

Målnivåer för diabetesvård

Uppföljning och översyn

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

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

Artikelnummer 2017-9-26
Publicerad www.socialstyrelsen.se

Förord

Socialstyrelsen fastställer målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd. Målnivåerna ger hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt bidrar till att patienter får en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Det finns hittills målnivåer inom åtta riktlinjeområden.

Socialstyrelsen har nu genomfört en första uppföljning och översyn av de nationella målnivåerna för diabetesvård. Syftet är att följa upp landstingens och regionernas arbete med att nå de fastställda målnivåerna. Målnivåerna behöver utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå eller när kunskapsläget inom området förändras.

Projektledare för arbetet har varit Christina Broman. Externa experter har varit Christian Berne, Mats Eliasson, Stefan Jansson och Claes Göran Östenson. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Uppföljning och översyn av Socialstyrelsens nationella målnivåer för diabetesvård	10
Målnivå för HbA1c >70 mmol/mol	11
Målnivå för blodtryck < 140/85 mmHg	16
Målnivå för fotundersökning	22
Målnivå för ögonbottenundersökning	29
Målnivå för icke-rökare bland personer med diabetes	34
Referenser	39
Bilaga 1. Målnivåmodellen	40
Bilaga 2. Projektorganisation	44

Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört den första uppföljningen och översynen av målnivåerna för diabetesvården.

Uppföljningen och översynen visar att landstingen och regionerna uppnår positiva resultat för vissa av målnivåerna och att trenderna tyder på en stadig förbättring. Att andelen personer med HbA1c >70 mmol/mol minskar i hela landet är särskilt glädjande.

Uppföljningen visar dock att det finns landsting och regioner där vården behöver lägga ytterligare kraft på att i ännu högre grad nå målnivån för att få en god och jämlik diabetesvård.

För målvärden för HbA1c och blodtryck kan det föreligga individuella skillnader i hur intensivt sänkningen av HbA1c och blodtryck bör drivas. Biverkningar och förväntade vinster av mera intensiv behandling kan motivera att något högre värden kan accepteras. Däremot bör yngre individer och de med kort sjukdomsduration inte ha HbA1c >70 mmol/mol eller blodtryck >140/85 mm Hg.

För fotundersökning, ögonbottenundersökning och icke-rökare är förändringarna i måluppfyllelse den senaste fyraårsperioden små på nationell nivå. På region- och landstingsnivå finns såväl större variationer över tid som skillnader mellan vårdgivare som bör minska för att säkerställa jämlik vård för personer med diabetes.

Uppföljningen och översynen av samtliga målnivåer resulterade i att målnivån för fotundersökning för typ 1-diabetes justerades. Övriga målnivåer är oförändrade fram till nästa uppföljning och översyn.

Tabell 1. Socialstyrelsens nationella målnivåer för diabetesvård

Indikator	Målnivå*
HbA1c >70 mmol/mol typ 1-diabetes	< 20 %
HbA1c >70 mmol/mol typ 2-diabetes	< 10 %
Blodtryck < 140/85 mmHg typ 1-diabetes	≥ 90 %
Blodtryck < 140/85 mmHg typ 2-diabetes	≥ 65 %
Fotundersökning typ 1-diabetes	≥ 95 %
Fotundersökning typ 2-diabetes	≥ 99 %
Ögonbottenundersökning typ 1 diabetes	≥ 98 %
Ögonbottenundersökning typ 2-diabetes	≥ 96 %
Icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes	≥ 95 %
Icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes	≥ 95 %

*Målnivå på gruppnivå.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppdraget innefattar bland annat att ta fram nationella riktlinjer, kunskapsstöd, indikatorer, målnivåer och öppna jämförelser samt utvärderingar av vård och omsorg för specifika sjukdomsgrupper.

En viktig del av de nationella riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård och omsorg. De målnivåer som tas fram utgår från dessa indikatorer och syftar till att vara ett stöd för uppföljning av resultat på lokal, regional och nationell nivå.

Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska eller långvariga ohälsotillstånd.

Målnivåerna kan bland annat användas för uppföljning och utvärdering på nationell nivå samt även på regional och lokal nivå för att möjliggöra förbättringsarbete där det ger störst effekt. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Socialstyrelsens målnivåer är ofta högt satta men realistiska och möjliga att uppnå. Syftet med det är att uppnå en jämlik vård av god kvalitet

Socialstyrelsen har tidigare haft i uppdrag av regeringen att fastställa målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna för diabetesvård [1, 2].

Syfte och avgränsningar

Målnivåerna behöver utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå eller när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa hur långt landstingen och regionerna har kommit i sitt arbete med att nå den eftersträvarvärda målnivån.

Uppföljningen och översynen avser de målnivåer för diabetesvården som fastställdes 2015 [1].

Intressenter

Målnivåerna för diabetesvården vänder sig till flera intressenter. Främst till beslutsfattare och professioner inom hälso- och sjukvården men också till patientföreträdare och intresseorganisationer.

Datakällor

Uppgifterna som presenteras i diagrammen har tillhandahållits av Nationella diabetesregistret (NDR) [3] som samlar in uppgifter om bland annat behand-

lingsresultat, preventiva åtgärder och resultat inom diabetesvården. Specifikationerna för respektive indikator presenteras i anslutning till diagrammen. För fullständiga indikatorbeskrivningar hänvisas till de nationella riktlinjernas indikatorbilaga [4].

Om indikatorerna

Indikatorerna har tagits fram i en strukturerad process under riktlinjearbetet och ska spegla hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna. Genom att indikatorerna har en vetenskaplig förankring lämpas de väl för användning i en kunskapsstyrd verksamhet. Utgångspunkten för målnivåer inom diabetesvård är de indikatorer som tagits fram till de nationella riktlinjerna för diabetesvård 2015 [4, 5].

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av viktiga rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har också genomgått en remissrunda i samband med att remissversionen av riktlinjen publicerades. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär dock inte automatiskt att samtliga är lämpliga som målnivåindikatorer. Indikatorerna som ingår i de nationella riktlinjerna kan rikta sig till olika intressenter. Vissa indikatorer är lämpade för övergripande ledning och styrning av hälso- och sjukvården medan andra är mer intressanta ur ett professionsperspektiv.

Om målnivåerna

Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Den modell som ligger till grund för Socialstyrelsens målnivåarbete består av fem faser, se bilaga 1. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Socialstyrelsens målnivåer är ofta högt satta men realistiska och möjliga att uppnå. Syftet med det är att uppnå en jämlik vård av god kvalitet. Målnivåerna är satta med hänsyn till att inte alla patienter kan erhålla eller tillgoda sig vården. För många landsting och regioner kan det vara en utmaning att nå målen, men det är dock viktigt att komma ihåg att de är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan landstingen och regionerna själva ta fram delmål för att så småningom nå det eftersträvarvärda målet. Målnivåerna måste också ses över regelbundet och justeras om kunskapsläget förändras.

Uppföljning och översyn av Socialstyrelsens nationella målnivåer för diabetesvård

I följande kapitel presenteras en uppföljning och översyn av Socialstyrelsens målnivåer för de indikatorer som bedömts vara aktuella som målnivåindikatorer samt motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- Ett inledande avsnitt som beskriver Socialstyrelsens fastställda nationella målnivå, inklusive en motivering och sammanfattning av resultat.
- Redovisning av hur målnivån förhåller sig till senast tillgängliga resultat på landstingsnivå samt en jämförelse åren 2013 och 2016.
- En beskrivning vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta.
- En teknisk beskrivning av indikatorn med täljare och nämnare angiven.

Målnivå för HbA1c >70 mmol/mol

Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 1-diabetes är fastställd till < 20 procent och för typ 2-diabetes till < 10 procent.

Socialstyrelsen har efter översynen bedömt att målnivåerna för både typ 1-diabetes och för typ 2-diabetes i nuläget är rimliga och justerar av den anledningen inte målnivåerna.

Motivering till målnivån

Otillräcklig glukoskontroll är ett allvarligt hälsotillstånd som medför stor risk för komplikationer för den enskilde. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger stöd till denna patientgrupp. Utvecklingsinsatser genomförs inom landsting och regioner för att implementera behandlingsstrategier för denna målgrupp. Socialstyrelsen anser att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes.

Sammanfattning

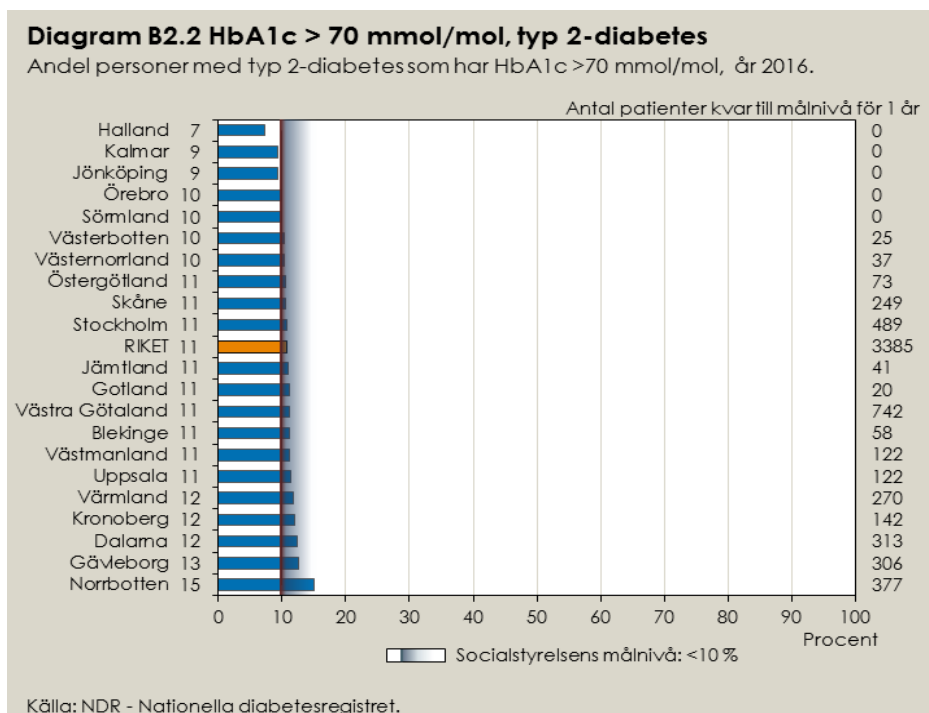
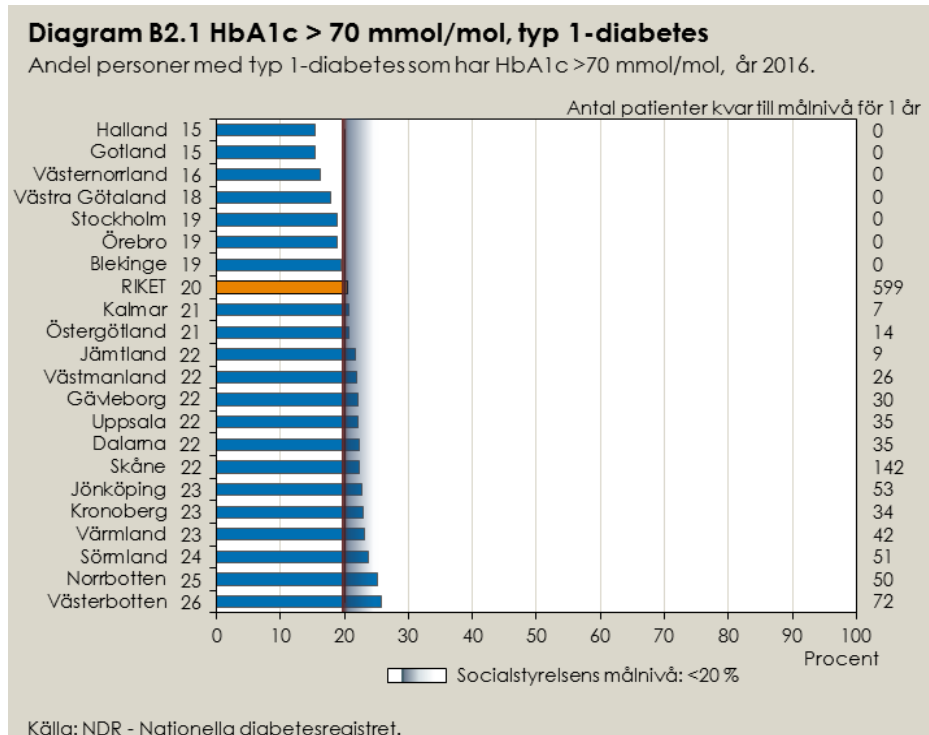
Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på < 20 procent att ytterligare cirka 600 personer med typ 1-diabetes bör nå en HbA1c nivå under 70 mmol/mol i riket som helhet. Sju landsting och regioner har nått målnivån och flera är på god väg. I riket är det drygt 20 procent med typ 1-diabetes som har en HbA1c nivå över 70 mmol/mol. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 15 till 26 procent.

För typ 2-diabetes innebär en målnivå på < 10 procent att ytterligare cirka 3 400 personer med typ 2-diabetes bör nå en HbA1c nivå under 70 mmol/mol, i riket som helhet. Fem landsting och regioner har nått målnivån och flera är på god väg. I riket är det 11 procent med typ 2-diabetes som har en HbA1c nivå över 70 mmol/mol. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 7 till 15 procent.

Resultatet visar en tydlig trend mot minskning av andelen med HbA1c >70 mmol/mol i samtliga landsting och regioner, vilket kan ses som en stor och viktig framgång. Om trenden fortsätter kan en sänkning av målnivån vara motiverad vid nästa översyn.

För typ 2-diabetes är trenden sjunkande men inte lika markant som för typ 1-diabetes. För många äldre personer med typ 2-diabetes kan en nivå nära 70 mmol/mol vara acceptabel, men för yngre personer med kortare duration bör målsättningen vara betydligt lägre HbA1c i linje med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för diabetesvården [5].

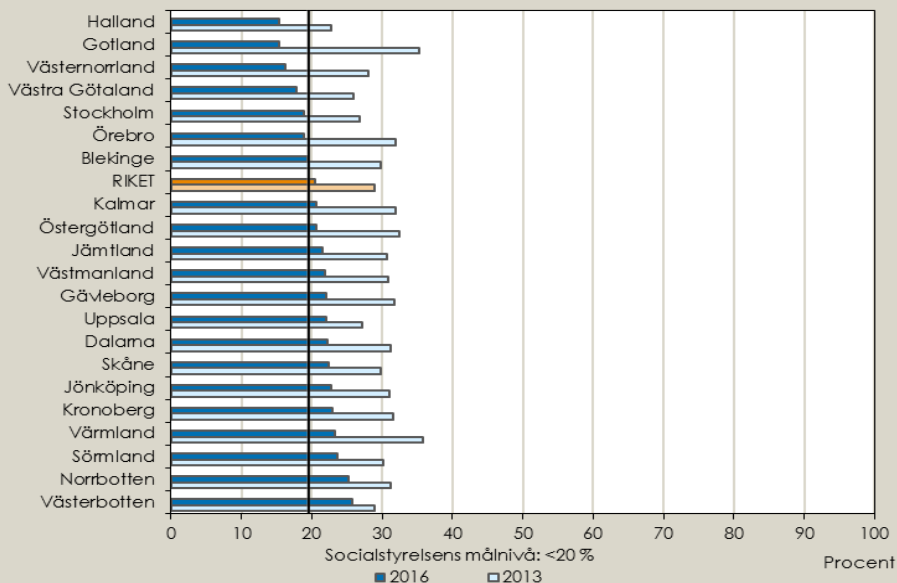
Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå för typ1- och typ 2-diabetes



Jämförelse år 2013 och 2016 – målnivåer för typ 1- och typ 2-diabetes

Diagram B2.3. HbA1c > 70 mmol/mol, typ 1-diabetes

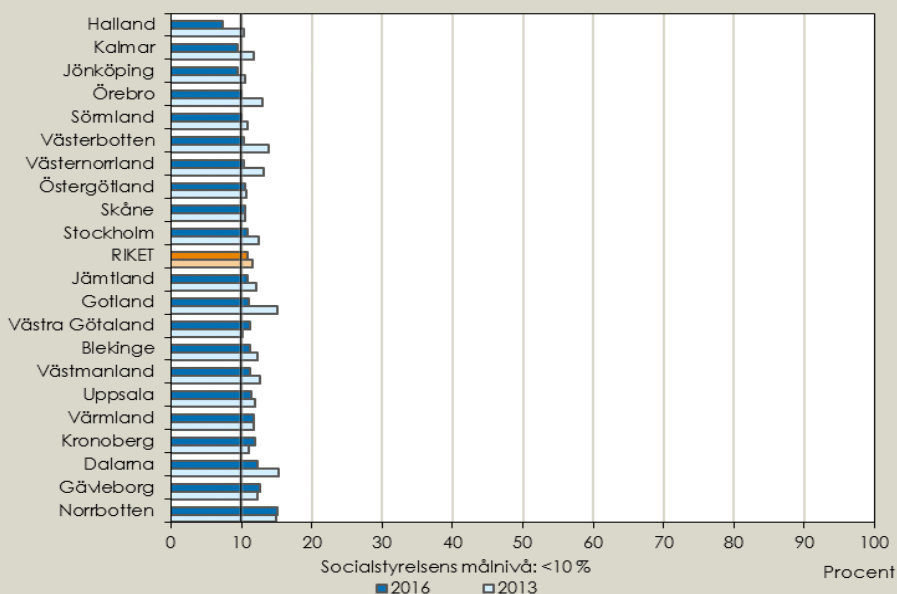
Andel personer med typ 1-diabetes som har HbA1c >70 mmol/mol. Avserjämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B2.4. HbA1c > 70 mmol/mol, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har HbA1c >70 mmol/mol. Avserjämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som noterats för ett HbA1c-värde över 70 mmol/mol.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Ett högt HbA1c medför en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. Den här indikatorn synliggör högriskgruppen med HbA1c över 70 mmol/mol, som ska vara så låg som möjligt, för att därigenom uppmuntra till extra vårdinsatser för de berörda personerna. Med insatser från personer med diabetes och från vården går det att minska höga HbA1c-värden. Det kan ge markanta förbättringar av prognosen.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

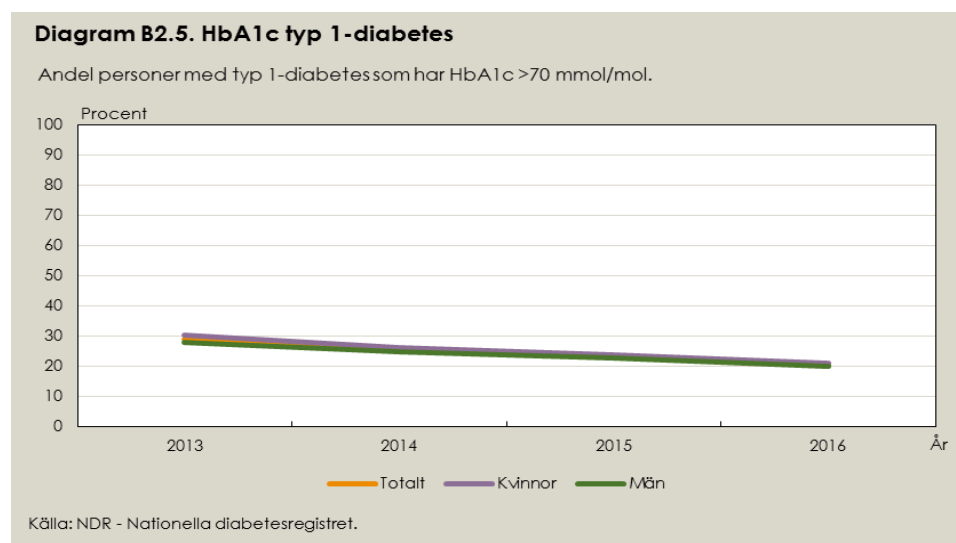
Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) med HbA1c > 70 mmol/mol.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett registrerat värde i NDR under mätperioden.

Felkällor

HbA1c-mätningarna är till övervägande del mycket bra i Sverige genom en extern kvalitetssäkring av undersökningar inom hälso- och sjukvården (Equalis). Det kan ändå finnas metodologiska variationer, särskilt för de allt vanligare patientnära metoderna som på många ställen inte omfattas av denna kvalitetssäkring.

Tidsserie för typ 1-diabetes



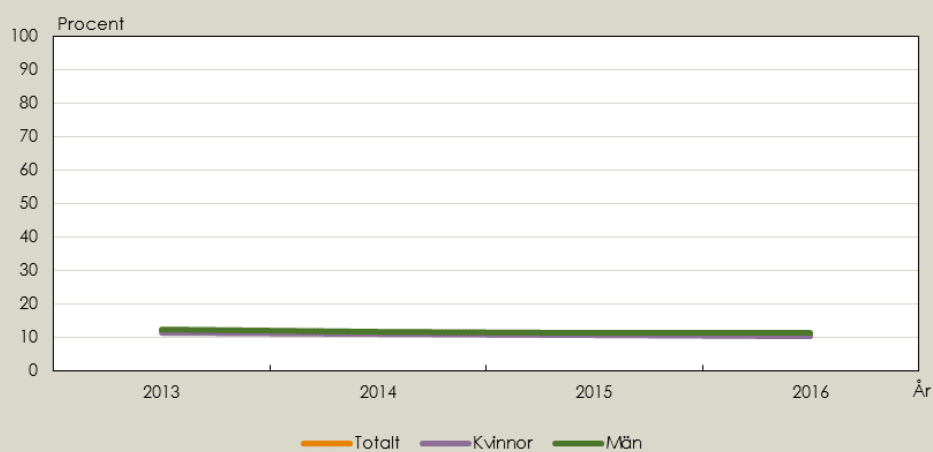
Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	45 734
Variation mellan landstingen	15,4 % -25,2 %
10:e percentilen	16,2 %
Målnivå	< 20 %
Registreringsgrad för riket	98,5 %

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram B2.6. HbA1c typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har HbA1c >70 mmol/mol.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	348 321
Variation mellan landstingen	7,3 % -15,1 %
10:e percentilen	9,4 %
Målnivå	<10 %
Registreringsgrad för riket	97,0 %

Målnivå för blodtryck < 140/85 mmHg

Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn blodtryck < 140/85 mmHg bland personer med typ 1-diabetes har fastställts till ≥ 90 procent och för typ 2-diabetes till ≥ 65 procent.

Socialstyrelsen har efter översynen bedömt att målnivåerna för både typ 1-diabetes och för typ 2-diabetes i nuläget är rimliga och justerar av den anledningen inte målnivåerna.

Motivering till målnivån

Högt blodtryck är den viktigaste orsaken till stroke och bidrar i hög utsträckning till ökad risk för hjärtinfarkt, nedsatt cirkulation i benen och njursvikt. Av den anledningen är det viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder personer med diabetes och högt blodtryck interventioner för att åstadkomma ett bra blodtryck i enlighet med aktuella riktlinjer. För att indikatorn ska vara jämförbar mellan olika enheter och landsting krävs att blodtrycksmätning sker i enlighet med anvisningar från det nationella diabetesregistret (NDR).

För vissa personer med typ 2-diabetes och högt blodtryck finns det av medicinska skäl svårigheter att uppnå god blodtryckskontroll. Detta är den huvudsakliga anledningen till att målnivåerna för typ 1- och typ 2-diabetes skiljer sig så markant. Socialstyrelsen anser att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes.

Sammanfattning

Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 90 procent att ytterligare cirka 7 000 personer med typ 1-diabetes bör nå ett blodtryck under 140/85 mmHg, i riket som helhet. Inget landsting eller region har ännu nått målnivån. I riket är det 74 procent med typ 1-diabetes som har ett blodtryck under 140/85 mmHg. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 65 till 80 procent.

För typ 2-diabetes innebär en målnivå på ≥ 65 procent att ytterligare cirka 37 500 personer med typ 2-diabetes bör nå ett blodtryck under 140/85 mmHg, i riket som helhet. Det är endast ett landsting som har nått målnivån. I riket är det 54 procent med typ 2-diabetes som har ett blodtryck under 140/85 mmHg. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 47 till 65 procent.

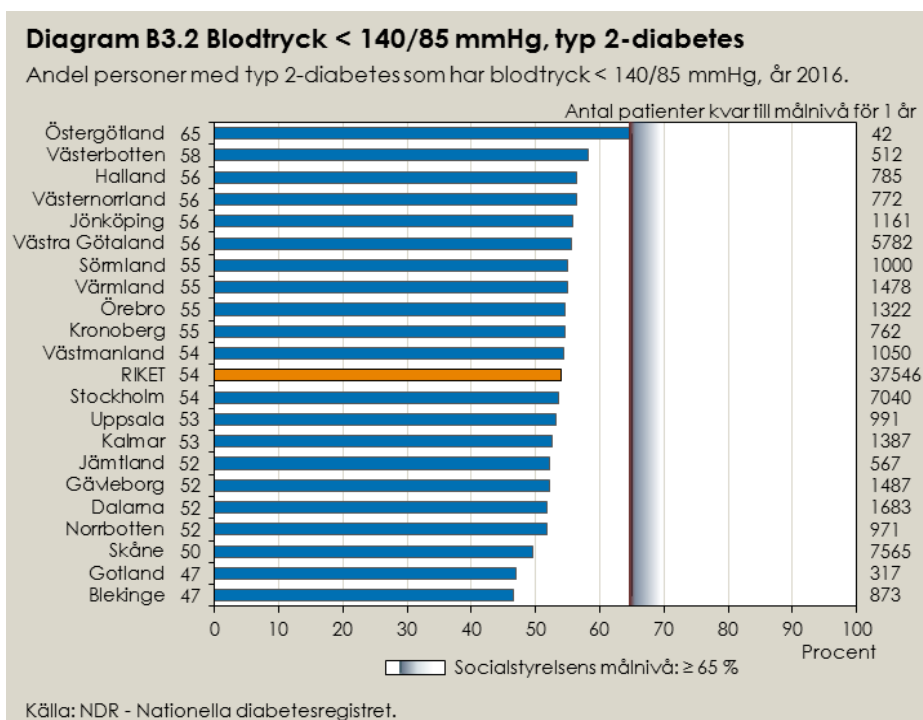
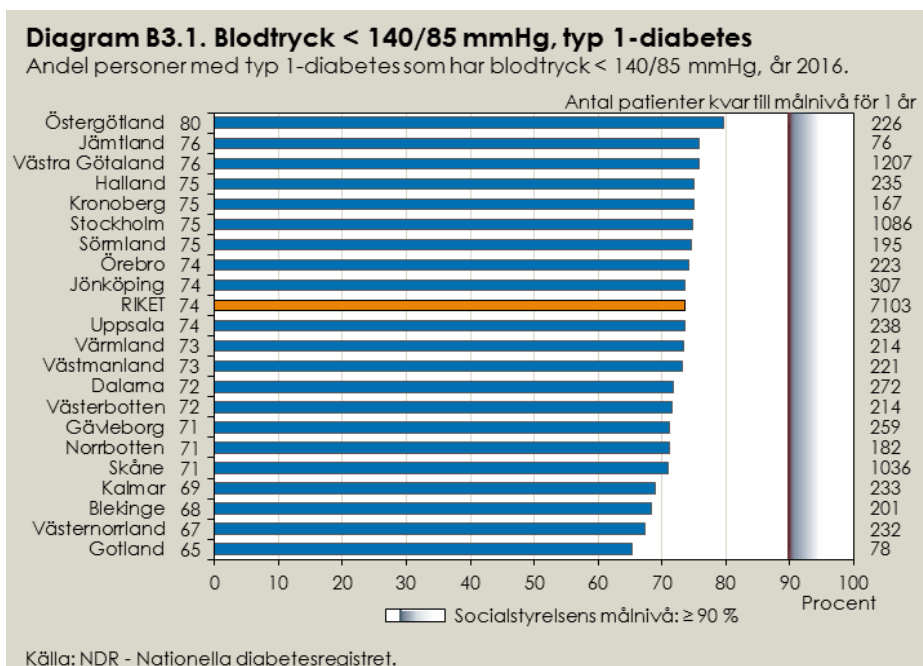
För riket har det skett en viss försämring av måluppfyllelsen, vilket är en otillfredsställande utveckling. Det är därför viktigt att landsting och regioner ser över vilka förbättringsinsatser som behövs för att nå upp till målnivån. Dock bör framhållas att eftersom många rapportörer avrundar blodtryck till

närmaste 5 mmHg ger ett målvärde på $\leq 140/85$ mmHg en betydligt högre måluppfyllelse.

Tidigare har målvärdena för blodtryck vid diabetes varit lägre. I enlighet med ett flertal internationella riktlinjer och baserat på omfattande systematiska litteraturgenomgångar befanns evidens för dessa lägre nivåer vara otillräcklig för flertalet personer vid diabetes. Den kvarstående rekommendationen i nationella riktlinjer för diabetesvården 2015 var ”lägre blodtrycksmål (än $<140/85$ mmHg) kan övervägas för unga patienter och för patienter med förhöjd albuminutsöndring i urinen (makroalbuminuri) eller om behandlingen kan ges utan biverkningar.” Det är viktigt att förändringen i rekommendationerna inte leder till minskat fokus på blodtrycksreglering vid diabetes.

Måluppfyllelsen för blodtryckskontroll vid både typ 1- och typ 2-diabetes är alltför långt från målnivån för att vara tillfredsställande även om biverkningar av alltför stor blodtryckssänkning kan motivera högre målvärde i individuella fall särskilt för äldre.

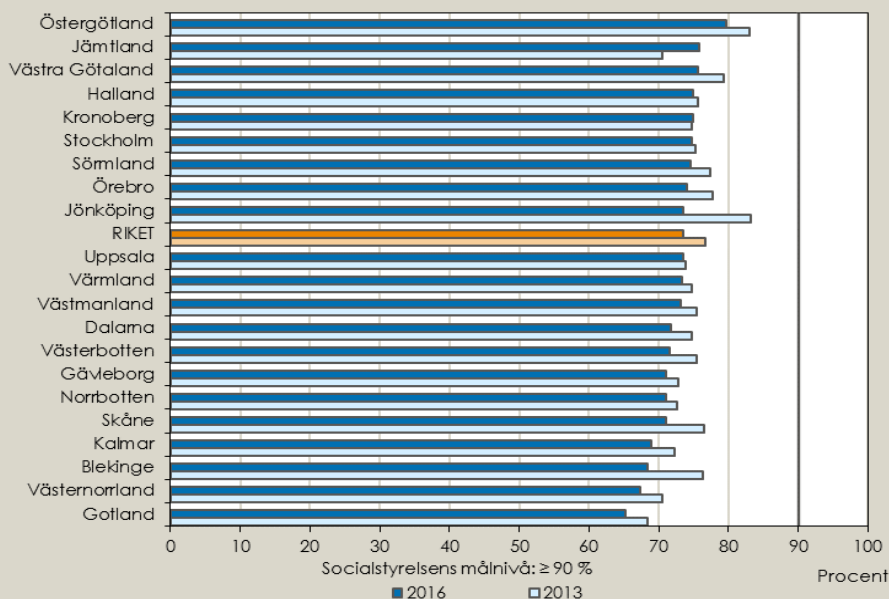
Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå för typ1- och typ 2-diabetes



Jämförelse år 2013 och 2016 – målnivåer för typ 1- och typ 2-diabetes

Diagram B3.3 Blodtryck < 140/85 mmHg, typ 1-diabetes

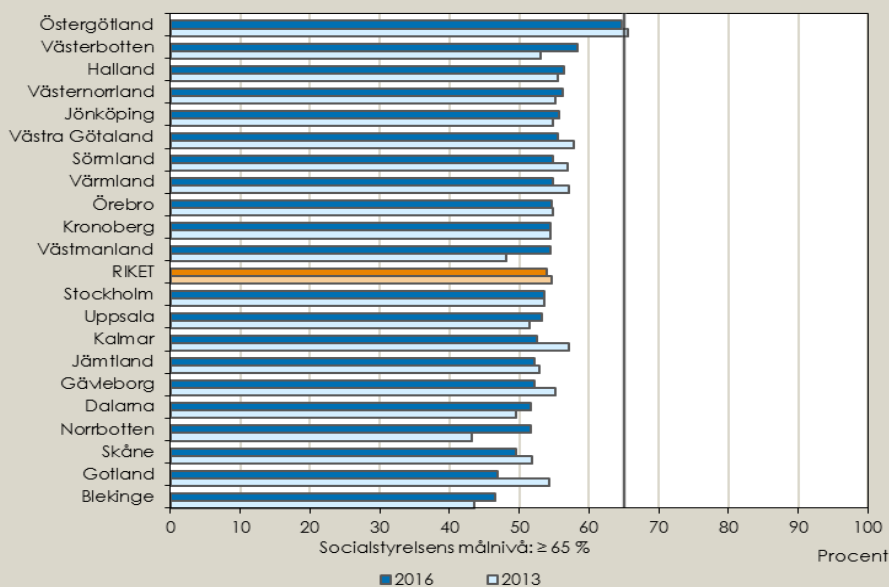
Andel personer med typ 1-diabetes som har blodtryck < 140/85 mmHg. Avserjämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B3.4 Blodtryck < 140/85 mmHg, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har blodtryck < 140/85 mmHg. Avserjämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som noterats för ett blodtryck under 140/85 mmHg.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Det är viktigt med en effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes för att minska risken för makro- och mikrovaskulära komplikationer. De makrovaskulära komplikationerna, det vill säga stroke, hjärtinfarkt och perifer kärlsjukdom, står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid typ 2-diabetes. De medför stort lidande och sänkt livskvalitet för individerna, och en stor kostnad för sjukvården och samhället.

Högt blodtryck ökar risken för diabetesnefropati (njurskador) som är en väl dokumenterad riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och död. Mikrovaskulära komplikationer, sjukliga förändring i små blodkärl, kan leda till njursvikt, synnedbätning och behov av amputation.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

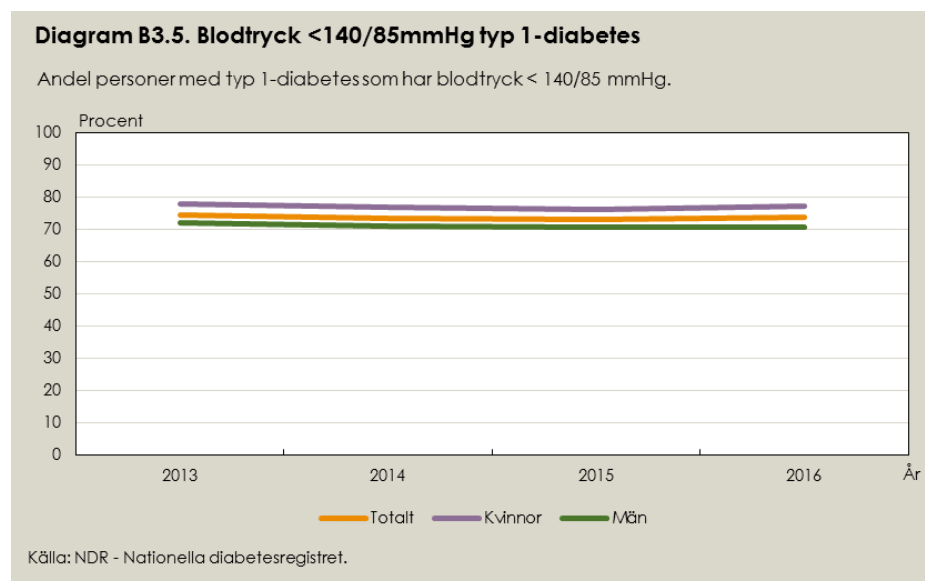
Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) med blodtryck < 140/85 mmHg.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett registrerat värde i NDR under mätperioden.

Felkällor

Olika sätt att mäta blodtryck samt avrundning till 0 eller 5 mmHg vid angivande av resultat kan påverka utfallet.

Tidsserie för typ 1-diabetes



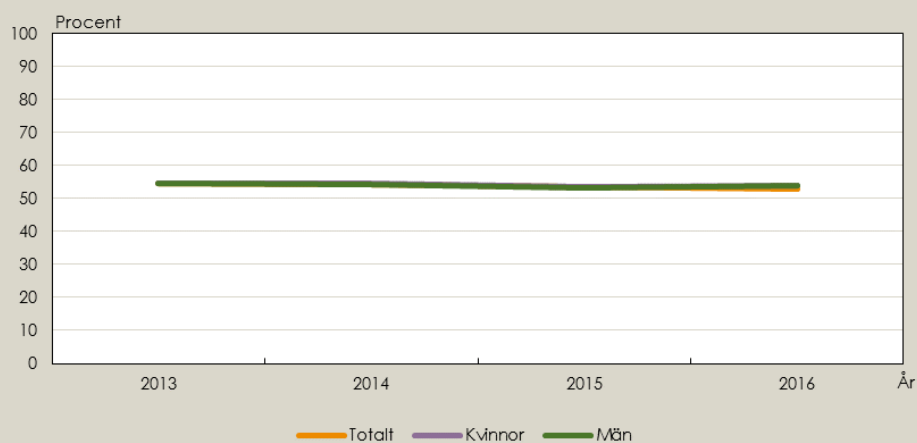
Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	43 323
Variation mellan landstingen	65,2 % – 79,7 %
90:e percentilen	75,7 %
Målnivå	≥ 90 %
Registreringsgrad för riket	93,3 %

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram B3.6. Blodtryck <140/85mmHg typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har blodtryck < 140/85 mmHg.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	341 501
Variation mellan landstingen	46,4 % – 64,7 %
90:e percentilen	56,4 %
Målnivå	≥ 65 %
Registreringsgrad för riket	95,1 %

Målnivå för fotundersökning

Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn fotundersökning av personer med typ 1-diabetes har fastställts till ≥ 95 procent och för typ 2-diabetes till ≥ 99 procent.

Socialstyrelsen har efter översynen justerat målnivån för personer med typ 1-diabetes till ≥ 95 procent. Justeringen har gjorts eftersom att personer med typ 1-diabetes med kort duration inte behöver fotundersökning årligen.

För personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen bedömt att målnivån i nuläget är rimlig och justerar av den anledningen inte målnivån.

Motivering till målnivån

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem, såsom svårålkta sår, infektioner och fotdeformiteter. Fotundersökning är därför en viktig intervention ur både medicinsk och pedagogisk synvinkel. Socialstyrelsen bedömer att i princip alla personer med diabetes bör genomgå fotundersökning. Socialstyrelsen bedömer samtidigt att det kan finnas några få individer som av olika orsaker inte kan eller vill genomgå fotundersökning varför målnivån inte kan vara 100 procent.

Sammanfattning

Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 95 procent att ytterligare cirka 2 400 personer med typ 1-diabetes bör genomgå en enkel fotundersökning, i riket som helhet. Fem landsting och regioner har nått målnivån och flera är på god väg. I riket är det 89 procent med typ 1-diabetes som har genomgått en enkel fotundersökning. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 78 till 98 procent

För typ 2-diabetes innebär en målnivå på ≥ 99 procent att ytterligare cirka 36 600 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en enkel fotundersökning, i riket som helhet. Inget av landstingen eller regionerna har ännu nått målnivån. I riket är det 87 procent med typ 2-diabetes som har genomgått en enkel fotundersökning. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 71 till 96 procent.

Det finns en trend till minskande måluppfyllelse för både typ 1- och typ 2-diabetes. För typ 1-diabetes kan det ifrågasättas om årlig undersökning av unga personer med kortare duration är motiverad, vilket kan ha bidragit till en minskning. Socialstyrelsen har av den anledningen justerat målnivån.

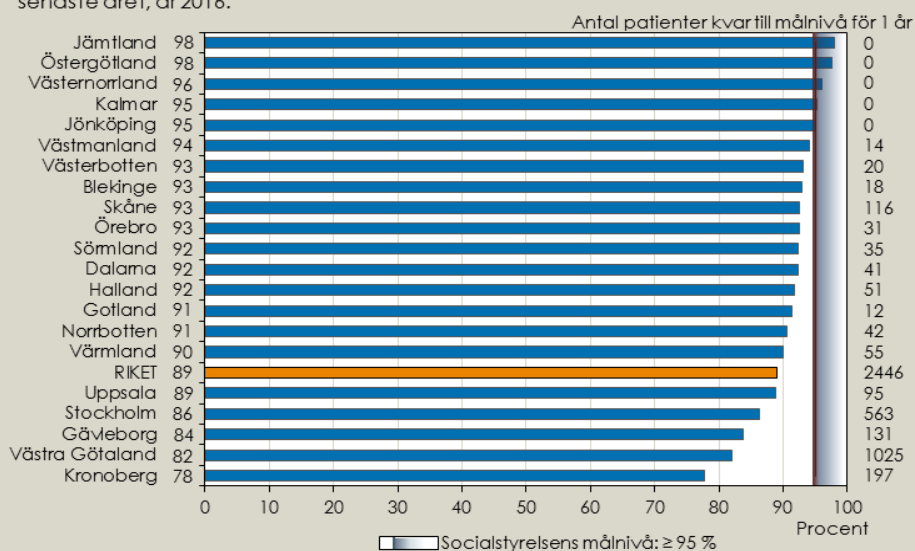
Desto mer oroväckande är minskningen av måluppfyllelse av fotundersökningar vid typ 2-diabetes. Vid typ 2-diabetes är årlig undersökning motiverad för de allra flesta för att i tid upptäcka risk för fotsår, vilket kan föranleda intensifierade förebyggande åtgärder.

Variationer i rapporteringsgrad över tid och för landsting och regioner försvårar tolkningen av resultaten för många indikatorer, vilket också poängterats i årsrapporten från NDR [3]. Kvalitetsregistret har också utvecklat hjälpmedel för att förbättra rapporteringen.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå för typ1- och typ 2-diabetes

Diagram C1.1 Fotundersökning, typ 1-diabetes

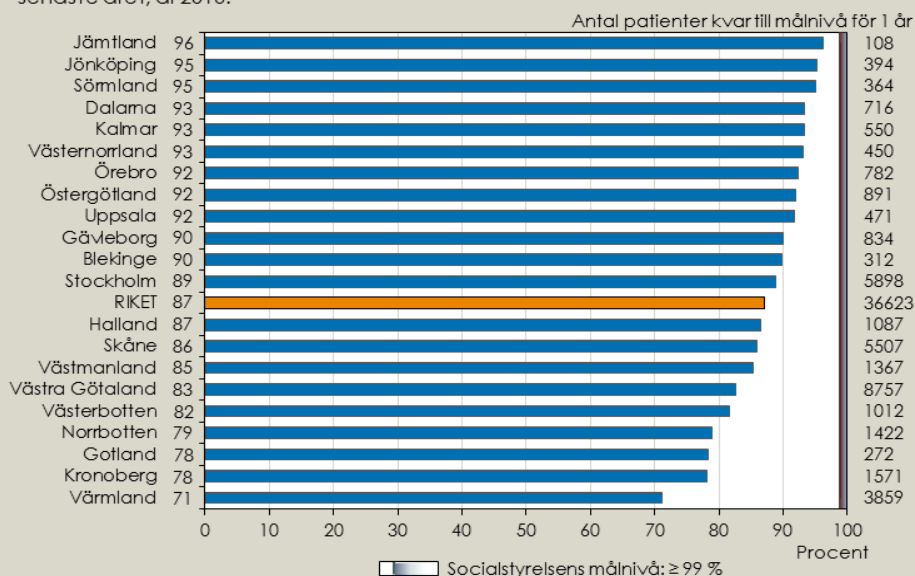
Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året, år 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C1.2 Fotundersökning, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året, år 2016.

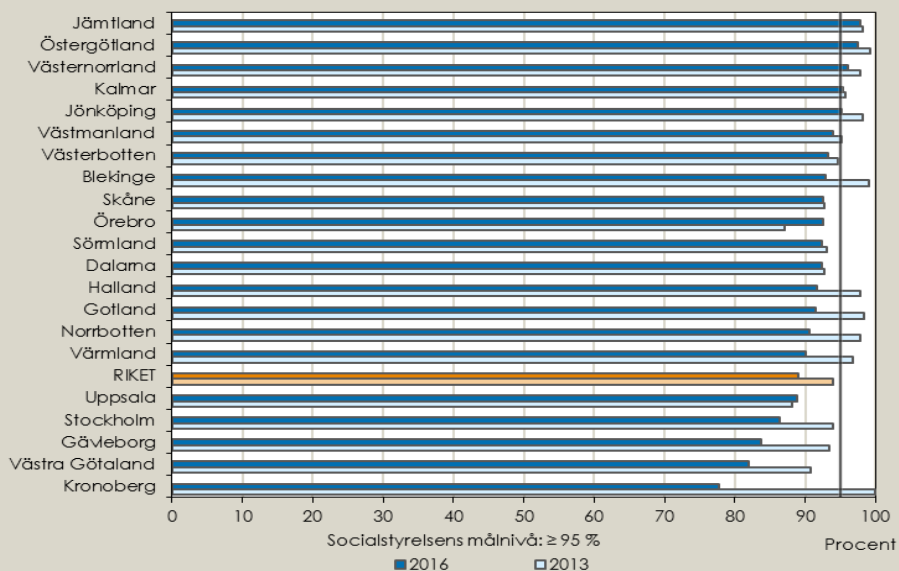


Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Jämförelse år 2013 och 2016 – målnivåer för typ 1- och typ 2-diabetes

Diagram C1.3 Fotundersökning, typ 1-diabetes

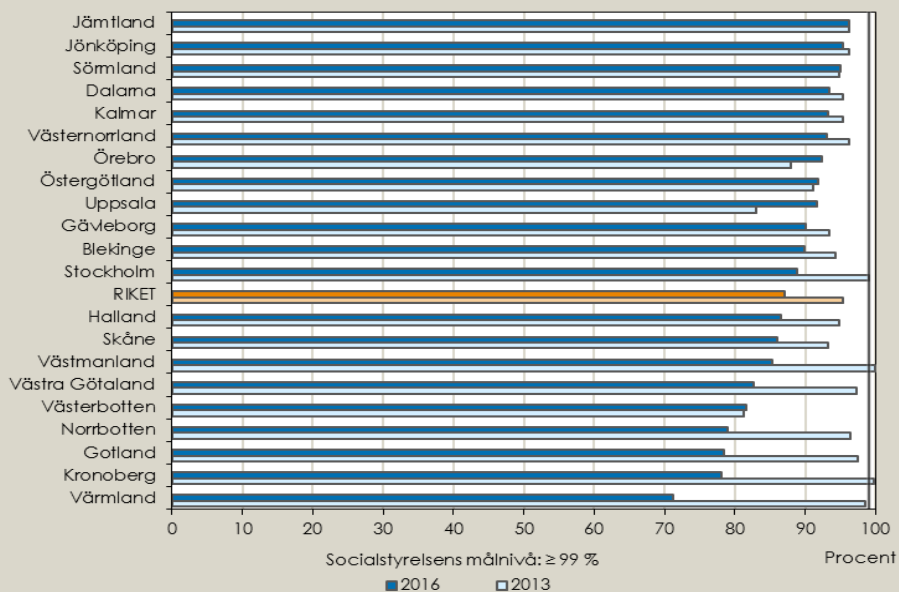
Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året. Avser jämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C1.4 Fotundersökning, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året. Avser jämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått enkel fotundersökning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Denna grupp löper en akut risk att drabbas av skador, stort lidande samt nedsättning av livskvaliteten. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att då sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgiska åtgärder som kan förhindra svårare komplikationer och amputationer.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) som genomgått enkel fotundersökning under mätåret.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som har ett registrerat värde i NDR under mätåret.

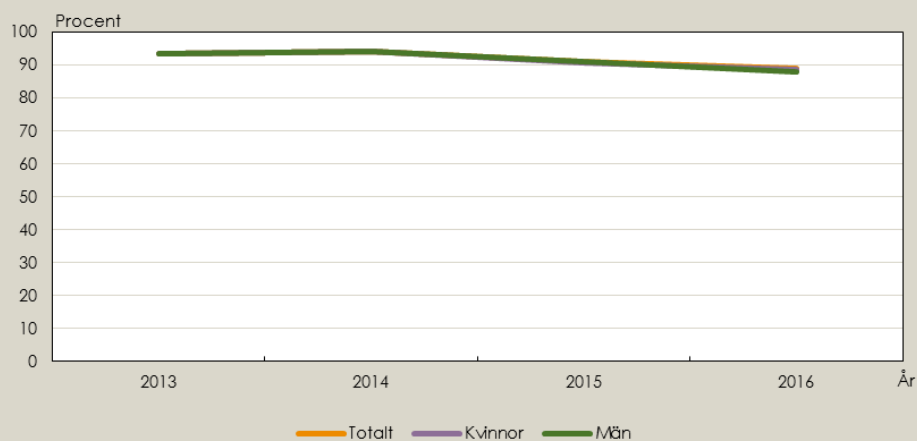
Felkällor

Olika metoder kan användas vid fotundersökning vilket kan påverka resultatet. Monofilamenttest, stämgafterprov, Ipswich touch test och vibrometer skiljer sig något och mäter olika kvaliteter av känsel. Det stora flertalet undersöks sannolikt med monofilamenttest. Täckningsgraden för underlaget till denna indikator varierar för landstingen och regionerna. Vid tolkning av resultatet bör detta tas i beaktande.

Tidsserie för typ 1-diabetes

Diagram C1.5. Fotundersökning typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

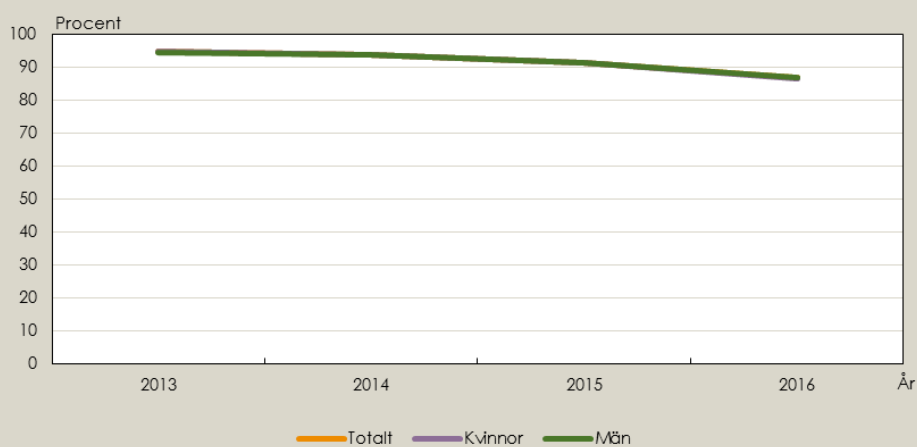
Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	39 693
Variation mellan landstingen	77,5 % - 97,9 %
90:e percentilen	96,1%
Målnivå	≥ 95 %
Registreringsgrad för riket	85,5 %

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram C1.6. Fotundersökning typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	307 992
Variation mellan landstingen	71,2 % – 96,3 %
90:e percentilen	96,1 %
Målnivå	≥ 99 %
Registreringsgrad för riket	85,8 %

Målnivå för ögonbottenundersökning

Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn ögonbottenundersökning av personer med typ 1-diabetes har fastställts till ≥ 98 procent och för typ 2-diabetes till ≥ 96 procent.

Socialstyrelsen har efter översynen bedömt att målnivåerna för både typ 1-diabetes och för typ 2-diabetes i nuläget är rimliga och justerar av den anledningen inte målnivåerna.

Motivering till målnivån

Regelbunden undersökning och vid behov behandling av ögonbottnar hos personer med diabetes har medfört att olika typer av synnedbättning har minskat. Socialstyrelsen bedömer att målet ska vara högt satt men att en liten andel av personer med typ 1-diabetes av olika skäl inte kan medverka till undersökningen. Likaså finns det några enstaka patienter som faller utanför tidsgränsen på två år.

Socialstyrelsen bedömer att en något högre andel av personer med typ 2-diabetes inte kan genomgå ögonbottenundersökning jämfört med personer med typ 1-diabetes, på grund av svår samsjuklighet och hög ålder. Likaså finns det några enstaka patienter som faller utanför tidsgränsen på tre år.

Sammanfattning

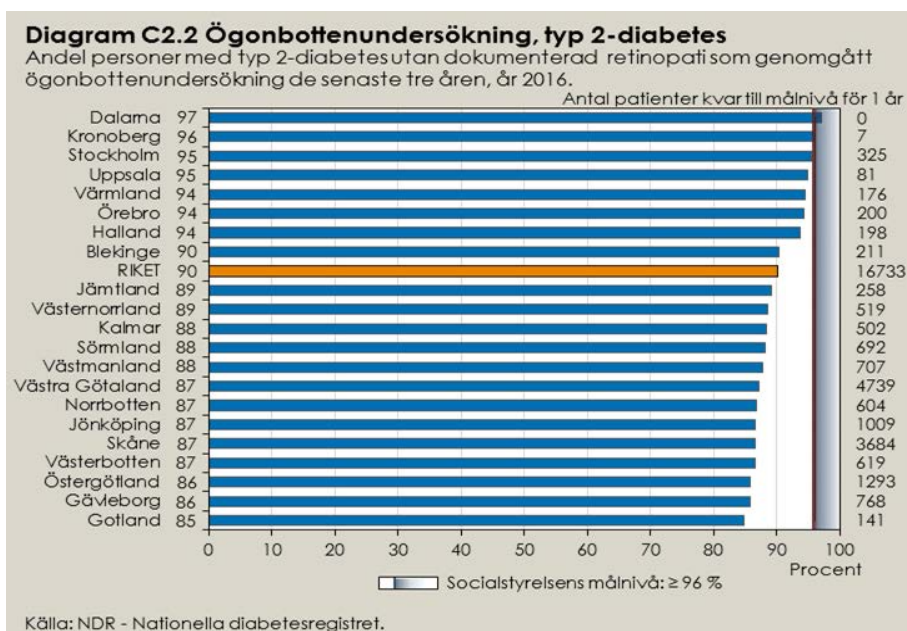
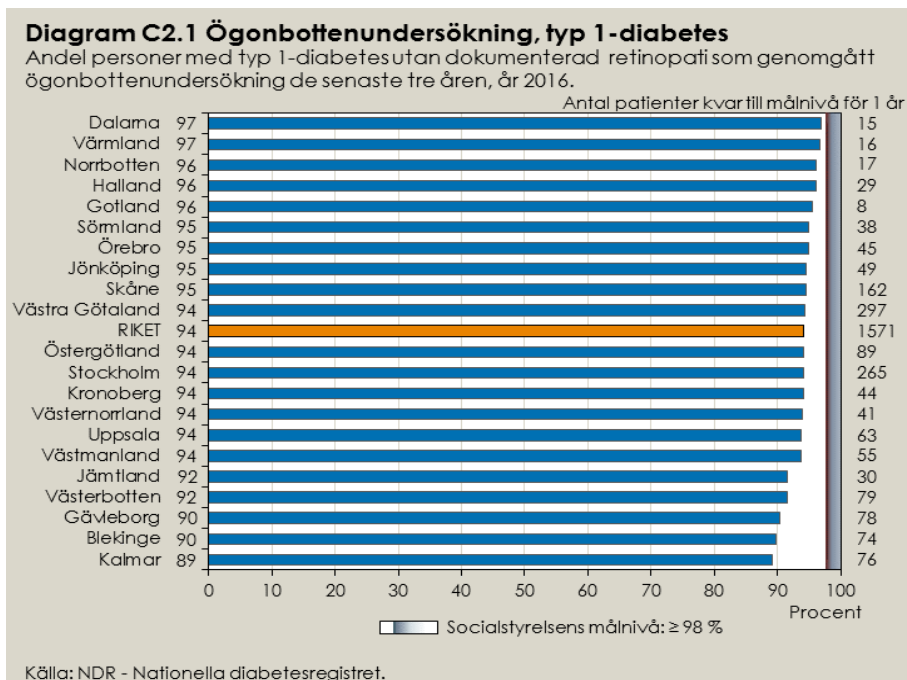
Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 98 procent att ytterligare cirka 1 600 personer med typ 1-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning, i riket som helhet. Det är inte något landsting eller region som har nått målnivån, men flera landsting och regioner är på god väg. I riket är det 94 procent med typ 1-diabetes som har genomgått en ögonbottenundersökning. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 89 till 97 procent.

För typ 2-diabetes innebär en målnivå på ≥ 96 procent att ytterligare cirka 16 700 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning, i riket som helhet. Två landsting har nått målnivån och flera är på god väg. I riket är det 90 procent med typ 2-diabetes som har genomgått en ögonbottenundersökning. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 85 till 97 procent.

Ögonbottenundersökning i enlighet med de nationella riktlinjerna ligger mycket nära målet och trenden i riket från 2013 och framåt är stabil. Ögonbottenundersökning vid diabetes fungerar i det stora hela bra i Sverige. Det finns dock vissa orter där resursbrist förekommer för ögonbottenundersökning vid diabetes, vilket kan bidra till variationer i måluppfyllelse. På mot-

svarande sätt för indikatorn ”Fotundersökning” försvåras tolkningen av variationer i rapporteringsgrad både över tid och mellan landsting respektive regioner.

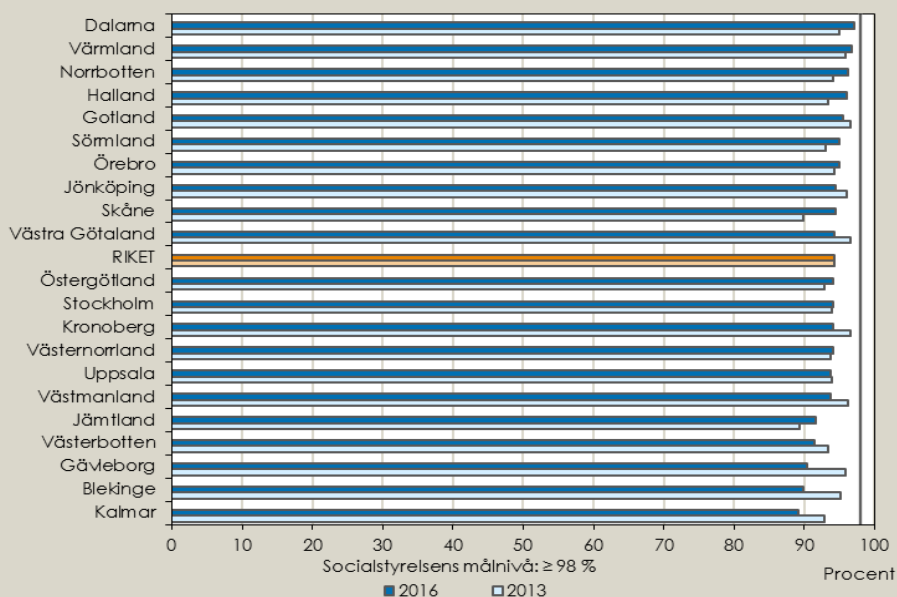
Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå för typ1- och typ 2-diabetes



Jämförelse år 2013 och 2016 – målnivåer för typ 1- och typ 2-diabetes

Diagram C2.3 Ögonbottenundersökning, typ 1-diabetes

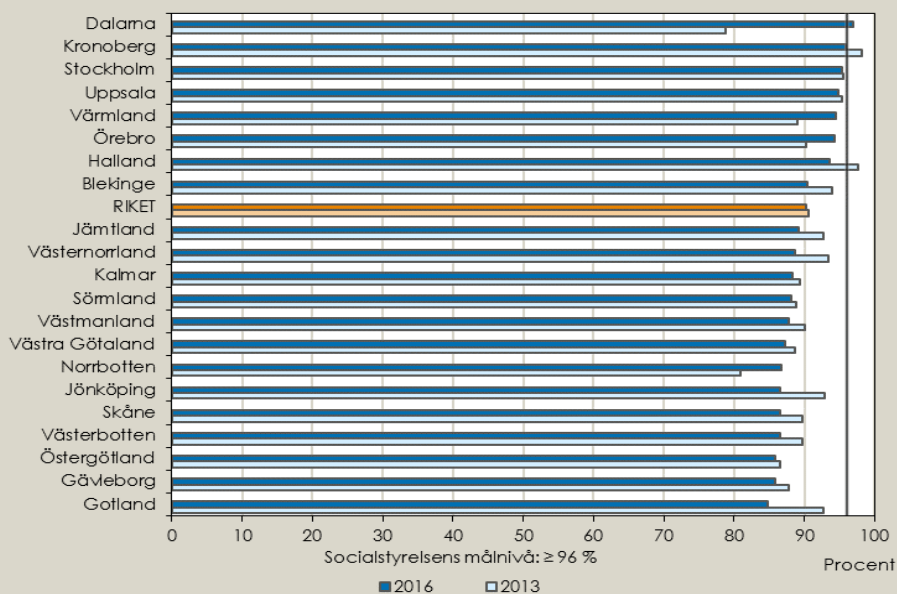
Andel personer med typ 1-diabetes utan dokumenterad retinopati som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren. Avser jämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C2.4. Ögonbottenundersökning, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes utan dokumenterad retinopati som genomgått ögonbottenundersökning de senaste tre åren. Avser jämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Vad visar indikatorn

Indikatorn visar andelen personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes som genomgått ögonbottenundersökning inom de nationella riktlinjernas angivna tidsintervall (två år för typ 1-diabetes och tre år för typ 2-diabetes). Endast patienter utan dokumenterad retinopati ingår i indikatorns underlag.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetessjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, så kallad retinopati. Med regelbundna ögonbottenfoto-graferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna.

Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

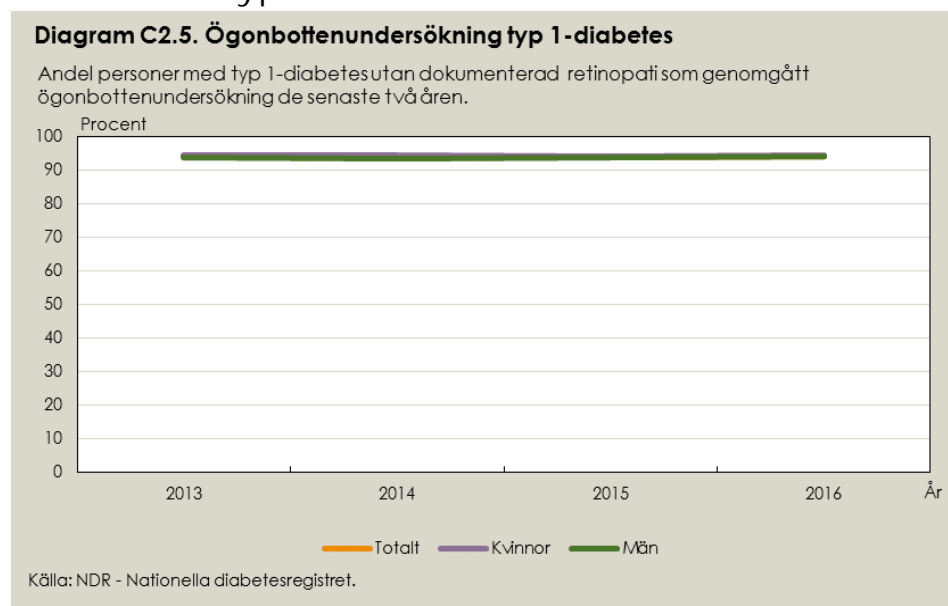
Täljare: Antal personer med diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren för typ 1-diabetes och de senaste tre åren för typ 2-diabetes.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes utan notering om retinopati registrerade i NDR under respektive tidsperiod.

Felkällor

Landstingen och regionerna använder olika intervall för ögonbottenundersökning samt olika åldersgränser för undersökningen. Detta kan påverka registreringsgraden i NDR för denna variabel.

Tidsserie för typ 1-diabetes



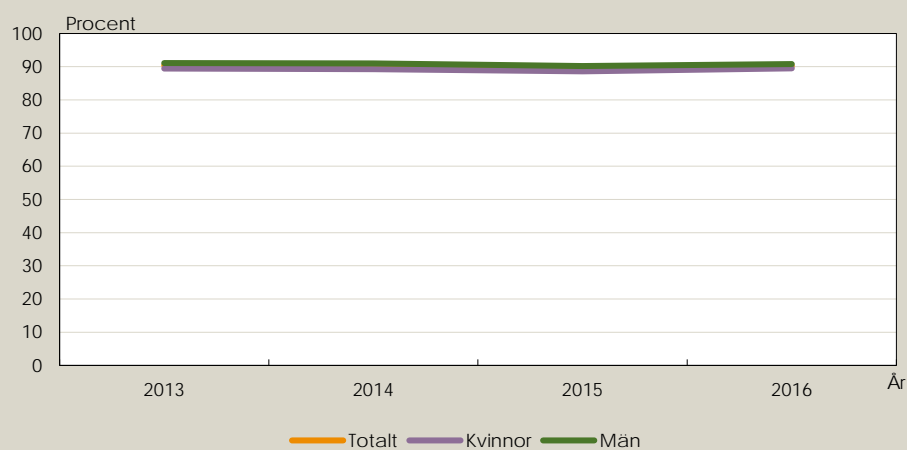
Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	40 919
Variation mellan landstingen	89,1 % – 96,8 %
90:e percentilen	96,2 %
Målnivå	≥ 98 %
Registreringsgrad för riket	88,2 %

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram C2.6. Ögonbottenundersökning typ 2-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes utan dokumenterad retinopati som genomgått



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	287 062
Variation mellan landstingen	84,9 % – 97,0 %
90:e percentilen	95,4 %
Målnivå	≥ 96 %
Registreringsgrad för riket	80,0 %

Målnivå för icke-rökare bland personer med diabetes

Socialstyrelsens nationella målnivå för indikatorn icke-rökare bland personer med typ 1- och typ 2-diabetes har fastställts till ≥ 95 procent.

Socialstyrelsen har efter översynen bedömt att målnivåerna för både typ 1-diabetes och för typ 2-diabetes i nuläget är rimliga och justerar av den anledningen inte målnivåerna.

Motivering till målnivån

Rökning medför ökade hälsorisker, och för personer med diabetes är dessa risker ännu större. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger hjälp och stöd till personer med diabetes att sluta röka. Helst borde alla sluta röka, men ett mål på ≥ 95 procent bedöms för närvarande vara mer realistiskt. Socialstyrelsens bedömning är också att det kan ta tid för landstingen och regionerna att uppnå denna målnivå samt att det kräver att frågan prioriteras i hälso- och sjukvården.

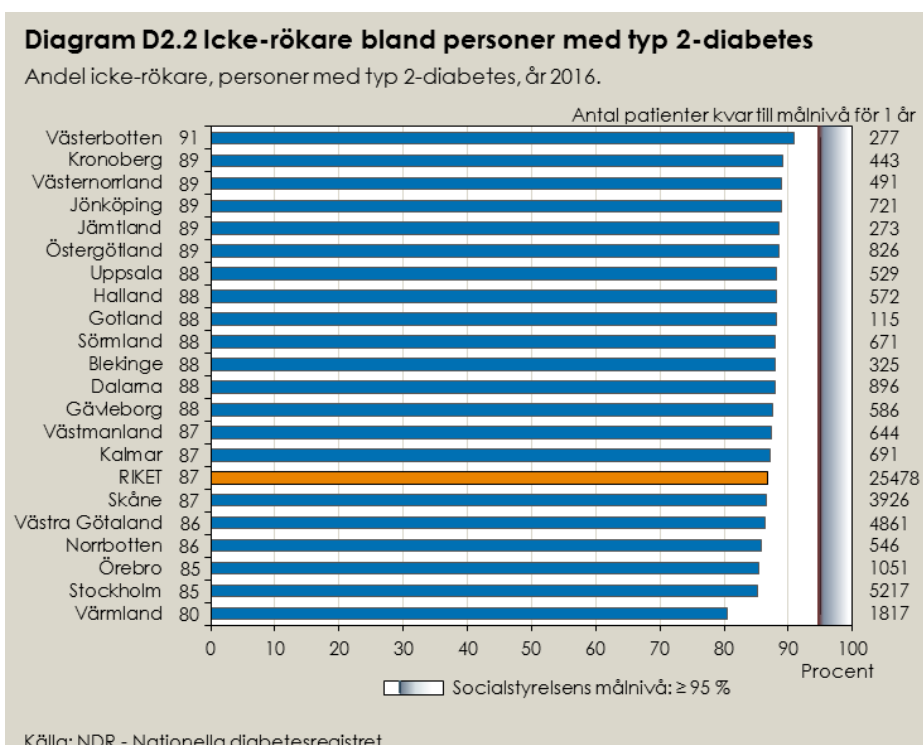
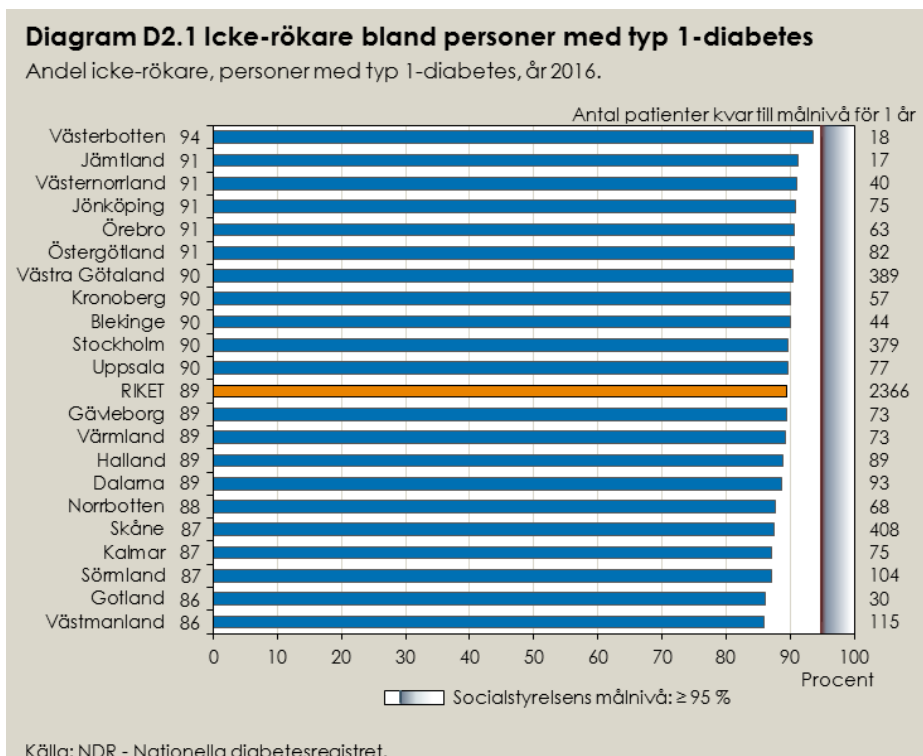
Sammanfattning

Med utgångspunkt i 2016 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 95 procent att ytterligare cirka 2 400 personer med typ 1-diabetes bör få hjälp och stöd att sluta röka. Inget av landstingen eller regionerna har ännu nått målnivån. Andelen icke-rökare i riket med typ 1-diabetes är 89 procent. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 86 till 94 procent.

För typ 2-diabetes innebär en målnivå på ≥ 95 procent att ytterligare cirka 25 500 personer med typ 2-diabetes bör få hjälp och stöd att sluta röka. Inget av landstingen eller regionerna har ännu nått målnivån. Andelen icke-rökare i riket med typ 2-diabetes är 87 procent. Variationen för landstingen och regionerna sträcker sig från 80 till 91 procent.

Andelen icke-rökare har inte förändrats nämnvärt på nationell nivå sedan målnivåerna för diabetesvård fastställdes [1]. Det finns en svag trend i positiv riktning för typ 1-diabetes. Vissa landsting och regioner har noterat en markant positiv utveckling men motsatsen finns också. För typ 2-diabetes är förändringarna marginella i positiv riktning. Rökstopp är sedan många år högt prioriterat inom diabetesvården och förändringarna går ibland långsamt men ändå framåt. Åtgärder för rök(tobaks)slut bör vara högt prioriterat i all diabetesvård.

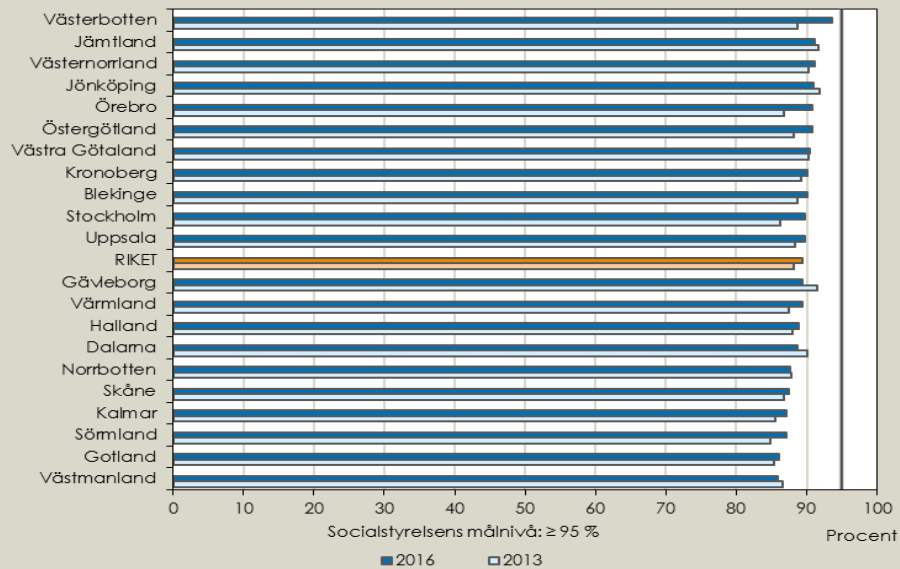
Utvecklingsbehov i förhållande till målnivå för typ1- och typ 2-diabetes



Jämförelse år 2013 och 2016 – målnivåer för typ 1- och typ 2-diabetes

Diagram D2.3 Icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes

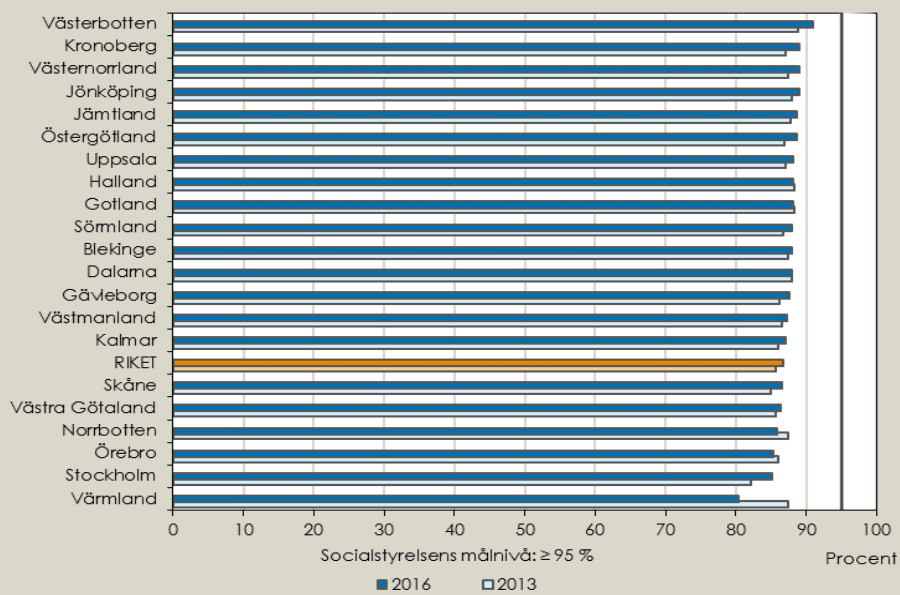
Andel icke-rökare, personer med typ 1-diabetes. Avser jämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D2.4. Icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes

Andel icke-rökare, personer med typ 2-diabetes. Avser jämförelse mellan 2013 och 2016.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen icke-rökare bland personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Rökstopp är en mycket viktig preventiv åtgärd för att minska risken för diabeteskomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar. Hälso- och sjukvården kan göra en viktig insats genom att identifiera och hjälpa personer som inte på egen hand klarar av att sluta röka. Genom att erbjuda rökavvänjande insatser kan fler personer med diabetes bli rökfria. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Teknisk beskrivning

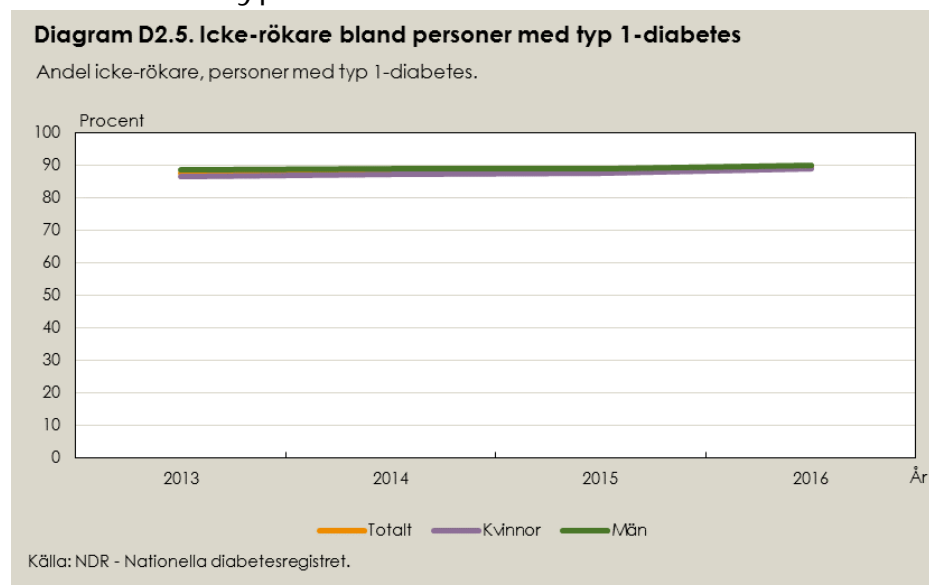
Täljare: Antal personer som enligt uppgift i Nationella diabetesregistret (NDR) är icke-rökare.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes registrerade i NDR.

Felkällor

Jämförelsen baseras på självrapporterade data från personer med diabetes, vilket kan påverka resultatet.

Tidsserie för typ 1-diabetes



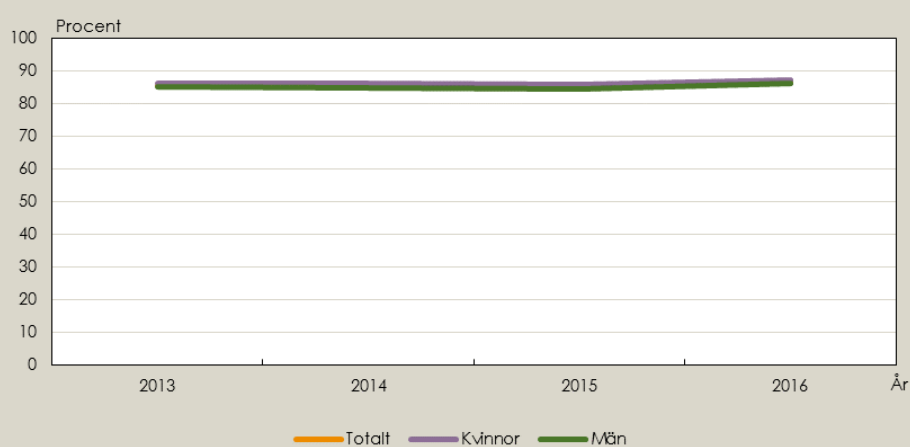
Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	42 391
Variation mellan landstingen	85,3 % – 93,5 %
90:e percentilen	91,1 %
Målnivå	≥ 95 %
Registreringsgrad för riket	91,5 %

Tidsserie för typ 2-diabetes

Diagram D2.6. Icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes

Andel icke-rökare, personer med typ 2-diabetes



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Uppgifter för år 2016

Uppgift	Värde
Antal patienter i jämförelsen	307 319
Variation mellan landstingen	80,4 % – 91,0 %
90:e percentilen	89,0 %
Målnivå	≥ 95 %
Registreringsgrad för riket	85,6 %

Referenser

1. Nationella målnivåer för diabetesvård: Socialstyrelsen; 2015.
2. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015
3. Nationella Diabetesregistret (NDR) – Registercentrum Västra Götaland. Årsrapport – 2016 års resultat; 2017.
4. Nationella riktlinjer för diabetesvård 2015. Indikatorbilaga. Hämtad 2017-06-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-diabetes-indikatorer.pdf>
5. Nationella riktlinjer för diabetesvård 2015. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2015.

Bilaga 1. Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

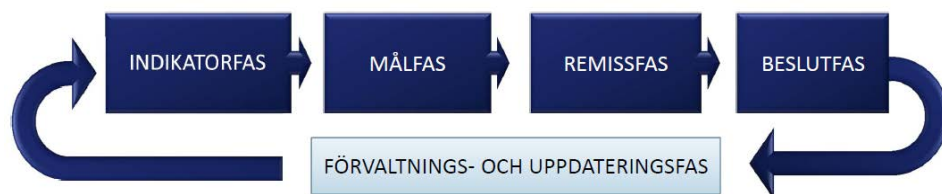
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om till exempel biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs utförligare längre fram i detta kapitel.

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

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfasen

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av- och formulera indikatorerna på ett sådant vis att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms lämpliga att målsätta. Ansvariga för detta arbete är en mindre grupp sakkunniga som tidigare deltagit i riktlinje-processen eller i utvärderingen, alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som bidrar med uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

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

När urvalet av indikatorer genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register och därefter omsätts dessa uppgifter till diagram och tabeller som utgör en del av underlaget till konsensusprocessen. Beställningen av uppgifter är endast aktuellt om nationella data finns tillgängliga.

Målfasen

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag. Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delphiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delphiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) och expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare i två omgångar. I första omgången röstar deltagarna på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller att ange ett eget förslag. Därefter sammanställs resultaten och kommentarerna från första omgången, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Var och en har då möjlighet att utifrån sammanställningen ompröva sitt ursprungliga ställningstagande och lämna ett nytt svar. Resultatet från den andra omgången ingår, tillsammans med indikatorbeskrivningar och expertgruppens förslag, som underlag till det avslutande konsensusmötet.

Remissfasen

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar eller strykningar inför beslutfasen.

Beslutfasen

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfasen

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, exempelvis när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

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

Uppföljning och utvärdering

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

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

Ekonomiska ersättningsmodeller

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

Alltför generellt beskrivna indikatorer

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

Risk för förändrade registreringsrutiner

När landstinget och regionen kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns det en risk att verksamheterna inte bara arbetar för att öka kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av en eller annan orsak inte har fått den rekommenderade behandlingen kanske registreras i lägre grad än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i såväl kvalitetsregister som hälsodataregister

blir mindre tillförlitliga, vilket i sin tur kan få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

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

Bilaga 2. Projektorganisation

Projektledare

Christina Broman projektledare

Expertstöd

Christian Berne professor emeritus, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset, Uppsala

Mats Eliasson professor, Umeå universitet, överläkare, Sunderby sjukhus, Luleå

Stefan Jansson medicine doktor, specialist i allmän medicin, distriktsläkare, Brickebackens vårdcentral, Örebro

Claes Göran Östensson professor, Karolinska institutet, överläkare Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Projektmedarbetare

Inger Lundkvist utredare

Mikael Nyman utredare

Caroline Kjulin administration