas med så kallade astmaläkemedel är inte personer med astma, utan äldre personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, vanligen orsakad av rökning. Läkemedelsregistret saknar uppgifter om behandlingsindikation. Det är därför svårt att i Läkemedelsregistret särskilja astmapatienterna från de med KOL. Om man begränsar åldersintervallet till enbart yngre åldrar fångar man en övervägande del astmatiker.

Indikatorn mäter hur stor andel av dem som är nyinsatta på kombinationspreparat som tidigare inte har prövat något annat astmaläkemedel. Under juli 2008 till juni 2009 tillkom cirka 11 000 nya användare av kombinationspreparat. Av dessa hade drygt 4 000, cirka 40 procent, inte tidigare använt något annat astmaläkemedel. Andelen är lägre bland kvinnor än bland män, knappt 39 procent respektive drygt 43 procent. Det är ganska stora variationer mellan landstingen.

Läkemedelsverkets rekommendation innebär i princip att alla patienter som förskrivs kombinationspreparat ska ha prövat annat astmaläkemedel först. Hög följsamhet skulle innebära att betydligt fler hade prövat annat astmaläkemedel än vad som verkar vara fallet idag. Dock med reservation för att den studerade gruppen i viss mån innehåller KOL-patienter samt att det förekommer en inte obetydlig säsongsanvändning av astmapreparat.

I diagram 120A visas samma indikator uppdelad på kön och utbildningsnivå. Det verkar inte föreligga några uppenbara skillnader mellan utbildningsnivå vad avser nyinsättning på kombinationspreparat.

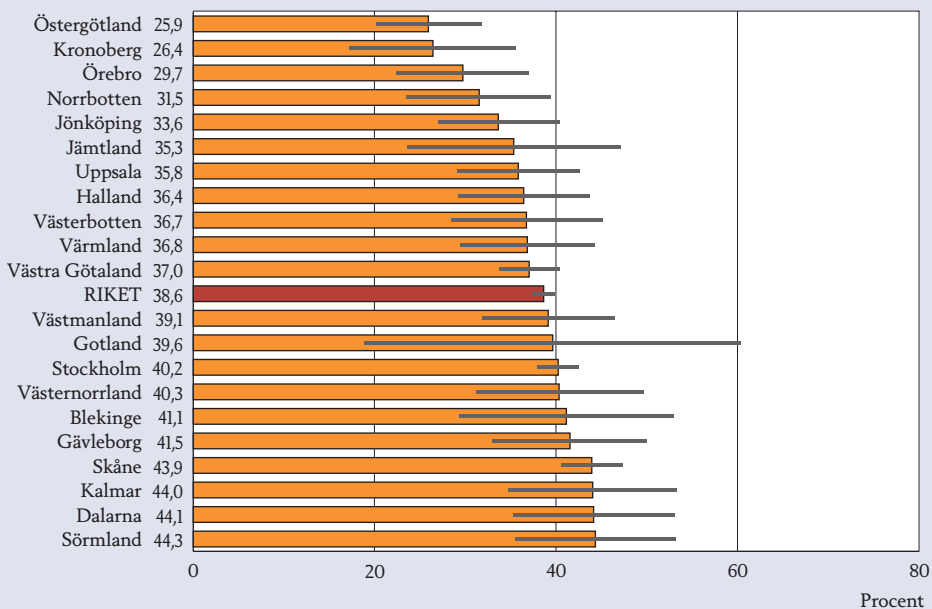


Diagram 120
Kvinnor

Andel som nyinsatts på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, juli 2008–juni 2009. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

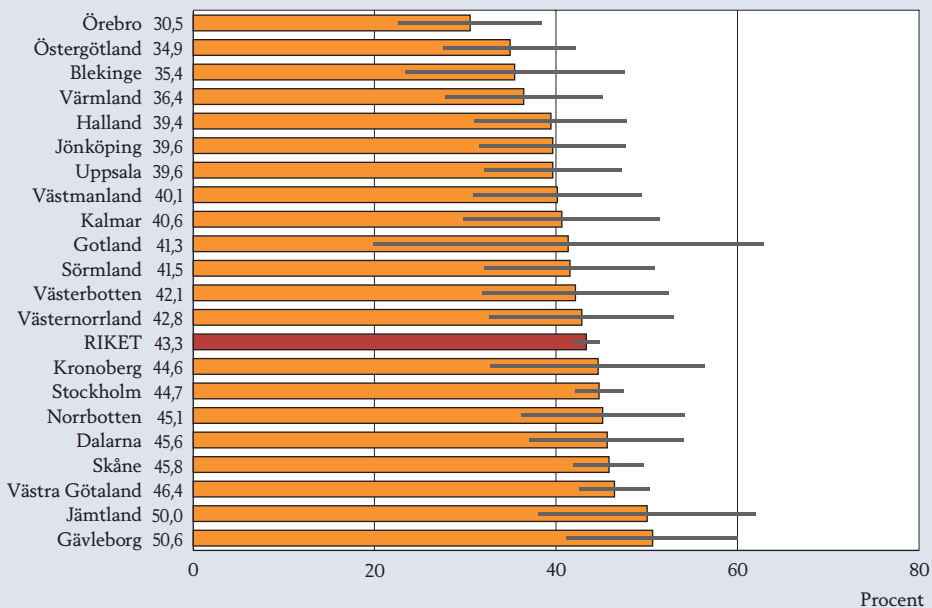


Diagram 120
Män

Andel som nyinsatts på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, juli 2008–juni 2009. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

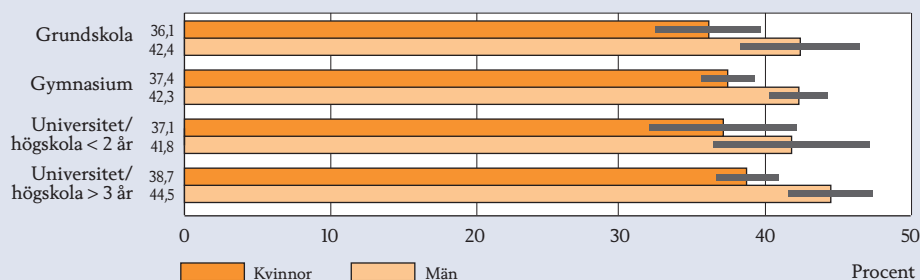


Diagram 120A
Utbildning

Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som tidigare ej haft astmaläkemedel, juli 2008–juni 2009. Avser personer 25–44 år. Åldersstandardiserade värden

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och utbildning från SCB

121 ARB vid blodtryckssänkande behandling

Försäljningen av blodtryckssänkande läkemedel uppgick 2007 till 2,4 miljarder kronor. Angiotensin II-receptorblockare (ARB) står för cirka 40 procent av denna. Priserna på ARB-läkemedlen är alltför höga för att en generell behandling med dessa substanser ska vara kostnadseffektiv i jämförelse med andra väldokumenterade och billiga läkemedel. Enligt direktiv från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som gäller från och med 1 september 2008, har samtliga ARB begränsad subvention. De ska bara subventioneras för patienter som provat, men inte kan använda ACE-hämmare, eller som tillägg till ACE-hämmare. Vissa patienter får hosta som biverkan av ACE-hämmare, vilket är ett skäl att byta till ARB-läkemedel.

Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av ARB tidigare fått behandling med ACE-hämmare, i enlighet med riktlinjerna. Beräkningarna är gjorda under två olika perioder, en före och en efter 1 september 2008.

Under den första perioden, en tiomånadersperiod före TLVs beslut, var det cirka 46 000 personer som nyinsattes på ARB-preparat. Av dessa hade 21 000 eller 45 procent inte tidigare provat ACE-hämmare. Under en tiomånadersperiod efter TLVs beslut, var det cirka 37 000 personer som nyinsattes på ARB-preparat. Av dessa hade 11 000 eller 31 procent inte tidigare provat ACE-hämmare.

Det har blivit en tydlig förbättring avseende följsamhet till riktlinjerna, men fortfarande är en tredjedel av alla nyinsättningar på ARB i strid med rekommendationerna. Det är betydande variationer mellan landstingen och under båda perioderna är det sämst följsamhet till riktlinjerna i storstadsregionerna.

Det är inte troligt att blodtryckspatienterna i dessa områden i högre grad får biverkningar av ACE-hämmare än vad som gäller för riket som helhet. Troligare är det variationer i vårdkulturer, i patienternas förväntningar och vårdgivarnas benägenhet att gå dessa tillmötes, som ger upphov till detta mönster i variationen.

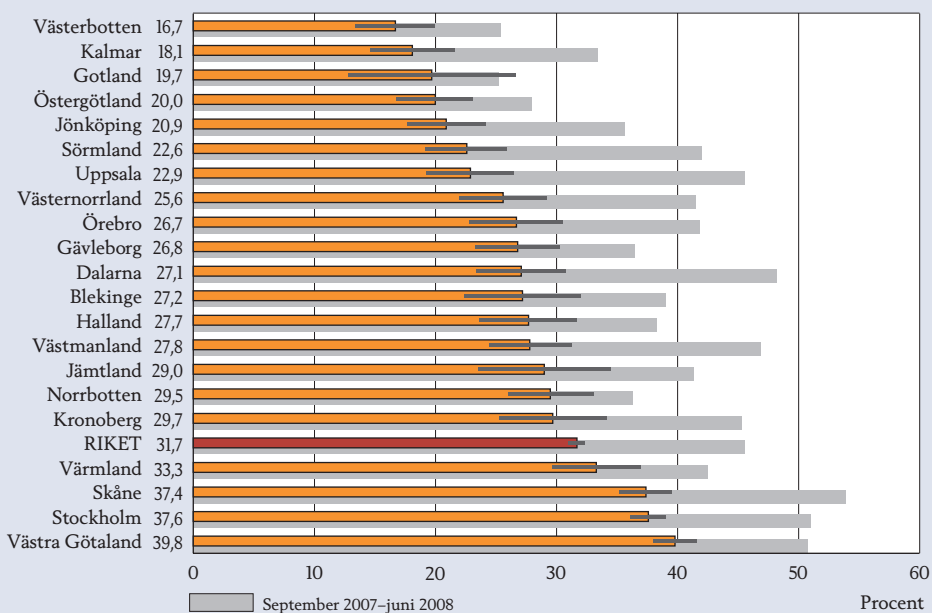


Diagram 121
Kvinnor

Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare, sept 2008-juni 2009. Avser personer 30-79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

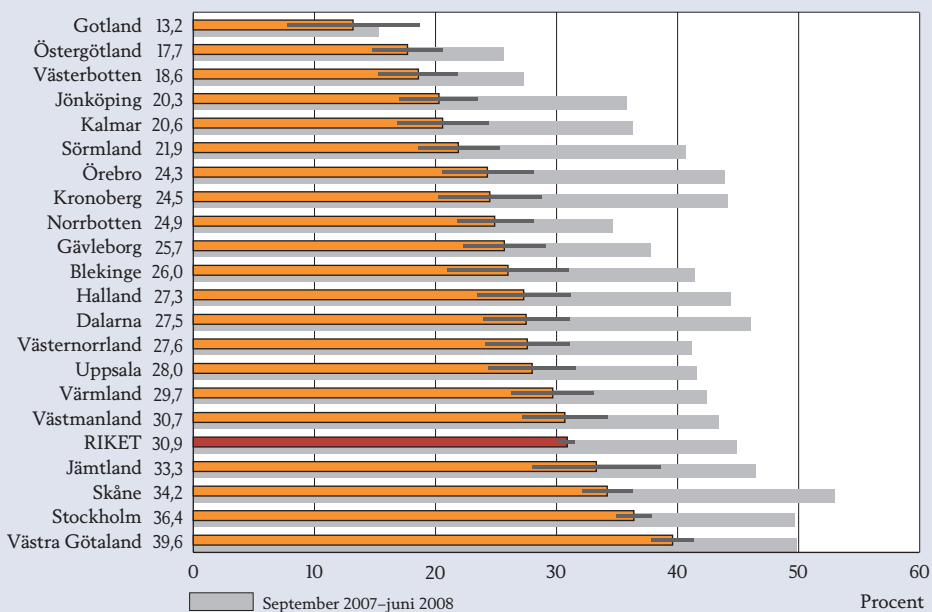


Diagram 121
Män

Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare, sept 2008-juni 2009. Avser personer 30-79 år. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

122 God viruskontroll vid HIV

HIV-smitta är en virusinfektion som obehandlad leder till AIDS och död. Modern livslång behandling ger normal förväntad livslängd. I Sverige finns nu 4 900 diagnostiserade personer, varav de flesta är boende i storstadsregionerna. Patientgruppen ökar med tio procent per år. I dag når 90 procent av de behandlade patienterna behandlingsmålen och blir varaktigt virusfria.

Källan till den indikator som redovisas här är kvalitetsregistret InfCare HIV. Syftet med InfCare HIV är att skapa en god och jämlik vård för patienterna, oavsett smittväg och vårdgivare. Detta sker genom att identifiera problem och förbättringspotentialer. InfCare HIV är samtidigt ett kvalitetsregister och ett kliniskt beslutsstöd i vården, med grafisk framställning av data som används i varje möte med patienten. InfCare HIV används i dag på alla de 31 kliniker som handlägger HIV-infekterade patienter och har en täckningsgrad på över 99 procent.

Den främsta indikatorn för HIV-behandling i den kliniska vardagen är processmättet HIV-RNA < 50 kopior/ml. Detta mått följs regelbundet och över tid för alla patienter. Det motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma. Det är ett virusmått som är direkt relaterat till överlevnad vid HIV-infektion. Processmättet är internationellt etablerat och det mest använda vid läkemedels- och behandlingsstudier.

Vid behandling eftersträvas behandlingsresultat HIV-RNA < 50 kopior/ml. En utebliven eller långsam nedgång efter insatt behandling, eller stigande nivåer senare under behandling, är mycket känsliga mått på otillräcklig behandlingseffekt. Identifiering av orsaker till sådana problem är centralt för att kunna påverka och förbättra behandlingsresultaten.

I diagram 122 visas andelen HIV-patienter med viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml, under mätperioden 2008–2009. Patientens senaste mätvärde under perioden redovisas. Antalet patienter som ingår i jämförelsen är 3 540.

I riket når 88 procent av alla patienter behandlingsmålet, med innebörden att de har en mycket god och stabil behandlingseffekt. Skillnaderna mellan landstingen sträcker sig från 67 till 92 procent av patienterna som når målet. Skillnaderna har minskat jämfört med tidigare mätning och resultatet i hela riket har förbättrats med tre procentenheter sedan kvalitetsregistrets föregående mätning. Det finns inga skillnader mellan kvinnors och mäns behandlingsresultat.

Kvalitetsregistret anger som mål, eller som det förväntade utfallet, att 90 procent av patienterna har god viruskontroll, vilket nås av en grupp landsting. De minskade skillnaderna mellan landstingen/klinikerna kan till del förklaras av att de flesta kliniker redovisar helt uppdaterade data. En annan orsak av betydelse är det kvalitetsarbete som skett till följd av redovisningen av 2008 års resultat.

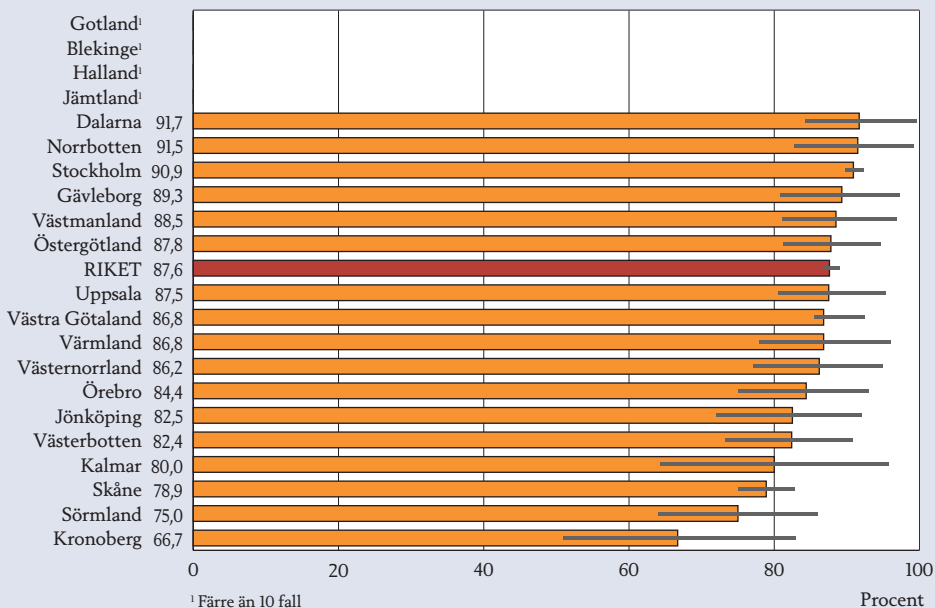


Diagram 122

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 2008–2009.

Källa: InfCare HIV

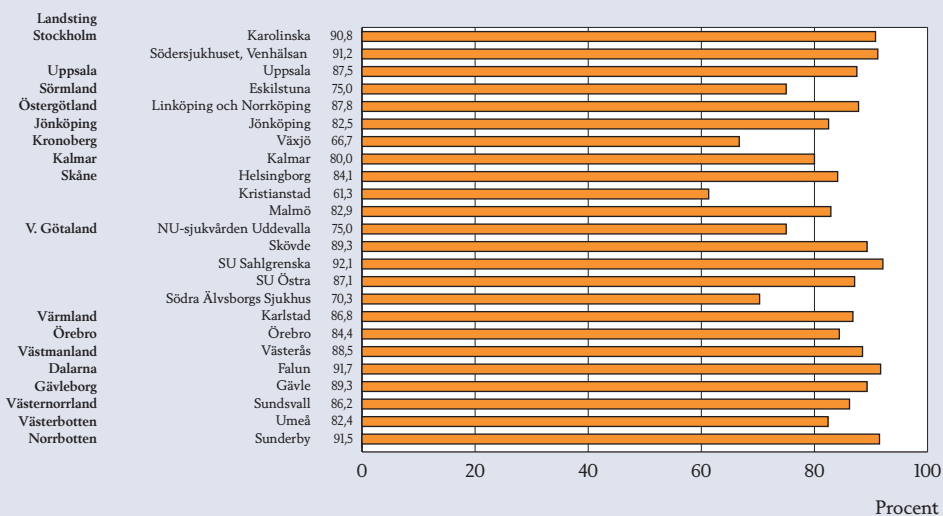


Diagram 122
Sjukhus

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, 2008–2009.

Källa: InfCare HIV

De svenska behandlingsresultaten är mycket goda ur ett internationellt perspektiv, även jämfört med de resultat som vanligtvis redovisas från kliniska studier, med de strikta kriterier på patienturval som tillämpas där.

HIV-populationen har av tradition beskrivits utifrån möjliga sätt att förvärva infektionen. Dessa grupper har stora olikheter i socioekonomiska och kulturella faktorer och även vad gäller behandlingsfrekvens och resultat. Dessa skillnader i patient-sammansättning kan påverka resultaten för olika landsting. Resultaten för mindre landsting är mer osäkra, vilket framgår av de breda konfidensintervallen.

123 Smärtskattning i livets slutskede

Palliativ vård handlar om de lindrande åtgärder man kan vidta när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända tills det är mycket kort tid kvar. Över 70 000 av de drygt 90 000 som dör i Sverige varje år, lever den sista tiden i kontakt med olika vårdgivare, som tillsammans bör kunna erbjuda alla ett likvärdigt vårdinnehåll den sista tiden i livet.

Svenska Palliativregistrets syfte är att successivt utveckla den palliativa vården för alla oavsett vårdgivare. Till en början görs detta genom att vårdpersonalen som vårdat en nyligen avliden dels fyller i en enkät om hur det var de sista 1–2 veckorna i patientens liv, dels fyller i en enkät varje år om vilka resurser och rutiner man har för att erbjuda god palliativ vård. Till registret kan alla vårdenheter rapportera, både kommunalt och landstingskommunalt drivna eller finansierade.

Svenska Palliativregistrets täckningsgrad för cancerdödsfall i Sverige 2008 var 38,5 procent, varierande mellan 14 och 65,8 procent i de olika landstingen/länen. Även täckningsgrad redovisas i diagram 123.

2007 publicerade Socialstyrelsen Nationella Riktlinjer för cancer i bröst, prostata och tjocktarm. I det arbetet har två nationella kvalitetsindikatorer tagits fram för den palliativa vården och de redovisas nedan.

Indikator 123 är ett processmått som mäter om smärtskattningsinstrumentet VAS/NRS använts sista levnadsveckan för cancerpatienter. Upplevelse av smärta är något personligt. Vårdpersonal har en tendens att underskatta, medan närstående har en tendens att överskatta den sjukes smärtupplevelse. För att i tid fånga och därmed minimera den sjukes smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. VAS/NRS har i det nationella riktlinjearbetet för cancervård bedömts som det mest tillförlitliga instrumentet för patienter som kan kommunicera med omgivningen.

Smärtskattningsinstrument skall användas i minst 60 procent av alla dödsfall. Den målnivå är fastlagd av Palliativregistret. Just detta instrument är beroende av såväl patientens vilja som förmåga att medverka, vilket motiverar den förhållandevis låga målnivån.

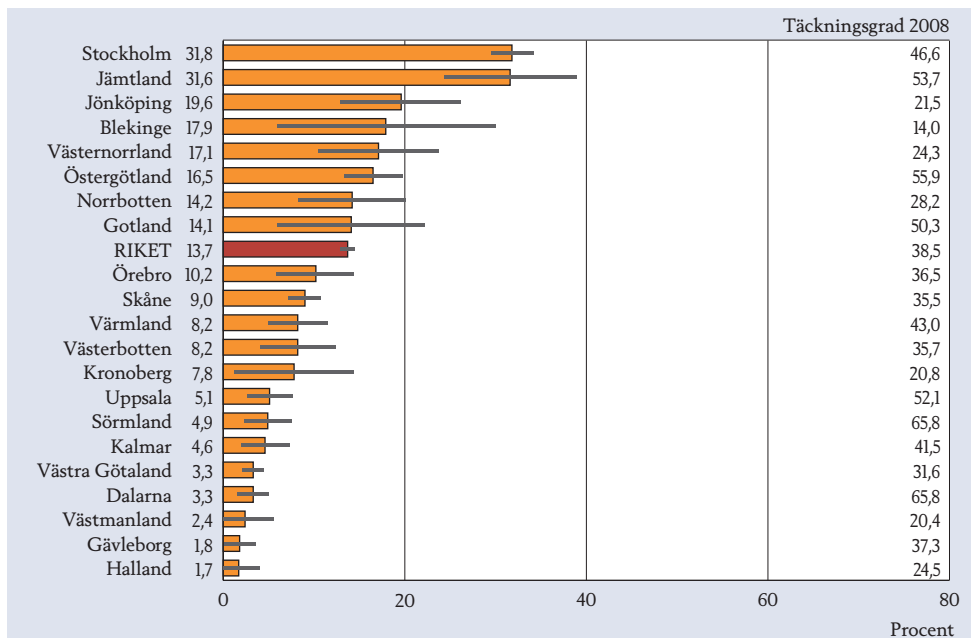


Diagram 123
Kvinnor

Andel cancerpatienter i livets slutskede som har skattat sin smärta med VAS/NRS, 2007-2008.

Källa: Svenska Palliativregistret

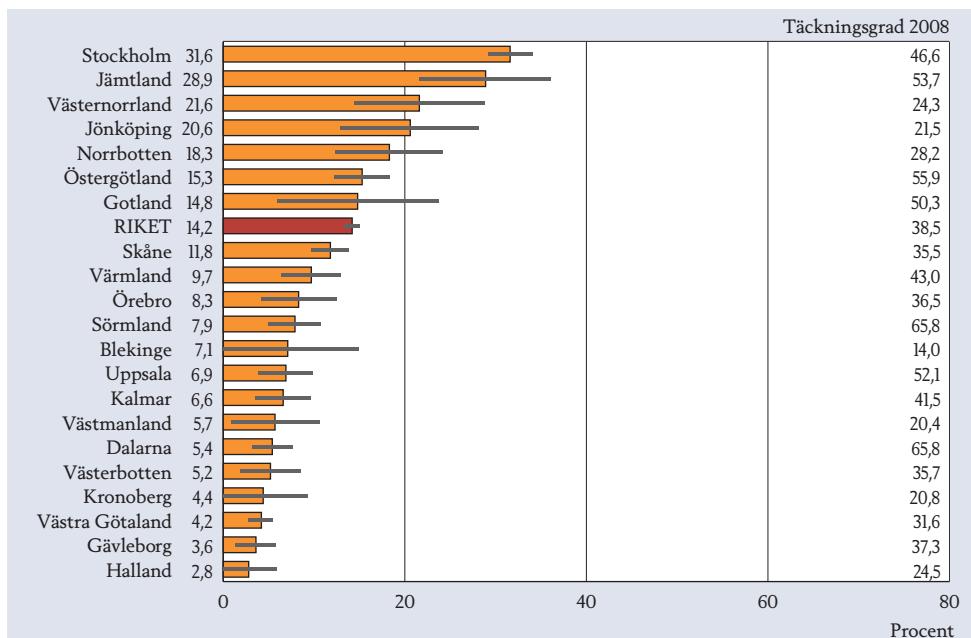


Diagram 123
Män

Andel cancerpatienter i livets slutskede som har skattat sin smärta med VAS/NRS, 2007-2008.

Källa: Svenska Palliativregistret

I diagram 123 visas att smärtskattning med VAS/NRS endast gjordes av 13,9 procent av de drygt 13 600 cancerpatienter som rapporterats till registret under perioden 2007–2008. Länsvis varierar andelen patienter som skattade sin smärta från 2,8 procent till 31,7 procent. Inget landsting/län når upp till mer än halva målnivån. Förbättringspotentialen är därmed stor hos alla rapporterande vårdgivare. I riket finns inga egentliga skillnader mellan könen.

124 Vidbehovsordination av opiatier i livets slutskede

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas. Då skall vissa medicinska och omvårdnadsmässiga åtgärder vidtas, bland annat att tillse att det finns lämpliga ordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen skall ges av patientansvarige läkaren. Det medicinska ansvaret flyttar ibland från specialisten till läkare i primärvård som ansvarar för hemsjukvård eller särskilda boendeformer. Då är det extra viktigt att det inte blir några glapp i för patienten viktiga ordinationer.

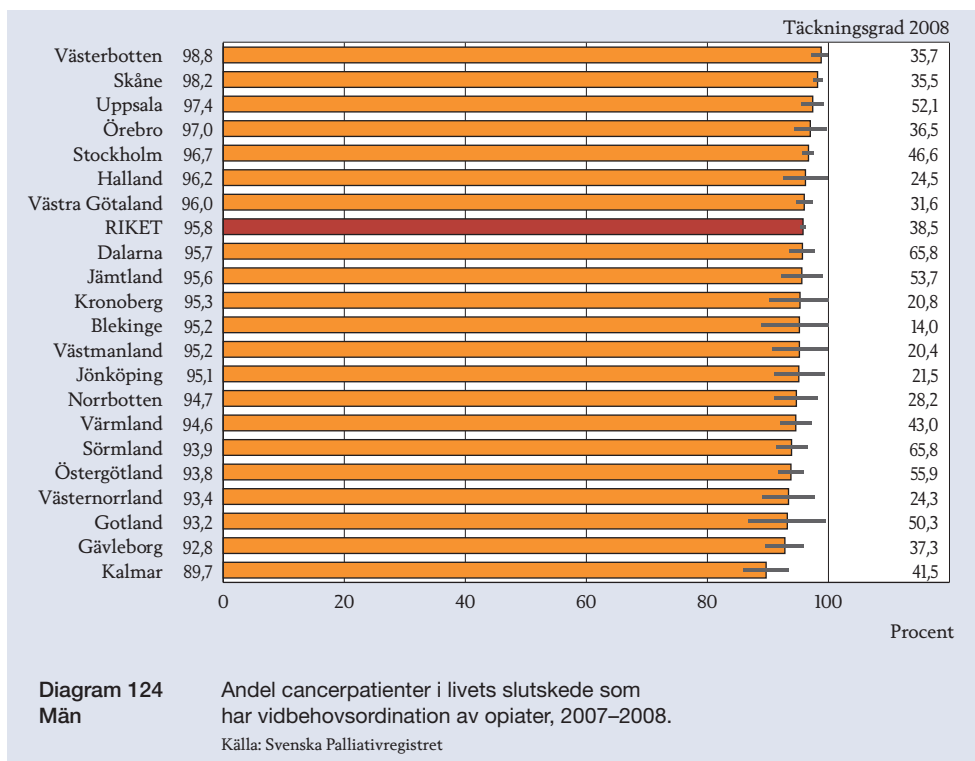
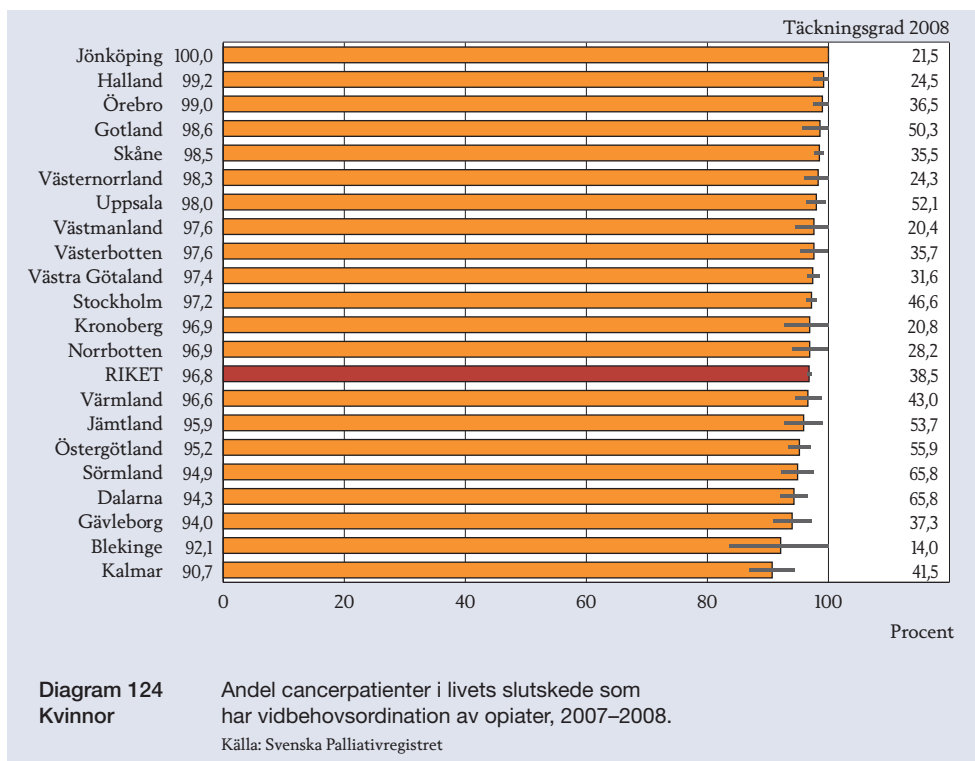
Det är väl känt att majoriteten av människor som dör i cancer behöver minst en injektion av opioid (smärtstillande morfinpreparat) den sista tiden i livet. Samtidigt finns fortfarande bland vissa medicinskt ansvariga läkare ett motstånd mot att ordinaera detta i förväg, innan behovet verkligen har uppstått.

Tiden mellan stegrad smärta och lindring kan bli onödigt lång. Först skall patienten som har ont anse att det gör tillräckligt ont för att larm skall ges. Därefter skall detta larm nå en sjuksköterska som efter att ha gjort sin bedömning måste ha såväl en fullgod ordination som tillgång till läkemedel. För att kunna hålla tiden från larm till given injektion rimligt kort, krävs att alla led i denna kedja är så väl förberedda som möjligt.

I Palliativregistrets årsrapport för 2008 visas att om skriftliga rutiner finns för hur ordinationer skall göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer. Palliativregistret har satt som mål att 90 procent av patienterna skall ha ordination för smärtstillande behandling. Diskussion pågår om målet skall höjas ytterligare.

Diagram 124 visar andelen cancerpatienter för vilka det fanns ordination av opiatier vid behov, under perioden 2007–2008. Totalt ingick drygt 6 500 patienter i jämförelsen. I riket hade 96,3 procent av patienterna sådan ordination. Sett per landsting/län, oavsett vårdgivare, varierar andelen mellan 90,2 och 98,3 procent. Alla landsting/län når dagens mål på 90 procent. Skillnaderna mellan könen är för riket små.

För den tredjedel av samtliga cancerdödsfall som rapporterats till Palliativregistret är resultatet således bra. Det finns dock enstaka vårdenheter på lokal nivå där denna typ av rutinarbete behöver utvecklas. Ibland beror dessa lokala brister på dålig medicinsk kontinuitet.



Att följa indikatorerna över tid

Alltsedan *Öppna jämförelser* publicerades första gången har frågan om att visa data landstingsvis över tid varit under diskussion. Det finns svårigheter förknippat med en sådan presentationsform, framförallt vad gäller överskådlighet. Samtidigt är det viktigt att kunna göra fördjupade analyser av ett landstings resultat för att kunna agera. En presentation över tid säger exempelvis om resultaten är stabila, om variationen är stor år från år, om initierade förbättringar har effekt, eller om resultaten är på väg att försämrats. En jämförelse med andra kan bidra till att förbättringsarbete initieras, eller ge signaler om system som fungerar bättre och kan vara värda att studera. I själva förbättringsarbetet är dock en löpande uppföljning, och jämförelse med egna data över tid, kärnan.

I årets rapport visas exempel på hur ett par indikatorer ser ut om data för flera år presenteras per landsting. Detta för att ytterligare synliggöra att indikatorerna är avsedda att leda till fortsatt analys och diskussion om resultaten och om vad som kan göras för att förbättra dem.

För *kranskärslröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt* så har exempelvis Skåne grön markering och Dalarna och Östergötland gul. Baserat på tidstrenderna de senaste fyra åren har dock både Dalarna och Östergötland förbättrat sina värden varje år, medan Skåne har legat på en jämn nivå. De tolkningar som görs utifrån dessa diagram kanske blir annorlunda än de rangordnade stapeldiagrammen och det i sin tur kanske bidrar till andra fördjupade analyser.

Vad gäller *kärlaccess vid dialys* så har andelen med AV-fistel eller AV-graft minskat generellt och många landsting ligger på en nivå långt under kvalitetsregistrets målnivå. Trenderna ser dock mycket olika ut för olika landsting. Exempelvis har Gävleborg och Jönköping nästan samma värde, men av trenderna att döma behöver de göra helt olika analyser. Västmanland har gul markering i årets rapport, men hade grön markering i 2008 års *Öppna jämförelser*. De har försämrat sitt värde i flera år i rad och det är alltså inte rimligt att i första hand anta att det är slumpmässig variation som har gjort att landstinget placerat sig olika. Det visar också på att det är viktigt att analysera och följa även de gröna indikatorerna.

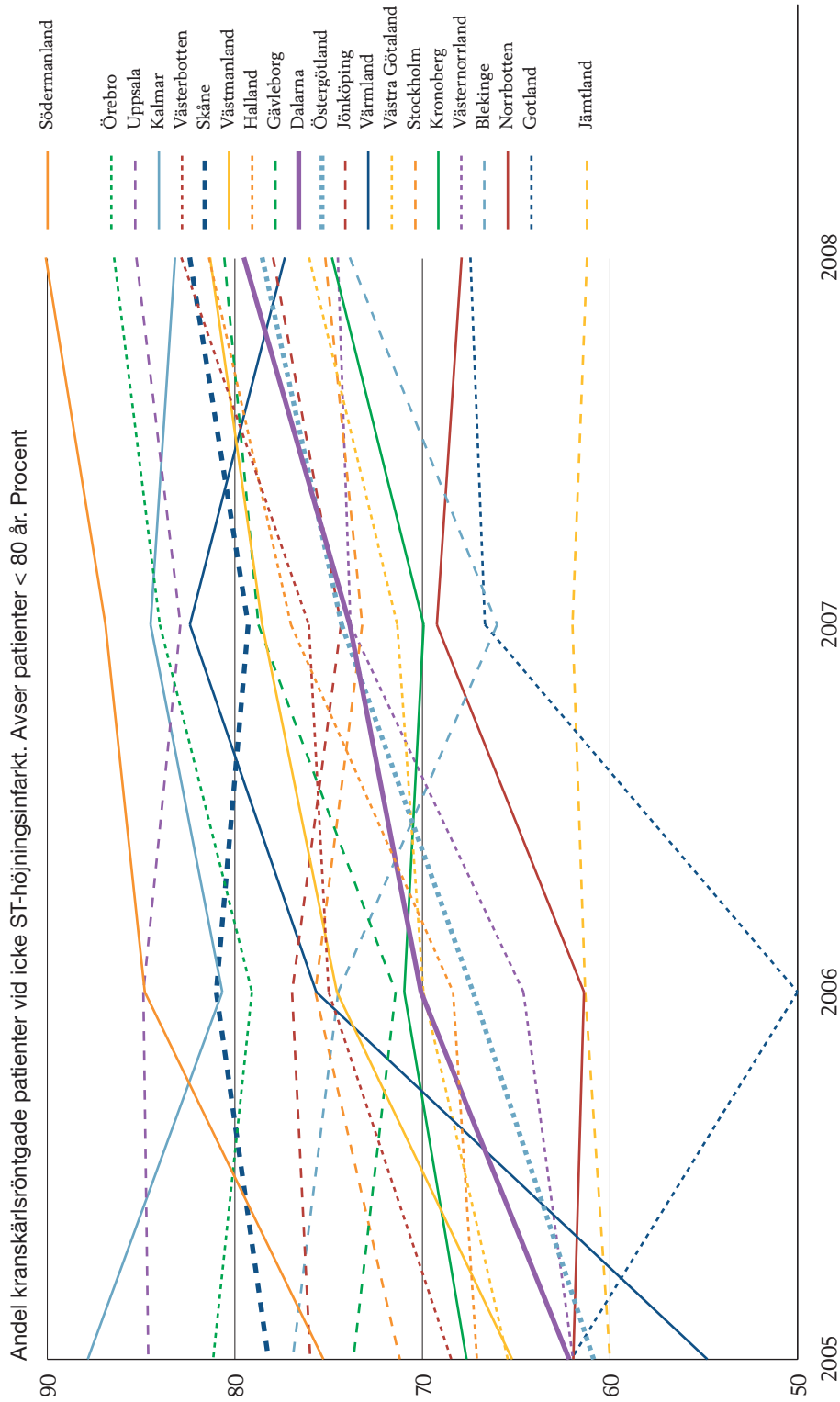
För patienter med *diabetes* har kolesterolvärdena sjunkit generellt för varje år sedan mätningarna av detta inleddes i Nationella Diabetesregistret. Trots detta är målfyllnelsen för behandlingen fortfarande låg. Detta diagram visar genomsnittliga

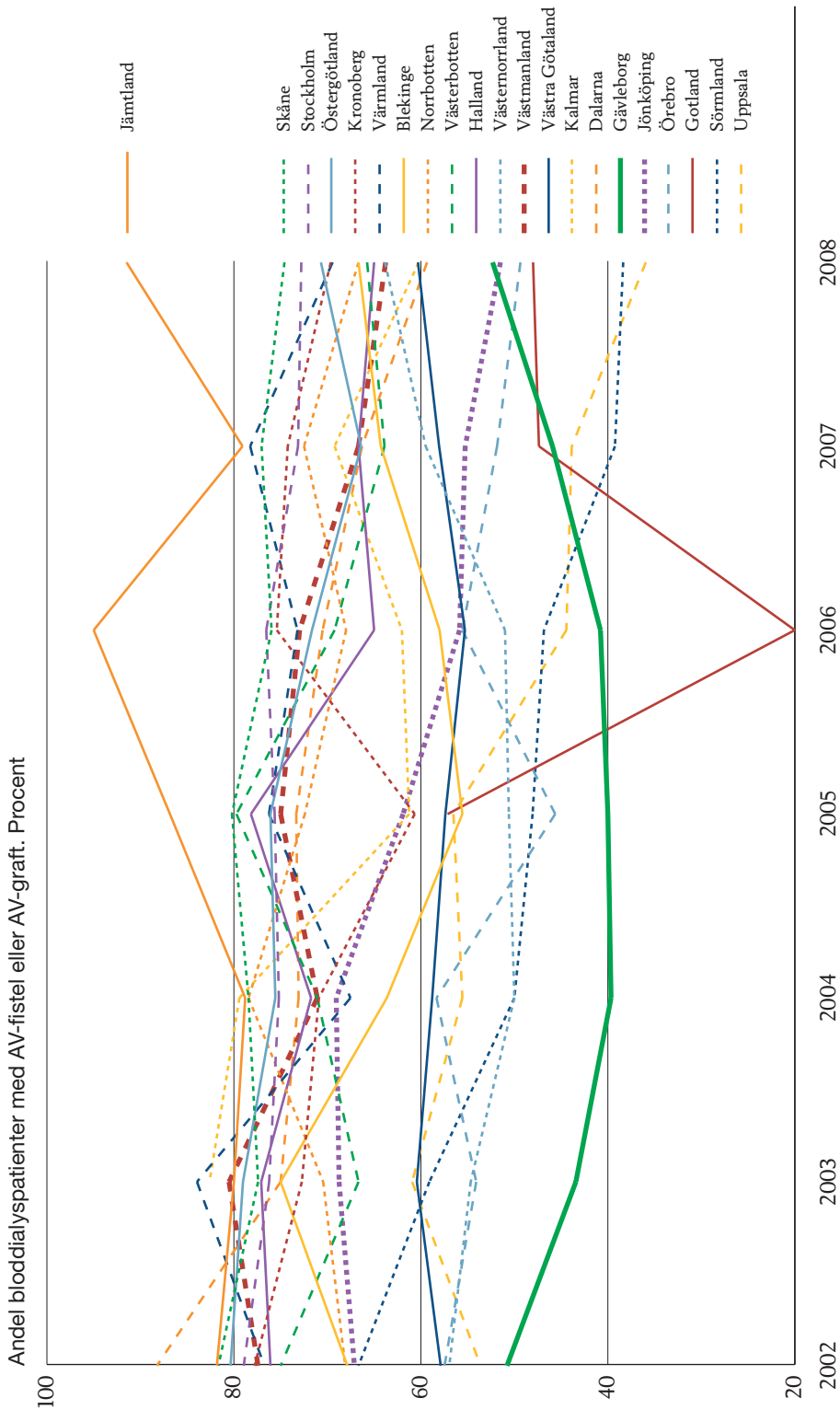
kolesterolvärden, medan indikatorn 56 visar andelen patienter i primärvård som når målet för behandlingen ($<4,5$ mmol/l). Trots att täckningsgraden inte är fullständig, visar flera landsting stabila trender och stabil positionering i jämförelse med de andra landstingen. Alla har förbättrat sig totalt sett under tidsperioden. Många är fortsatt tydligt på väg åt rätt håll, andra kan behöva analysera om det finns skäl till att den positiva trenden ser ut att ha brutits.

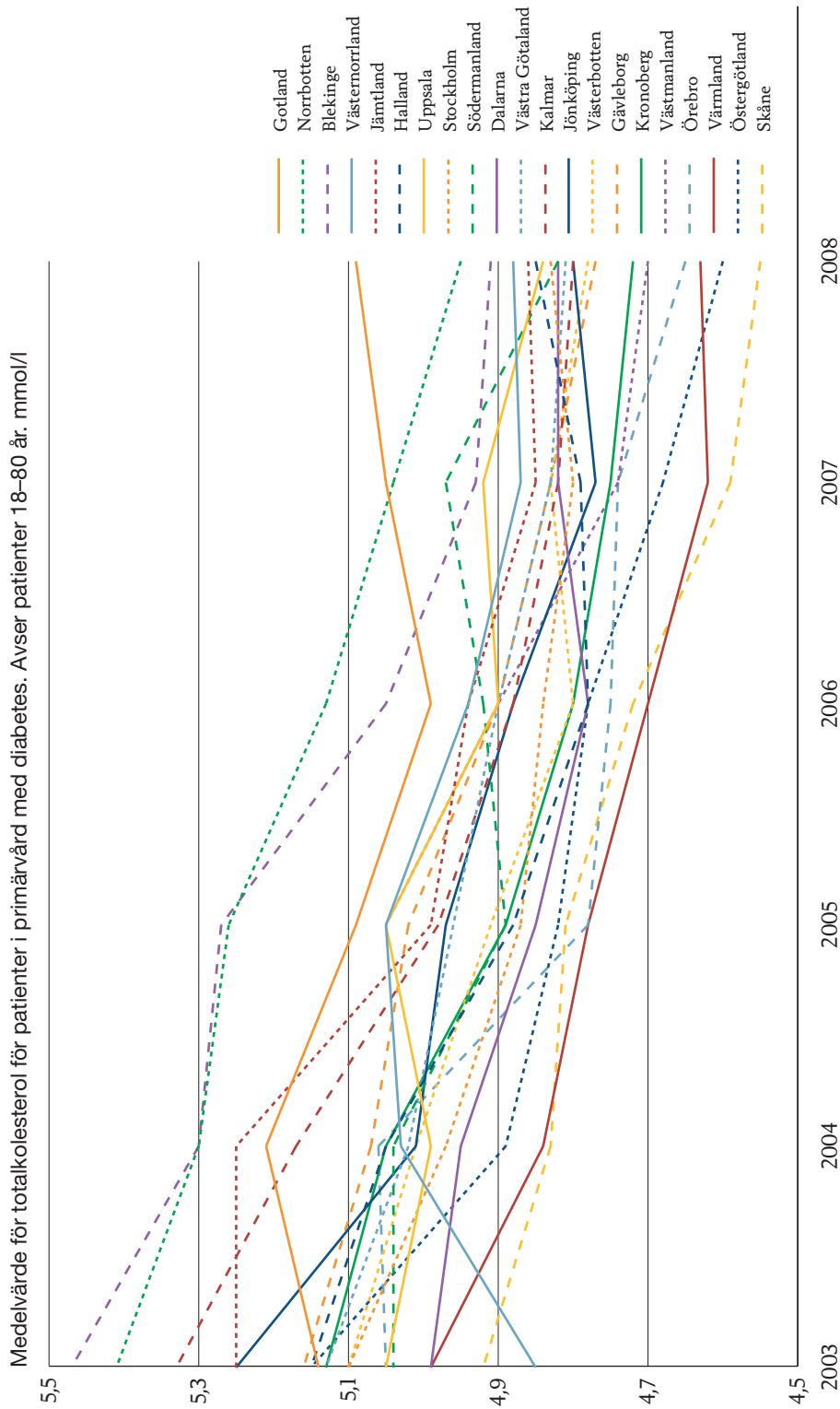
Andelen *bristningar vid förlossning* av grad III och IV har ökat de senaste decennierna. De senaste åren har dock vissa landsting lyckats skapa en neråtgående trend, medan andra ser ut att vara på väg åt fel håll. Stockholm är exempel på ett landsting som har höga värden, men en positiv trend.

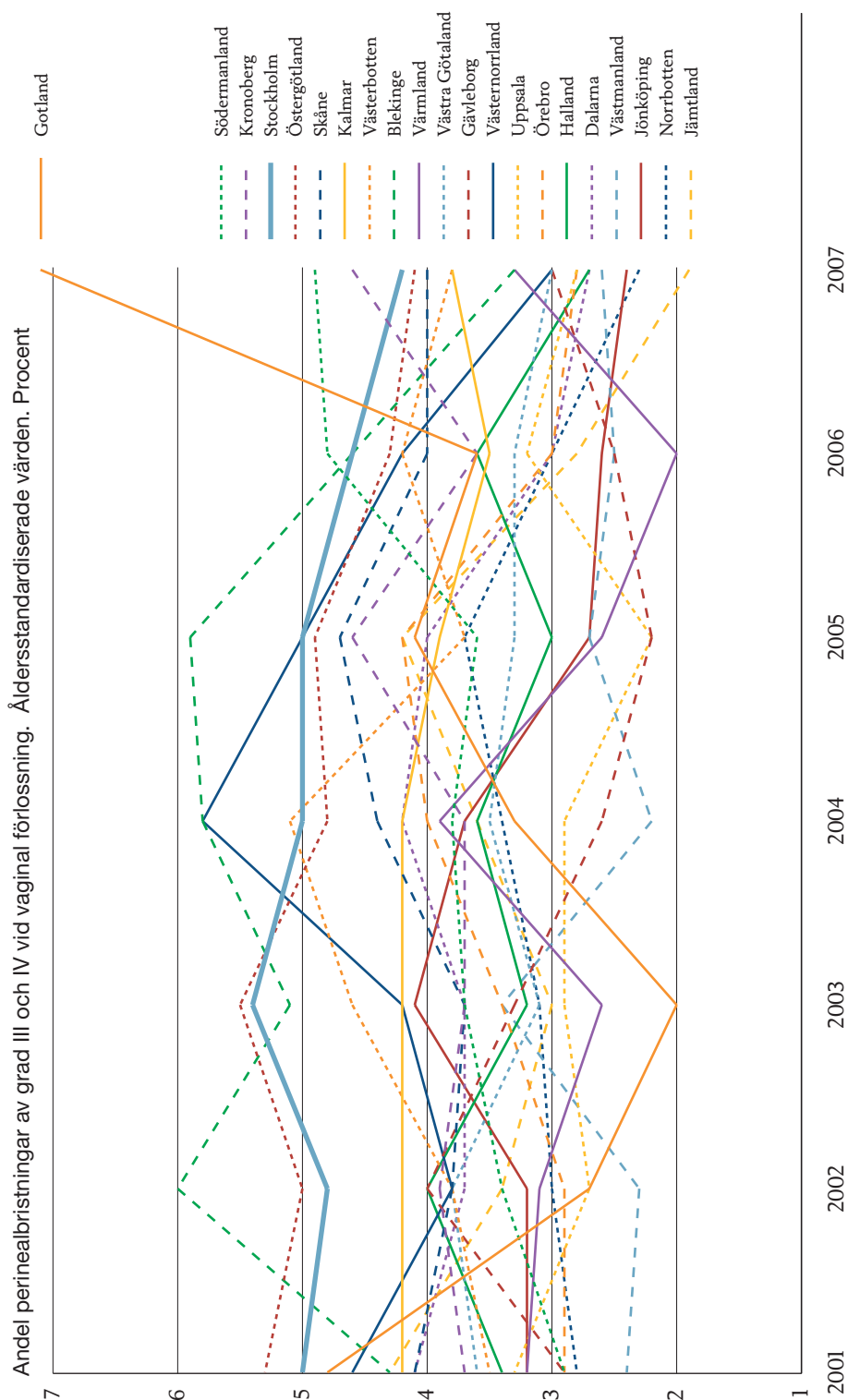
Dessa exempel illustrerar tydligt det som inledningen till denna rapport betonar: *Öppna jämförelser* presenterar indikatorer som signalerar om var landstingen behöver analysera resultaten vidare för att kunna agera. Det kan vara för att identifiera förbättringsmöjligheter för indikatorer med sämre värden, för att identifiera framgångsfaktorer för att bibehålla bra värden eller för att förbättra rapporteringen. Det illustreras tydligare att det landsting som slutar förbättra sina värden snart slutar att vara bra i jämförelse med de landsting som förbättras kontinuerligt.

Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt









Resultat för alla landsting och indikatorer

På följande uppslag återges en färgsatt tablå med alla landstingsutfall för indikatorerna. Horisontellt kan man för varje indikator följa landstingens utfall både med siffervärden och med färgläggningen grönt–gult–rött. Vertikalt redovisas för varje landsting utfallet för samtliga indikatorer, för män, kvinnor och totalt i förekommande fall. Även värdet för riket redovisas.

Plus-respektive minustecken anges i de fall en indikator hade två mätperioder och mätvärden – se gråskuggade staplar i diagrammen – och anger förbättring (+) eller försämring (-). De tidigare mätvärdena är alltid de som redovisas i årets rapport, inte tidigare års.

Modellen för färgläggning är en enkel och konsekvent genomförd för alla indikatorer. Grönt anger placering 1–7, gult placering 8–14 och rött anger placering 15–21 för det aktuella landstinget, i en rangordning av alla 21 landsting. De vita rutorna anger att data saknades eller att antalet fall var för få för att redovisas.

Placering 1–7

Placering 8–14

Placering 15–21

När data saknats och landsting därmed vitmarkerats, har dessa landsting vid den övriga färgmarkeringen underförstått placerats sist i rangordningen. Antalet röda färgmarkeringar som delats ut för denna indikator har därmed minskats med motsvarande antal.

Återigen påminns om att det inte är lämpligt att göra en rak summering av utfallet för alla landsting, i termer av antalet röda, gula och gröna färgmarkeringar. Varje utfall bör värderas för sig och inte främst utifrån ett landstings position i förhållande till andra.

Kv. = Kvinnor M. = Män											
+ = Förbättrat värde - = Försämrat värde	RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar			

Övergripande indikatorer

Hälsotillstånd, dödlighet med mera

1	Återstående medellivslängd. Kv.	+ 82,9	+ 83,2	+ 83,4	- 82,3	+ 82,7	+ 83,2	- 83,5	+ 82,8	
1	Återstående medellivslängd. M.	+ 78,7	+ 78,8	+ 79,7	+ 78,3	+ 79,1	+ 79,2	+ 79,5	+ 78,2	
2	Självskattat allmänt hälsotillstånd. Kv.	68	70	73	68	69	66	72	68	
2	Självskattat allmänt hälsotillstånd. M.	73	74	71	71	73	74	74	76	
2	Självskattat allmänt hälsotillstånd.	70	72	72	69	71	70	73	72	
3	Självskattat psykiskt välbefinnande. Kv.	20	23	20	20	20	19	18	17	
3	Självskattat psykiskt välbefinnande. M.	14	17	16	13	15	14	12	11	
3	Självskattat psykiskt välbefinnande.	18	20	18	17	17	16	15	14	
4	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Kv.	- 34,5	+ 36,4	- 31,2	+ 32,5	- 31,7	- 27,1	- 31,6	- 33,7	
4	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. M.	+ 55,7	+ 60,6	+ 52,0	+ 60,0	+ 50,5	+ 48,0	- 52,5	- 56,3	
4	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet.	- 44,6	+ 47,6	- 41,4	+ 45,5	- 40,5	- 37,0	- 41,9	- 44,3	
5	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Kv.	+ 39,3	+ 35,9	+ 36,1	+ 47,4	+ 38,8	+ 41,5	+ 36,7	+ 44,7	
5	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. M.	+ 57,0	+ 54,3	+ 45,0	+ 62,4	+ 55,2	+ 55,3	+ 46,2	+ 62,3	
5	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.	+ 47,5	+ 44,1	+ 40,2	+ 54,5	+ 46,5	+ 47,8	+ 41,0	+ 53,2	
6	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Kv.	+ 39,7	+ 35,6	+ 26,4	- 47,3	+ 45,4	- 42,1	+ 29,5	+ 46,2	
6	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. M.	+ 105,3	+ 94,7	- 91,5	+ 97,3	+ 104,3	+ 103,2	+ 89,9	+ 123,8	
6	Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.	+ 70,6	+ 62,7	+ 57,3	+ 71,1	+ 73,5	+ 70,8	+ 58,4	+ 83,6	
7	Undvikbar slutenvård. Kv.	+ 1051	- 1056	- 1034	+ 1035	+ 941	- 1055	- 1034	- 1101	
7	Undvikbar slutenvård. M.	+ 1330	+ 1358	- 1262	+ 1252	+ 1153	+ 1273	+ 1240	+ 1360	
7	Undvikbar slutenvård.	+ 1170	+ 1181	- 1135	+ 1118	+ 1031	- 1145	+ 1126	- 1218	
8	Riktad provtagning vid MRSA	55,9	58,9	41,5	28,6	56,5	29,2	31,3	69,2	
9	Vårdrelaterade infektioner	+ 9,7	+ 10,7	- 11,4	- 10,0	+ 9,3	- 9,3	- 10,1	+ 8,1	

Förebyggande insatser

10	Vaccination av barn – MPR	96,7	95,2	94,1	97,9	97,5	98,2	97,5	98,1	
11	Influensavaccination för invånare över 65 år	+ 64,0	+ 73,0	+ 64,0	+ 75,0	+ 59,0	+ 69,0	+ 69,0	+ 68,0	
12	Gynekologisk cellprovskontroll.	+ 79,5	- 73,0	+ 69,6	- 75,9	+ 81,2	- 84,5	+ 75,9	+ 91,5	

Förtroende och patientnöjdhet

14	Tillgång till sjukvård	+ 77	+ 78	+ 78	+ 73	+ 75	- 81	+ 82	- 81	
15	Förtroende för vårdcentraler	+ 56	+ 56	+ 56	- 51	+ 53	+ 60	+ 56	- 61	
16	Förtroende för sjukhus	+ 67	+ 66	+ 73	+ 64	+ 70	- 72	+ 75	- 69	
17	Förväntad hjälp vid besök	+ 84	+ 84	+ 86	- 81	+ 83	+ 85	+ 83	- 85	

Tillgänglighet

18	Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral	+ 85	+ 86	+ 80	+ 76	+ 79	+ 86	+ 83	- 87	
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	59	63	51	59	66	56	59	67	
20	Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon	61	63	65	67	74	57	74	73	
21	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	91,2	92,8	88,2	87,6	92,3	91,1	93,0	95,0	
22	Väntat > 90 dagar – besök i specialiserad vård	+ 17,7	+ 14,7	30,5	+ 15,2	33,7	+ 5,1	+ 6,9	+ 6,3	
23	Väntat > 90 dagar – behandling i specialiserad vård	+ 17,0	+ 19,3	21,3	+ 20,8	20,8	+ 10,3	+ 18,9	+ 6,7	

Kostnader

24	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	- 19786	- 20966	- 19974	- 19217	- 17768	- 19322	- 20006	- 18949	
25	Kostnader per konsumerad DRG-poäng	+ 44298	+ 42510	- 44028	+ 48395	- 43769	- 43749	- 45540	- 41111	
26	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	+ 1263	+ 1280	- 1595	- 1523	+ 1204	+ 1339	+ 1268	- 1339	

Områdesvisa indikatorer

Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård

27	Tidiga aborter	+ 74,7	+ 71,3	+ 71,0	+ 79,0	+ 79,6	+ 83,2	+ 78,0	+ 79,9	
28	Dödfödda	+ 2,99	+ 2,50	+ 2,33	+ 3,36	+ 2,98	- 3,55	+ 3,12	+ 3,66	
29	Neonatal dödlighet	+ 1,84	+ 1,64	+ 1,61	+ 1,73	+ 1,67	+ 2,61	+ 1,46	+ 3,04	
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	+ 1,13	+ 0,95	+ 0,90	- 1,13	- 1,30	- 1,33	+ 0,96	+ 1,52	
31	Bristningar vid förlossning	- 3,89	- 4,85	+ 2,81	- 4,12	- 4,65	+ 3,05	- 4,00	+ 3,90	
32	Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet	7,83	9,38	9,16	7,95	7,63	5,83	8,08	7,44	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	+ 82,8	+ 83,0	+ 83,0	+ 83,9	+ 83,0	+ 82,4	+ 82,8	+ 82,6	+ 82,8	+ 82,0	+ 82,3	+ 82,1	+ 83,0	+ 82,3
	+ 78,9	+ 79,1	+ 78,8	+ 79,7	+ 78,7	+ 78,0	+ 78,5	+ 78,6	+ 78,6	+ 77,8	+ 77,7	+ 78,1	+ 78,9	+ 77,6
	62	63	69	72	67	66	65	67	69	65	66	66	65	6
	76	70	73	77	72	71	72	71	71	70	73	67	74	72
	69	66	71	74	70	68	68	69	70	67	69	66	69	69
	31	16	20	20	20	15	17	20	23	24	21	16	24	18
	15	14	14	15	15	13	13	18	13	15	11	15	10	12
	23	15	17	18	18	14	16	19	18	19	17	16	17	16
	- 43,6	- 30,0	- 41,1	- 27,6	- 32,8	- 33,9	- 36,2	- 38,6	- 35,7	- 39,8	- 32,1	- 38,8	+ 23,3	- 33,5
	+ 57,2	+ 53,4	+ 64,9	+ 50,7	- 55,2	+ 49,7	+ 57,2	+ 55,8	+ 51,8	+ 57,0	+ 56,2	+ 48,2	+ 42,1	+ 47,6
	+ 49,5	+ 41,4	- 52,3	+ 38,6	- 43,5	+ 41,7	+ 46,1	+ 46,7	- 43,8	- 48,1	- 43,7	- 43,4	+ 32,2	- 40,5
	+ 39,3	+ 36,5	+ 36,5	+ 30,8	+ 37,9	+ 46,6	+ 42,8	+ 39,0	+ 45,9	+ 46,4	+ 48,0	+ 46,2	+ 36,8	+ 41,1
	+ 55,9	+ 53,4	+ 50,7	+ 40,7	+ 58,1	+ 71,9	+ 58,6	- 61,2	+ 64,3	+ 61,3	+ 70,1	+ 60,6	+ 58,5	+ 70,9
	+ 46,8	+ 44,7	+ 43,0	+ 35,5	+ 47,3	+ 58,4	+ 50,4	+ 49,1	+ 54,6	+ 53,4	+ 58,2	+ 53,2	+ 47,0	+ 55,1
	+ 21,9	- 47,2	+ 39,1	- 32,6	+ 39,6	+ 48,3	+ 38,8	+ 36,1	- 44,8	+ 42,4	+ 43,3	+ 48,9	+ 40,9	- 42,8
	+ 116,7	+ 109,8	+ 101,7	+ 89,3	+ 111,7	+ 109,0	+ 124,5	+ 100,0	+ 106,5	+ 119,0	+ 122,7	+ 111,3	+ 109,7	+ 116,2
	+ 66,0	+ 77,1	+ 68,5	+ 59,5	+ 73,8	+ 77,3	+ 79,3	+ 66,6	+ 74,0	+ 78,8	+ 80,5	+ 79,2	+ 73,4	+ 77,9
	+ 1179	+ 887	- 1063	+ 937	+ 1037	- 1113	- 1079	+ 1127	- 1166	+ 1007	+ 1190	+ 988	+ 1149	+ 1097
	+ 1463	+ 1036	+ 1372	+ 1198	+ 1328	- 1492	+ 1353	+ 1353	+ 1411	+ 1260	+ 1484	- 1288	+ 1467	+ 1452
	+ 1296	+ 952	+ 1194	+ 1048	+ 1162	- 1275	+ 1194	+ 1223	+ 1270	+ 1115	+ 1315	+ 1118	+ 1283	+ 1253
	45,5	52,6	63,5	64,7	52,2	50,0	50,0	56,5	47,6	33,3	75,9	76,9	50,0	33,3
	+ 6,0	+ 7,6	+ 10,1	- 7,7	+ 10,0	+ 9,6	- 8,4	- 10,8	+ 6,4	- 10,3	- 7,7	+ 8,0	+ 9,8	- 8,9
	97,8	98,3	96,9	98,3	97,2	97,9	96,8	97,6	97,3	97,1	98,8	96,8	97,4	96,7
		+ 68,0	+ 65,6	+ 71,0	+ 58,0	+ 68,2		+ 68,0	+ 62,6	+ 60,3	- 64,0	+ 63,0	+ 73,0	+ 56,0
	- 74,7	- 77,1	+ 73,4	- 77,0	+ 86,0	- 82,5	- 81,8	- 78,6	+ 92,5	+ 89,6	-90,2	- 85,0	+ 77,4	+ 87,2
		+ 80	+ 75	+ 85	+ 75	- 69	+ 79	+ 78	+ 75	+ 68	+ 78	+ 76	+ 79	- 74
		+ 59	+ 53	+ 67	+ 55	+ 57	+ 55	+ 60	+ 55	+ 55	+ 56	+ 58	- 56	- 53
		- 68	+ 67	+ 68	- 66	+ 64	- 72	+ 67	+ 68	+ 60	+ 69	+ 71	- 70	- 68
		- 84	+ 85	+ 87	+ 83	+ 86	+ 85	+ 83	+ 83	- 81	+ 83	- 83	+ 89	+ 83
		- 81	+ 83	+ 92	+ 86	+ 88	+ 78	+ 84	+ 85	+ 84	+ 88	+ 83	+ 86	+

Kv. = Kvinnor M. = Män + = Förbättrat värde - = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Kvinnosjukvård										
34	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder	2,01	2,89	1,09	2,36	1,53	1,40	1,84	1,30	
35	Väntat > 90 dagar – gynekologisk operation	+ 8,5	+ 11,0	50,8	+ 3,6	1,9	+ 0,0	+ 4,8	+ 0,0	
36	Väntat > 90 dagar – gynekologisk mottagning	+ 6,3	+ 7,7	29,0	+ 4,1	5,9	+ 0,0	+ 1,8	+ 16,8	
37	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	+ 13,8	+ 1,5	+ 0,8	+ 19,8	+ 45,8	+ 21,4	+ 4,9	+ 1,3	
Rörelseorganens sjukdomar										
39	Implantatöverlevnad vid knäprotesoperation. Kv.	96,1	96,2	94,5	97,9	98,9	96,9	96,4	96,7	
39	Implantatöverlevnad vid knäprotesoperation. M.	96,0	96,9	96,6	98,4	99,0	97,3	94,2	94,2	
39	Implantatöverlevnad vid knäprotesoperation.	+ 96,0	+ 96,4	95,2	+ 98,1	+ 98,9	+ 97,1	+ 95,8	+ 95,9	
40	Implantatöverlevnad vid höftprotesoperation. Kv.	95,9	96,1	93,9	97,5	98,5	97,4	96,2	98,2	
40	Implantatöverlevnad vid höftprotesoperation. M.	93,4	93,3	91,1	93,9	97,6	94,1	93,8	97,1	
40	Implantatöverlevnad vid höftprotesoperation.	+ 94,9	+ 95,1	+ 92,8	- 95,8	+ 98,2	+ 96,0	+ 95,1	+ 97,8	
41	Omoperation efter höftprotesoperation. Kv.	1,50	1,70	1,90	0,70	1,00	1,30	0,30	1,30	
41	Omoperation efter höftprotesoperation. M.	1,90	2,20	2,40	1,20	1,60	1,60	1,00	2,40	
41	Omoperation efter höftprotesoperation.	+ 1,60	+ 1,90	+ 2,10	+ 0,90	- 1,30	+ 1,40	+ 0,60	- 1,70	
42	Patientrapporterat resultat av höftprotesop. Kv.	0,386	0,388	0,378	0,434	0,293	0,390	0,374	0,327	
42	Patientrapporterat resultat av höftprotesop. M.	0,354	0,357	0,318	0,454	0,301	0,327	0,316	0,292	
42	Patientrapporterat resultat av höftprotesop.	0,372	0,380	0,356	0,443	0,297	0,363	0,349	0,312	
43	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesop. Kv.	+ 3,03	+ 3,29	+ 2,96	- 2,36	+ 4,02	- 3,34	+ 2,65	+ 2,22	
43	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesop. M.	+ 4,04	- 5,19	- 5,01	- 3,60	+ 4,99	- 3,25	+ 3,48	- 4,96	
43	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesop.	+ 3,42	+ 3,90	- 3,79	- 2,91	+ 4,37	- 3,33	+ 3,00	- 3,35	
44	Väntetid inför höftfrakturopoperation. Kv.	+ 27,0	- 31,0		+ 25,0	+ 23,0	+ 19,0	+ 26,0	- 24,0	
44	Väntetid inför höftfrakturopoperation. M.	+ 28,0	- 29,0		- 30,0	+ 25,0	+ 20,0	+ 29,0	+ 20,0	
44	Väntetid inför höftfrakturopoperation.	+ 27,0	- 30,0		+ 27,0	+ 24,0	+ 20,0	+ 27,0	- 23,0	
45	Protesoperation vid höftfraktur. Kv.	+ 59,0	+ 52,3	+ 68,4	- 43,3	+ 64,0	+ 58,1	+ 65,6	+ 61,3	
45	Protesoperation vid höftfraktur. M.	+ 51,5	+ 44,4	+ 67,2	- 24,4	- 55,8	+ 52,6	- 49,2	- 44,2	
45	Protesoperation vid höftfraktur.	+ 56,6	+ 50,0	+ 67,9	- 38,0	+ 61,4	+ 56,5	- 61,6	+ 56,8	
46	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	23,0	20,9	25,4	22,4	19,7	27,0	26,7	27,5	
47	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. Kv.	202,8	237,8	168,3	146,0	158,6	188,7	170,2	236,1	
47	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. M.	103,6	113,9	86,2	60,7	80,4	85,4	100,0	136,9	
47	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit.	+ 153,9	+ 177,3	+ 128,0	+ 104,0	+ 119,7	+ 137,6	+ 135,1	+ 187,1	
48	Patientrapporterat resultat vid reumatoid artrit	+ 39,7	+ 44,0	- 29,8	- 47,2	- 37,7	- 50,0	- 50,5	+ 34,9	
49	Väntat > 90 dagar – besök ortopedisk mottagning	+ 22,91	+ 22,6	44,6	+ 12,7	46,9	+ 0,7	+ 7,9	+ 0,2	
50	Väntat > 90 dagar – knä- och total höftprotesoperation	+ 9,79	+ 8,2	14,4	+ 23,0	6,2	+ 7,8	+ 13,4	+ 0,0	
51	Artroskopi i knäleden vid artros eller menisksk. Kv.	- 186	- 268,9	- 159,1	- 162,7	- 204,3	- 214,5	+ 155,6	- 348,5	
51	Artroskopi i knäleden vid artros eller menisksk. M.	- 261	- 350,1	+ 228,8	- 216,5	- 236,7	- 299,9	- 284,5	- 482,4	
51	Artroskopi i knäleden vid artros eller menisksk.	- 224	- 309,8	+ 193,8	- 189,7	- 220,7	- 258,9	+ 221,5	- 416,4	
Diabetesvård										
54	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c). Kv.	53,5	53,5	51,1	58,2	55,5	54,9	57,4	44,9	
54	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c). M.	51,1	51,4	44,0	58,3	53,6	50,9	53,4	41,9	
54	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c).	+ 52,1	+ 52,3	- 47,0	+ 58,3	- 54,4	- 52,7	+ 55,1	- 43,1	
55	Måluppfyllelse för blodtryck. Kv.	38,3	39,1	32,0	39,4	43,0	41,4	38,6	41,6	
55	Måluppfyllelse för blodtryck. M.	38,6	39,0	32,8	36,3	43,6	44,8	38,1	42,8	
55	Måluppfyllelse för blodtryck.	+ 38,5	+ 39,0	+ 32,5	+ 37,6	+ 43,4	+ 43,2	+ 38,3	+ 42,3	
56	Måluppfyllelse för kolesterol. Kv.	34,2	32,0	31,9	34,2	41,7	30,2	35,4	33,8	
56	Måluppfyllelse för kolesterol. M.	45,9	43,9	40,9	44,1	52,4	44,0	50,4	44,5	
56	Måluppfyllelse för kolesterol.	+ 40,9	+ 38,9	+ 37,1	+ 39,9	+ 47,9	+ 37,8	+ 43,8	+ 40,0	
57	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling. Kv.	+ 58,2	+ 56,7	+ 55,2	+ 61,7	+ 63,7	+ 56,5	+ 66,9	+ 57,5	
57	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling. M.	+ 59,8	+ 58,8	+ 55,0	+ 63,0	+ 66,2	+ 58,9	+ 66,2	+ 60,0	
57	Blodfettssänkande läkemedelsbehandling.	+ 59,0	+ 57,8	+ 55,1	+ 62,2	+ 65,0	+ 57,6	+ 66,4	+ 58,8	
58	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c). Flickor	30,8	21,5	47,3	28,1	51,1	24,6	62,2	38,5	
58	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c). Pojkar	33,0	34,2	53,1	36,6	50,5	26,6	62,5	24,4	
58	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c).	31,9	31,1	50,6	32,2	50,8	25,6	62,3	31,1	
59	Amputation vid diabetes	3,78	4,36	3,34	1,36	5,04	3,88	4,12	4,59	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	2,01	3,08	1,74	1,74	2,31	1,68	1,02	0,81	2,43	1,39	1,12	2,18	1,57	1,72
+	0,0	- 11,1	+ 0,0	+ 4,1	+ 0,4	- 26,9	+ 1,2	+ 6,7	+9,4	+ 12,4	+ 0,0	- 7,1	+ 1,2	- 11,7
+	0,0	- 13,9	+ 1,4	- 9,8	+ 4,1	+ 4,3	+ 3,5	+ 5,1	+ 1,9	+ 11,4	+ 5,4	+ 3,3	+ 6,0	- 3,5
+	0,0	+ 5,9	- 13,7	+ 3,5	+ 15,1	+ 16,9	+ 11,7	- 6,4	+ 0,5	+ 33,9	+ 52,0	+ 0,0	- 1,2	- 18,9
	97,5	97,3	95,4	98,0	95,9	94,9	95,9	96,3	96,6	93,6	97,1	91,8	95,9	94,4
	94,4	96,8	95,3	97,7	96,3	93,3	97,2	99,6	95,7	86,2	96,2	96,7	98,8	91,2
	96,2	+ 97,1	+ 95,3	+ 97,9	+ 96,0	+ 94,3	- 96,3	+ 97,5	+ 96,3	- 91,1	+ 96,8	- 92,6	+ 97,1	+ 93,4
	93,4	94,9	94,1	93,3	96,0	96,7	95,2	96,7	96,2	95,9	96,3	94,5	97,7	95,7
	81,6	93,0	89,0	95,0	93,3	93,7	97,5	96,7	97,3	91,9	92,5	95,6	97,3	91,5
+	87,3	+ 94,1	+ 92,0	+ 94,2	+ 94,9	+ 95,5	+ 96,1	+ 96,7	+ 96,6	+ 94,2	+ 94,9	+ 94,9	+ 97,6	- 94,1
	2,60	1,30	1,30	1,30	1,70	1,70	1,00	2,20	0,70	1,90	2,20	2,10	0,50	1,90
	1,40	3,00	1,90	2,20	1,20	3,20	2,00	1,70	1,70	2,70	1,60	2,10	0,70	1,60
+	2,10	- 2,00	+ 1,50	+ 1,70	- 1,50	+ 2,30	+ 1,40	- 2,00	- 1,20	+ 2,30	+ 2,00	+ 2,10	+ 0,60	+ 1,80
	0,387	0,381	0,400	0,370	0,371	0,424	0,371	0,415	0,439	0,351	0,376	0,450	0,416	0,436
	0,194	0,385	0,378	0,348	0,343	0,292	0,305	0,443	0,385	0,351	0,374	0,364	0,398	0,378
	0,261	0,383	0,391	0,360	0,360	0,370	0,341	0,430	0,417	0,351	0,375	0,410	0,409	0,410
-	2,85	+ 2,37	- 2,89	+ 2,76	+ 2,60	- 3,94	- 3,42	- 2,91	- 3,12	- 3,78	+ 2,49	+ 2,52	- 3,28	+ 2,93
-	5,91	- 5,19	+ 3,37	- 5,22	+ 2,82	+ 4,12	+ 3,91	+ 2,76	- 4,69	- 4,32	+ 3,28	+ 3,54	+ 5,05	+ 3,26
-	4,06	- 3,44	+ 3,08	+ 3,86	+ 2,70	+ 4,10	- 3,61	+ 2,89	- 3,73	- 3,96	+ 2,75	+ 2,87	- 3,98	+ 2,99
-	21,0	- 26,0	- 29,0	- 25,0	+ 29,0	+ 26,0	- 25,0		- 23,0	+ 13,0	- 17,0	- 27,0	+ 18,0	
-	26,0	+ 22,0	+ 27,0	- 26,0	+ 33,0	+ 22,0	- 26,0		+ 22,0	- 17,0	+ 17,0	- 35,0	- 20,0	
-	23,0	- 24,0	+ 27,0	+ 23,0	+ 30,0	+ 25,0	- 25,0		- 22,0	- 15,0	- 17,0	- 29,0	+ 19,0	
-	54,0	- 61,3	- 67,0	+ 62,7	+ 61,9	+ 59,5	+ 53,7	+ 61,4	+ 58,0	+ 65,5	+ 51,8	+ 55,0	- 40,9	- 61,3
+	58,3	- 58,4	+ 67,7	+ 59,7	+ 57,8	+ 43,2	+ 44,0	+ 46,6	+ 49,4	+ 48,3	+ 41,0	+ 42,3	- 33,0	- 47,6
-	55,5	- 60,2	+ 67,3	+ 61,7	+ 60,6	+ 54,5	+ 50,7	+ 57,1	+ 55,4	+ 59,7	+ 48,0	+ 51,2	- 38,0	- 57,4
	21,8	17,6	22,1	22,9	23,4	23,1	24,0	22,4	21,8	22,9	23,2	22,6	30,5	22,9
	321,4	231,2	273,3	223,8	160,0	217,1	125,8	197,7	225,8	159,0	103,1	206,6	216,4	149,8
	126,9	132,0	137,9	135,2	86,1	152,2	60,3	87,9	112,5	80,5	48,4	106,5	90,2	105,2
+	226,2	+ 181,2	+ 207,0	+ 180,2	+ 123,5	+ 185,0	+ 93,7	+ 143,3	+ 169,6	+ 120,1	+ 76,0	+ 156,8	+ 153,6	+ 127,3
+	51,9		+ 38,7	+ 32,6	+ 32,7	+ 30,9	+ 31,1	+ 34,5	- 39,1	- 37,5	+ 26,7	57,6	+ 45,4	+ 10,2
-	29,6	+ 16,7	+ 11,6	+ 30,7	+ 15,0	+ 6,3	+ 15,7	+ 8,1	+ 11,1	+ 57,1	+ 56,1	+ 47,2	+ 32,0	+ 2,2
+	4,4	+ 0,0	+ 1,1	+ 11,7	+ 5,4	+ 9,0	+ 23,1	+ 2,0	- 25,1	+ 9,9	+ 13,9	+ 25,8	+ 10,7	- 12,3
-	119,3	+ 152,7	+ 100,4	- 237,0	- 175,9	+ 91,0	+ 102,2	- 170,1	- 174,3	- 175,6	+ 114,5	- 249,5	- 173,8	- 159,4
+	140,3	+ 296,6	+ 153,8	- 362,9	- 241,5	+ 149,8	+ 155,7	- 269,7	+ 281,5	- 265,0	- 215,7	- 292,6	- 261,3	- 211,9
+	129,6	+ 225,8	+ 127,3	- 299,9	- 209,1	+ 121,2	+ 129,4	- 220,6	- 228,8	- 221,3	+ 166,0	- 271,9	- 218,4	- 186,2
	56,6	53,3	51,9	47,4	55,4	59,4	49,7	50,2	50,6	56,5	49,4	54,5	56,1	49,1
	52,1	51,8	51,5	49,1	53,8	54,0	47,1	47,9	47,1	53,7	46,3	49,8	49,1	44,7
+	54,1	- 52,5	+ 51,7	- 48,4	- 54,5	+ 56,4	+ 48,2	- 48,9	+ 48,6	+ 54,9	+ 47,6	+ 51,8	- 52,1	+ 46,5
	34,1	30,4	39,6	37,4	38,7	38,8	36,7	32,0	29,7	39,9	35,8	34,2	40,5	37,1
	38,2	30,5	39,2	39,1	39,7	42,1	37,5	30,6	31,5	36,4	34,8	36,5	36,7	36,0
+	36,3	+ 30,5	+ 39,4	- 38,4	+ 39,3	+ 40,7	+ 37,2	- 31,2	+ 30,7	+ 37,9	+ 35,2	+ 35,5	+ 38,3	+ 36,5
	21,9	26,0	42,6	30,6	32,0	39,5	40,8	37,6	32,1	33,9	31,8	31,3	32,3	28,3
	33,6	42,9	55,0	41,2	43,8	49,3	50,2	51,0	43,6	44,8	41,8	42,9	45,9	38,9
-	28,3	+ 35,3	+ 49,8	- 36,8	+ 38,8	+ 45,1	+ 46,4	+ 45,2	- 38,8	+ 40,3	+ 37,6	+ 38,0	+ 40,2	+ 34,7
+	49,5	+ 55,2	+ 60,2	+ 53,2	+ 55,1	+ 62,5	+ 61,7	+ 64,0	+ 56,0	+ 56,2	+ 60,4	+ 61,3	+ 61,9	+ 55,1
+	52,8	+ 57,0	+ 62,5	+ 55,7	+ 56,1	+ 61,8	+ 61,5	+ 67,8	+ 58,7	+ 59,7	+ 61,3	+ 60,1	+ 64,3	+ 57,4
+	51,2	+ 56,1	+ 61,4	+ 54,5	+ 55,6	+ 62,0	+ 61,4	+ 65,9	+ 57,5	+ 58,1	+ 60,7	+ 60,6	+ 63,1	+ 56,2
	25,0	27,4	27,1	29,6	24,1	26,6	33,3	47,6	29,3	34,0	30,0	29,6	21,3	25,2
	44,0	20,0	36,8	20,5	26,1	21,3	36,4	40,0	27,7	31,5	34,2	33,3	19,2	22,3
	34,0	23,6	32,3	24,6	25,1	23,7	35,0	43,4	28,4	32,6	32,3	31,6	20,2	24,0
	4,74	3,88	2,39	3,15	4,07	4,28	3,99	4,46	3,12	3,77	4,76	3,64	3,57	3,95

Kv. = Kvinnor M. = Män + = Förbättrat värde - = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Hjärtsjukvård										
60	Dödlighet efter hjärtinfarkt. Kv.	+ 28,2	+ 28,2	+ 22,9	+ 27,4	+ 28,4	- 30,6	- 28,1	+ 30,7	
60	Dödlighet efter hjärtinfarkt. M.	+ 31,0	+ 30,7	+ 25,1	+ 31,5	+ 30,5	+ 32,0	+ 28,5	+ 34,4	
60	Dödlighet efter hjärtinfarkt.	+ 29,8	+ 29,6	+ 24,1	+ 29,2	+ 29,8	+ 31,0	- 28,3	+ 32,7	
61	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Kv.	+ 14,0	+ 13,5	+ 12,3	+ 13,5	+ 14,7	- 14,4	+ 14,8	+ 12,8	
61	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. M.	+ 14,8	+ 14,6	+ 13,6	+ 13,9	+ 14,6	+ 13,8	+ 15,0	+ 14,8	
61	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt.	+ 14,3	+ 13,9	+ 12,8	+ 13,4	+ 14,5	+ 13,8	+ 14,8	+ 13,8	
62	Återinsjuknande i hjärtinfarkt. Kv.	+ 11,7	+ 11,9	- 12,6	+ 8,3	- 14,1	+ 11,6	+ 10,9	- 12,5	
62	Återinsjuknande i hjärtinfarkt. M.	+ 12,6	+ 12,4	- 12,3	- 9,9	+ 12,9	+ 15,4	- 11,4	- 15,3	
62	Återinsjuknande i hjärtinfarkt.	+ 12,2	+ 12,3	- 12,3	+ 9,5	- 13,6	+ 13,8	- 11,1	- 13,6	
63	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt. Kv.	+ 78,8	+ 77,2	- 78,9	+ 88,2	- 65,4	+ 82,0	- 73,1	+ 87,9	
63	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt. M.	+ 83,9	+ 85,1	+ 84,7	+ 86,8	+ 81,0	+ 88,7	+ 83,6	- 85,3	
63	Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt.	+ 82,6	+ 83,4	- 83,1	+ 87,2	- 76,7	+ 86,9	- 80,5	+ 85,9	
64	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjn. och riskfakt. Kv.	+ 74,3	- 68,1	- 77,0	+ 91,4	+ 77,9	+ 78,6	- 63,6	+ 84,7	
64	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjn. och riskfakt. M.	+ 80,8	+ 78,4	+ 88,5	+ 89,4	+ 78,8	- 77,7	+ 81,8	+ 82,5	
64	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjn. och riskfakt.	+ 78,8	- 75,2	+ 85,3	+ 90,1	+ 78,5	+ 78,0	+ 74,8	+ 83,2	
65	Clopidogrel efter icke ST-höjningsinfarkt. Kv.	+ 84,5	+ 83,0	+ 89,6	+ 95,8	+ 80,4	- 83,0	+ 86,8	+ 79,4	
65	Clopidogrel efter icke ST-höjningsinfarkt. M.	+ 90,5	+ 91,1	+ 95,5	+ 93,4	+ 85,6	+ 87,0	+ 93,0	+ 90,6	
65	Clopidogrel efter icke ST-höjningsinfarkt.	+ 88,5	+ 88,5	+ 93,7	+ 94,2	+ 84,1	- 85,5	+ 90,3	+ 86,9	
66	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt. Kv.	+ 81,8	+ 78,6	+ 78,9	+ 83,9	+ 86,0	+ 84,9	+ 90,1	- 83,5	
66	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt. M.	+ 84,2	+ 82,0	+ 83,1	+ 87,9	- 85,3	+ 85,1	- 85,9	- 88,5	
66	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt.	+ 83,5	+ 80,8	+ 81,9	+ 86,8	+ 85,6	+ 85,0	- 87,4	- 86,9	
67	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt. Kv.	- 19,1	- 16,6	- 20,3	+ 20,1	- 20,4	- 20,0	- 19,4	+ 22,2	
67	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt. M.	+ 20,4	+ 17,9	+ 19,8	+ 22,1	- 21,6	- 20,9	+ 21,6	+ 23,3	
67	Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt.	- 19,8	+ 17,3	+ 20,1	+ 21,2	- 20,9	- 20,3	+ 20,4	+ 22,6	
68	Väntetid till kranskärlsoperation. Kv.	+ 10,0	+ 7,0	+ 2,0	- 19,0	+ 8,0	- 23,0	- 12,5	+ 16,5	
68	Väntetid till kranskärlsoperation. M.	+ 12,0	+ 10,0	+ 7,0	- 22,0	+ 8,0	- 13,0	- 12,0	- 21,5	
68	Väntetid till kranskärlsoperation.	+ 12,0	+ 9,0	+ 5,5	- 21,5	+ 8,0	- 13,0	- 12,0	- 20,0	
69	Väntat > 90 dagar - besök kardiologi	+ 16,9	+ 1,7	29,6		22,4	- 2,7	+ 0,0	+ 11,7	
Strokesjukvård										
71	Dödlighet efter förstagångsstroke. Kv.	+ 22,5	+ 21,3	- 20,2	- 23,4	+ 23,0	+ 22,5	- 28,2	+ 24,7	
71	Dödlighet efter förstagångsstroke. M.	+ 21,8	+ 21,7	+ 16,5	+ 20,8	+ 23,0	+ 21,7	- 27,0	- 28,3	
71	Dödlighet efter förstagångsstroke.	+ 22,3	+ 21,4	+ 18,6	- 22,5	+ 23,2	+ 22,4	- 27,4	- 26,8	
72	Dödlighet efter förstagångsstroke - sjukhusvård. Kv.	+ 14,7	+ 14,2	+ 13,7	- 15,4	+ 15,2	+ 14,6	+ 16,0	+ 16,6	
72	Dödlighet efter förstagångsstroke - sjukhusvård. M.	+ 14,6	- 15,2	- 13,4	+ 14,4	+ 14,3	+ 14,9	+ 15,5	+ 19,6	
72	Dödlighet efter förstagångsstroke - sjukhusvård.	+ 14,6	+ 14,5	- 13,8	- 15,3	+ 14,7	+ 14,7	+ 15,8	+ 18,4	
73	Vård vid strokeenhet. Kv.	+ 82,5	- 70,9	+ 87,0	+ 88,1	+ 95,1	+ 81,3	+ 86,8	+ 92,9	
73	Vård vid strokeenhet. M.	+ 84,9	+ 78,3	+ 87,8	+ 91,3	+ 95,2	+ 85,6	+ 91,2	+ 94,0	
73	Vård vid strokeenhet.	+ 83,7	+ 74,6	+ 87,4	+ 89,7	+ 95,2	+ 83,4	+ 89,1	+ 93,5	
74	Trombolysbehandling vid stroke. Kv.	+ 7,4	+ 9,4	+ 7,5	+ 6,3	+ 2,8	+ 6,6	+ 5,2	- 1,8	
74	Trombolysbehandling vid stroke. M.	+ 7,4	+ 9,3	+ 5,9	- 4,3	+ 5,1	+ 6,8	+ 6,4	+ 7,8	
74	Trombolysbehandling vid stroke.	+ 7,4	+ 9,4	+ 6,5	+ 5,0	+ 4,2	+ 6,7	+ 5,9	+ 5,6	
75	Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer. Kv.	+ 63,8	+ 60,4	+ 69,0	+ 72,8	+ 87,8	+ 58,9	+ 86,8	- 54,3	
75	Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer. M.	+ 61,7	+ 58,0	+ 63,2	+ 71,9	- 71,6	+ 66,0	+ 76,5	+ 64,0	
75	Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer.	+ 62,6	+ 59,0	+ 68,2	+ 72,1	+ 79,1	+ 62,2	+ 76,4	+ 61,6	
76	Återinsjuknande efter stroke. Kv.	+ 9,4	- 10,9	+ 7,0	+ 8,6	+ 6,7	- 11,3	- 11,2	+ 7,9	
76	Återinsjuknande efter stroke. M.	+ 9,9	- 10,7	+ 9,2	+ 9,5	+ 8,2	+ 12,1	+ 10,7	+ 7,9	
76	Återinsjuknande efter stroke.	+ 9,6	- 10,8	+ 8,0	+ 9,0	+ 7,3	- 11,6	- 11,2	+ 7,8	
77	Funktionsförmåga efter stroke. Kv.	+ 23,0	+ 20,8	- 27,7	+ 22,9	- 26,6	+ 23,2	- 32,3	- 26,6	
77	Funktionsförmåga efter stroke. M.	- 18,6	- 17,9	+ 17,5	- 19,3	- 17,9	+ 22,3	+ 22,9	+ 22,4	
77	Funktionsförmåga efter stroke.	- 20,7	- 19,3	+ 21,9	- 21,0	- 21,7	+ 22,8	+ 27,3	+ 24,2	
78	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke. Kv.	- 88,5	- 86,7	+ 87,7	+ 84,2	- 91,7	- 84,9	- 88,4	- 92,5	
78	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke. M.	- 91,3	- 89,7	+ 89,7	- 84,9	- 90,4	- 92,3	- 86,8	- 91,2	
78	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke.	- 90,0	- 88,2	+ 88,8	- 84,6	- 91,0	- 88,7	- 87,6	- 91,8	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	+ 18,9	- 31,5	+ 28,6	+ 28,8	+ 29,6	+ 30,7	+ 33,1	+ 24,6	+ 25,9	+ 23,7	- 28,6	- 31,8	+ 24,9	+ 24,7
	+ 29,8	+ 33,7	+ 31,1	- 31,9	+ 31,5	+ 34,4	- 37,3	+ 28,0	+ 29,7	+ 29,6	+ 28,8	+ 34,3	+ 27,7	+ 31,4
	+ 26,3	+ 32,9	+ 30,0	- 30,8	+ 30,8	+ 32,7	+ 35,2	+ 26,5	+ 27,9	+ 27,0	+ 28,5	- 33,2	+ 26,4	+ 28,8
	+ 7,9	- 14,4	+ 13,5	+ 15,0	- 16,0	+ 15,1	+ 14,1	+ 12,9	+ 13,6	+ 13,3	+ 14,7	+ 12,9	+ 13,0	+ 13,6
	+ 13,0	+ 13,3	+ 15,6	- 16,4	+ 14,6	+ 15,7	+ 16,0	+ 12,3	+ 12,7	+ 14,9	- 16,2	+ 15,8	+ 14,0	+ 17,4
	+ 10,7	+ 13,9	+ 14,5	- 15,7	+ 15,0	+ 15,4	+ 15,1	+ 12,5	+ 12,7	+ 13,9	+ 15,2	+ 14,2	+ 13,3	+ 15,6
	+ 15,6	- 14,9	+ 11,2	- 11,9	- 13,4	+ 9,5	+ 6,9	+ 8,0	+ 9,4	+ 8,4	+ 11,9	+ 7,6	+ 13,1	- 15,3
	+ 13,6	+ 10,1	+ 13,6	- 14,6	+ 11,5	+ 12,9	+ 5,6	+ 14,3	+ 12,4	+ 10,8	+ 15,1	- 9,8	- 13,1	+ 14,2
	+ 14,3	- 11,7	+ 12,2	- 12,8	+ 12,3	+ 11,3	+ 6,5	+ 11,5	+ 10,9	+ 9,5	+ 14,2	+ 10,3	+ 13,0	- 15,3
		+ 77,3	+ 88,2	+ 74,2	+ 76,4	+ 79,2	+ 84,2	+ 77,8	+ 75,0	+ 72,2	- 62,2	+ 58,3	+ 78,0	+ 92,6
	+ 100,0	+ 79,2	+ 86,4	+ 86,8	+ 85,6	- 71,9	+ 78,5	+ 85,3	+ 81,0	+ 82,4	- 72,8	- 68,0	+ 89,0	+ 88,2
	+ 92,9	+ 78,7	+ 86,9	+ 84,2	+ 83,5	+ 73,8	+ 80,7	+ 82,9	+ 79,2	+ 80,2	- 69,8	+ 66,1	+ 85,6	+ 89,7
	+ 64,3	- 61,3	+ 75,6	+ 76,0	+ 72,4	+ 78,1	+ 82,4	+ 77,9	+ 70,0	+ 82,7	+ 68,5	+ 58,8	+ 76,7	+ 63,6
	+ 69,0	+ 78,8	+ 85,3	+ 83,3	+ 77,8	- 77,0	+ 88,1	+ 83,0	+ 84,3	+ 79,7	+ 77,8	- 62,5	+ 85,6	+ 70,0
	+ 67,4	- 73,9	+ 82,4	+ 81,4	+ 76,0	+ 77,3	+ 86,4	+ 81,3	+ 79,5	+ 80,6	+ 74,5	- 61,2	+ 82,9	+ 67,9
	- 63,2	+ 80,6	+ 83,6	+ 92,7	+ 80,9	+ 87,7	+ 92,6	+ 93,0	- 61,0	+ 91,5	+ 87,0	+ 92,9	+ 88,2	+ 86,3
	+ 89,3	+ 85,5	+ 91,1	+ 90,4	+ 88,0	+ 93,1	+ 95,9	- 89,1	+ 83,6	+ 95,7	- 88,9	+ 93,0	+ 92,8	- 87,1
	- 78,7	+ 84,0	+ 88,6	+ 91,1	+ 85,6	+ 91,6	+ 95,0	+ 90,5	+ 76,6	+ 94,4	+ 88,3	+ 93,0	+ 91,5	+ 86,8
	+ 69,3	+ 88,3	+ 86,5	- 85,5	+ 79,2	+ 83,7	- 79,2	+ 87,8	+ 82,9	- 84,9	- 74,6	+ 83,7	+ 79,8	- 81,2
	+ 78,6	+ 87,8	+ 87,5	+ 85,4	+ 82,0	+ 85,0	+ 86,6	+ 91,6	+ 87,5	+ 88,3	+ 84,8	+ 86,7	- 81,5	+ 86,5
	+ 74,7	+ 88,0	+ 87,1	- 85,8	+ 81,4	+ 84,8	+ 84,9	+ 90,4	+ 85,8	+ 87,4	- 81,6	+ 85,8	+ 81,3	+ 84,8
	+ 16,3	- 23,0	- 18,6	- 18,9	- 17,1	- 24,6	- 20,8	- 22,2	+ 17,2	- 23,8	- 20,9	+ 22,4	+ 19,3	+ 19,1
	- 26,5	- 22,7	+ 18,8	+ 17,1	+ 18,5	+ 23,7	+ 24,3	- 24,2	- 21,3	+ 24,7	- 22,2	- 23,1	+ 20,4	- 22,7
	+ 21,7	+ 21,4	+ 18,8	+ 18,0	+ 17,9	- 24,3	+ 22,7	- 23,4	+ 19,3	- 24,4	- 21,7	+ 22,8	- 20,1	+ 21,2
	+ 4,0	- 11,5	+ 7,0	+ 8,0	+ 12,0	- 8,0	+ 8,0	+ 3,0	+ 5,0	- 17,5	+ 5,0	- 20,5	+ 9,0	+ 27,0
	- 8,0	+ 7,0	+ 10,0	+ 11,0	+ 14,0	+ 10,0	- 12,0	- 10,5	+ 29,0	- 20,0	+ 11,5	+ 24,0	+ 6,5	+ 22,0
	- 7,0	+ 8,0	+ 9,0	+ 10,0	+ 13,0	- 9,5	- 12,0	+ 7,0	+ 26,5	- 19,0	+ 8,0	+ 23,0	+ 9,0	+ 22,0
	- 19,4	+ 0,0	+ 24,7	- 2,8	+ 0,7	+ 4,8	+ 14,4	+ 0,0	- 13,3	+ 26,7	- 57,5	- 43,4	+ 8,4	- 55,2
	- 22,5	- 26,0	+ 23,0	+ 22,3	+ 22,1	+ 25,3	- 24,3	+ 17,8	- 22,7	+ 25,5	+ 18,0	- 24,7	+ 21,7	+ 23,8
	+ 22,6	+ 23,3	+ 21,4	+ 18,9	+ 21,2	+ 23,9	+ 21,5	+ 18,8	+ 22,4	+ 22,9	+ 20,4	+ 23,7	+ 18,5	+ 23,7
	+ 22,2	- 24,9	+ 22,4	+ 20,9	+ 21,8	+ 24,8	+ 23,1	+ 18,5	+ 22,5	+ 24,4	+ 19,4	+ 23,8	+ 20,3	+ 23,7
	- 15,0	- 15,9	- 15,0	+ 14,2	- 14,0	+ 17,6	- 18,3	+ 11,6	- 14,4	+ 14,6	+ 13,1	- 18,7	- 13,8	+ 14,7
	+ 16,2	+ 13,2	- 14,1	+ 13,3	+ 13,1	+ 16,2	- 16,2	+ 12,6	- 14,8	+ 14,5	- 15,3	- 17,5	+ 11,1	- 17,6
	+ 15,6	+ 14,7	- 14,7	+ 13,8	+ 13,5	+ 16,9	- 17,4	+ 12,2	- 14,2	+ 14,5	- 14,2	- 18,2	+ 12,4	+ 15,9
	- 75,0	- 80,8	- 77,6	+ 89,8	+ 84,1	+ 82,5	- 86,6	+ 84,8	+ 80,0	+ 86,2	+ 91,2	+ 74,2	+ 95,1	+ 92,7
	- 73,9	+ 88,8	- 79,2	+ 90,9	+ 86,2	- 79,6	- 87,5	+ 86,2	+ 81,1	+ 85,6	- 92,0	- 78,1	+ 93,7	- 90,6
	- 74,5	+ 85,2	- 78,4	+ 90,3	+ 85,2	+ 80,9	- 87,0	+ 85,5	+ 80,6	+ 85,9	+ 91,6	+ 76,3	+ 94,4	- 91,6
	+ 24,1	+ 6,2	+ 7,7	+ 5,3	+ 7,4	+ 8,3	- 3,9	+ 3,8	+ 4,4	+ 6,0	+ 7,2	+ 11,7	+ 15,1	+ 9,7
	+ 11,8	+ 6,7	+ 9,9	+ 7,6	+ 6,3	+ 9,3	+ 3,8	+ 2,4	+ 6,3	- 3,0	+ 9,0	+ 5,0	+ 9,9	+ 9,0
	+ 17,5	+ 6,5	+ 9,1	+ 6,7	+ 6,7	+ 8,9	+ 3,9	+ 3,1	+ 5,5	- 4,3	+ 8,2	+ 7,9	+ 12,1	+ 9,3
		- 60,5	+ 62,2	+ 76,0	+ 58,5	+ 57,8	- 53,6	- 47,1	- 60,3	- 66,7	+ 76,0	+ 75,5	- 66,9	+ 75,5
		+ 81,4	- 61,3	+ 74,9	+ 54,3	+ 85,4	- 62,2	- 60,3	+ 58,1	- 60,8	+ 60,6	+ 86,0	+ 58,2	+ 70,4
	63,2	+ 74,9	- 61,2	+ 75,8	+ 55,8	+ 70,3	- 58,9	- 56,4	- 60,3	- 62,7	+ 66,7	+ 81,1	+ 63,4	+ 72,6
	+ 10,0	+ 9,0	- 8,9	+ 7,7	+ 9,7	- 7,9	+ 9,3	+ 8,3	+ 9,0	+ 8,9	- 10,7	+ 10,5	+ 9,4	+ 10,0
	+ 8,4	+ 8,0	+ 9,0	+ 9,2	+ 9,8	- 9,7	+ 8,8	- 9,5	- 10,5	+ 9,0	- 12,1	+ 11,8	- 12,6	+ 11,0
	- 10,0	+ 8,7	+ 8,8	+ 8,5	+ 9,7	- 8,8	+ 9,1	- 8,8	+ 9,7	+ 9,2	- 11,5	+ 11,4	+ 11,0	+ 10,6
	+ 24,5	+ 19,8	+ 19,0	- 25,2	- 24,4	- 25,4	+ 25,2	+ 18,3	- 23,9	- 30,0	+ 19,7	- 28,0	- 22,7	+ 22,7
	- 14,3	+ 23,3	+ 15,4	+ 19,2	+ 18,9	- 22,9	- 22,9	- 16,3	+ 16,8	- 24,6	+ 11,4	- 24,8	+ 19,2	+ 17,7
	+ 19,3	+ 22,0	+ 17,1	+ 22,0	- 21,4	- 24,0	- 24,0	- 17,3	+ 20,1	- 27,2	+ 15,5	- 26,2	- 20,9	+ 20,0
	- 90,2	- 96,2	- 86,5	+ 93,0	+ 89,2	- 90,0	- 93,7	- 85,6	- 88,5	- 81,3	- 90,7	+ 91,1	- 94,0	- 93,3
	- 94,9	- 95,9	- 90,9	+ 91,1	+ 93,5	+ 93,7	- 93,8	- 90,9	- 89,3	- 87,2	- 92,6	- 96,2	+ 92,9	- 91,7
	- 92,5	- 96,0	- 88,8	+ 92,0	+ 91,6	- 92,1	- 93,7	- 88,1	- 88,9	- 84,4	- 91,6	+ 94,0	- 93,4	- 92,5

Kv. = Kvinnor M. = Män + = Förbättrat värde - = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
Njursjukvård										
79	Dödlighet i aktiv uremivård. Kv.	45,9	49,4	47,4	44,5	41,3	48,5	33,0	50,4	
79	Dödlighet i aktiv uremivård. M.	44,6	48,3	37,5	38,2	37,8	46,1	40,2	41,7	
79	Dödlighet i aktiv uremivård.	45,1	48,7	40,8	40,7	39,1	46,8	38,1	44,9	
80	Måluppfyllelse för dialysdos. Kv.	84,6	89,1	100	88,5	79,3	92,1	100	59,3	
80	Måluppfyllelse för dialysdos. M.	78,2	81,7	84,6	77,8	81,3	82,0	91,9	62,5	
80	Måluppfyllelse för dialysdos.	+ 80,5	+ 84,7	+ 93,6	+ 81,7	+ 80,8	+ 85,9	+ 94,1	- 61,5	
81	Kärlaccess vid dialys. Kv.	56,8	63,5	21,9	44,4	63,6	43,6	60,0	55,6	
81	Kärlaccess vid dialys. M.	69,3	79,2	50,0	34,8	73,5	56,5	73,2	62,5	
81	Kärlaccess vid dialys.	- 64,7	- 72,8	- 35,9	- 38,4	- 70,7	- 51,5	+ 69,6	- 60,2	
82	Njurtransplantation i befolkningen	48,2	38,6	36,7	49,0	49,9	46,5	54,3	55,3	
Cancersjukvård										
84	Överlevnad vid tjocktarmscancer. Kv.	+ 62,5	+ 62,3	- 55,8	+ 67,5	- 57,9	+ 66,0	+ 54,1	+ 59,8	
84	Överlevnad vid tjocktarmscancer. M.	+ 57,7	+ 60,8	+ 58,8	+ 53,7	- 55,8	+ 54,8	+ 52,5	- 55,5	
84	Överlevnad vid tjocktarmscancer.	+ 60,2	+ 61,6	- 57,2	+ 60,5	- 56,9	+ 60,5	+ 53,3	+ 57,5	
85	Överlevnad vid ändtarmscancer. Kv.	+ 62,4	+ 62,7	- 59,0	+ 57,5	+ 66,1	- 63,2	+ 77,6	- 57,7	
85	Överlevnad vid ändtarmscancer. M.	+ 59,5	+ 61,1	+ 68,2	+ 62,4	+ 55,6	+ 65,9	- 50,4	- 53,0	
85	Överlevnad vid ändtarmscancer.	+ 60,8	+ 61,8	+ 63,7	+ 60,1	+ 61,1	+ 64,3	+ 62,9	- 54,8	
86	Överlevnad vid bröstcancer	+ 88,3	+ 90,2	+ 90,0	- 87,1	+ 87,7	+ 88,5	+ 90,2	+ 87,3	
87	Överlevnad vid lungcancer. Kv.	+ 26,9	+ 28,7	+ 30,6	- 26,3	+ 32,8	+ 31,7	+ 22,5	- 26,5	
87	Överlevnad vid lungcancer. M.	+ 21,1	+ 25,2	- 21,9	- 17,2	- 18,9	- 19,2	+ 16,9	- 16,3	
87	Överlevnad vid lungcancer.	+ 23,7	+ 26,9	+ 26,0	- 21,2	+ 24,8	+ 24,3	+ 19,3	- 20,5	
88	Reoperation vid ändtarmscancer. Kv.	9,3	9,6	6,3	4,7	4,9	9,0	2,0	14,7	
88	Reoperation vid ändtarmscancer. M.	11,2	10,0	8,3	8,2	7,6	15,8	13,2	10,4	
88	Reoperation vid ändtarmscancer.	10,4	9,8	7,4	6,9	6,5	12,8	8,5	11,9	
89	Kurativ behandling vid prostatacancer	71,3	68,7	74,7	68,2	69,7	73,9	74,7	83,4	
90	Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör.	70,5	67,7	40,9	59,7	67,1	37,3		71,3	
Psykiatrisk vård										
91	Själv mord i befolkningen. Kv.	9,3	10,4	9,6	8,6	8,1	7,8	7,3	8,5	
91	Själv mord i befolkningen. M.	22,9	23,3	20,9	23,9	20,6	23,1	23,0	24,2	
91	Själv mord i befolkningen.	15,8	16,4	14,9	15,9	14,2	15,3	15,2	16,1	
92	Regelbunden beh. med sömn-/lugnande medel. Kv.	- 3812	- 3646	+ 3882	+ 2760	+ 3380	+ 3693	- 4544	- 3702	
92	Regelbunden beh. med sömn-/lugnande medel. M.	- 2470	- 2482	+ 2397	+ 1781	+ 2118	+ 2442	- 2891	- 2475	
92	Regelbunden beh. med sömn-/lugnande medel.	- 3160	- 3091	+ 3159	+ 2280	+ 2765	+ 3087	- 3728	- 3101	
93	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre. Kv.	5,44	4,32	6,08	4,89	5,07	5,49	6,98	4,45	
93	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre. M.	3,05	2,50	3,82	2,39	2,74	2,47	4,39	2,40	
93	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre.	4,56	3,70	5,23	3,98	4,21	4,35	5,97	3,68	
94	Återinskrivning efter vård för schizofreni. Kv.	16,1	17,9	21,6	14,1	15,2	13,3	13,0	18,5	
94	Återinskrivning efter vård för schizofreni. M.	16,7	17,1	12,8	17,4	15,4	16,4	14,8	13,5	
94	Återinskrivning efter vård för schizofreni.	16,8	17,4	15,9	15,6	15,0	15,0	14,7	15,3	
95	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom. Kv.	83,4	79,2	83,9	87,2	85,8	84,1	85,0	81,1	
95	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom. M.	82,2	76,5	84,6	86,0	85,1	86,6	81,9	80,0	
95	Följsamhet till litiumbeh. vid bipolär sjukdom.	82,9	78,2	83,9	87,0	85,5	85,2	83,0	80,6	
96	Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri	+ 9,81	+ 3,4	7,4	+ 0,0	2,7	+ 0,0	- 1,8	+ 1,8	
97	Väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri	+ 11,19	- 4,7	12,2	- 26,5	16,1	+ 2,5	+ 3,4	+ 1,9	
Kirurgisk behandling										
98	Omoperation vid ljunskbräck	- 96,6	+ 96,3	- 97,6	- 93,6	- 96,4	- 97,3	+ 97,8	+ 98,4	
99	Dagkirurgiska operationer vid ljunskbräck	+ 77,1	+ 68,8	- 72,4	- 85,2	+ 78,0	+ 72,0	+ 79,4	- 87,0	
100	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa. Kv.	92,6	96,8	87,4	94,0	89,0	85,0	89,3	79,5	
100	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa. M.	85,6	92,2	85,1	86,1	74,7	74,7	94,3	60,3	
100	Miniinvasivt borttagande av gallblåsa.	90,5	95,5	86,6	91,6	85,1	81,9	90,8	73,4	
101	Komplikation efter borttagande av gallblåsa. Kv.	3,56	2,88	5,52	6,06	3,45	5,85	3,61	6,06	
101	Komplikation efter borttagande av gallblåsa. M.	5,55	4,33	6,38	11,63	3,13	9,30	8,57	7,69	
101	Komplikation efter borttagande av gallblåsa.	4,02	3,26	5,80	7,69	2,91	6,83	5,04	6,56	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	49,3	64,2	38,9	40,6	50,5	39,0	48,6	47,3	43,5	42,8	45,8	28,0	52,2	48,7
	39,3	47,4	46,5	43,4	43,5	44,5	53,8	40,0	50,0	37,7	49,1	43,0	52,5	38,7
	44,1	51,0	43,9	42,2	46,2	42,2	51,6	42,1	47,7	39,6	48,1	37,9	52,7	42,6
	92,9	94,7	93,0	90,5	85,9	81,4	69,2	100	86,7	69,0	81,3	35,7	55,6	72,2
	90,0	91,4	89,3	86,5	73,6	76,0	68,0	86,5	79,7	62,5	85,5	43,3	65,2	57,1
	+ 91,7	+ 92,6	+ 90,5	- 87,9	+ 78,6	+ 77,7	- 68,4	+ 91,5	- 82,0	- 64,7	- 84,0	+ 40,9	- 61,6	- 60,8
	33,3	76,2	60,2	59,1	58,7	66,0	34,6	55,6	45,2	40,0	37,5	87,5	74,1	75,0
	70,0	61,5	81,4	68,4	61,4	71,1	56,9	69,1	66,7	58,9	77,4	93,6	60,9	64,1
	- 48,0	+ 66,7	- 74,6	- 65,0	+ 60,3	- 69,4	+ 49,4	- 63,8	- 59,3	+ 52,3	+ 63,8	+ 91,5	- 65,8	- 66,7
	45,6	57,1	46,5	42,2	50,3	56,0	59,0	55,6	52,9	59,8	68,6	57,5	56,2	46,1
	+ 67,6	+ 68,3	+ 62,2	+ 64,0	+ 66,4	+ 62,2	+ 60,1	+ 54,4	+ 62,6	+ 64,2	+ 64,2	+ 63,5	+ 62,1	- 54,0
	- 52,8	- 60,0	+ 60,7	+ 55,6	+ 56,0	- 51,6	- 52,7	+ 68,6	+ 62,6	+ 53,8	+ 55,3	+ 56,1	+ 56,9	+ 59,5
	+ 60,5	+ 64,0	+ 61,5	+ 59,8	+ 61,5	- 57,2	+ 56,7	+ 61,4	+ 62,6	+ 59,2	+ 60,0	+ 60,0	+ 60,0	+ 56,7
	- 50,7	+ 80,4	+ 59,6	- 53,4	+ 62,9	+ 60,7	+ 65,1	+ 58,2	+ 66,5	+ 69,9	- 56,1	+ 46,8	+ 64,4	+ 61,3
	- 62,2	+ 61,4	+ 58,3	- 51,8	+ 57,7	+ 62,9	+ 62,5	+ 67,3	+ 55,4	- 56,0	+ 62,4	+ 52,9	+ 60,7	+ 64,1
	- 57,6	+ 69,8	+ 58,9	- 52,9	+ 59,9	+ 61,8	+ 63,6	+ 62,9	+ 60,3	+ 63,2	+ 59,7	+ 50,6	+ 62,1	+ 62,9
	+ 88,3	+ 86,4	+ 86,2	+ 89,5	+ 88,0	+ 86,7	+ 88,6	+ 85,9	+ 88,5	+ 87,1	+ 88,8	+ 89,9	+ 88,1	+ 90,0
	+ 26,9	+ 28,6	+ 28,1	+ 28,1	+ 24,9	- 22,1	+ 24,3	- 24,6	+ 24,4	+ 28,1	- 16,2	- 24,1	+ 23,7	+ 27,6
	+ 17,5	+ 23,5	+ 24,6	- 20,7	+ 19,8	+ 21,9	+ 16,7	+ 20,6	+ 21,5	+ 17,6	+ 18,0	- 10,2	+ 16,7	+ 22,9
	+ 21,7	+ 25,5	+ 26,2	- 23,9	+ 22,1	+ 22,0	+ 20,0	+ 22,4	+ 22,8	+ 22,5	- 17,2	- 16,6	+ 19,7	+ 25,1
	14,3	9,3	10,1	5,3	11,2	9,2	8,7	4,1	10,3	11,8	9,7	11,1	7,0	13,6
	4,6	16,0	10,3	13,9	13,3	16,3	12,2	2,3	7,8	16,4	10,6	8,1	13,8	11,7
	6,9	12,9	10,2	10,7	12,5	13,3	10,8	3,0	8,8	14,3	10,3	9,2	11,5	12,5
	69,0	76,9	78,3	60,1	68,3	61,3	76,9	73,7	75,5	68,5	69,2	58,6	75,6	63,0
		73,5	67,9		78,6			74,5	45,5	74,8	90,5			
	8,1	8,2	10,8	10,2	8,8	9,2	9,0	9,0	8,0	9,5	10,6	10,9	7,0	7,8
	29,2	23,6	26,8	18,7	21,2	25,7	21,7	23,5	24,0	27,3	22,3	25,7	17,9	19,6
	17,9	15,7	18,5	14,3	14,8	17,0	15,1	16,0	15,8	18,2	16,3	18,1	12,2	13,7
	+ 3363	- 3622	+ 4038	- 3971	+ 4732	- 4203	- 2879	+ 4144	+ 3322	- 3826	+ 2905	- 3439	- 3475	- 2620
	- 2132	- 2641	- 2601	- 2473	- 3085	- 2710	- 1844	+ 2643	+ 2085	+ 2358	+ 1755	+ 1935	+ 2053	- 1806
	+ 2765	- 3146	- 3345	- 3240	- 3930	- 3474	- 2374	+ 3409	+ 2715	+ 3106	+ 2342	- 2690	- 2777	- 2215
	3,10	6,14	6,24	5,81	7,04	5,69	4,58	4,60	4,40	5,11	4,84	4,60	5,67	3,26
	1,92	2,98	3,29	2,97	4,09	3,59	2,41	2,33	2,43	2,91	2,75	2,31	3,15	2,22
	2,66	4,94	5,17	4,70	5,94	4,91	3,79	3,76	3,66	4,29	4,07	3,74	4,71	2,87
	8,7	22,2	13,4	20,2	15,7	14,6	22,3	15,1	13,3	22,2	16,5	13,1	16,1	17,9
	18,9	21,8	16,0	16,6	17,7	15,6	17,5	20,6	21,9	16,6	14,9	14,6	17,3	11,3
	14,1	21,8	14,8	17,4	16,6	14,8	19,6	18,2	18,6	18,7	15,3	11,5	17,2	14,2
	89,2	90,2	80,3	80,3	86,2	86,2	83,1	88,5	87,1	82,9	85,9	81,3	81,9	84,6
	72,6	88,7	78,8	81,0	84,0	85,5	80,9	78,6	87,3	88,8	79,3	74,0	82,6	87,2
	84,5	89,2	79,8	80,6	85,3	85,7	82,4	85,2	87,0	86,1	83,3	78,5	82,1	86,1
	+ 0,0	+ 0,0	+ 26,2	+ 0,0	+ 0,0	+ 23,0	+ 21,5	+ 5,4	+ 12,4	- 8,8	- 2,6	+ 2,0	+ 26,4	- 1,5
	- 11,1	+ 0,0	+ 17,9	+ 0,0	+ 1,7	+ 8,9	- 32,9	- 8,6	+ 8,4	+ 12,6	- 5,7	+ 6,6	+ 10,8	- 8,9
	95,9	- 97,7	+ 97,2	- 92,8	+ 95,9	- 96,5	- 97,7	- 98,6	- 97,4	- 95,6	- 98,3	+ 97,9	+ 97,8	+ 96,9
	- 49,2	- 88,4	+ 78,7	+ 79,6	+ 77,5	+ 91,3	- 77,9	+ 82,0	- 68,6	- 72,7	+ 92,3	- 82,0	+ 79,3	+ 85,3
	91,9	94,8	93,0	92,0	93,8		95,5	91,5	92,1	89,3	86,5	90,0	94,2	97,7
	71,4	88,0	89,3	90,0	86,2		84,0	91,1	86,9	83,6	84,6	76,2	81,1	90,5
	86,3	92,8	92,1	91,4	91,4		91,9	91,4	90,7	87,4	85,8	85,3	90,2	95,3
	2,70	0,00	3,57	3,75	4,65		2,28	5,93	2,44	0,00	3,19	0,00	1,65	1,67
	7,14	4,00	6,31	1,72	8,36		6,00	7,14	1,67	0,00	2,04	2,44	1,89	1,61
	3,92	1,20	3,97	3,15	5,51		3,42	6,32	2,21	0,00	2,70	0,82	1,72	1,55

Kv. = Kvinnor M. = Män + = Förbättrat värde - = Försämrat värde		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
103	Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	53,6	63,9	45,3	15,2	71,9	83,0	71,4	41,2	
104	Död eller amputation efter kärloperation i ben	7,4	5,0	3,6	14,3	7,0	1,1	3,5	9,4	
106	Patientrapporterat resultat av septumplastik	76	90	79	87	82	70	83	64	
107	Synfel vid kataraktoperation. Kv.	22,6	20,2	19,8	25,4	24,2	20,4	22,3	24,9	
107	Synfel vid kataraktoperation. M.	19,9	16,8	19,0	20,6	23,2	17,0	21,7	27,5	
107	Synfel vid kataraktoperation.	21,5	18,9	19,4	23,6	23,8	19,1	22,0	25,9	
108	Väntat > 90 dagar – besök allmänkirurgi	+ 22,5	+ 9,3	16,4	+ 28,1	33,8	+ 1,1	+ 26,2	+ 5,0	
109	Väntat > 90 dagar – ljumskbråcksoperation	+ 17,9	+ 13,6	17,3	+ 7,1	16,7	+ 0,0	+ 43,6	+ 7,1	
110	Väntat > 90 dagar – galloperation	+ 19,5	+ 12,1	28,6	+ 20,0	11,7	+ 0,0	+ 53,7	+ 9,4	
111	Väntat > 90 dagar – operation för grå starr	+ 14,9	+ 40,1	17,4	+ 18,6	25,6	+ 2,6	+ 0,0	+ 11,0	
Intensivvård										
112	Dödlighet efter vård på IVA. Kv.	0,61	0,61		0,62	0,79	0,61		0,67	
112	Dödlighet efter vård på IVA. M.	0,62	0,62		0,66	0,71	0,58		0,64	
112	Dödlighet efter vård på IVA.	0,61	0,61		0,64	0,74	0,59		0,65	
113	Utskrivning från IVA nattetid. Kv.	6,73	8,26		5,54	6,52	5,28		6,06	
113	Utskrivning från IVA nattetid. M.	6,8	7,09		7,17	5,64	3,45		5,91	
113	Utskrivning från IVA nattetid.	6,78	7,60		6,49	6,00	4,19		5,98	
114	Oplanerad återinskrivning på IVA. Kv.	2,70	2,70		2,40	3,60	2,60		2,40	
114	Oplanerad återinskrivning på IVA. M.	2,80	3,00		2,50	4,10	3,20		2,70	
114	Oplanerad återinskrivning på IVA.	2,70	2,90		2,50	3,90	2,90		2,60	
Läkemedelsbehandling										
115	Läkemedelsinteraktion bland äldre. Kv.	2,87	2,94	2,74	1,99	2,81	2,83	2,49	2,60	
115	Läkemedelsinteraktion bland äldre. M.	2,88	2,63	2,95	2,39	3,04	2,35	2,05	2,56	
115	Läkemedelsinteraktion bland äldre.	2,87	2,83	2,82	2,14	2,89	2,65	2,32	2,59	
116	Tio eller fler läkemedel bland äldre. Kv.	12,03	10,6	15,7	10,5	10,4	12,1	14,1	9,6	
116	Tio eller fler läkemedel bland äldre. M.	9,5	8,6	11,3	8,3	8,6	9,6	11,6	7,9	
116	Tio eller fler läkemedel bland äldre.	11,1	9,9	14,1	9,7	9,8	11,1	13,1	8,9	
117	Förekomst av antibiotikabehandling. Kv.	+ 26,8	+ 29,8	+ 25,2	- 25,9	+ 24,6	+ 23,5	+ 26,7	+ 26,1	
117	Förekomst av antibiotikabehandling. M.	+ 20,0	+ 22,6	+ 18,9	- 18,8	+ 17,9	+ 18,0	+ 19,8	+ 20,1	
117	Förekomst av antibiotikabehandling.	+ 23,4	+ 26,2	+ 22,1	- 22,3	+ 21,2	+ 20,7	+ 23,2	+ 23,0	
118	Penicillin V – barn med luftvägsantibiotika. Flickor	+ 72,0	+ 64,6	+ 74,9	+ 76,4	+ 79,8	+ 78,5	+ 65,5	+ 75,8	
118	Penicillin V – barn med luftvägsantibiotika. Pojkar.	+ 73,6	+ 66,3	+ 76,6	+ 77,0	+ 79,6	+ 80,2	+ 68,3	+ 77,6	
118	Penicillin V – barn med luftvägsantibiotika.	+ 72,9	+ 65,5	+ 75,8	+ 76,7	+ 79,7	+ 79,5	+ 66,9	+ 76,7	
119	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	+ 16,5	+ 17,7	+ 15,5	+ 14,1	+ 16,7	+ 14,9	+ 18,8	+ 14,1	
120	Kombinationspreparat vid astma. Kv.	38,6	40,2	35,8	44,3	25,9	33,6	26,4	44,0	
120	Kombinationspreparat vid astma. M.	43,3	44,7	39,6	41,5	34,9	39,6	44,6	40,6	
120	Kombinationspreparat vid astma.	40,7	42,2	37,5	43,2	30,2	36,1	34,5	42,1	
121	ARB vid blodtryckssänkande behandling. Kv.	+ 31,7	+ 37,6	+ 22,9	+ 22,6	+ 20,0	+ 20,9	+ 29,7	+ 18,1	
121	ARB vid blodtryckssänkande behandling. M.	+ 30,9	+ 36,4	+ 28,0	+ 21,9	+ 17,7	+ 20,3	+ 24,5	+ 20,6	
121	ARB vid blodtryckssänkande behandling.	+ 31,3	+ 37,0	+ 25,5	+ 22,2	+ 19,0	+ 20,6	+ 27,0	+ 19,5	
Annann vård										
122	God viruskontroll vid HIV	87,6	90,9	87,5	75,0	87,8	82,5	66,7	80,0	
123	Smärtskattning i livets slutskede. Kv.	13,7	31,8	5,1	4,9	16,5	19,6	7,8	4,6	
123	Smärtskattning i livets slutskede. M.	14,2	31,6	6,9	7,9	15,3	20,6	4,4	6,6	
123	Smärtskattning i livets slutskede.	13,9	31,7	6,0	6,6	15,9	20,0	6,1	5,6	
124	Vidbehovsordination av opiatier i livets slutskede. Kv.	96,8	97,2	98,0	94,9	95,2	100	96,9	90,7	
124	Vidbehovsordination av opiatier i livets slutskede. M.	95,8	96,7	97,4	93,9	93,8	95,1	95,3	89,7	
124	Vidbehovsordination av opiatier i livets slutskede.	96,3	97,0	97,7	94,3	94,5	97,9	96,1	90,2	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	V. Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
		50,0	50,7	59,1	55,3	70,6	56,0	54,2	72,5	26,9			17,1	
		6,9	7,7	16,0	10,5	11,9	5,1	2,8	8,0	5,3	7,1	9,1	0,0	
		71	64	79	70	73	69	83	87	76	55	75	83	88
	24,7	14,6	23,3	24,6	22,3	28,7	23,7	15,0	23,4	30,2	25,1	26,6	22,4	23,0
	20,9	14,5	21,6	22,8	18,5	23,0	23,8	16,1	20,0	27,2	21,4	22,5	20,9	17,5
	23,2	14,5	22,6	23,9	20,8	26,4	23,8	15,4	22,1	29,1	23,7	25,0	21,8	20,8
	+ 6,7	+ 31,4	+ 12,2	+ 2,7	- 24,0	+ 28,2	+ 19,7	+ 20,6	+ 51,3	+ 24,8	+ 35,3	+ 33,9	+ 30,9	- 18,0
	+ 0,0	+ 43,0	+ 5,8	+ 3,1	+ 18,4	+ 1,0	+ 15,9	+ 24,9	+ 25,2	+ 33,0	+ 22,1	+ 27,9	+ 25,2	- 24,6
	+ 0,0	+ 44,0	+ 6,2	+ 16,9	+ 5,3	+ 0,0	+ 45,1	+ 6,8	+ 23,0	+ 29,4	+ 25,4	- 57,1	+ 33,3	+ 8,6
	+ 2,8	+ 0,6	+ 8,5	0,8	+ 2,1	+ 4,4	- 9,5	- 9,8	+ 27,8	+ 31,4	+ 14,7	- 22,6	+ 14,8	+ 1,3
			0,55	0,68	0,71		0,58	0,66	0,43	0,84	0,72	0,48		
			0,60	0,69	0,68		0,65	0,59	0,43	0,70	0,76	0,43		
			0,58	0,69	0,69		0,62	0,62	0,43	0,76	0,74	0,45		
			4,71	4,00	7,01		8,14	5,64	8,31	6,20	8,71	6,17	2,68	
			5,59	3,86	7,30		8,20	6,15	8,74	7,01	9,18	6,28	5,61	
			5,21	3,92	7,20		8,17	5,93	8,56	6,68	8,99	6,24	4,32	
			3,20	2,00	3,10		1,60	2,70	2,90	2,90	1,70	2,40	2,30	
			2,70	2,90	3,00		2,40	2,10	2,90	1,40	2,60	1,10	2,70	
			2,90	2,20	3,10		2,10	2,40	2,90	2,10	2,20	1,60	2,50	
	2,86	3,18	2,57	2,60	3,53	3,28	2,36	2,58	2,61	2,68	3,03	2,10	2,79	3,05
	2,81	2,87	3,13	3,00	3,40	3,13	3,61	3,35	2,77	2,63	2,55	2,58	2,32	2,01
	2,84	3,06	2,77	2,76	3,48	3,23	2,81	2,86	2,67	2,66	2,85	2,28	2,61	2,66
	9,9	11,1	12,4	11,5	14,3	12,4	9,5	11,6	10,4	11,6	12,6	9,6	15,7	12,1
	6,3	8,0	10,5	8,4	11,0	9,9	8,2	8,6	8,1	8,8	9,4	7,1	10,6	8,0
	8,6	9,9	11,7	10,3	13,1	11,5	9,0	10,5	9,5	10,5	11,4	8,7	13,7	10,5
	+ 27,2	+ 27,7	+ 28,1	+ 28,3	+ 27,6	+ 24,2	+ 24,0	+ 26,4	+ 23,3	+ 24,1	+ 25,0	- 23,5	+ 21,5	+ 24,5
	+ 19,6	+ 20,2	+ 20,9	+ 21,3	+ 20,9	+ 17,6	+ 17,7	+ 19,4	+ 16,7	+ 17,4	+ 18,5	+ 17,1	+ 16,2	+ 17,6
	+ 23,4	+ 23,8	+ 24,5	+ 24,7	+ 24,2	+ 20,8	+ 20,8	+ 22,9	+ 19,9	+ 20,7	+ 21,7	- 20,2	+ 18,8	+ 20,9
	- 62,9	- 71,9	+ 75,7	+ 67,9	+ 71,0	+ 87,8	+ 79,1	+ 79,1	+ 80,7	+ 75,9	+ 73,6	+ 80,4	+ 75,3	+ 78,7
	+ 68,9	- 73,9	+ 77,9	+ 70,4	+ 72,8	+ 87,7	+ 77,8	+ 79,3	+ 82,3	+ 79,4	+ 74,8	+ 81,4	+ 76,7	+ 79,3
	+ 66,0	- 73,0	+ 76,8	+ 69,2	+ 72,0	+ 87,8	+ 78,4	+ 79,2	+ 81,6	+ 77,7	+ 74,2	+ 80,8	+ 76,1	+ 79,0
	+ 15,3	+ 16,1	+ 16,1	+ 17,4	+ 17,3	+ 15,7	+ 16,6	+ 14,4	+ 13,7	+ 16,7	+ 17,3	+ 13,9	+ 17,4	+ 15,0
	39,6	41,1	43,9	36,4	37,0	36,8	29,7	39,1	44,1	41,5	40,3	35,3	36,7	31,5
	41,3	35,4	45,8	39,4	46,4	36,4	30,5	40,1	45,6	50,6	42,8	50,0	42,1	45,1
	40,3	38,6	44,7	38,2	41,2	36,7	30,0	39,4	44,7	45,6	41,9	42,6	39,0	38,0
	+ 19,7	+ 27,2	+ 37,4	+ 27,7	+ 39,8	+ 33,3	+ 26,7	+ 27,8	+ 27,1	+ 26,8	+ 25,6	+ 29,0	+ 16,7	+ 29,5
	+ 13,2	+ 26,0	+ 34,2	+ 27,3	+ 39,6	+ 29,7	+ 24,3	+ 30,7	+ 27,5	+ 25,7	+ 27,6	+ 33,3	+ 18,6	+ 24,9
	+ 16,4	+ 26,7	+ 35,7	+ 27,4	+ 39,7	+ 31,3	+ 25,5	+ 29,3	+ 27,7	+ 26,4	+ 26,9	+ 32,1	+ 18,0	+ 27,1
			78,9		86,8	86,8	84,4	88,5	91,7	89,3	86,2		82,4	91,5
	14,1	17,9	9,0	1,7	3,3	8,2	10,2	2,4	3,3	1,8	17,1	31,6	8,2	14,2
	14,8	7,1	11,8	2,8	4,2	9,7	8,3	5,7	5,4	3,6	21,6	28,9	5,2	18,3
	14,4	12,3	10,4	2,2	3,7	9,0	9,3	4,1	4,3	2,8	19,4	30,3	6,7	16,4
	98,6	92,1	98,5	99,2	97,4	96,6	99,0	97,6	94,3	94,0	98,3	95,9	97,6	96,9
	93,2	95,2	98,2	96,2	96,0	94,6	97,0	95,2	95,7	92,8	93,4	95,6	98,8	94,7
	96,1	93,8	98,3	97,7	96,8	95,6	98,0	96,4	95,0	93,4	95,9	95,7	98,2	95,7

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

I rapportserien Öppna jämförelser publicerar Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

I årets rapport ingår 124 indikatorer, både sådana som är övergripande och speglar hälso- och sjukvården som helhet och sådana som avser olika sjukdomsgrupper.

Indikatorerna belyser flera aspekter – medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Indikatorerna används framförallt för jämförelser mellan landsting, då ofta även utvecklingen över tid beskrivs.

Redovisning av utfall på sjukhus- och kliniknivå görs, men utan anspråk på att vara egentliga kvalitetsjämförelser.

Könsuppdelade resultat visas vanligen och för ett mindre urval av indikatorer visas resultaten för patienter med olika utbildningsnivå. För första gången visas också för sjukhus kostnadsuppgifter för specifika behandlingar.

Rapportens syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn, ge ett underlag för den offentliga debatten och stimulera till ett ökat lärande och förbättrade resultat i hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-485-5

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2009-11-2

