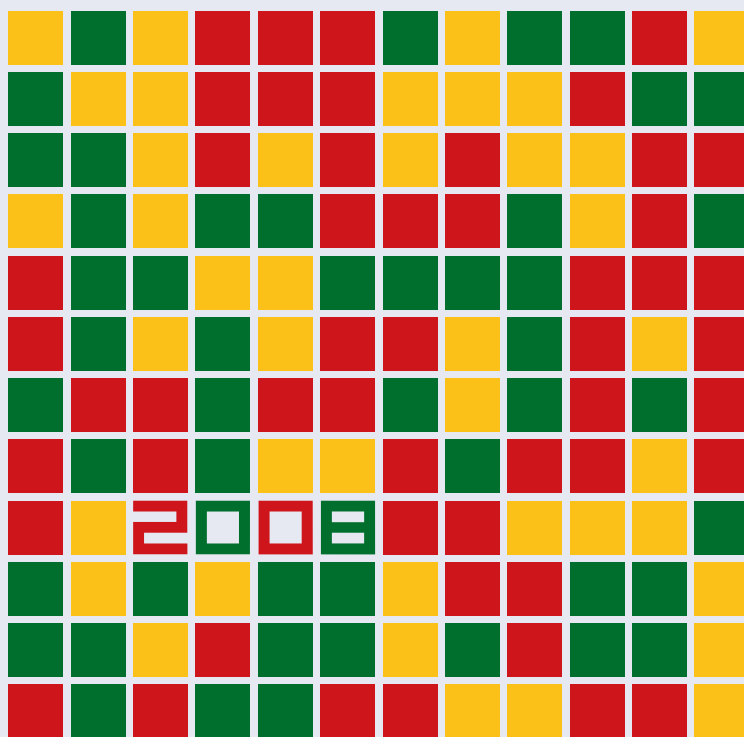


Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2008



Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2008

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 978-91-7164-387-2

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. 2008-126-21

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2008

Upplaga: 7 000 ex

Produktion: Ordförrådet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Detta är den tredje rapporten med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt publicerar. Den första publicerades 2006.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting publicerar var för sig olika rapporter om hälso- och sjukvården, inklusive jämförelser av aspekter på kvalitet och effektivitet. Samarbetet kring öppna jämförelser i hälso- och sjukvården har som sin kärna en årlig, gemensam rapport med övergripande jämförelser av hälso- och sjukvårdssystemet.

Denna årliga rapportering utvecklas successivt. Årets rapport innehåller betydligt flera indikatorer än förra årets. För flera indikatorer redovisas även medicinska resultat på sjukhusnivå och utvecklingen över tid.

Styrgrupp för arbetet med *Öppna jämförelser 2008* 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, Karin Nyqvist och Rickard Ljung från Socialstyrelsen ingått. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Stefan Ackerby, Lena Bäckström, Lena Eckerström, Göran Garellick och Martin Lindblom ingått. Även Fredrik Westander, konsult, har ingått i arbetsgruppen.

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

Flera medarbetare från de båda organisationerna har medverkat med underlag till rapporten och dess bilagor, från Socialstyrelsen: Charlotte Björkenstam (Dödsorsaksregistret), Milla Bennis och Anna Lindam (Medicinska Födelseregistret), Åsa Klint (Cancerregistret), Emma Björkenstam (Patientregistret), Johan Fastbom (läkemedel för äldre), Gunilla Ringbäck (läkemedelsanalyser) samt Bengt Haglund och Mats Talbäck (Socioekonomisk belysning). Från SKL har Birgitta Edström, Berlith Persson, Tilsith Lacouture (Vårdbarometern, Väntetider i Vården) och Erik Säterberg (Landstinget Kronoberg/Vårdbarometern) deltagit.

Underlag till rapporten har även kommit från företrädare för nationella kvalitetsregister och andra organisationer med tillgång till de hälso- och sjukvårdsdata som använts. Ett särskilt tack riktas till dessa.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

Genom rapportserien *Öppna jämförelser* bedriver Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans ett arbete för att redovisa och jämföra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2008 års rapport är den tredje publiceringen av indikatorbaserade jämförelser av landstingens medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Rapporterna är beskrivande och analyserar inte resultaten. Jämförelserna avser främst landsting och är inte utformade för att stödja patienternas val av vårdgivare.

Årets rapport innehåller flera förändringar. Antalet indikatorer har ökat från 75 till 101. Nya indikatorer finns bland annat för intensivvård, njursjukvård, läkemedelsbehandling, psykiatri och ortopedi. Fler indikatorer som baseras på patientrapporterade resultat ingår. Tillgänglighet och väntetider belyses med flera indikatorer.

För ett antal indikatorer beskrivs utvecklingen över tid, både för riket som helhet och för respektive landsting. Förbättringar eller försämringar lyfts därmed fram. Könsupplade data finns oftare tillgängligt, framförallt som underlagsmaterial som publiceras elektroniskt. Sjukhusresultat återges utan rangordning för 19 indikatorer inom området medicinska resultat, främst med syftet att visa underlagen för landstingsresultaten. För åtta indikatorer redovisas utfallet för olika socio-ekonomiska grupper av patienter, utifrån födelseland och utbildningsnivå. Ett avsnitt om tillgång till och kvalitet i data är kraftigt utbyggt.

I rapporten rangordnas landstingen efter sina resultat i de olika jämförelserna. Någon sammanvägd rangordning, genom ett samlat mått på kvalitet och effektivitet, görs inte. En profil per landsting, som innehåller alla resultaten per landsting, finns som elektroniskt publicerad bilaga.

Några av resultaten i rapporten lyfts här fram under tematiska rubriker, med tyngdpunkt på indikatorer avseende medicinska resultat.

Förbättringar över tid, men också försämring

Tre stora sjukdomsgrupper där förbättrade resultat över tid kan redovisas är dödlighet vid stroke och vid hjärtinfarkt, liksom i femårsöverlevnad vid bröstcancer. Minskningen i dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt (A:42) är påtaglig. Minskningen från perioden 2002–2005 är för både män och kvinnor över två procentenheter, gäller i stort sett alla landsting och är i vissa landsting påtagligt stor. Detta är en långsiktig trend som synes fortsätta.

Dödligheten efter sjukhusvårdad stroke (A:36) minskar även den, om än i något lägre grad. Också denna minskning är en fortsättning på en långsiktig trend. Bihållna funktionsförmåga efter stroke är ett viktigt resultatmått. Andelen patienter med stark funktionsnedsättning efter stroke (A:38) har minskat den senaste tioårsperioden.

Femårsöverlevanden vid bröstcancer (A:18) har ökat i alla landsting under den senaste sexårsperioden och i riket med knappt fyra procentenheter, till över 87 procent. Skillnaderna mellan landstingen är mycket små, vilket tyder på att kvaliteten i vården av bröstcancer är jämn över landet. Lågutbildade kvinnor har lägre överlevnad än högutbildade.

Njursjukvården har uppvisat framgång med minskad dödlighet över tid, men i ett annat avseende har de senaste åren en försämring skett: Andelen patienter med AV-fistel eller AV-graft som accessform vid bloddialys (A:60) har minskat sedan 2002. Det är även påtagliga skillnader mellan landstingen.

Snabb utveckling av nya behandlingar, men fortsatta behov

Flera indikatorer speglar spridningen av nya behandlingar och behandlingsmodeller. Diagnostik och sekundärprevention efter hjärtinfarkt är exempel på detta. Andelen kranskärlsröntgade (A:44) och andelen clopidogrelbehandlade (A:45) vid icke ST-höjningsinfarkt har ökat markant den senaste tioårsperioden.

Äldre patienter som drabbats av höftfraktur drar nytta av att få en höftprotes insatt, jämfört med den tidigare dominerande operationsmetoden. Andelen protesopererade (A:54) har ökat starkt sedan 2000-talets början. Det är stor variation mellan landstingen och fortfarande är andelen protesopererade totalt sett för låg, i ljuset av den moderna behandlingsmodellens fördelar.

Ett annat område där nya behandlingar tas i bruk och sprids är vid reumatoid artrit. Användningen av nya så kallade biologiska läkemedel (A:13) har mer än fördubblats sedan början av 2004, men med stor spridning mellan landstingen. Utvecklingen för de reumatiska patienterna har i stort varit gynnsam, men variationerna mellan landsting är stora och bör uppmärksammas.

Underbehandling, men även överbehandling

Utöver tidigare nämnda exempel finns ytterligare indikatorer där diskussioner om möjlig underbehandling bör föras. Det gäller flera läkemedelsbehandlingar, där nationella riktlinjer förordar behandling för en patientgrupp. Ofta är det inte möjligt att mera precist ange hur stor del av en viss patientgrupp som bör behandlas. Det gäller till exempel blodtryckssänkande (A:29) respektive blodfettssänkande (A:30) behandling vid diabetes och även behandling med blodförtunnande läkemedel för strokepatienter och förmaksflimmer (A:39).

Trolig överanvändning av läkemedel eller olämpliga läkemedelskombinationer belyses genom ett flertal indikatorer. Antibiotikaanvändningen i befolkningen (A:10) är i visserligen inte hög i en internationell jämförelse, men är likväl omfattande och med variation mellan landsting. Med en hög antibiotikaanvändning riskeras även en ökad antibiotikaresistens. Över 2,3 miljoner individer använde antibiotika under 2007. Indikatorer om antibiotikabehandling av barn (A:11) och kvinnor (A:12) pekar på i vilken mån mindre lämpliga val av antibiotika görs. Användningen av sömn-/lugnande medel (A:31) är vanligare bland kvinnor än män och uppvisar stora variationer mellan landsting.

Flera indikatorer speglar de äldres läkemedelsanvändning. En betydande andel individer över 80 år har tio eller fler läkemedel (A:9), i riket 14 procent. Över tre procent har riskfyllda läkemedelskombinationer (A:8) och närmare sex procent har tre eller fler psykofarmaka (A:32).

Behandlingsval och hushållning med resurser

Med fokus på kostnader och resursanvändning redovisas fem indikatorer om behandlingsval både avseende operationer och läkemedelsval. Andel operationer som utförs som dagkirurgi redovisas för livmoderframfall (D:14) och för ljumskbräck (D:15). För framfallsoperationer är det en mycket stor variation mellan landstingen, som inte enbart åter sig förklaras med skillnader i de operade kvinnornas behov.

Vid blodfettssänkande behandling skall enligt olika riktlinjer lågkostnadsstatin (D:12) väljas, medan vid blodtryckssänkande behandling ARB-behandling inte skall väljas utan att ACE-hämmare först prövats (D:13). Variationerna avseende ARB är mycket stora, medan de är mindre avseende statinbehandlingen. I båda fallen är det fråga om stora patientgrupper där behandlingsvalen ger påtagliga ekonomiska konsekvenser.

Tillgänglighet och väntetid till behandling

Indikator A:21 redovisar väntetid till behandling för ÖNH-tumör och är en angelägen indikator. Väntetider till operation eller behandling vid cancer förekommer sällan i nationella jämförelser, då data oftast saknas.

Tillgänglighet och måluppfyllelse avseende vårdgarantin redovisas med ett antal indikatorer, ofta valda för att de belyser problemområden. Ett sådant är primärvårdens telefontillgänglighet (C:2) som redovisar stora skillnader mellan landsting. I riket som helhet fick 9 av 10 patienter sitt läkarbesök i primärvården inom sju dagar (C:1), i enlighet med vårdgarantins krav.

Andelen som väntat längre än 90 dagar redovisas för ett flertal behandlingar och mottagningar. Det är en slående stor variation mellan landstingen (C:5–C:14). Stor variation redovisas även i bilaga 3, där antalet operationer per landsting för flera vanliga, planerade operationer redovisas.

Innehåll

Inledning	13
Jämförelsemodell och indikatorer 2008	20
Resultatredovisning och tolkning	26
A Medicinska resultat	41
ALLMÄNNA INDIKATORER	
A:1 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	43
A:2 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	45
A:3 • Undvikbar slutenvård	47
A:4 Vaccination av barn – MPR	49
A:5 Influensavaccination av äldre	49
A:6 Förekomst av MRSA	50
A:7 • Gynekologisk cellprovskontroll	52
LÄKEMEDELSBEHANDLING	
A:8 • Läkemedelsinteraktion bland äldre	54
A:9 • Tio eller fler läkemedel bland äldre	55
A:10 • Förekomst av antibiotikabehandling	56
A:11 • Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	57
A:12 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	58
A:13 • Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	59
INTENSIVVÅRD	
A:14 • Dödlighet efter vård på IVA	62
A:15 • Återinläggning på IVA	63
CANCERSJUKVÅRD	
A:16 Överlevnad vid tjocktarmscancer	66
A:17 Överlevnad vid ändtarmscancer	66
A:18 Överlevnad vid bröstcancer	69
A:19 Reoperation vid ändtarmscancer	70
A:20 • Kurativ behandling vid prostatacancer	71
A:21 • Tid till behandling vid ÖNH-tumör	73

MÖDRAHÄLSO-, FÖRLOSSNINGS- OCH NYFÖDDHETSVÅRD

A:22	Tidiga aborter	74
A:23	Dödfödda	76
A:24	Neonatal dödlighet	77
A:25	Låg Apgar-poäng	78
A:26	Bristningar vid förlossning	79

DIABETESVÅRD

A:27	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)	81
A:28	Måluppfyllelse för blodtryck	83
A:29	Blodtryckssänkande behandling	84
A:30	Blodfettssänkande behandling	85

PSYKIATRISK VÅRD

A:31	● Regelbunden behandling med sömnmedel/lugnande	87
A:32	● Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	88
A:33	● Självmord i befolkningen	90
A:34	Förbättring efter vård vid ätstörning	92

STROKESJUKVÅRD

A:35	Dödlighet efter förstagångsstroke	94
A:36	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	96
A:37	Vård vid strokeenhet	98
A:38	Funktionsförmåga efter stroke	100
A:39	● Blodförtunnande behandling av strokepatienter med förmaksflimmer	101
A:40	Återinsjuknande i stroke	102

HJÄRTSJUKVÅRD

A:41	Dödlighet efter hjärtinfarkt	105
A:42	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	107
A:43	● Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt	109
A:44	● Kranskärlsröntgen efter icke ST-höjningsinfarkt	111
A:45	● Clopidogrelbehandling efter icke ST-höjningsinfarkt	113
A:46	● Väntetid till bypass-operation	115
A:47	● Blodfettssänkande behandling efter infarkt	117
A:48	● Återinskrivning efter hjärtsvikt	119

ORTOPEDISK SJUKVÅRD

A:49	Risk för revision efter knäprotesoperation	120
A:50	Implantatets långtidsöverlevnad efter total höftprotesoperation	121
A:51	Omoperation efter total höftprotesoperation	123
A:52	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	124
A:53	● Väntetid inför höftfrakturopoperation	125
A:54	● Proteoperation vid höftfraktur	127
A:55	● Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	129

- Ny indikator 2008
- Ändrad indikator jämfört med 2007

A:56	●	Oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation	130
A:57	●	Förbättring efter operation av diskbråck i ländryggen	132

NJURSJUKVÅRD

A:58	●	Dödlighet i aktiv uremivård	134
A:59	●	Måluppfyllelse för dialysdos	136
A:60	●	Kärlaccess vid dialys	137

ANNAN BEHANDLING

A:61	●	Omoperation vid ljumskbråck	139
A:62		Synfel vid kataraktoperation	140
A:63	●	Patientrapporterat resultat av septumplastik	142

Redovisning av sjukhusdata

A:19		Omoperation vid ändtarmscancer	146
A:26		Bristningar vid förlossning	147
A:36		Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	148
A:37		Vård vid strokeenhet	149
A:38		Funktionsförmåga efter stroke	150
A:39	●	Blodförtunnande behandling av strokepatienter med förmaksflimmer	151
A:42		Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	152
A:44	●	Kranskärlsröntgen efter icke ST-höjningsinfarkt	153
A:45	●	Clopidogrelbehandling efter icke ST-höjningsinfarkt	154
A:46	●	Väntetid till bypass-operation	155
A:47	●	Blodfettssänkande behandling efter infarkt	156
A:48	●	Återinskrivning efter hjärtsvikt	157
A:51		Omoperation efter total höftprotesoperation	158
A:52		Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	159
A:53	●	Väntetid inför höftfrakturoperation	160
A:59	●	Måluppfyllelse för dialysdos	161
A:60	●	Kärlaccess vid dialys	162
A:61	●	Omoperation vid ljumskbråck	163
A:62		Synfel vid kataraktoperation	165

Socioekonomisk belysning – några exempel

A:1		Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	167
A:2		Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	167
A:3	●	Undvikbar slutenvård	168
A:18		Överlevnad vid bröstcancer	169
A:25		Låg Apgar-poäng	169
A:29		Blodtryckssänkande behandling	170
A:41		Dödlighet efter hjärtinfarkt	171
A:47	●	Blodfettssänkande behandling efter infarkt	171

B Patienterfarenheter

B:1	Tillgång till sjukvård	175
B:2	Förtroende för vårdcentraler	176
B:3	Förtroende för sjukhus	177
B:4	Sammanfattande betyg för vårdcentraler	178
B:5	Sammanfattande betyg för sjukhus	179
B:6	Förväntad hjälp vid besök	180
B:7	Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral	181
B:8	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon.....	182
B:9	Nöjda med sjukhusvård vid stroke	183

C Tillgänglighet

PRIMÄRVÅRD

C:1	Läkarbesök inom 1 vecka	187
C:2	• Besvarade telefonsamtal vid rådgivning/tidsbokning	188

SPECIALISERAD VÅRD

C:3	Antal väntat > 90 dagar – besök	191
C:4	Antal väntat > 90 dagar – behandling	192
C:5	• Andel väntat > 90 dagar – besök	193
C:6	• Andel väntat > 90 dagar – behandling	194
C:7	• Andel väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri	195
C:8	• Andel väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri	196
C:9	• Andel väntat > 90 dagar – besök reumatologimottagning	197
C:10	• Andel väntat > 90 dagar – besök hudmottagning	197
C:11	• Andel väntat > 90 dagar – godartad prostataförstoring	198
C:12	• Andel väntat > 90 dagar – ljumskbråck	198
C:13	• Andel väntat > 90 dagar – höft- och knäledsplastik	199
C:14	• Andel väntat > 90 dagar – gynekologisk operation	199

D Kostnader

KOSTNAD PER INVÅNARE

D:1	Hälso- och sjukvårdskostnad	203
D:2	• Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	206
D:3	Primärvård – kostnad	208
D:4	Specialiserad somatisk vård – kostnad	209
D:5	Specialiserad psykiatrisk vård – kostnad	210
D:6	Förändring av hälso- och sjukvårdskostnad	211
D:7	• Justerad läkemedelskostnad	212

- Ny indikator 2008
- Ändrad indikator jämfört med 2007

KOSTNAD PER PRESTATION

D:8	Kostnad per prestation/DRG-poäng	213
D:9	Förändring av kostnad per prestation	214
D:10	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	215

KOSTNADSEFFEKTIVA BEHANDLINGSVAL

D:11	Omeprazol vid refluxsjukdom och magsår	217
D:12	Lågkostnadsstatin vid blodfettssänkande behandling	218
D:13	● ARB vid blodtryckssänkande behandling	219
D:14	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	220
D:15	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck	221

Inledning

Öppna jämförelser – bakgrund och syfte

Genom rapportserien *Öppna jämförelser* bedriver Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans ett arbete för att redovisa och jämföra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Hittills har en årlig publicering skett. 2008 års rapport är den tredje publiceringen av indikatorbaserade jämförelser av landstingens medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapport innehåller flera förändringar. Antalet indikatorer har ökat till 101. Ökningen har främst skett inom områdena *A Medicinska resultat* och *C Tillgänglighet*. För de indikatorer som har bedömts vara lämpliga beskrivs utvecklingen över tid. Som ett steg i riktning mot att kunna beskriva "vård på lika villkor" redovisas för vissa indikatorer utfallet för olika socio-ekonomiska grupper av patienter. Sjukhusdata återges för flera indikatorer, främst med syftet att visa underlagen för landstingsresultaten. Avsnittet om kvalitet i data är kraftigt utbyggt och har flera jämförelser av olikheter i rapporteringen till olika register.

Ett första syfte med arbetet är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Allmänheten, både medborgare och patienter, har rätt att få information om verksamhetens kvalitet och effektivitet. *Öppna jämförelser* ger sakliga 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 styrning. Både goda resultat och brister lyfts fram i ljuset på ett mera strukturerat sätt. Jämförelserna sporrar landstingen till förbättringar och bidrar till lärande mellan dem. De får också ett förbättrat kunskapsstöd för uppföljning och styrning av den egna verksamheten.

Tillgänglig nationell statistik om hälso- och sjukvården är grunden för *Öppna jämförelser*. Jämförelserna leder 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.

Jämförelsemodellen i föreliggande rapport är inte utformad för att stödja patienternas val av vårdgivare, utan avser först och främst jämförelser mellan landsting. Rangordnande jämförelser på sjukhus-/kliniknivå förutsätter för att vara rättvisande

och meningsfulla som ”konsumentinformation” en korrigerig för patienternas olika sjukdomsgrad. Många indikatorer avser dessutom akutsjukvård, där patienten ofta inte har reell möjlighet att välja vårdgivare som är fallet 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 sin roll att stödja landsting och regioner i att utveckla sin ledning och styrning av hälso- och sjukvården och att använda nationella jämförelser av kvalitet och effektivitet i detta arbete.

Våren 2008 publicerade SKL en internationell jämförelse av kvalitet och effektivitet. Under 2008 publicerar man även en andra rapport med jämförelser av kommunernas äldreomsorg, med fokus på samarbetet med landstingens hälso- och sjukvård. SKL rapporterar också kontinuerligt om vårdgaranti och tillgänglighet i landstingen och redovisar patienterfarenheter enligt telefonenkäten Vårdbarometern. Landstingen och SKL inför en ny nationell patientenkät och kommer att genomföra en primärvårdsenkät under 2009 som första steg. Tillsammans med landstingen bedriver SKL förbättringsarbete avseende patientsäkerhet. Mätbara indikatorer för uppföljning har formulerats och effekterna av insatserna skall redovisas. SKL stödjer vidare landstingens arbete med individbaserad kostnadsredovisning, som skapar förutsättningar för fördjupade analyser och jämförelser av hälso- och sjukvårdens kostnader och effektivitet.

I *Mäta för att leda*, SKLs stora program för landstingsledningar, är ett viktigt tema hur sjukvårdsdata, som i de öppna jämförelserna, kan användas i ledning och styrning.

SKL och Socialstyrelsen har gemensamt publicerat en fördjupningsstudie om problem och möjligheter med att konstruera sammanfattande index av utfallen av *Öppna jämförelser*. SKL tar även fram en rapport om metoder för att studera samband mellan olika slag av utfall, till exempel mellan kostnader och kvalitet.

Socialstyrelsen har i uppdrag att som statlig myndighet löpande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården, till exempel i publikationer som lägesrapporter för hälso- och sjukvården och olika tematiska rapporter. Den nationella strategin för *God vård* har sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen, och där slås fast att verksamheten inom hälso- och sjukvården ska vara säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, effektiv, patientfokuserad och jämlik samt att vården skall ges i rimlig tid.

Socialstyrelsen har under vinjetten *God vård* publicerat en rapport 2007 med jämförelser av strokesjukvården och gör under 2008 en motsvarande indikatorbaserad

uppföljning av hjärtsjukvården, där indikatorer för såväl landsting som sjukhus redovisas.

Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar de nationella hälsodataregistren och publicerar data och analyser i olika publikationer och på webben. I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att fortlöpande utveckla och publicera kvalitetsindikatorer utifrån de nationella hälsodataregistren. Antalet publicerade kvalitetsindikatorer ökar successivt.

Från regeringen har Socialstyrelsen också uppdraget att utarbeta ett nationellt indikatorset för hela hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i *God vård*. Generella indikatorer har presenterats under hösten 2008. Det nationella indikatorset kommer till stora delar att bestå av indikatorer som ingår i *Öppna jämförelser* men kan även innehålla andra indikatorer. Det nationella indikatorset kommer i framtiden att användas i olika publikationer från Socialstyrelsen för att belysa och värdera kvalitet och effektivitet i sjukvården.

Sjukdomsspecifika indikatorset är nu en integrerad del i de nationella riktlinjer för vård och behandling som Socialstyrelsen tar fram. Exempel på detta är riktlinjerna för stroke, hjärtinfarkt och cancer. Arbeta pågår med att ta fram kvalitetsindikatorer till riktlinjer för diabetesvård samt för vård vid depression och ångest. Riktlinjearbetet bidrar därmed med indikatorer som kan användas i *Öppna jämförelser*.

Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att publicera indikatorer för brukares vårdval och för jämförelser inom äldreomsorgen. En andra rapport med öppna jämförelser inom vården och omsorgen av de äldre har publicerats hösten 2008.

Hittills vunna erfarenheter och en blick framåt

Arbetet har bedrivits sedan början av 2006 och två rapporter har publicerats innan denna. Vilka är erfarenheterna? Bland annat följande aspekter är värda att lyfta fram.

Mottagande och landstingens användning av jämförelserna

De öppna jämförelserna har mottagits väl och används av landstingen och i den sjukvårdspolitiska debatten. Mediabevakningen har varit intensiv vid båda tillfällena. Ett allmänt intryck är vidare att medias spegling som regel skett med respekt för frågornas komplexitet där tolkningen av informationen inte alltid är entydig och självklar. Landstingen har varit väl förberedda och kunnat peka på hur man arbetar med de delar av sjukvården där jämförelserna tyder på brister.

I en uppföljningsrapport från 2007 studerades hur landstingen tog emot och arbetar med de öppna jämförelserna i sin styrning. Rapporten, *Öppna jämförelser som stimulans till förbättring*, är tillgänglig på Socialstyrelsens och SKLs webbplats.

En rad olika iakttagelser görs, av vilka de flesta bekräftar den positiva bilden ovan. En sådan är att sjukvårdens medicinska resultat och kvalitet på ett annat sätt än tidigare blivit en fråga för landstingsledningarna. En annan är att publiceringen medfört att ledningarna har satt ökad fokus på frågor om datakvalitet och deltagande i olika datainsamlingar. Samtidigt medför jämförelserna skärpta krav på landstingen att utveckla sin kompetens i att analysera och arbeta med data om kvalitet och effektivitet.

Samspel med specialiserade indikatorset och jämförelser

Grunden för *Öppna jämförelser* är ett övergripande indikatorset, med ambitionen att spegla landstingens hela hälso- och sjukvård. Dessutom publiceras löpande, av både kvalitetsregister och av Socialstyrelsen och SKL, mera specialiserade indikatorbaserade jämförelser av landsting och av sjukhus/kliniker, bland annat för hjärt-sjukvård, intensivvård, ortopediska sjukdomar, strokevård, diabetesvård, väntetider och patienterfarenheter.

Dessa olika typer av uppföljningar eller jämförelser förstärker och stimulerar varandra på ett positivt sätt, dels vad gäller legitimitet, uppmärksamhet och krav på att de används i styrning, dels vad gäller indikatorutveckling och urval av indikatorer. En ledande princip är att *Öppna jämförelser* skall bestå av ett urval av indikatorer som används även i andra uppföljningar. Detta är redan i hög grad fallet idag.

Förväntningar om fortsatt utveckling

Det finns förväntningar på en fortsatt utveckling av de öppna jämförelserna från främst landstingen, men även från andra intressenter. Flera olika frågor har väckts, till exempel i gruppen med kontaktpersoner från landstingen.

En fråga rör det lämpliga i att genom rangordning fokusera på landstingens resultat i förhållande till riket och till varandra. Alternativet är att ange målnivåer för bra eller dåligt utfall som respektive landstings resultat ställs emot. Det finns i princip goda argument för att ange medicinskt eller sjukvårdspolitiskt motiverade målnivåer, i alla fall för vissa indikatorer. Det skulle kunna öka skärpan i den efterföljande diskussionen av resultaten.

Frågan om målnivåer är dock komplex. Målnivåer är uttryck för behovsbedömningar och syftar till att påverka resursfördelningen i sjukvården. Val av mål och målnivåer förutsätter en beslutsprocess som skapar legitimitet och ytterst bör vila på sjukvårdspolitiska beslut. Målnivåer i öppna jämförelser kan inte sättas av indikatorexperter eller av arbetets styrgrupp.

Ett annat exempel på utvecklingsbehov är distinktionen mellan indikatorer för utvärdering respektive indikatorer för förbättring. Man kan överväga att tydligare särskilja mellan dessa i publiceringen: Bör man årligen redovisa data på områden där alla landsting har mycket goda resultat och där detta inte förändras över åren? Ska fokus i stället ligga på de områden/aspekter där svensk sjukvård har tydliga brister och stor förbättringspotential?

Att beskriva förändringar över tid är viktigt, men ännu har ingen riktigt tillfredsställande modell för detta skapats. Fokus ligger istället på jämförelser mellan landsting enstaka år. Utmaningen är att publicera data som beskriver förändringen över tid för de olika landstingen, utan att diagram- och datamängden växer för mycket. I rapporten görs ett försök till detta för några av indikatorerna.

Det har även framförts önskemål om att data skall redovisas oftare än årligen. Det skulle till exempel kunna handla om de indikatorer som beskriver läkemedelskonsumtion, där nya data är tillgängliga månadsvis. En kvartalsvis redovisning skulle vara ett bättre stöd för landstingens löpande uppföljning och styrning.

Likaså finns en förväntan om att i *Öppna jämförelser* presentera data på sjukhusnivå i en genomarbetad modell som medger rangordnande jämförelser mellan sjukhus/kliniker. Detta innebär ett betydande utvecklingsarbete då en sådan modell förutsätter till exempel justering för patientsammansättning, så att jämförelserna blir mer rättvisande.

Flera av dessa förväntningar och utvecklingsidéer leder fram till ett behov av utvecklad publicering av data från de öppna jämförelserna på olika webbplatser. Publicering sker idag för vissa indikatorer i Socialstyrelsens statistikdatabaser och i efterhand för hela indikatorsetet i SKLs Sjukvårdsdata i fokus och i Kommundatabasen. En framtida samlad och integrerad webbpublicering ersätter inte skriftliga rapporter, men gör det möjligt att presentera en större mängd data på ett mera överskådligt sätt, än vad som kan ske i skriftliga rapporter.

Regeringsinitiativ till utveckling av kvalitetsjämförelser m m

Under 2008 har under Socialdepartementet bildats en arbetsgrupp för att ytterligare stödja utvecklingen av olika slag av uppföljningar och jämförelser i hälso- och sjukvården. En nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser skall utformas, både för socialtjänst och för 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.

Förslag skall ges om långsiktiga former rörande ansvar för drift, utveckling, organisation och finansiering av arbetet med kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser. På kort sikt kommer olika konkreta arbeten att påbörjas. Ett sådant är den primär-

vårdsjämförelse som skall göras under 2009. Information som kan stödja patienters vårdval skall samlas och presenteras på en webbplats.

Regeringens initiativ och de ökade ekonomiska resurser som avsätts för utveckling av öppna jämförelser gör det lättare att hantera olika utvecklingsbehov och ökade förväntningar.

2008 års rapport – karaktär och avgränsningar

Rapportens karaktär är snarlik förra årets, men vissa förändringar har skett, även utöver det förhållandet att antalet indikatorer har ökat rejält. Förändringar i rubrikindelningar och i indikatorsetet beskrivs i nästa kapitel.

Rapporten har sin absoluta tyngdpunkt på jämförelser mellan landsting. Men för ett antal indikatorer återges data även för sjukhus och kliniker. Redovisningen sker landstingsvis och utan rangordning av sjukhusen. Syftet är att peka på variationen mellan sjukhus och att det skall bli möjligt att härleda respektive landstings resultat till de sjukhus där de uppkommit. Sjukhusredovisningen skall ses som ett stöd för landstingens fortsatta analysarbete och inte som en övervägd kvalitetsjämförelse mellan sjukhus. Sjukhusdiagrammen redovisas i slutet av område *A Medicinska resultat*.

För några indikatorer återges förändringen över tid per landsting eller enbart för riket som helhet. För landsting görs detta genom att utfallet för en tidigare period läggs in en ofylld stapel i samma diagram som indikatorredovisningen, som bakgrundsinformation. Trender för riket återges i separata diagram. För ett urval indikatorer redovisas utfallet för olika grupper av patienter; till exempel patienternas olika födelseland och utbildningsstatus. Variationer mellan landsting belyser geografisk jämlikhet, könsuppdelning belyser könsmässig jämlikhet. Syftet med detta nya avsnitt är att peka på ytterligare aspekter av jämlikhet i vården.

Jämförelser av hur mycket vård och behandling som befolkningarna i landstingen konsumerar ingår med något undantag inte i själva huvudrapporten. Motivet till detta är att jämförelser av vårdkonsumtion ofta är svåra att tolka i termer av "bra" eller "dåligt". De är dock ur olika synvinklar intressanta, till exempel för indikatorer som avser tillgänglighet. Ett urval av sådana presenteras därför i separat bilaga.

Flera andra avgränsningar har gjorts. Indikatorer om befolkningarnas hälsostatus och hälsopåverkande vanor och livsföring som rökning och alkoholvanor samt sociala förhållanden som ohälsotal och arbetsmarknadsförhållanden ingår inte. Dessa uppgifter är i sammanhanget intressanta för tolkning av resultaten, men ingår inte i dagens ambition för *Öppna jämförelser*.

Inga indikatorer om äldreomsorg och tandvård ingår. Jämförelser av äldreomsorg görs under 2008 både av Sveriges Kommuner och Landsting och av Socialstyrelsen.

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

Disposition

Rapporten har följande disposition: I nästa avsnitt beskrivs modellen för jämförelser och indikatorsetets utseende och förändring.

I avsnittet därefter beskrivs hur resultaten presenteras och hur de bör tolkas. Liksom i de tidigare rapporterna är frågan om statistisk osäkerhet och kvalitet i data ett viktigt tema.

I de följande fyra avsnitten redovisas utfallen för alla indikatorer. Varje indikator beskrivs och resultatet presenteras i diagram och med stöd av korta texter. Utfallet kommenteras, till exempel vad gäller variation mellan landsting, förväntat utfall, könsskillnader och i vissa fall med referenser till internationella jämförelser.

Resultatredovisningen är indelad i fyra områden:

- A Medicinska resultat, inklusive sjukhusredovisning och socio-ekonomisk belysning
- B Patienterfarenheter
- C Tillgänglighet
- D Kostnader

Rapporten har fyra bilagor. De tre första finns i en separat, tryckt rapport. Den fjärde publiceras enbart elektroniskt. Bilagorna är:

Bilaga 1 Data om sjukvård – tillgång och kvalitet

Bilaga 2 Beskrivning av indikatorer i *Öppna jämförelser 2008*

Bilaga 3 Vårdkonsumtion 2007 – urval av behandlingar i väntetidsrapporteringen

Bilaga 4 Landstingsprofiler – resultat per landsting för alla indikatorer

Bilagor och den elektroniska versionen av huvudrapporten finns tillgängliga på de båda organisationernas webbplatser.

Via www.skil.se kan man i menyn välja *Vi arbetar med*. Under A till Ö, välj bokstaven Ö och *Öppna jämförelser*. Där finns rapporter, bilagor och övrig information.

Via www.socialstyrelsen.se väljer man *Publicerat* i huvudmenyn och anger därefter som sökord *Öppna jämförelser*, för att nå rapport och bilagor.

På webbplatserna finns även rapportens diagram, tidigare rapporter och annat material att ladda ner.

Jämförelsemodell och indikatorer 2008

Modellen för jämförelse är samma som den som använts i de två tidigare rapporterna. Landstingen jämförs och rangordnas i diagram avseende ett urval av indikatorer. Indikatorerna är indelade i fyra olika områden, som speglar olika perspektiv på hälso- och sjukvården. Dessutom görs inom område *A Medicinska resultat* en undergruppering i olika sjukdomsgrupper.

Även om syftet är att så långt möjligt spegla hela hälso- och sjukvårdssystemet, så bör indikatorerna och utfallen likväl primärt betraktas var och en för sig. Detta gäller även för grupper av indikatorer inom en sjukdomsgrupp. Till exempel skall inte utfallet för de åtta indikatorerna inom ortopedisk sjukvård ses som en representativ beskrivning av kvaliteten i hela den ortopediska sjukvården i ett landsting.

Samma synsätt bör gälla för indikatorsetet som helhet. Det samlade utfallet speglar viktiga förhållanden och har därmed en tyngd, men det är viktigt att komma ihåg att indikatorerna trots allt utgör punktvisa nedslag i hälso- och sjukvårdssystemen i landsting och regioner. Flera viktiga områden och dimensioner av vårdkvalitet är ännu inte tillräckligt redovisade, därför att relevanta data saknas. Detta är ett av flera skäl till att vi inte lägger samman de olika utfallen i en samlad poängmodell och skapar ett "totalindex" för kvalitet och effektivitet.

Med detta sagt är det viktigt att peka på att vare sig jämförelsemodell, indikatorurval eller tillgång på relevanta data behöver skämmas för sig, till exempel i en internationell jämförelse. Indikatorerna har tyngd och är angelägna, därför att de var och en speglar väsentliga aspekter av sin del av hälso- och sjukvården.

Jämförelseperspektiven A–D

Indikatorsetet har 101 indikatorer, att jämföra med förra årets 75 indikatorer och de 57 som fanns i 2006 års rapport. 36 indikatorer är nya, medan några har tagits bort. Indelningen av indikatorer i fyra områden har bland annat syftet att tydliggöra att jämförelsemodellen är mångdimensionell; att den avser flera olika aspekter av kvalitet och effektivitet. Indikatorerna har följande fördelning:

- A Medicinska resultat 63 indikatorer
- B Patienterfarenheter 9 indikatorer
- C Tillgänglighet 14 indikatorer
- D Kostnader 15 indikatorer

Medicinska resultat innehåller flest antal indikatorer, cirka 60 procent av det totala antalet. Här redovisas indikatorer som beskriver hälso- och sjukvårdens kliniska resultat och 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 betydelse för resultaten.

Patienterfarenheter innehåller indikatorer som speglar patienternas och befolkningens värdering av sina vårdkontakter och av vården, till exempel i vilken mån man har förtroende för hälso- och sjukvården. Det är service- och andra allmänna aspekter som redovisas här. Patientens bedömning av en specifik behandlings resultat redovisas under *Medicinska resultat*; några sådana indikatorer ingår i datasetet.

Tillgänglighet avser tidsrelaterad tillgänglighet och innehåller mått med koppling till väntetider och antalet väntande. Andra aspekter på tillgänglighet, som geografiska, språkliga eller ekonomiska barriärer för att söka vård, ingår inte. Antalet behandlingar i en viss befolkning är en aspekt på tillgänglighet. För ett urval behandlingar redovisas sådan vårdkonsumtion i bilaga 4.

Kostnader innehåller mått på kostnaden per invånare för olika delar av hälso- och sjukvården, mått på kostnaden per prestation samt indikatorer som speglar kostnadseffektivitet i alternativa behandlingsval. Kostnadsjämförelserna redovisar visserligen landstingen rangordnade från låg till hög kostnad per invånare, men kostnadsått får sitt stora värde först när de ställs mot de övriga resultaten.

Indikatorerna – kriterier och urvalsprocess

Vilka krav skall ställas på en lämplig indikator? Många praktiska aspekter spelar in, men följande kriterier för indikatorurvalet har använts som vägledning i arbetet med indikatorsetet:

- *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, även internationella. Därmed antas även att den är valid; är ett bra mått på den aspekt av sjukvården som den avser att mäta.
- *Relevant.* Indikatorn ska avse väsentlig volym/kostnad, eller en väsentlig aspekt eller problem. Särskilt eftersom indikatorsetet är övergripande, och avser hela sjukvårdssystemet, är detta ett angeläget krav.

- *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, som i princip är att föredra, och processmått kan användas. Processmått ska avse åtgärder i hälso- och sjukvården som antas ha en stark påverkan på resultatet för patienten.

I praktiken har tillgången på relevanta data spelat en stor roll för urvalet.

Förslag till indikatorer hämtades ursprungligen, till den första rapporten, från företrädare från kvalitetsregister och från pågående indikatorutveckling vid Socialstyrelsen, till exempel från de senaste årens nationella riktlinjer för vård och behandling – cancer, hjärtsjukvård och stroke. Även nu pågående riktlinjearbeten har i viss mån påverkat årets indikatorset. Inför 2008 års rapport gavs kvalitetsregisterföreträdare möjlighet att på nytt föreslå indikatorer i *Öppna jämförelser*.

Erfarenheter från de två första publiceringarna har på olika vis påverkat indikatorurvalet och framförallt den specifika formuleringen av flera indikatorer. Ur lekmannasynpunkt små detaljer är ofta avgörande för en indikatorns träffsäkerhet. Företrädare för landsting och regioner har haft en viktig roll i diskussionerna om indikatorsetet och i att framföra landstingens och verksamhetsansvarigas synpunkter. Ett betydande antal nya indikatorer var föreslagna, men alla kunde av olika skäl inte tas med i jämförelserna.

Nya och borttagna indikatorer

Inom *A Medicinska resultat* är 22 av de 63 indikatorerna nya. Indikatorn om självmord eller försök till självmord efter psykiatrisk slutenvård, har fått kritik och togs därför bort. Bland annat pekade kritikerna på att kriterierna för slutenvård i landstingen varierar, vilket påverkar utfallet på ett oönskat sätt.

Två indikatorer avseende ortopedi har också tagits bort. Den ena avsåg infektion inom ett år efter knäledsoperation. Motivet till att ta bort denna indikator var att infektioner var så sällsynt förekommande att indikatorn ur förbättringssynvinkel blev ointressant. Indikatorn om andelen höftfrakturpatienter som återvänder till eget boende togs bort med motivet att data hade för stora kvalitetsbrister. Frågan är dock viktig.

Antalet nya indikatorer har medfört att några nya underindelningar i *A Medicinska resultat* har bildats. Tre nya indikatorer om dialysverksamheten har förts till rubriken *Njursjukdom*. Motivet för att spegla dialysverksamheten är att det är ett allvar-

ligt och för de flesta patienter kroniskt tillstånd. Behandlingen är mycket intensiv och därmed även resurskrävande.

Ett rubrikområde *Psykiatri* har skapats. Två nya psykiatriindikatorer är mått på användningen av lugnande medel och självmordfrekvens i befolkningen, oavsett om det föregåtts av slutenvård eller ej.

Många av de nya indikatorerna speglar insatser för stora befolknings- eller patientgrupper: Frekvensen tagna gynekologiskt cellprov; antibiotikaanvändning hos barn och i hela befolkningen; läkemedelsbehandling vid reumatism och vid osteoporos; slutenvård vid hjärtsvikt; behandlingsval vid höftfraktur och resultat/komplikationer vid ryggkirurgi respektive större ortopediska operationer.

Två nya mått avser intensivvård. De har kunnat tas med i jämförelserna eftersom rapporteringen till intensivvårdsregistret ökat. Därmed har svensk sjukvård fått allt bättre tillgång till kvalitetsdata om den resurskrävande och livsavgörande intensivvården.

Slutligen har en principiellt viktig indikator om patientskattat resultat av septumplastik inom öron-, näsa- och halssjukvården tagits med. Det finns i och med detta tre indikatorer som avser patientskattade resultat av behandling. Det är önskvärt med flera sådana resultatindikatorer i framtida rapporteringar.

Inom *B Patienterfarenheter* är den enda förändringen att en indikator om hur strokepatienter uppfattar rehabiliteringen har tagits bort. Motivet är att datakvaliteten försämrats, i samband med att enkätfrågan i kvalitetsregistret Riks-Stroke formulerades om.

C Tillgänglighet hade förra året bara fyra indikatorer, vilket avspeglade tillgången på data inom detta område. Detta var en klar brist i indikatorsetet, eftersom tillgänglighetsfrågorna är så uppmärksammade i den svenska hälso- och sjukvårdsdebatten. Nu har antalet indikatorer ökat till 14. Det nya måttet är andelen patienter som väntat mera än tre månader av alla som väntat. Det redovisas dels övergripande för besök eller behandling, dels för olika specifika mottagningar och behandlingar. Indikatorn om andelen patienter som fick läkarbesök i primärvården samma dag har tagits bort, efter att det kritiserats av sakkunniga inom väntetidsrapporteringen.

D Kostnader har utökats med två indikatorer. Den ena avser landstingens kostnader per invånare för läkemedelsbehandling i öppen vård, som här för första gången jämförs med hjälp av ett mått som justerar för faktorer som annars stör jämförelsen. Den andra avser blodtrycksbehandling och val mellan likvärdiga läkemedel med olika kostnader. Indikatorer av detta slag kan tas fram på många områden och är ett intressant utvecklingsområde.

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 1.

Inom område *A Medicinska resultat* har framförallt hälsodataregister vid Socialstyrelsen/EpC och nationella kvalitetsregister använts. Alla registren 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. Flertalet här använda kvalitetsregister har stöd av nationell finansiering.

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 och Läke-medelsregistret, med uppgifter om alla receptförskrivna läkemedel som hämtats ut vid apoteken. Dessutom har av Socialstyrelsens register använts Dödsorsaksregistret, med uppgifter om samtliga dödsfall i Sverige och Abortstatistiken, med uppgifter om legala aborter i Sverige, som exempelvis graviditetslängd och metod för aborten. Information om samtliga dessa register nås via www.sos.se.

De nationella kvalitetsregister som har lämnat uppgifter är RIKS-HIA om hjärtsjukvård; Svenska Hjärtkirurgiregistret; Svenska Ryggregistret; Riks-Stroke; Svenska Intensivvårdsregistret; Svenska Bräckregistret; Svenska Rektalcancerregistret; Nationella prostatacancerregistret; Nationella Diabetesregistret; Svenskt Reumatologiskt kvalitetsregister; Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård; Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk cellprovskontroll; RIKSÄT om ätstörningsvård; Svenskt Njurregister om dialys och njursjukdom; RIKSHÖFT om höftfrakturer; Svenska Höftprotesregistret; Svenska Knäprotesregistret samt Nationella Kataraktregistret om operationer vid grå starr. Information om samtliga kvalitetsregister nås via www.kvalitetsregister.se.

Uppgifter hämtas också 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 varje år gör.

Område *B Patienterfarenheter* använder främst SKLs telefonenkät Vårdbarometern som källa (www.vardbarometern.nu), medan indikatorerna i område *C Tillgänglighet* bygger på data från rapportering till nationella väntetidsdatabasen, Väntetider i Vården (www.vantetider.se).

Kostnadsuppgifter per invånare i område *D Kostnader* hämtas från SKLs ekonomi- och verksamhetsstatistik och används även tillsammans med DRG-gruppering av patientregistret för att redovisa kostnad per prestation. Se vidare om ekonomisk statistik på www.skl.se.

Resultatredovisning och tolkning

Resultaten av jämförelserna presenteras på tre olika vis:

- Rangordnande jämförelser mellan landsting för alla indikatorerna
- Färgsatt (gult-grönt-rött) översiktstabla, med alla landstings resultat för alla indikatorer
- Landstingsprofiler, där resultatet för varje landsting sammanställs (bilaga)

Det är viktigt att peka på några frågor om hur resultaten ska tolkas och hur materialet bör användas. Det finns också några frågor om datakvalitet och renodlade statistiska aspekter att lyfta fram.

Principiellt är det självfallet önskvärt för ett landsting att ha en hög placering i jämförelserna. Rangordningen uttrycker i de allra flesta fall en värdering. Men redovisningen sker utan att vi analyserar orsakerna till resultaten (vid resultatmått) eller drar skarpa slutsatser om konsekvenserna av en rangordning (vid processmått).

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. Dock bör, på de områden där det finns riktlinjer eller andra starka kunskapsunderlag, dessa 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 och att värdera eller förklara. *Öppna jämförelser*s syfte sträcker sig till att ge signalen, men inte längre.

Rikets genomsnitt – ingen måttstock

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

Rikets resultat är inte självklart 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 statistiska utfall av allas resultat och rymmer ingen värdering av vad som är bra eller dåligt eller möjligt att uppnå.

Färgläggning i grönt-gult-rött är en signal – inte ett betyg

I den färglagda översiktstablan där alla resultat sammanförs, ges alla landstings utfall för varje indikator en färg, baserad på position i landstingsrangordningen för respektive indikator. Rött i botten, grönt i toppen och gult däremellan. Färgläggningen används även i bilagan med landstingsprofiler.

Mer än någonting annat förknippas *Öppna jämförelser* förmodligen med denna färgläggning och denna enkla modell för att översiktligt och samlat beskriva resultat. Enkelheten är ett medvetet val. Den tydliggör att *Öppna jämförelser* i nuläget både fokuserar och begränsar sig till landstingens inbördes resultat. Enkelheten tydliggör även att tolkningar och värdering av resultaten överläts till de ansvariga, till landstingsledningarna och sjukvårdsföreträdarna. Färgläggningen sänder ut en signal, men är inget betyg.

Under 2007 och 2008 har flera diskussioner förts om för- och nackdelar med denna enkla färgläggningsmodell och om alternativa lösningar, både med landstingsföreträdarna och i *Öppna jämförelser*s styrgrupp. Invändningarna är uppenbara för alla: Ett rött resultat kan vara ett bra resultat och ett grönt ett dåligt, utifrån en saklig värdering. En liten avvikelse från medianlandstinget kan medföra rödmarkering. Ingen hänsyn tas till statistisk osäkerhet eller ojämn datakvalitet, utan alla indi-

katorer behandlas på samma vis i detta hänseende. Ingen hänsyn tas heller till att indikatorerna vid en medveten prövning skulle ges olika vikt.

Å andra sidan finns det inga givna sätt att utveckla modellen och göra den mera sofistikerad, med olika statistiska förfiningar. Alternativen skulle bli mera komplicerade, och härigenom kunna inbjuda till övertolkningar. Den verkligt utmanande förändringen vore att introducera målnivåer och ange poäng för bra och sämre resultat, men detta kräver en stor arbetsinsats och skulle även väcka olika principiella frågor.

Enkelheten i dagens färgläggningsmodell gör det lättare för läsaren att förstå färgläggningens syfte: Att ge *en första signal* om ett landstings utfall i förhållande till andras, och då *för respektive indikator, inte för helheten*. Med dessa motiv används i denna rapport den ursprungliga färgläggningsmodellen.

Statistiska aspekter och slump

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

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 konfidensintervallet vidare. För några indikatorer har det inte funnits tillgång till det nödvändiga underlaget för att beräkna konfidensintervall. Se vidare faktaruta om konfidensintervall.

Att peka på dessa statistiska aspekter skall 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.

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.

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. I indikatortexten kommenteras i flera fall detta slag av osäkerhet.

Kvalitetsregisters representativitet

När data från kvalitetsregister används, bör hänsyn tas till att dessa registers rapporterings- eller täckningsgrader varierar. Nästan alla sjukhus är med i hjärtsjukvårdsregistret RIKS-HIA, men det finns en variation avseende hur stor andel av de aktuella patienterna som faktiskt rapporteras till RIKS-HIA. Detsamma gäller Riks-Stroke, där alla akutsjukhus medverkar, men inte alla strokepatienter rapporteras.

Detta innebär att även om ett register har god täcknings- eller rapporteringsgrad 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, av alla möjliga, varierar mellan sjukhus/landsting, så kan man inte utesluta att utfallet påverkas. Vi saknar information om vården för de patienter som inte rapporterats, men som borde ha 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 täcknings-/rapporteringsgrad, 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. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till patientregistret kan även den ha brister.

Dessa frågor kommenteras i indikatortexterna. För några indikatorer med kvalitetsregister som källa återges även uppgifter om täcknings-/rapporteringsgrad i förhållande till patientregistret i diagrammet, för varje landsting. I bilaga 1 *Data om sjukvård – tillgång och kvalitet* i separat tryckt bilaga redovisas bland annat ett antal kvalitetsregisters täcknings-/rapporteringsgrad i förhållande till patientregistret.

Skillnader mellan befolkningar eller patienter kan påverka

När resultatmått redovisas är skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd eller sjukhusens patientmix en faktor att ta hänsyn till. 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 kan finnas skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte hänger ihop med ålder och som inte korrigeras.

I rapporten används för flera indikatorer sjukhusbaserad statistik, där värdet per landsting är en summering av de ingående sjukhusens värde, oavsett varifrån patienterna kommer. Om sjukhus samarbetar över landstingsgränser och har en arbetsfördelning som innebär att ett sjukhus specialiserar sig på svårare sjuka patienter, medan andra i högre grad ägnar sig åt rutinfall, kan detta slå igenom i jämförelserna. Sjukhus/landsting med sjukare patienter får då missvisande, alltför negativa resultat.

När redovisningen sker på sjukhus är denna faktor än viktigare, eftersom det är troligt att patientmixen varierar mellan olika sjukhus. Se vidare om redovisning av sjukhusdata nedan.

Resultat per indikator – rangordning av landsting

Den huvudsakliga redovisningen sker per indikator. Till varje indikator finns diagram och en kort introducerande och beskrivande text. Diagrammen är som regel liggande stapeldiagram, där landstingen ordnats i en fallande ordning, från bättre utfall längst upp till sämre utfall längst ned. Ett värde för rikets genomsnitt anges också, i annan färg än den som staplarna för landstingen har. Det är inte självklart att det ska anses gynnsamt att ha låga kostnader per invånare i *D Kostnader*. Landstingen har dock rankats från låg till hög även för dessa indikatorer, med låg kostnad presenterat som ett bättre utfall.

För de indikatorer där det finns underlag för värdering av utfall, i form av till exempel nationella riktlinjer, anges i texten om resultaten som helhet kan anses leva upp till de som riktlinjerna anger. Formella målnivåer anges inte i de nationella riktlinjerna, och därför heller inte i denna rapport.

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

Könsuppdelad redovisning görs för ett antal indikatorer, i två näraliggande diagram, för att tydliggöra eventuella skillnader. Ibland sker könsuppdelning utan att det finns påtagliga könsskillnader att peka på. Motivet till könsuppdelningen är då en allmän förväntan på att könsuppdelade data bör redovisas. Även frånvaro av könsskillnader bör noteras.

För indikatorer där könsuppdelning gjorts i tidigare rapporter, görs det som regel även här. För andra indikatorer har ingen könsuppdelning gjorts. Detta kan bero på dels att data inte varit tillgängliga, dels på att den statistiska osäkerheten i jämförelsen skulle öka påtagligt, om män och kvinnor redovisades var för sig. På alla områden där könsuppdelade data är tillgängliga, finns dessa tillgängliga i elektroniska bilagor, oavsett om de publicerats i rapporten eller ej.

Tidsperioden för resultatredovisningen varierar. Ibland återges data för flera år eller för ännu längre tidsperioder. Detta kan bero på indikatorns utformning, men också på hur det aktuella kvalitetsregistret brukar redovisa sina data. Ett annat motiv för att återge data för flera år är att den statistiska osäkerheten härigenom minskas. En nackdel med att återge värden för flera år sammanlagda är att aktualiteten minskar och även att de ansvarigas möjlighet att på kort sikt påverka resultaten minskar.

Redovisning av data för kliniker/sjukhus som tilläggsinformation

För ett antal indikatorer inom område *A Medicinska resultat* redovisas data även på sjukhusnivå. Samtliga sjukhusdiagram har samlats i slutet av resultatredovisningen för område A. Syftet med att redovisningen är dels att peka på den större variation som synliggörs när resultat redovisas på sjukhusnivå, dels göra det möjligt att se hur de olika sjukhusen bidragit till utfallet på landstingsnivå.

Redovisningen sker utan rangordning. Istället redovisas sjukhusen per landsting. Detta gör det lättare att hitta respektive sjukhus, men framförallt är motivet att vi inte ser denna redovisning som en värderande redovisning av kvalitet på sjukhusnivå. Utfallet på sjukhusnivå vare sig värderas eller kommenteras, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter.

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 klinikindelning som fanns i det använda registret, antingen det var patientregistret eller ett kvalitetsregister. Vi har således inte skapat

en enhetlig klinik-/sjukhusstruktur. Ingen justering för patientmix har gjorts, utöver åldersstandardisering i det fall detta gjorts vid landstingsredovisning.

Urvalet av indikatorer för redovisning på sjukhusnivå har vägletts av frågor om relevans, av om data varit lätt tillgängliga, täcknings-/rapporteringsgrad och om kvalitetsregistret i egna publikationer redovisar data på sjukhusnivå.

Öppna jämförelser är eller har hittills varit en publiceringsform framförallt för landstingsjämförelser. När en mera fullödig modell för sjukhusjämförelser lanseras, bör detta vara väl genomarbetat och förberett. Framförallt frågor om patientmix och om den ökade statistiska osäkerheten blir då viktiga, men också urvalet av indikatorer.

Färgsatt överblickstablå av resultat – alla landsting och indikatorer

På följande uppslag återges en färgsatt tablå av alla landstingsutfall i alla indikatorer. Horisontellt kan man för varje indikator följa landstingens utfall i tredelningen grönt–gult–rött. Vertikalt redovisas för varje landsting utfallet för samtliga indikatorer och indikatorgrupper. Utöver färg redovisas siffervärdet för landstingen och för riket.

Modellen för färgläggning är som angetts densamma som i förra årets rapport. 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 avser framförallt de ekonomiska indikatorer där avvikelse inte kan ges en positiv eller negativ tolkning, eller områden där data fattas eller där en rangordnande jämförelse inte är meningsfull av annat skäl.

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. Annars skulle landsting som redovisar data "straffas" med rödfärgning, jämfört med de vitmarkerade landsting som inte rapporterat data.

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. Skälet till detta är bland annat att man inte kan utgå från att röd markering i en indikator kan jämföras med röd i en annan, eller ges ett värde i förhållande till de gröna markeringarna i andra indikatorer. Detta gäller både inom och mellan de olika indikatorområdena.

Däremot kan man med hjälp av denna översiktstabla snabbt få en bild av vilka landsting som har ett jämförelsevis gynnsamt eller ogynnsamt utfall för de olika indikatorerna, sjukdomsgrupperna eller perspektiven.

Resultat per landsting – landstingsprofiler

En profil per landsting, som innehåller alla resultaten sammanställda per landsting, finns elektroniskt publicerad, som bilaga 4. Med hjälp av landstingsprofilerna blir det möjligt för landstingens företrädare att skaffa sig överblick över det egna landstingets utfall i alla jämförelserna. De innehåller för varje landsting dels en översiktssida, dels ett stapeldiagram per indikator.

I landstingsprofilens översiktssida återges utöver färg också för varje indikator landstingets faktiska värde, rikets värde och landstingets avvikelse i förhållande till riket. Vidare anges det högsta respektive det lägsta värdet. Slutligen anges variationsvidden, avståndet mellan det högsta och det lägsta värdet för de 21 rangordnade landstingen.

I profilernas diagramdel redovisas för varje indikator och indikatorgrupp A–D landstingets procentuella avvikelse från riket i ett stapeldiagram. Grönfärgad stapel anger att avvikelsen är positiv/gynnsam, rödfärgad anger att den är negativ/ogynnsam. För flera av de ekonomiska indikatorerna används uttrycket neutral avvikelse; den är varken gynnsam eller ogynnsam. Också variationsvidden för varje indikator anges i detta diagram.

För sjukhus och kliniker görs inga profiler.

		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
<ul style="list-style-type: none"> • Ny indikator 2008 • Ändrad indikator jämfört med 2007 										
A • Medicinska resultat										
Allmänna indikatorer										
A:1a	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Kvinnor	27,8	29,7	22,2	27,2	26,4	23,9	24,3	26,7	
A:1b	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Män	46,0	50,2	44,8	44,0	40,1	40,6	42,0	42,7	
A:2a	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Kvinnor	23,1	20,8	23,4	28,4	22,7	22,6	20,6	26,1	
A:2b	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Män	34,3	33,1	26,7	38,4	33,8	33,1	30,7	35,7	
A:3a	• Undvikbar slutenvård. Kvinnor	1 063	1 031	976	1 025	955	1 028	1 230	1 092	
A:3b	• Undvikbar slutenvård. Män	1 347	1 356	1 249	1 285	1 192	1 296	1 480	1 339	
A:4	Vaccination av barn – MPR	96,2	94,2	93,2	98,0	97,5	98,2	97,9	97,9	
A:5	Influensavaccination av äldre	57	70	51	55	54	66	67	58	
A:6	Förekomst av MRSA	7,3	12,6	3,3	4,2	9,2	5,4	3,6	6,4	
A:7	• Gynekologisk cellprovskontroll	78,6	73,3	69,5	78,8	80,6	82,6	75,2	91,6	
Läkemedelsbehandling										
A:8	• Läkemedelsinteraktion bland äldre	3,6	3,7	3,5	2,8	3,4	3,3	2,9	3,5	
A:9	• Tio eller fler läkemedel bland äldre	14,2	13,5	16,3	12,6	12,7	13,7	15,8	11,5	
A:10	• Förekomst av antibiotikabehandling	25,3	28,2	24,2	23,8	23,2	23,3	25,5	24,1	
A:11	• Penicillin V till barn med luftvägsantibiotika	69,5	60,6	75,4	75,5	77,4	78,2	63,7	76,4	
A:12	Kinoloner vid beh. med urinvägsantibiotika	21,6	23,6	19,0	18,4	20,1	18,1	25,7	14,7	
A:13	• Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	130,8	154,3	120,7	87,1	114,0	120,2	130,3	152,3	
Intensivvård										
A:14	• Dödlighet efter vård på IVA	0,67	0,66		0,69	0,66	0,61		0,73	
A:15	• Återinläggning på IVA	3,2	4,2		3,4	6,4	3,2		2,6	
Cancersjukvård										
A:16a	Överlevnad vid tjocktarmscancer. Kvinnor	61,9	61,4	56,7	68,2	53,8	66,9	62,5	55,3	
A:16b	Överlevnad vid tjocktarmscancer. Män	56,4	59,2	56,7	43,9	54,7	56,2	53,4	53,7	
A:17a	Överlevnad vid ändtarmscancer. Kvinnor	60,3	59,1	63,6	51,0	61,0	66,9	69,5	59,6	
A:17b	Överlevnad vid ändtarmscancer. Män	57,3	59,8	62,9	61,4	52,2	57,6	51,3	47,9	
A:18	Överlevnad vid bröstcancer	87,4	89,2	88,8	88,2	86,9	87,3	88,0	85,1	
A:19	Reoperationer vid ändtarmscancer	10,1	9,0	8,1	7,4	6,3	14,0	8,9	10,6	
A:20	• Kurativ behandling vid prostatacancer	87,7	75,7	100,0	93,8	95,0	100,0	92,3	94,4	
A:21	• Tid till behandling vid ÖNH-tumör	68,7	65,2	44,6	59,0	60,5	70,8	69,2	74,1	
Mödrahälso-, förlossnings- och nyföddhetsvård										
A:22	Tidiga aborter	73,6	69,4	69,5	79,0	78,0	82,6	77,7	79,8	
A:23	Dödfödda	3,15	2,71	2,40	3,41	3,03	3,32	3,96	3,70	
A:24	Neonatal dödlighet	1,93	1,80	1,77	1,62	1,72	2,77	1,90	2,47	
A:25	Låg Apgar-poäng	1,13	0,94	0,85	1,16	1,34	1,26	1,06	1,46	
A:26	Bristningar vid förlossning	3,97	4,96	2,78	3,84	4,83	3,23	3,86	3,71	
Diabetesvård										
A:27	Måluppfyllelse för blodsockervärde	58,1	55,2	56,9	66,5	62,4	65,0	57,9	52,8	
A:28	Måluppfyllelse för blodtryck	35,0	34,7	32,1	32,5	39,4	35,1	32,4	37,9	
A:29	Blodtryckssänkande behandling	74,5	73,7	74,5	74,6	75,2	73,7	75,8	71,8	
A:30	Blodfettssänkande behandling	53,9	54,0	49,6	56,9	59,2	54,6	61,1	53,4	
Psykiatrisk vård										
A:31	• Regelbunden behandling sömnmedel/lugnande	3 165	3 024	3 234	2 400	2 800	3 245	3 730	2 910	
A:32	• Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	5,91	5,18	6,36	5,05	5,37	5,64	7,23	4,50	
A:33a	• Själv mord i befolkningen. Kvinnor	9,3	10,5	10,2	9,1	8,9	8,6	8,0	8,3	
A:33b	• Själv mord i befolkningen. Män	22,8	23,5	20,6	23,3	21,7	23,2	25,4	24,7	
A:34	Förbättring efter vård vid ätstörning	40,3	56,9	27,7	83,3			23,5	47,1	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	42,5	25,2	32,7	24,1	26,0	26,8	31,6	32,1	26,2	33,3	26,2	28,2	19,8	23,4
	50,7	41,2	51,7	41,2	45,2	44,1	49,6	50,0	47,2	47,5	48,4	43,8	34,3	38,4
	23,7	24,1	21,5	16,9	22,0	27,9	24,0	25,0	24,1	32,0	30,8	22,2	20,9	25,8
	36,1	34,4	30,4	22,9	34,0	45,6	37,8	37,6	40,2	37,8	33,1	38,1	35,8	43,2
	1 249	862	1 066	1 034	1 084	1 161	1 133	1 200	1 153	998	1 120	949	1 137	1 171
	1 516	1 169	1 381	1 242	1 361	1 429	1 358	1 375	1 483	1 342	1 367	1 222	1 439	1 427
	97,1	97,9	96,2	97,7	97,1	97,5	95,6	97,0	97,6	97,8	98,1	96,1	96,7	96,1
		62		66	55	63	50	61	51	57	67	59	61	51
	10,5	4,6	8,3	4,0	5,9	3,7	5,8	16,1	3,1	2,5	2,9	5,5	3,3	1,6
	75,1	78,3	73,0	79,9	80,5	81,9	82,6	77,8	91,9	90,1	90,2	83,3	75,5	84,6
	3,7	3,8	3,6	3,4	4,1	3,9	3,4	3,7	3,3	3,2	3,2	2,4	3,3	3,7
	10,5	12,1	15,1	13,5	16,1	14,2	11,9	13,2	12,2	13,3	14,7	11,5	17,4	14,6
	23,6	26,1	26,7	27,4	26,5	22,2	22,3	25,0	20,7	21,8	22,9	20,9	20,1	22,7
	63,4	77,1	74,5	64,5	67,7	81,6	74,4	75,6	77,7	78,6	69,8	77,4	72,9	76,8
	18,1	21,6	21,6	23,9	23,6	20,9	20,3	20,4	17,0	20,3	20,5	17,2	19,0	18,1
	172,3	102,3	170,7	120,8	110,6	163,8	84,9	108,7	142,4	96,4	73,8	137,7	131,9	105,9
			0,64		0,68	0,71	0,68	0,65	0,70	0,75	0,77	0,73	0,70	
	2,2		2,2	1,8	3,1	2,6	3,9	2,9	1,8	3,1	2,7	3,0	2,6	
	56,8	61,6	63,1	63,9	65,4	64,7	63,0	57,0	63,4	60,8	62,6	60,7	58,2	53,0
	49,6	61,9	58,7	58,4	56,4	48,4	46,9	66,9	61,3	56,0	52,0	54,7	52,9	57,3
	54,3	82,2	57,6	49,7	59,6	65,8	61,6	61,7	61,9	69,4	62,9	51,6	51,0	61,0
	47,9	66,4	55,1	57,5	55,3	54,5	61,1	61,4	61,4	55,1	61,0	57,2	55,3	60,9
	87,2	85,0	85,1	87,9	87,4	85,4	86,0	87,3	89,0	87,4	87,0	87,8	87,2	87,6
	0,0	12,0	9,3	9,5	12,9	11,4	12,1	5,3	8,8	14,0	8,4	7,9	12,7	11,5
		87,5	92,2	85,7	84,3	100,0	92,3		100,0	100,0			100,0	
		72,0	74,3	73,1	67,6	68,7	66,1	87,8	63,8	97,0	80,2		64,5	86,8
	77,6	69,3	73,4	74,1	74,1	74,4	78,2	76,1	70,6	73,0	73,7	68,6	81,1	80,3
	3,83	3,58	3,38	2,30	3,21	2,85	4,44	3,59	3,44	3,39	3,55	2,41	3,68	3,40
	2,74	2,88	1,60	1,91	1,98	1,70	1,92	2,65	2,64	1,54	2,51	2,08	1,19	2,51
	1,06	1,37	1,23	0,68	1,25	1,02	1,02	1,59	1,11	1,22	1,09	1,12	1,19	1,25
	3,13	5,39	4,11	3,45	3,39	2,81	3,45	2,60	3,71	2,91	4,57	3,42	4,19	3,23
	54,6	60,6	55,9	62,3	62,4	50,7	55,4	60,0	47,8	59,3	51,0	53,7	58,5	53,1
	33,9	26,3	36,7	40,2	36,2	36,5	33,3	35,9	28,7	34,3	32,8	31,8	36,5	32,5
	77,5	74,4	73,7	72,9	73,3	76,2	74,0	75,0	74,1	76,3	78,5	76,5	78,9	77,1
	42,5	51,0	56,6	49,0	49,7	55,3	55,4	60,8	53,7	53,3	54,4	53,3	58,3	52,6
	2 819	3 043	3 327	3 285	3 937	3 435	2 296	3 574	2 839	3 148	2 477	2 645	2 855	2 176
	4,07	6,09	6,47	6,89	7,54	5,91	4,74	4,92	5,08	5,65	5,40	4,54	5,96	4,06
	8,0	7,6	10,4	9,9	8,6	9,6	8,1	9,2	8,5	8,2	9,8	12,6	6,5	8,1
	30,3	21,0	26,1	20,3	21,1	24,3	19,4	23,5	22,5	25,6	22,6	25,9	18,1	21,4
			43,5	36,8	37,1	45,5	19,4	58,8	63,6		23,1	40,7	40,0	6,9

	RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
• Ny indikator 2008 • Ändrad indikator jämfört med 2007									
Strokesjukvård									
A:35a Dödlighet förstagångsstroke. Kvinnor	22,7	21,7	20,3	22,0	23,8	23,0	28,1	24,0	
A:35b Dödlighet förstagångsstroke. Män	22,0	22,1	15,1	21,6	22,5	22,6	26,0	27,9	
A:36a Dödlighet 1a-stroke, sjukhusvårdade. Kvinnor	14,7	14,0	13,0	16,2	14,9	14,9	17,6	17,1	
A:36b Dödlighet 1a-stroke, sjukhusvårdade. Män	14,7	15,3	11,5	15,0	14,9	14,4	15,7	21,0	
A:37a Vård vid strokeenhet. Kvinnor	80,7	68,0	73,2	84,3	94,4	82,0	88,5	86,2	
A:37b Vård vid strokeenhet. Män	84,0	75,2	84,0	85,8	95,3	81,8	89,4	90,0	
A:38 Funktionsförmåga efter stroke	20,9	19,2	22,9	23,1	21,1	18,5	22,7	27,5	
A:39 • Blodförtunnande behandling, förmaksflimmer	45,0	38,1	43,6	55,2	59,8	41,5	58,9	50,4	
A:40 Återinsjuknande i stroke	9,6	10,4	8,7	9,2	6,9	11,8	11,8	7,6	
Hjärtsjukvård									
A:41a Dödlighet efter hjärtinfarkt. Kvinnor	29,0	29,5	23,8	27,8	29,7	30,6	27,7	32,8	
A:41b Dödlighet efter hjärtinfarkt. Män	31,6	32,6	24,5	32,0	30,8	33,1	29,4	36,3	
A:42a Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Kv.	14,4	13,7	13,4	11,8	15,4	15,2	15,8	14,2	
A:42b Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Män	15,5	15,1	13,8	15,4	15,5	14,8	14,7	16,9	
A:43a • Reperfusionsh. ST-höjningsinfarkt. Kvinnor	68,0	68,5	77,6	80,0	74,7	50,0	76,9	65,9	
A:43b • Reperfusionsh. ST-höjningsinfarkt. Män	73,8	72,0	80,0	81,8	83,0	75,2	77,1	72,1	
A:44a • Kranskärlsröntg. icke ST-höjningsinfarkt. Kv.	68,7	64,2	77,3	85,7	66,2	63,6	72,0	78,0	
A:44b • Kranskärlsröntg. icke ST-höjningsinfarkt. Män	76,7	74,4	83,8	86,3	76,7	77,8	67,3	84,9	
A:45a • Clopidogrel efter icke ST-höjningsinfarkt. Kv.	78,1	75,8	89,4	93,1	82,6	77,0	85,2	75,0	
A:45b • Clopidogrel efter icke ST-höjningsinfarkt. Män	84,6	82,9	94,6	95,2	83,5	83,0	91,0	86,8	
A:46a • Väntetid till bypass-operation. Kvinnor	12,0	12,0	4,5	10,5	13,5	12,0	12,0	25,0	
A:46b • Väntetid till bypass-operation. Män	14,0	13,0	22,0	21,0	9,0	12,0	8,0	17,0	
A:47a • Blodfettssänkande beh. efter infarkt. Kvinnor	80,4	77,1	72,6	79,5	82,7	82,9	83,9	84,5	
A:47b • Blodfettssänkande beh. efter infarkt. Män	83,4	79,5	80,9	83,7	85,7	84,3	89,5	89,0	
A:48 • Återinskrivning efter hjärtsvikt	8,9	8,1	8,7	10,4	8,1	9,5	8,7	9,8	
Ortopedisk sjukvård									
A:49 Risk för revision efter knäprotesoperation	2,92	2,99	4,34	1,84	1,38	2,31	2,98	2,87	
A:50 Höftledsimplantatets långtidsöverlevnad	94,7	94,8	90,4	97,0	97,5	94,1	97,0	97,6	
A:51 Omoperation efter total höftprotesoperation	1,60	1,74	1,96	1,02	1,13	1,34	0,62	1,80	
A:52 Patientrapporterat resultat, höftprotesoperation	0,38	0,38	0,34	0,45	0,24	0,38	0,37	0,32	
A:53 • Väntetid inför höftfrakturoperation	29,0	26		27	28	23	34	21	
A:54 • Protesoperation vid höftfraktur	54,9	46,6	65,4	38,1	62,4	56,0	66,6	50,0	
A:55 • Läkemedel mot benskorhet efter fraktur	25,4	23,5	29,4	26,8	23,6	27,9	27,6	29,0	
A:56 • Önskade händelser, knä-/höftprotesoperation	3,38	3,68	3,16	2,46	4,72	3,02	3,22	3,31	
A:57 • Förbättring efter op. av diskbråck i ländrygg	0,44	0,43	0,46	0,48				0,36	
Njursjukdom									
A:58 • Dödlighet i aktiv uremivård		1,02	0,96	1,04	1,09	0,90	0,85	1,01	
A:59 • Måluppfyllelse för dialysdos	79,9	83,4	67,4	80,8	82,0	83,0	86,2	75,3	
A:60 • Kärlaccess vid dialys	65,3	74,8	44,1	43,0	69,1	55,6	74,8	65,6	
Annan behandling									
A:61 • Omoperation vid ljumskbråck		1,04	0,75	1,63	0,83	1,03	1,23	0,60	
A:62 Synfel vid kataraktoperation	22,7	19,1	24,2	27,9	28,3	22,0	22,5	25,7	
A:63 • Patientrapporterat resultat, septumplastik	76,0	72,1	71,4	80,9	67,9	73,5	90,9	77,2	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbottn
	22,6	24,5	22,6	21,9	22,5	26,7	24,2	17,6	21,2	25,6	18,7	25,0	21,6	24,5
	24,1	24,6	20,7	19,6	21,6	24,4	22,2	18,7	22,5	24,5	19,2	23,5	20,7	23,5
	13,5	14,3	14,8	15,2	13,7	17,7	17,0	11,9	14,2	16,5	12,5	17,7	14,2	16,1
	16,2	15,2	13,4	12,7	13,3	16,7	16,6	13,9	15,3	15,6	14,3	17,1	11,7	16,5
	93,9	80,8	79,0	87,3	82,2	82,6	93,0	89,2	67,5	83,9	84,6	66,7	91,4	88,3
	93,8	80,6	79,7	88,1	87,8	79,3	91,8	91,8	72,0	87,6	88,3	75,5	90,6	90,3
	20,5	27,7	19,5	19,1	21,8	20,1	20,8	17,1	19,8	23,5	19,7	28,0	20,4	19,9
	49,0	48,2	47,8	53,9	39,3	49,2	45,8	50,1	44,8	56,5	38,8	44,2	49,2	49,5
	10,3	8,9	9,0	9,2	9,7	8,3	9,1	8,9	9,7	8,8	11,5	11,3	11,3	10,5
	23,7	30,7	29,0	27,9	29,5	31,5	35,3	25,1	27,7	26,2	28,6	32,1	26,1	25,9
	34,7	32,9	31,6	31,2	31,5	35,0	38,1	29,2	30,4	30,0	28,1	35,0	27,1	31,2
	8,1	14,0	14,1	15,5	15,9	15,6	15,6	13,4	13,7	12,8	16,8	14,2	12,0	13,6
	15,7	13,2	16,0	17,3	15,1	17,7	19,5	13,4	13,7	16,0	15,4	16,9	13,9	17,7
	41,7	61,5	69,0	66,0	65,9	76,3	84,6	56,1	79,1	75,5	62,5	53,8	59,5	51,7
	62,5	71,7	76,3	71,7	71,1	80,1	78,6	76,9	63,5	71,1	65,0	53,7	78,7	61,8
	68,0	63,4	75,7	71,9	58,7	77,3	74,3	75,3	68,3	76,5	57,6	58,3	73,9	57,4
	60,5	63,8	78,8	75,4	72,9	81,7	82,0	77,2	75,0	78,5	79,4	66,1	76,7	73,1
	79,3	71,1	77,9	80,6	71,5	82,9	84,8	82,8	70,5	84,2	75,3	73,9	78,6	74,6
	77,5	75,7	82,1	82,4	79,5	88,3	88,8	91,5	77,8	87,9	89,0	75,0	87,0	91,2
	4,5	5,5	11,0	14,0	14,0	6,0	11,0	9,5	19,0	4,5	35,0	8,0	11,5	35,0
	5,0	11,5	12,0	15,0	16,0	10,0	9,0	8,0	36,0	17,0	21,0	28,0	20,0	34,0
	64,7	82,0	84,0	87,3	76,8	80,1	82,8	88,2	77,2	85,6	77,0	74,0	77,0	83,9
	77,2	84,5	87,0	84,9	80,2	80,8	84,4	88,9	87,0	87,7	84,5	78,5	82,3	82,0
	11,4	8,5	8,2	8,1	8,2	10,2	10,7	8,6	9,9	9,9	8,6	10,4	10,9	9,4
	3,48	2,70	3,35	1,97	2,77	3,00	2,23	1,60	3,45	4,78	3,07	3,22	2,28	3,82
	85,1	91,3	93,2	93,1	94,6	95,5	95,8	95,9	97,3	94,0	94,8	93,9	96,7	94,2
	2,72	2,17	1,45	1,81	1,34	2,25	1,69	1,26	0,99	2,69	1,92	1,82	0,64	2,22
		0,39	0,39	0,36	0,36		0,33	0,43		0,37	0,37	0,41	0,42	0,41
	22	22	27	30	35	29	20		18	14	16	19	19	
	50,7	61,6	68,4	61,3	59,4	45,7	46,7	56,4	49,8	54,0	45,5	47,7	38,3	57,6
	19,9	18,7	25,9	25,6	25,8	22,9	24,1	22,8	24,3	24,6	27,3	22,5	29,5	29,4
	2,87	3,69	3,18	3,57	2,64	4,49	3,37	2,89	3,32	3,64	2,97	2,84	4,01	3,79
			0,40		0,39		0,47	0,33	0,45		0,56	0,46	0,58	
	1,22	0,84	0,89	0,91	1,00	1,01	0,84	1,00	0,89	1,04	0,88	1,25	0,95	1,30
	83,3	89,4	81,9	83,0	78,1	80,2	75,0	83,6	79,2	83,9	84,6	41,7	65,6	74,0
	35,3	61,3	76,5	65,8	56,6	75,9	53,7	69,9	68,3	43,7	54,7	86,7	66,7	70,3
	1,76	0,68	0,93	2,40	1,41	0,78	0,63	0,78	0,50	1,29	0,20	1,00	0,51	0,79
	20,6	18,4	25,1	20,8	21,9	24,6	27,3	15,4	24,2	27,9	25,1	26,7	21,0	19,8
	63,2		74,8	73,0	76,6		77,4	78,2	80,0	80,2	75,4	71,2	69,8	88,5

		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	
<ul style="list-style-type: none"> • Ny indikator 2008 • Ändrad indikator jämfört med 2007 										
B • Patienterfarenheter										
B:1	Tillgång till sjukvård	75	76	73	70	72	83	78	82	
B:2	Förtroende för vårdcentraler	55	53	54	53	51	61	55	63	
B:3	Förtroende för sjukhus	68	66	74	60	68	73	77	70	
B:4	Sammanfattande betyg för vårdcentraler	80	80	78	72	78	85	81	87	
B:5	Sammanfattande betyg för sjukhus	85	83	84	79	82	85	86	90	
B:6	Förväntad hjälp vid besök	83	82	84	78	80	87	85	86	
B:7	Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral	79	80	76	72	77	83	82	81	
B:8	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	68	71	60	68	68	64	70	78	
B:9	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	90,4	89,1	88,1	88,4	91,4	90,8	79,0	91,3	
C • Tillgänglighet										
Primärvård										
C:1	Läkarbesök inom 1 vecka	90,5	92,9	82,5	86,2	90,5	91,9	90,5	91,1	
C:2	• Besvarat telefon. rådgivning/tidsbokning	81,1		66,8	71,6	85,4	71,9	92,2	94,1	
Specialiserad vård										
C:3	Antal väntat >90 dagar, besök			8,0	9,2		7,2	6,4	5,7	
C:4	Antal väntat >90 dagar, behandling			1,1	3,6	3,7	0,8		0,7	
C:5	• Andel väntat >90 dagar, besök	25,9	28,9	28,2	26,5	19,5	23,9	21,9	21,1	
C:6	• Andel väntat >90 dagar, behandling	27,6	28,7	14,1	31,8	38,1	13,1	29,1	10,7	
C:7	• Andel väntat >90 dagar, besök BUP	9,6	4,3	8,6	2,2	0,0	0,0	0,0	4,3	
C:8	• Andel väntat >90 dagar, besök vuxenpsykiatri	16,3	7,9	15,8	22,9		14,8	0,0	25,5	
C:9	• Andel väntat >90 dagar, reumatologimottagning	22,7	5,8	2,9	21,8		0,0	0,0	37,8	
C:10	• Andel väntat >90 dagar, hudmottagning	20,1	37,3	6,3	10,5		1,2	12,3	29,3	
C:11	• Andel väntat >90 dagar, prostataförstoring	31,5	13,4	41,5	32,8	52,5	3,0	32,8	32,4	
C:12	• Andel väntat >90 dagar, ljumsckbräck	27,1	16,7	0,0	41,3	16,1	23,6	49,4	0,0	
C:13	• Andel väntat >90 dagar, höft- /knäledsplastik	23,7	26,9	14,1	43,1	44,6	10,5	15,4	18,4	
C:14	• Andel väntat >90 dagar, gynekologisk operation	15,0	39,5	42,6	17,4	1,1	0,0	16,9	0,0	
D • Kostnader										
Kostnad per invånare										
D:1	Hälso- och sjukvårdskostnad	18 962	19 397	17 963	18 303	17 676	18 169	18 588	19 236	
D:2	• Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	18 962	20 035	19 123	18 191	17 691	18 297	19 146	18 707	
D:3	Primärvård, kostnader	3 058	3 022	2 704	3 021	3 187	3 070	2 838	3 263	
D:4	Specialiserad somatisk verksamhet, kostnader	10 188	10 105	10 000	10 429	9 650	9 710	10 136	10 097	
D:5	Specialiserad psykiatrisk verksamhet, kostnader	1 837	2 249	1 814	1 619	1 260	1 676	2 018	1 578	
D:6	Förändring av hälso- och sjukvårdskostnad	8,6	5,2	7,2	10,2	14,3	8,6	9,5	13,3	
D:7	• Justerad läkemedelskostnad	1 767	1 847	1 785	1 680	1 608	1 763	1 800	1 560	
Kostnad per prestation										
D:8	Kostnad per prestation/DRG-poäng	43 896	41 913	44 611	49 982	45 469	40 943	44 186	40 730	
D:9	Förändring av kostnad per prestation	1,2	-3,6	3,3	1,1	5,1	0,1	2,5	3,5	
D:10	Kostnad per vårdkontakt – primärvård	1 208	1 133	1 484	1 460	1 073	1 315	1 331	1 375	
Kostnadseffektiva behandlingsval										
D:11	Omeprazol vid refluxsjukdom och magsår	75,7	73,2	76,3	78,7	81,9	79,9	86,1	82,3	
D:12	Lågkostnadsstatin vid blodfettssänkande beh.	83,4	80,4	84,6	88,3	89,8	85,8	82,1	88,2	
D:13	• ARB vid blodtryckssänkande behandling	45,8	51,6	41,8	41,0	25,8	34,8	46,3	34,5	
D:14	Dagkirurgiska operationer vid ljumsckbräck	75,4	65,9	80,0	86,7	75,8	67,5	76,9	91,2	
D:15	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	11,9	1,4	0,0	12,3	38,2	21,4	4,7	0,0	

	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
		79	73	85	73	68	77	75	76	68	74	74	77	76
		59	52	66	53	57	56	58	52	54	54	57	54	55
		70	68	70	67	59	73	65	71	61	68	71	72	68
		80	80	85	80	82	83	77	78	80	79	75	84	81
		86	86	88	84	85	82	84	88	86	81	85	86	87
		82	84	86	83	84	84	82	83	82	81	81	84	83
		79	74	87	78	87	83	81	82	78	79	76	82	77
		71	55	80	72	60	75	56	70	69	62	50	64	79
	90,2	92,8	90,5	93,4	91,3	90,7	92,6	86,9	93,8	85,5	90,1	90,1	93,5	94,0

	86,0	93,0	89,3	96,7	93,1	91,4	90,2	84,5	84,3	89,9	83,8	88,2	84,5	90,3
	73,6	82,1	71,8	89,8	93,2		65,1	71,5	88,8	97,0	79,0	80,2	72,7	89,9

	4,6	8,9		6,6	5,3	8,8	5,0	2,0	14,4	10,4	10,8	8,9	13,2	11,6
	0,8	2,7	3,4	0,8	1,7	3,4	3,0	1,6		5,0	1,1	5,8	4,4	1,2
	12,1	25,0	29,4	20,7	19,2	29,1	16,7	10,9	31,4	28,7	32,1	30,2	31,1	34,7
	12,1	27,0	33,5	12,4	19,3	32,3	25,3	26,0	37,2	38,5	14,4	46,2	30,8	18,2
	5,3	29,2	8,7	0,0	4,8	49,3	19,3	10,9	9,4	4,0	25,4	0,0	14,6	2,1
	4,5	30,0	15,4	1,6	21,0	14,9	24,1	5,0	20,9	14,2	10,8	22,7	19,8	19,3
	39,3	57,6	36,4	0,0	13,2	0,0	42,6	25,0	5,1	29,1	0,0	10,2	2,8	10,3
	0,0	8,2	24,8	9,5	10,1	25,9	4,5	16,3	14,0	23,1	2,6	4,7	16,0	55,2
	12,5	0,0	37,4	32,4	13,4	49,1	14,6	24,0	24,5	42,0	22,0	40,0	62,5	20,0
	0,0	45,5	44,3	8,5	19,9	27,6	20,0	20,6	10,7	38,8	2,6	61,7	21,4	13,8
	31,4	23,8	10,4	14,0	6,9	28,4	24,0	29,7	24,8	29,8	15,3	71,5	34,7	7,8
	12,5	0,0	10,0	7,8	4,1	22,2	0,0	0,0	0,0	18,7	6,1	8,3	10,3	0,0

	20 994	20 092	18 584	17 943	18 421	19 195	19 849	18 942	19 385	19 652	20 544	19 562	19 696	20 956
	20 802	19 905	18 444	18 354	18 210	18 943	19 694	19 099	19 075	19 095	19 445	19 216	19 377	19 479
	2 982	2 902	2 701	3 245	3 046	3 049	3 069	2 783	3 031	3 697	3 660	4 009	2 889	3 964
	12 267	11 366	10 615	9 780	9 571	10 390	10 572	10 207	10 542	10 287	11 155	9 862	10 664	11 115
	1 943	2 069	1 724	1 373	1 958	1 563	1 947	1 824	1 614	1 668	1 479	1 442	1 861	1 512
	10,9	9,9	7,3	10,7	10,4	6,2	13,0	12,6	9,1	8,0	9,8	5,9	10,7	7,6
	1 497	1 496	1 877	1 708	1 762	1 855	1 556	1 696	1 674	1 626	1 695	1 489	1 947	1 962

	46 589	50 153	43 320	42 519	43 417	46 950	47 296	42 776	45 453	45 309	47 355	44 450	47 210	48 893
	-0,8	1,1	3,4	3,4	0,7	1,4	3,3	2,7	1,3	-1,7	-1,3	2,3	4,2	1,9
	1 138	1 149	1 077	1 153	1 229	1 285	1 259	1 138	1 072	1 342	1 553	1 655	1 237	1 268

	85,5	78,1	76,9	78,1	74,6	66,8	59,1	70,7	75,7	78,8	77,9	77,1	77,3	78,4
	91,3	89,2	85,0	82,1	80,8	83,3	87,0	80,9	82,5	87,4	84,2	83,4	81,6	79,4
	16,8	40,7	54,9	37,7	51,5	44,0	41,8	45,5	46,4	37,2	41,3	49,4	27,0	35,6
	60,4	82,5	76,0	74,9	73,7	88,7	78,4	76,9	71,0	73,4	89,5	85,4	81,9	85,2
	0,0	1,1	16,0	0,4	9,3	10,6	0,0	7,3	0,0	25,8	49,0	0,0	1,6	21,8

A

**Medicinska
resultat**

A Medicinska resultat

Indikatorgruppen *A Medicinska resultat* innehåller över hälften av alla indikatorer. För att skapa överblick har en indelning i olika rubrikområden gjorts. De 63 indikatorerna delas in i följande rubrikområden:

- Allmänna indikatorer
- Läkemedelsbehandling
- Intensivvård
- Cancersjukvård
- Mödra-, förlossnings- och nyföddhetsvård
- Diabetesvård
- Psykiatrisk vård
- Strokesjukvård
- Hjärtsjukvård
- Ortopedisk sjukvård
- Njursjukvård
- Annan behandling

ALLMÄNNA INDIKATORER

Området innehåller sju indikatorer, varav en ny. Alla är internationellt förekommande, även om definitioner och mätmetoder varierar. De tre första, om åtgärdbar dödlighet och undvikbar slutenvård, är breda resultatmått och avser flera olika sjukdomsgrupper. Antalet MRSA-fall är även det ett resultatmått, medan de tre resterande är processmått som speglar förebyggande sjukvårdsinsatser – vaccination för barn och mot influensa hos äldre, samt gynekologisk cellprovtagning hos kvinnor.

En viktig indikator som saknas är mammografifrekvens. Denna ingår som regel i internationella jämförelser. Data om andelen kvinnor som mammograferats finns i alla eller flertalet landsting, men en nationellt samordnad och standardiserad datainsamling saknas.

A:1 • 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. Tanken med att skapa ett mått för åtgärdbar dödlighet 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 har avgränsats till åldern 1–74 år.

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

Det faktiska antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var 12 370 sammantaget för åren 2003–2006, varav 4 800 kvinnor och 7 570 män.

Landstingens hälsopolitiskt åtgärdbara dödlighet avseende kvinnor respektive män återges i diagram A:1, uttryckt som antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2003–2006. 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.

Variationen mellan landstingen för kvinnor är relativt stor, med en grupp landsting med värden kring 20 och en annan med värden strax över 30. Observera att Gotland på grund av sin begränsade storlek får stora slumpvariationer.

För män, som redovisas i samma diagram, är dödligheten nästan dubbel så hög som för kvinnorna och varierar från ca 35 dödsfall till drygt 50 dödsfall per 100 000 invånare. Det finns dock skillnader inom landstingen, även om dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting.

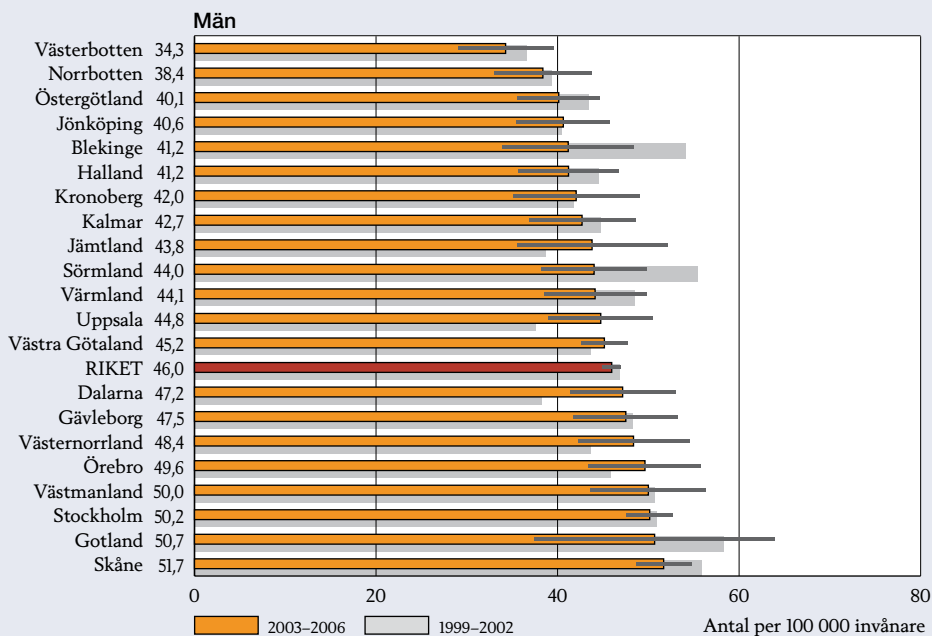
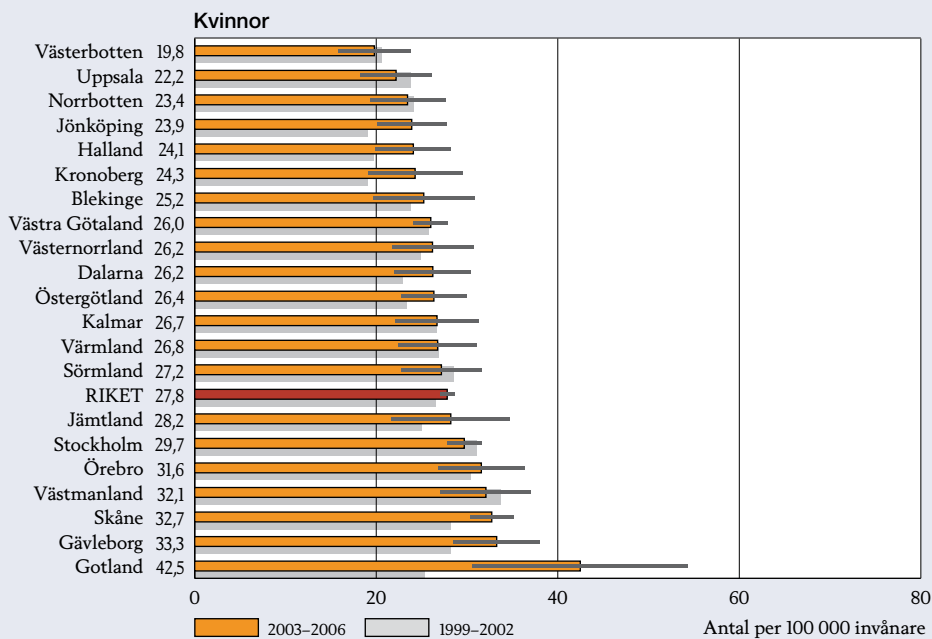


Diagram A:1 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–74 år, 2003–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

A:2 • 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 kallar vi 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 9 427 sammantaget för åren 2003–2006, varav 3 928 kvinnor och 5 499 män. Antalet dödsfall per 100 000 invånare per landsting och kön redovisas i diagram A:2

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 en viss försiktighet, bland annat eftersom sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Särskilt kan detta gälla diabetes.

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.

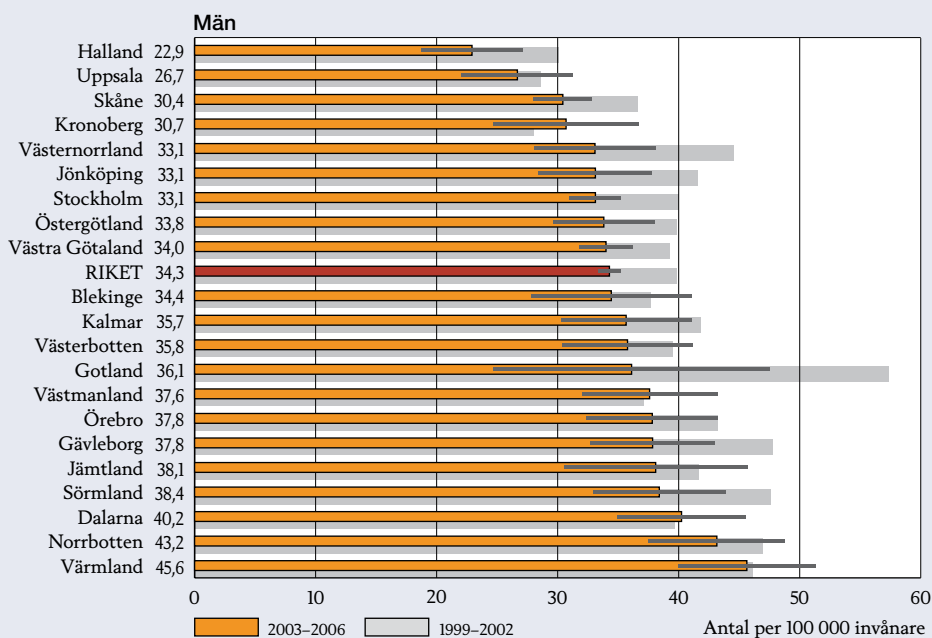
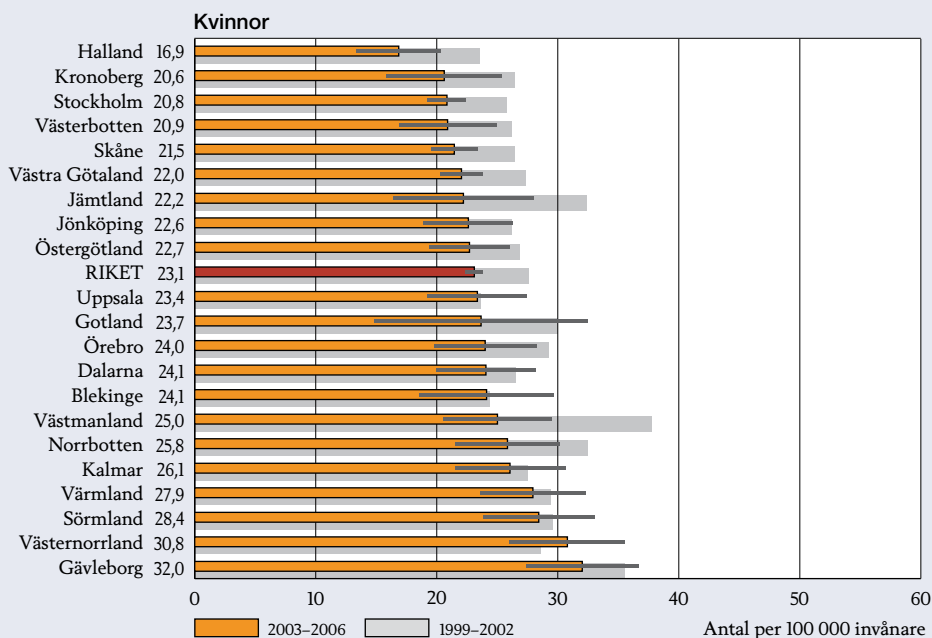


Diagram A:2 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–74 år, 2003–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

A:3 • Undvikbar slutenvård

Indikatorn undvikbar slutenvård avser att mäta effektivitet, tillgänglighet och adekvat omhändertagande för 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.

Måttet undvikbar slutenvård består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. Bland de diagnoser som valts ut finns först 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 öra-näsa-halsinfektion.

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 A:3 redovisas antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2007. Det faktiska antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen detta år 112 000, ungefär lika många män som kvinnor. Uppgifterna är ålderstandardiserade. Generellt ligger männen högre, vilket troligen har med urvalet av diagnoser att göra, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård.

I A:3 jämförs för varje landsting resultatet för 2007, som kan jämföras med motsvarande värde för 2002, som återges i en skuggad parallell stapel. Antalet undvikbara vårdtillfällen har för riket som helhet minskat under perioden. Minskningen återfinns i nästan alla landsting, men är av varierande storlek.

Skillnaderna mellan landstingen i undvikbar slutenvård bör tolkas med en viss 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 sannolikt spelar 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.

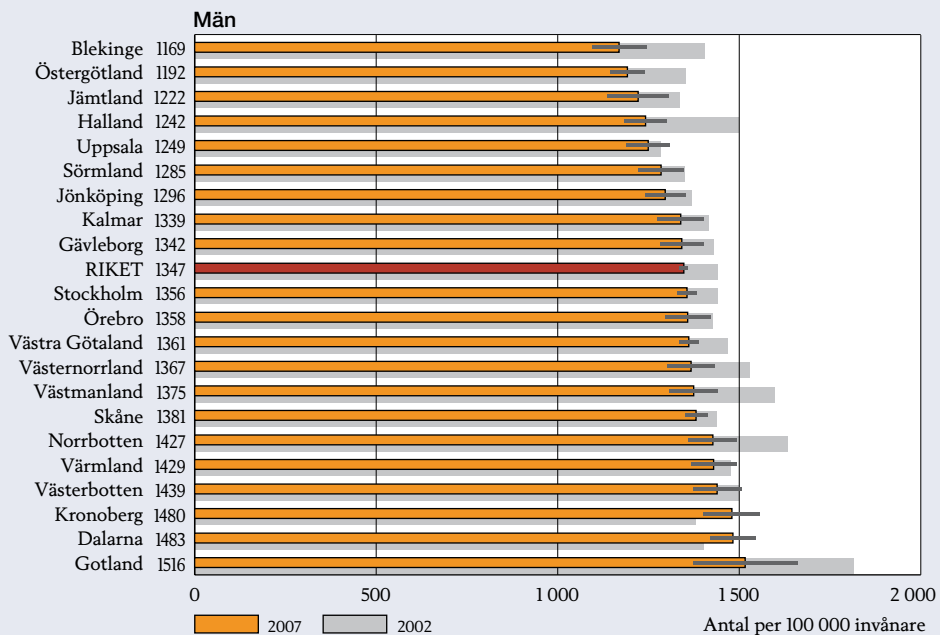
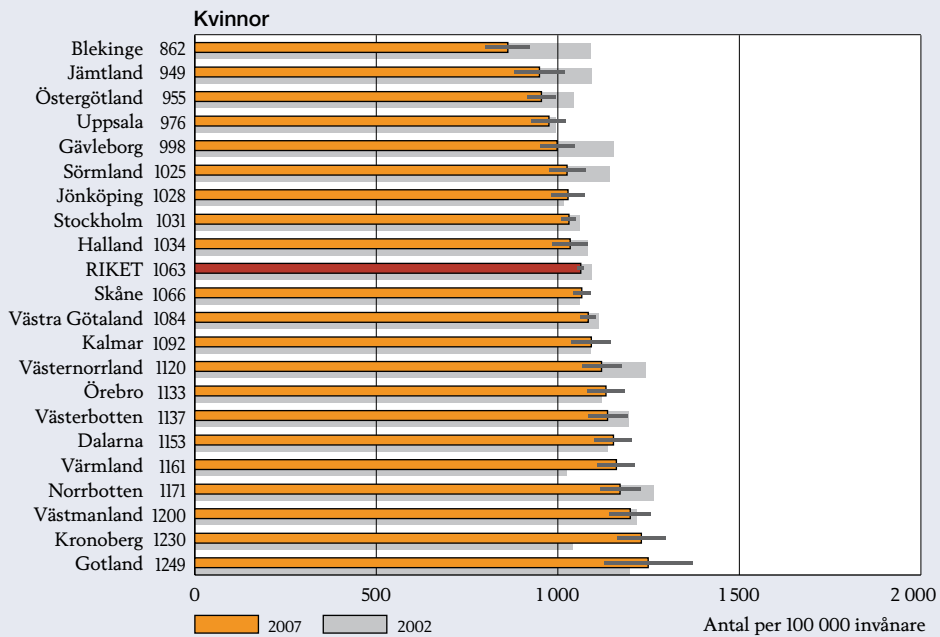
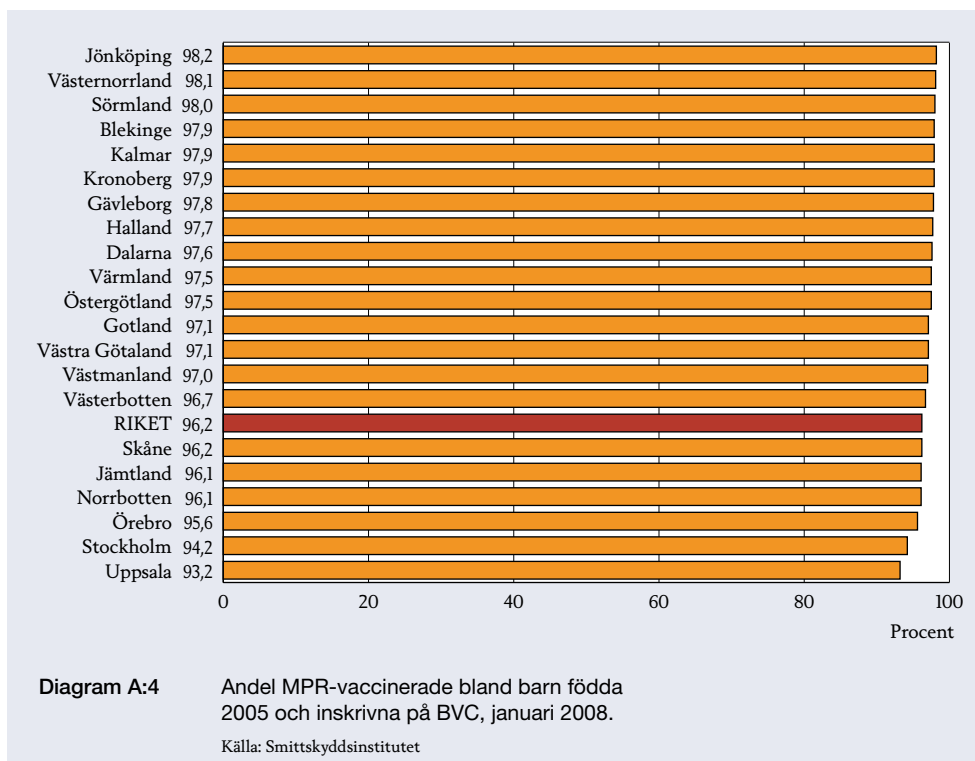


Diagram A:3

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen



A:4 • Vaccination av barn – MPR

Efter att det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet (MPR) infördes 1982 sjönk antalet rapporterade fall av de tre virussjukdomarna inom loppet av några år och är idag ovanliga i Sverige. För att sjukdomarna inte ska få fäste i befolkningen krävs att 90–95 procent är immuna, antingen genom vaccination eller efter genomgången naturlig infektion.

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Örebro och Uppsala län har egna vaccinationsregister samt redovisar också på lite annat sätt.

Sverige har internationellt sett en hög andel vaccinerade barn. I januari 2008 hade 96,2 procent vaccinerats, vilket motsvarar 99 315 barn födda 2005. De allra flesta landstingen hade en vaccinationsfrekvens runt 97–98 procent.

A:5 • Influensavaccinering av äldre

Olika riskgrupper såsom personer 65 år och äldre, barn och vuxna med kronisk hjärt- eller lungsjukdom samt personer med nedsatt immunförsvar löper ökad risk

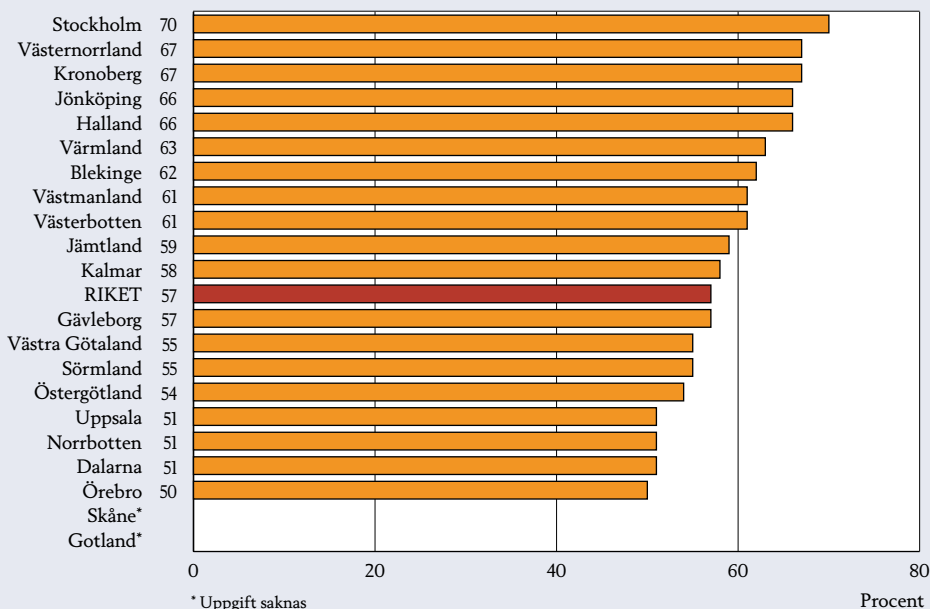


Diagram A:5 Andel influensavaccinerade bland äldre över 65 år, Säsongen 2007/2008.

Källa: Landstingens smittskyddsläkare

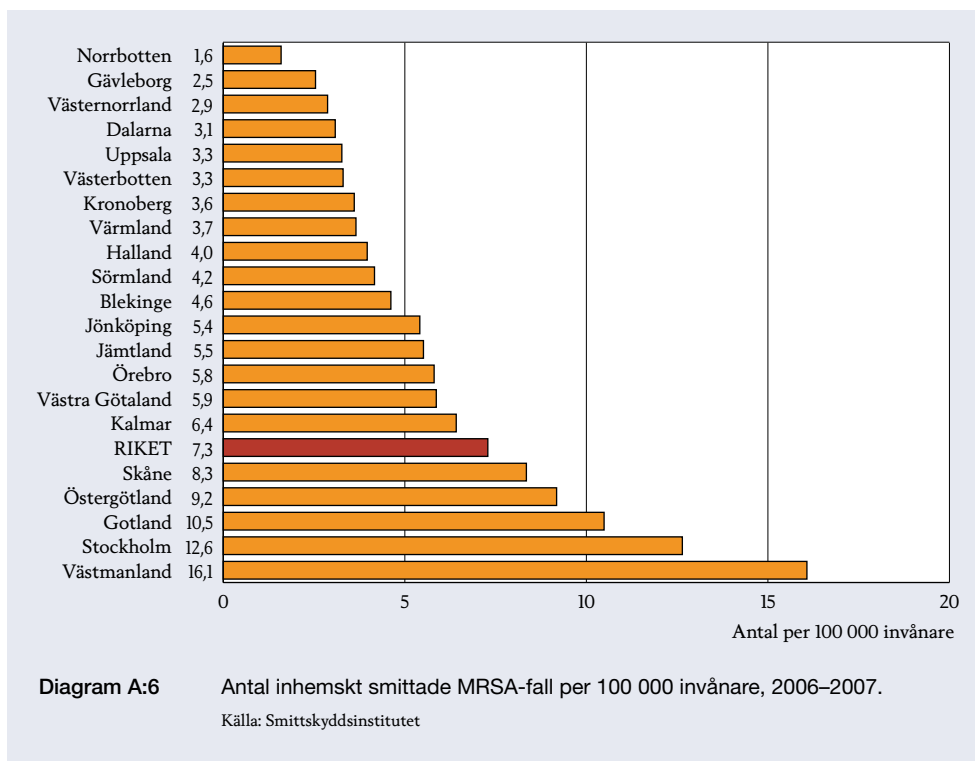
att få komplikationer av influensa. För att undvika för tidig död och influensarelaterad vård är det viktigt att influensavaccin finns tillgängligt för dessa grupper.

Diagram A:5 visar uppgifter om andelen personer 65 år och äldre som vaccinerats mot influensa under vintersäsongen 2007/2008. Uppgifterna baseras på den årliga insamling som landstingens smittskyddsenheter gör. Uppgifter från, Gotland och Skåne saknas. Andelen i riket har skattats exklusive dessa landsting.

Det finns en mycket stor osäkerhet i jämförelsen eftersom det idag inte finns någon nationellt enhetlig metodik i rapportering av antal vaccinerings. Det är endast Jönköping och Värmland som har regelrätta vaccinationsregister. En möjlig väg att få jämförbara uppgifter om influensavaccinering är att samtliga landsting rapporterar till Smittskyddsinstitutets så kallade Svevac-register.

A:6 • Förekomst av MRSA

Staphylococcus aureus, gula stafylokocker, är en av de vanligast förekommande bakterierna i vår omgivning och är den vanligaste orsaken till variga sårinfektioner. Oftast blir vi inte sjuka av bakterien, men den kan orsaka allvarigare tillstånd som till exempel hjärnhinne- och lunginflammation., blodförgiftning (sepsis) och allvarliga



ledinfektioner. Cirka en procent av alla gula stafylokocker som påträffats vid laboratorieodlingar i Sverige är MRSA, bakterier som är resistenta mot antibiotika som vanligen används mot stafylokockinfektioner. Beteckningen MRSA står för meticillinresistenta staphylococcus aureus.

Antibiotikaresistensen medför att behandlingsalternativen vid MRSA-infektion är begränsade, förknippade med fler biverkningar, dyrare och mer resurskrävande. Inhemska fall av MRSA är till största delen smittade utanför sjukvården. Är dock MRSA väl etablerat på ett sjukhus eller annan vårdinrättning är risken för spridning stor och är svår att bli av med, vilket ställer höga krav på sjukhusens eller vårdinrättningars hygieniska rutiner.

Under 2007 anmäldes totalt 1 127 fall av MRSA, varav 658 smittats i Sverige (inhemsk smitta). Sedan MRSA blev anmälningspliktigt år 2000 har antalet fall ökat varje år. Ökningen är delvis reell, men kan också bero på en ökad MRSA-provtagning.

Variationen mellan landstingen är stor, från 1,6 till 16,1 inhemskt smittade fall per 100 000 invånare under tvåårsperioden 2006–2007. Sedan år 2000 har en utbredd spridning av MRSA pågått i Stockholm, men antalet inhemska fall sjönk något mellan år 2006 och 2007. I Västmanland blev det en kraftig ökning av antalet fall från år 2005.

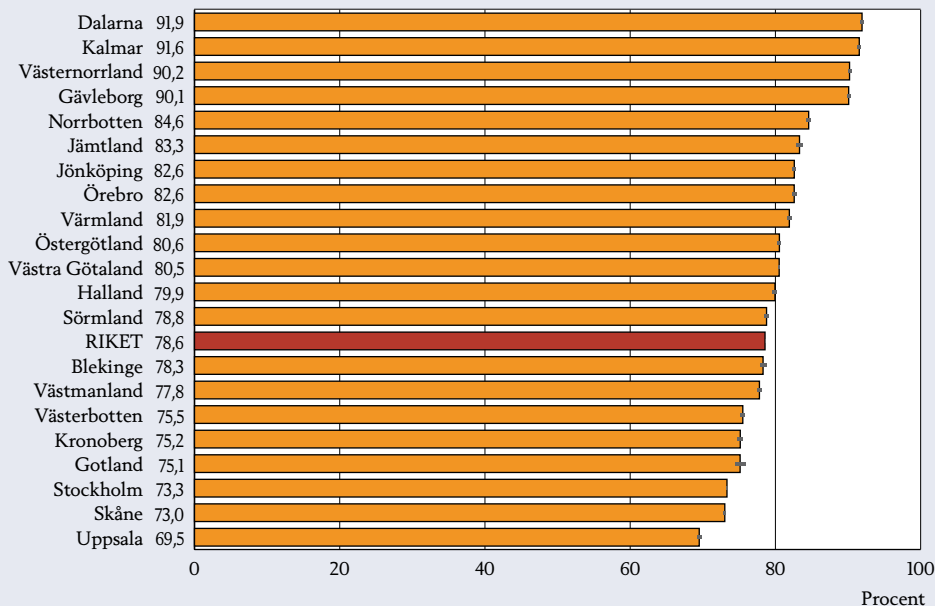


Diagram A:7 Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll. Vägt genomsnitt, 2006.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll

A:7 • 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 i 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.

Omfattningen av provtagningen är strax under 700 000 cellprover per år varav merparten, cirka 90 procent, tas från kvinnor i åldrarna 23–60 år. Knappt 70 procent av cellproverna i dessa åldrar tas inom den organiserade gynekologiska cellprovskontrollen.

Med täckningsgrad menas här andelen kvinnor som genomgår cellprovskontroll efter kallelse eller av annan orsak. Vid beräkning av täckningsgrad ingår gynekolo-

giska 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.

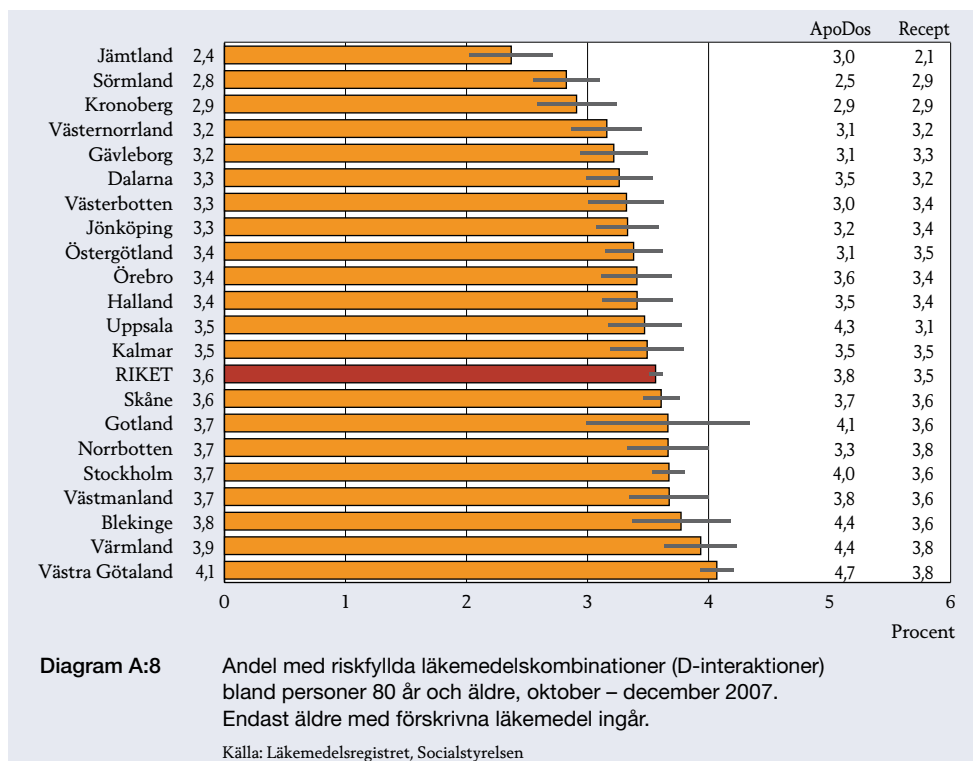
Täckningsgraden för gynekologisk cellprovskontroll i åldrarna 23–60 år var i riket 79 procent 2006, vilket kan ses i diagram A:7. Detta ligger under den målsättning på 85 procent som EU har angett. Endast fem landsting nådde upp till denna nivå. Landstingen i Kalmar, Dalarna, Gävleborg och Västernorrland nådde alla en täckningsgrad på 90 procent eller mer, medan nio landsting ligger under 80 procent. Landstingen med högst täckningsgrad visar att det går att nå betydligt högre än nuvarande riksgenomsnitt på 79 procent.

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 drabbbar i regel relativt unga kvinnor i 40–50 årsåldern.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Under rubriken läkemedelsbehandling redovisas sex indikatorer, varav tre är nya. Två indikatorer belyser äldres läkemedelsanvändning. Dessa är samma som förra årets, men har kompletterats med uppgifter om ApoDos-expediering. Analysmetoden har därför ändrats, vilket gör att resultaten inte är fullt jämförbara med förra årets. Tre indikatorer belyser antibiotikabehandling, varav indikatorn som avser behandling med bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion är densamma som förra året. De två nya avser andelen barn som behandlats med penicillin V respektive förekomsten av antibiotikabehandling totalt i befolkningen. Den tredje nya indikatorn avser behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. Indikatorn om äldres användning av psykofarmaka redovisas under rubriken psykiatrisk vård.

Uppgifterna om läkemedelsbehandling har hämtas från Läkemedelsregistret, förutom indikatorn avseende biologiska läkemedel som kommer från Svenska Reumatologiska kvalitetsregistret. Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen baseras på uppgifter från Apoteket AB.

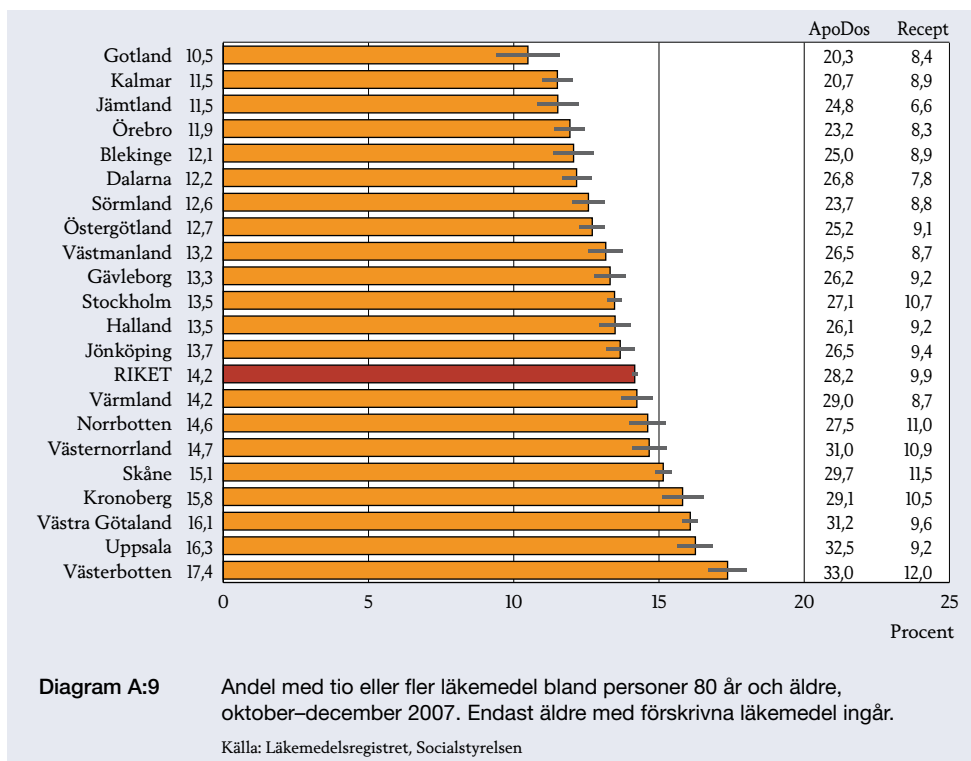


A:8 • Läkemedelsinteraktion bland äldre

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".

I diagram A:8 visas att andelen äldre med förekomsten av läkemedel med risk för D-interaktioner var 3,6 procent under perioden oktober–december 2007. Variationen mellan landsting sträcker sig från Jämtlands 2,4 procent till Västra Götalands 4,1 procent äldre med dessa läkemedelskombinationer. Enbart äldre som hade förskrivna läkemedel ingår i jämförelsen.

Den andel som redovisas med staplar avser både ApoDos- och receptexpedierade läkemedel. I diagram A:8 visas även andelen äldre med läkemedel med D-interaktioner för ApoDos-gruppen och för gruppen med recept-expedierade läkemedel. Andelen var marginellt mindre i gruppen med recept-expedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen var relativt liten, men något högre i gruppen med



ApoDos-expedierade läkemedel. Där var spridningen från 2,5 procent till 4,7 procent andel äldre med de aktuella läkemedelskombinationerna.

Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos- respektive receptexpediering visas inte här, men varierar mellan landstingen. Uppsala och Västra Götaland har högst andel ApoDos-användning och Stockholm har lägst. Detta motiverar den gjorda särredovisningen. Det finns en diskussion om att ApoDos-expediering, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, riskerar att leda till att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden. Läkemedelsregistret fångar heller inte receptfria läkemedel och läkemedel förskrivna i slutet sjukhusvård.

A:9 • Tio eller fler läkemedel bland äldre

Studier har visat att polyfarmaci, med vilket avses samtidig användning av många läkemedel, är förknippat med svårigheter att inta läkemedlen på ett korrekt sätt ("non-compliance"), högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och läkemedelsorsakad inskrivning vid sjukhus.

Polyfarmaci brukar i den vetenskapliga litteraturen ibland 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.

Andelen äldre med tio eller flera läkemedel var cirka 14 procent år 2007, med en variation mellan landstingen från drygt 10 till 17 procent. I diagram A:9 anges även i kolumnerna till höger utfallet i ApoDos- respektive gruppen med receptexpedierade läkemedel. Andelen är mycket hög i gruppen äldre med ApoDos-expedierade läkemedel, där 28 procent av de äldre hade tio eller flera läkemedel, att jämföra med 10 procent för de äldre som hade receptexpedierade läkemedel. En betydande variation mellan landstingen återfanns framförallt inom gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, med en variation från 20 till 33 procent.

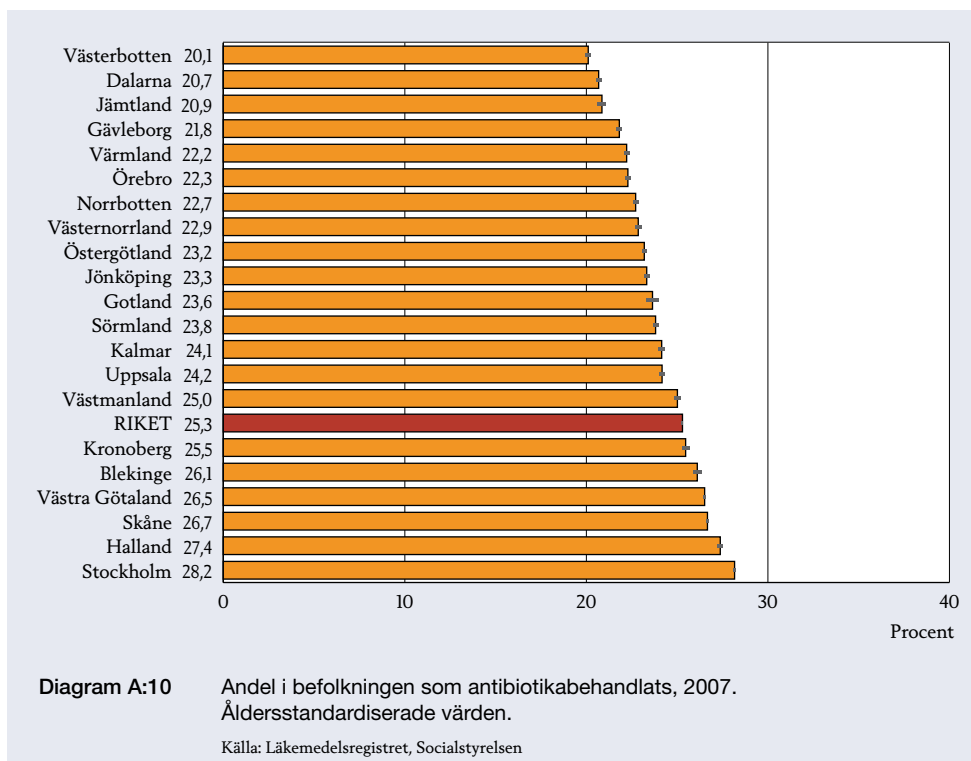
I alla landsting finns läkemedelsförråd i hemsjukvård/äldreboenden, vilket kan tänkas påverka denna indikator särskilt. Hemsjukvård är per definition en del av den öppna vården och läkemedelsanvändningen "borde" därför ses som en del i läkemedelsförmånen. Användningen av läkemedel ur läkemedelsförråd registreras dock inte i läkemedelsregistret och leder till att läkemedelsanvändningen i den öppna vården underskattas. Dessa läkemedel används dock sannolikt oftast tillfälligt, i akuta situationer, eller inom korttidsboenden. Det är svårbedömbart vilken påverkan denna läkemedelsanvändning har på jämförelsen i diagram A:9.

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.

A:10 • Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterier. 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, men behandlingarna har i Sverige ökat under de senaste åren.

Under 2007 hade i genomsnitt var fjärde invånare hämtat ut någon typ av antibiotika, vilket motsvarar 2 342 000 personer totalt. Av dessa var 1 356 000 kvinnor och 986 000 män. I diagram A:10 ses att det är relativt stora variationer mellan landstingen, med en spridning från Västerbottens 20 antibiotikabehandlade personer per 100 000 invånare till Stockholms 28 personer. Generellt kan sägas att det skrivs

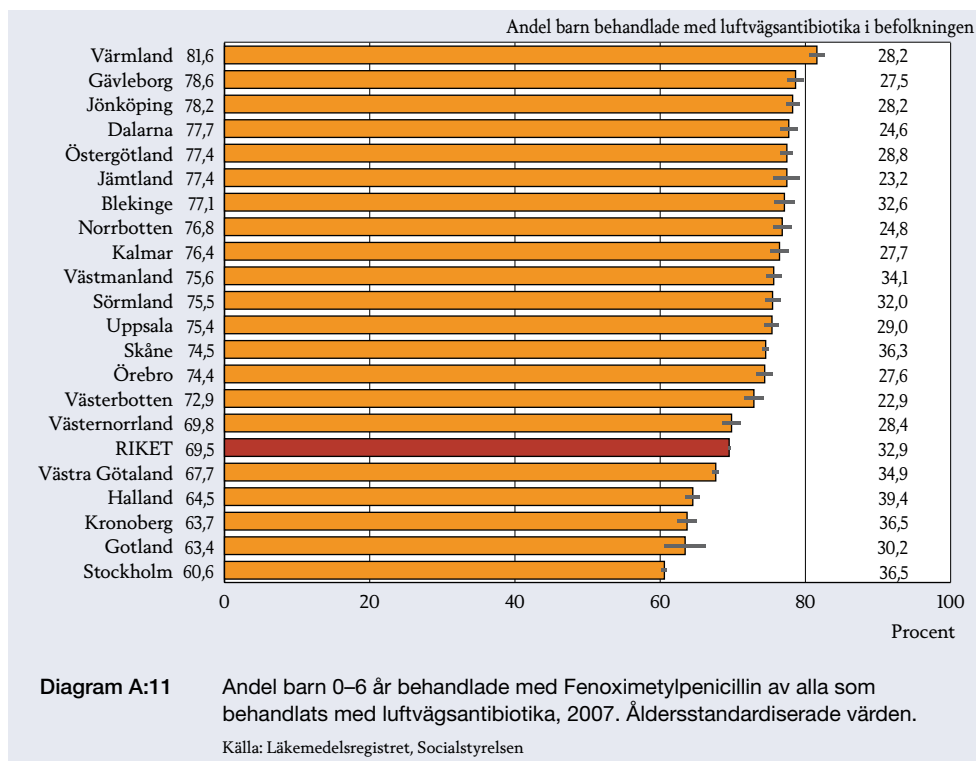


ut mindre antibiotika i de norra delarna av landet. De senaste årens ökning har skett i nästan alla län, med Uppsala som ett undantag. Ökningen av antibiotikabehandling har främst skett i de yngsta åldersgrupperna. Det är önskvärt att ha en låg förskrivning av antibiotika, men den optimala nivån är svår att fastslå.

A:11 • Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

Antibiotikaförskrivningen ökar framförallt till barn och unga. Under 2007 behandlades 33 procent av alla barn 0–6 år med någon typ av antibiotika. Antibiotika mot luftvägsinfektioner står för den största ökningen. De flesta luftvägsinfektioner beror på virussmitta och går över av sig själva. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är penicillin V (Fenoxime-tylpenicillin) förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas.

I diagram A:11 redovisades andelen penicillin V-behandlade barn av alla som vid första förskrivning under året fick något av de antibiotikum som vanligen används vid luftvägsinfektion. Över 230 000 barn behandlades, 124 000 pojkar och 109 000 flickor. I riket var andelen penicillin V-behandlade 70 procent, men med stora variationer mellan landstingen, med en spridning från 61 till 82 procent.



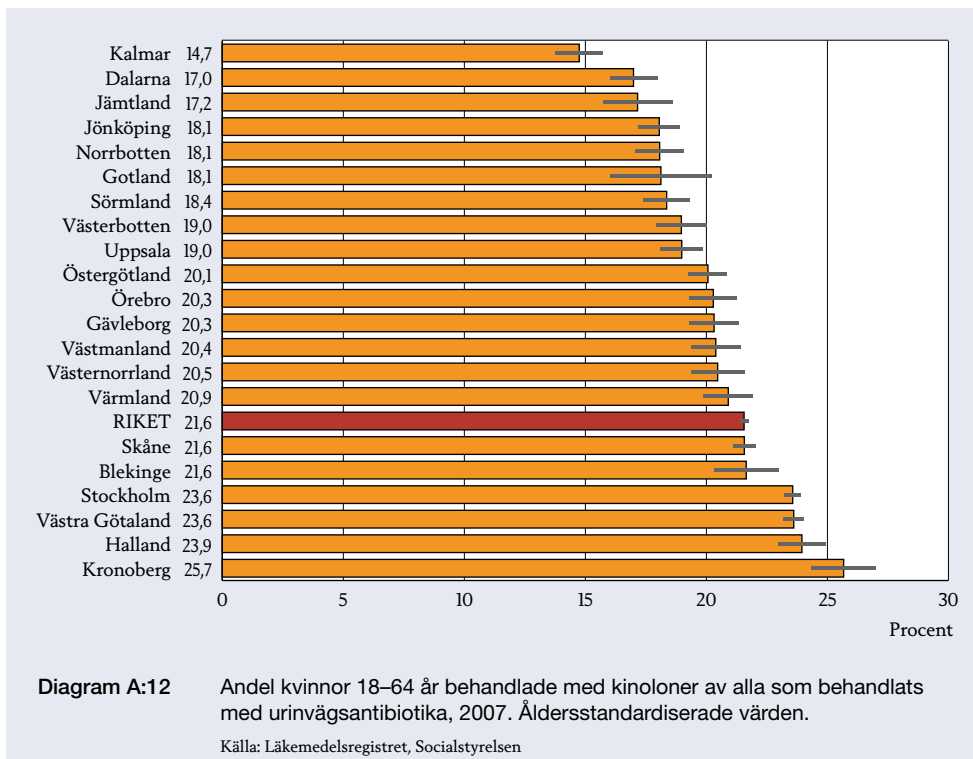
Läkemedelsregistret innehåller inte uppgifter om förskrivningsorsak. En felkälla är därför att en del av den här redovisade förskrivningen kan vara avsedd för annat infektionsstillstånd än luftvägsinfektion.

A:12 • 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 18–64 år, som någon gång under 2007



hämtat ut ett recept på ett urval av antibiotika. Totalt hade cirka 52 000 kvinnor förskrivits kinoloner av de drygt 235 000 kvinnor som ingick i jämförelsen.

Ur diagram A:12 kan utläsas att alla landsting ligger högre än de nivåer som Strama och SFAM rekommenderar och med en klar variation sinsemellan, från 15 till 26 procent. Andelen förskrivningar av kinoloner har dock minskat jämfört med 2006 då landstingen uppvisade en variation på mellan 18 till 31 procents kinolonbehandlade kvinnor.

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.

A:13 • Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Reumatoid artrit är en svår, ofta livslång handikappande sjukdom som främst drabbar kvinnor och som ger sämre hälsorelaterad livskvalitet och förkortad livslängd.

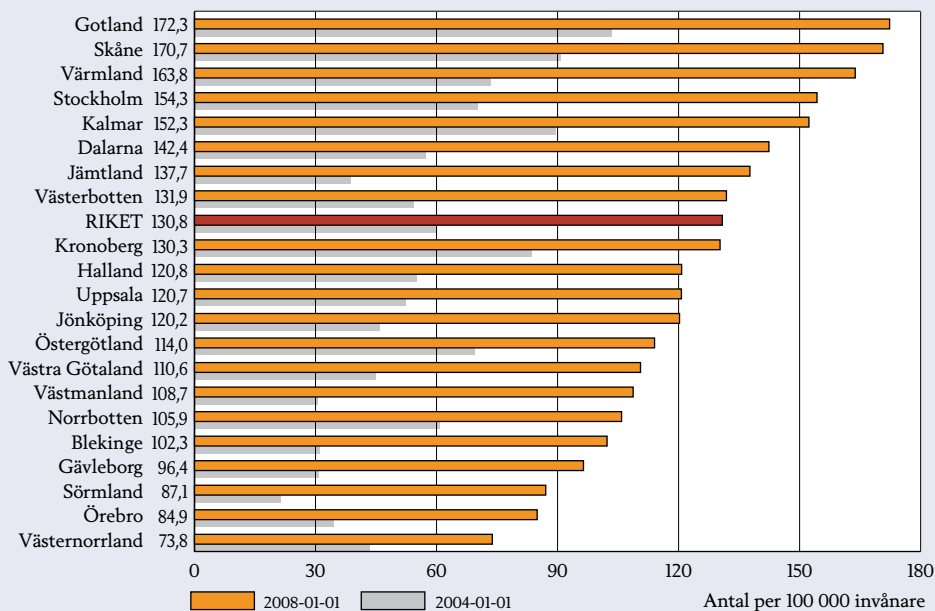


Diagram A:13 Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 2008-01-01.

Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregistret

Tidigare lindrande behandling har nu avlösts av nya biologiskt framställda läkemedel som direkt påverkar mekanismer i immunsystemet.

Dessa läkemedel, som patienten injicerar eller får som dropp, kan medföra att sjukdomen går tillbaka helt, men medför också stora kostnader för landstingen – 1,3 miljarder kr under 2007. 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 inkluderats i analysen.

Ett viktigt mått på vårdkvalitet är att patienterna har lika tillgång till behandling med biologiska läkemedel, oavsett i vilket landsting de bor. Ett annat kvalitetsmått avser den effekt behandlingen har på patientens hälsa. Här redovisas en jämförelse av tillgången till behandling. Det finns i det reumatologiska kvalitetsregistret uppgifter även om den patientrapporterade effekten av behandling med biologiska läkemedel. Ojämn tillgång på data gör att denna indikator i nuläget inte redovisas här.

I diagram A:13 redovisas antal patienter per 100 000 invånare som behandlades med biologiska läkemedel vid årsskiftet 2007/08. Enbart befolkningen över 18 år är in-

kluderad. Även uppgifter om antal behandlade vid årsskiftet 2003/04 återges per landsting.

Uppgifterna är hämtade från Svenska Reumatologiska kvalitetsregistret. Uppgiften om antalet behandlade per landsting baseras på behandlade klinikers lokalisering. Totalt fick 12 678 av registrets 25 650 registrerade patienter biologisk behandling, cirka 50 procent.

Antalet behandlade har ökat snabbt de senaste åren. I riket var antalet behandlade 131 patienter per 100 000 invånare, men med stor variation mellan landstingen. Mellan 74 och 172 patienter per 100 000 invånare hade behandling vid mättilfället. En del av denna variation kan bero på att inte alla patienter är registrerade och på att registret har olika täckningsgrad i olika landsting.

Det är inte klarlagt hur många personer per 100 000 invånare som bör behandlas med biologiska läkemedel. Uppgifter från kvalitetsregistret visar att effekten för patienterna fortsätter att vara mycket god även i de landsting där störst antal patienter får behandling, vilket tyder på att läkemedlen används för rätt patienter.

INTENSIVVÅRD

Två indikatorer avseende intensivvård redovisas. De är båda nya och visar dels dödlighet i samband med IVA-vård, dels återinläggning på IVA.

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 kosta 9–13 miljarder kronor under år 2005, vilket motsvarar 8–12 procent av kostnaden för specialiserad somatisk vård.

På IVA vårdas cirka 40 000 patienter årligen. Under 2007 fanns det 86 intensivvårdsenheter, varav 67 var allmänna intensivvårdsavdelningar belägna på det stora flertalet av svenska länsdels-, läns- och universitets/regionsjukhus. Resterande intensivvårdsenheter var enheter med specialinriktning.

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) startade år 2001 med huvudsyftet att stödja lokalt kvalitets- och utvecklingsarbete och stimulera till jämförelser mellan de deltagande intensivvårdsenheterna. År 2007 hade antalet medlemmar ökat till 64, av dessa kunde 48 skicka data. Detta motsvarar en täckningsgrad för länsdelssjukhus på 64 procent, för läns/centralsjukhus på 88 procent och för regionsjukhus på 72 procent. SIR bedömer att registret år 2007 innehöll cirka 75 procent av alla Sveriges intensivvårdstillfällen.

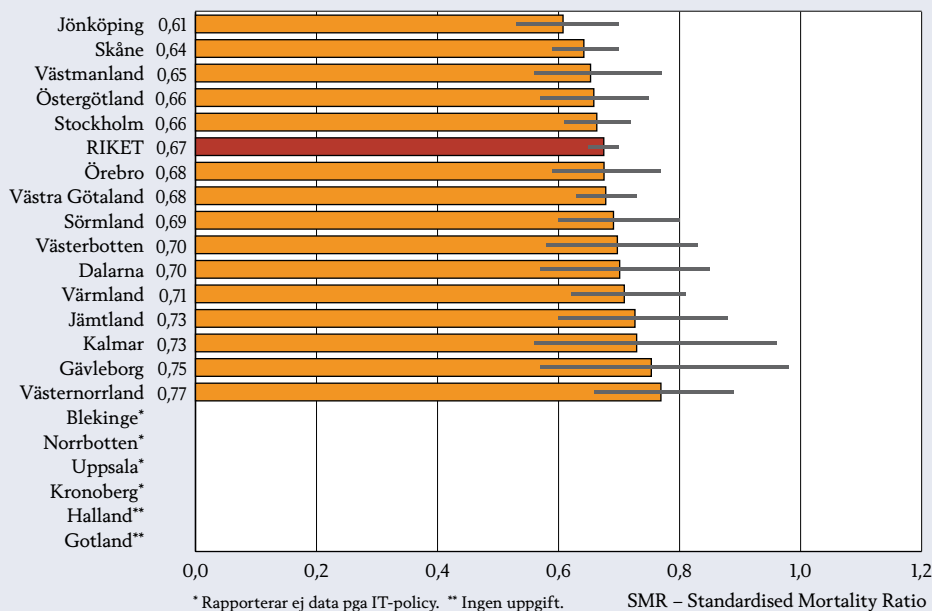


Diagram A:14 Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelning, 2007.

Källa: SIR – Svenska Intensivvårdsregistret

Sexton intensivvårdsenheter som är anslutna till SIR kan inte skicka data, av skäl som vanligen har med det lokala landstingets IT-policy att göra. Dessa fördelas på fyra landsting: Uppsala, Kronoberg, Blekinge samt Norrbotten. Flera av dessa intensivvårdsavdelningar har varit medlemmar under lång tid. Det är angeläget att hindren för att skicka data till SIR undanröjs.

A:14 • Dödlighet efter vård på IVA

I diagram A:14 anges kvoten observerad mortalitet/förväntad mortalitet inom 30 dagar efter intagning på intensivvårdsavdelning, Standardised Mortality Ratio (SMR). Med standardisering och riskjustering kan dödlighet jämföras över tid och mellan verksamheter på ett mer korrekt sätt. SMR kan påverkas eftersom indikatorn speglar omhändertagandet i hela vårdkedjan fram till och med 30 dagar efter inläggning på IVA.

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 under intensivvård. Död kan då bli ett önskat resultat av en hopplös sjukdom.

I riskjusteringssystemet (Svensk APACHE) ingår ålder, kronisk sjukdom, typ av sjukdom samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad. Utifrån dessa data beräknas risk för död inom 30 dagar.

SMR är en viktig kvalitetsindikator, som när den kompletteras med andra, till exempel förekomst av avbryta/avstå från behandling, kan bidra till en bättre och mer nyanserad beskrivning av intensivvårdens resultat. När hänsyn tagits till olika kvalitet på indata, olika patientkaraktäristika (som ej fångas av systemet för riskjustering) och slumpen, återstår olika kvalitet i hela vårdkedjan som förklaring till skillnader i SMR.

Svenska intensivvårdsregistret anger målnivån för SMR till lägre än 0,85. Ju lägre kvoten är, desto bättre är resultatet. Utfallet för 2007 visar SMR = 0,67 för hela riket. SMR ligger således betydligt under målnivån, det vill säga är bättre än denna. SMR per landsting uppvisade en spridning från 0,61 till 0,77. För fem landsting (Blekinge, Halland, Gotland, Kronoberg, Uppsala och Norrbotten) saknades underlag för beräkning av SMR. SMR varierade under 2007 per IVA (sjukhusnivå) från 0,51 till 0,92. Det fanns ingen skillnad i SMR mellan könen under 2007.

Ofullständig eller felaktig datainsamling kan påverka SMR, varför det är viktigt att värdet bedöms samtidigt som datakvaliteten beaktas. Därför ingår bortfallsbeskrivning som en del i bedömningen av SMR. För riket som helhet var bortfallet under kalenderåret 2007 drygt 16 %, vilket ska jämföras med SIR:s målsättning på < 10 %. Förutom de 5 landsting som helt saknar data (se ovan) når 6 landsting inte denna målsättning. Bortfallet under 2007 per IVA varierade från 0 % till 56 %.

A:15 • Återinläggning på IVA

Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av SIR-data för åren 2005–2006 där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet: 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 ett strukturerat omhändertagande efter intensivvården.

I diagram A:15 anges andelen patienter med oplanerad återinläggning på IVA inom 72 timmar efter utskrivning från samma IVA. SIR:s målnivå, att andelen återinskrivna skall vara mindre än 3 procent, definierades i registrets kvalitetsindikatorer från 2006. Utfallet för 2007 visar en förekomst av återinläggning till samma IVA på 3,2 procent för riket som helhet, med en spridning från 1,8 till 6,4 procent per landsting. Östergötland, Stockholm och Örebro låg tydligt över målnivån 2007. Fyra landsting kan ej skicka data.

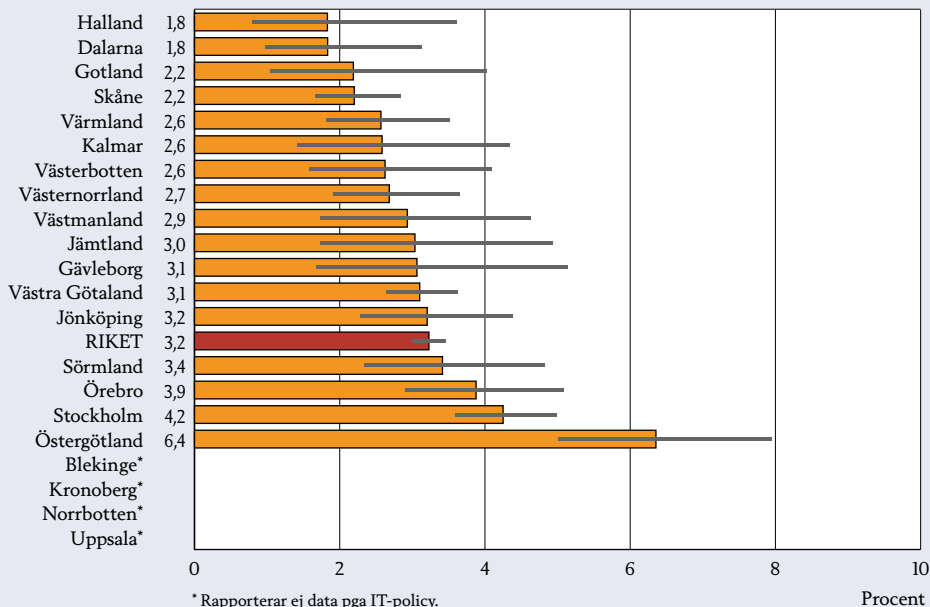


Diagram A:15 Andel oplanerat återinskrivna på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, 2007.

Källa: SIR - Svenska Intensivvårdsregistret

Variationen mellan sjukhus/IVA återges ej här, men är större än den mellan lands-
ting. Analys av återinläggning under 2007 per IVA visar en variation från 0,5 pro-
cent till 9,1 procent.

CANCERSJUKVÅRD

Under 2006 diagnostiserades över 50 000 fall av cancer i Sverige och det är den näst vanligaste dödsorsaken. Men många överlever och i slutet av 2006 levde cirka 160 000 individer i Sverige som diagnostiserats med cancer under perioden 2002–2006. 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. Regeringen arbetar med en plan för cancersjukvårdens utveckling och Socialstyrelsen har under våren 2007 presenterat nationella riktlinjer för några cancerformer.

Här redovisas sex indikatorer avseende cancersjukvård, för de fyra vanliga cancerformerna bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer och prostatacancer. Tre avser femårsöverlevnad, en andelen kurativt behandlade patienter och en andelen omoperationer. I årets publikation har en ny indikator tillkommit som avser tiden

till behandling av elakartad tumör inom öron-, näs- och halssjukvård. Uppgifterna om femårsöverlevnad hämtas från Cancerregistret, medan de övriga kommer från nationella kvalitetsregister.

Överlevnad vid cancersjukdom

Den relativa femårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med cancer under åren 2000–2006, med uppföljning till och med december 2006. 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 EUROCARE-4, som är ett samarbetsprojekt mellan 19 europeiska länder. Överlevnadssiffrorna i EUROCARE-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 femårsöverlevnad.

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 knappt fyra procentenheter över det europeiska genomsnittet och för bröstcancer cirka sju procentenheter över. De nordiska länderna (exklusive Danmark, som inte deltog i studien) ligger på samma nivå med undantaget Island som har en bättre bröstcanceröverlevnad.

A:16 • Överlevnad vid tjocktarmscancer

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer betraktas som en enhet (kolorektal-cancer) 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 2006 var sju procent för män och åtta procent för kvinnor. Cirka 3 700 personer fick tjocktarmscancer under 2006 och sjukdomen är något vanligare bland män än bland kvinnor. De flesta som drabbas är över 70 år, 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 2006 nästan 26 000 personer. Drygt 11 000 av dem fick sin diagnos under perioden 2002–2006. Över 1 800 personer dog i tjocktarmscancer 2006 och dessa är jämnt fördelade över könen.

Den relativa femårsöverlevnaden i tjocktarmscancer är 56 procent för män och 62 procent för kvinnor i riket totalt. Spridningen mellan landstingen är relativt stor. Detta gäller speciellt för männen där överlevnaden varierar från 44 till 67 procent mellan landstingen. Antalet tjocktarmscancerfall är relativt få vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna för vissa landsting, vilket också avspeglas i de breda konfidensintervallen.

A:17 • Överlevnad vid ändtarmscancer

Tillsammans är tjock- och ändtarmscancer en av de vanligaste cancerformerna. Andelen diagnostiserade tumörer i ändtarmen av samtliga cancerdiagnoser 2006 var något större bland män än bland kvinnor, men utgör ungefär 4 procent för både män och kvinnor. Detta innebär att cirka 2 000 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 2006 avled cirka 800 personer i ändtarmscancer.

Den femåriga relativa överlevnaden är för riket 57 procent för män och 60 procent för kvinnor. Spridningen mellan landstingen är likartad för män och kvinnor med undantaget Blekinge som har en femårsöverlevnad för kvinnor som är betydligt högre än övriga. Antalet fall av ändtarmscancer är dock litet i många landsting vilket medför ökad osäkerhet i överlevnadssiffrorna.

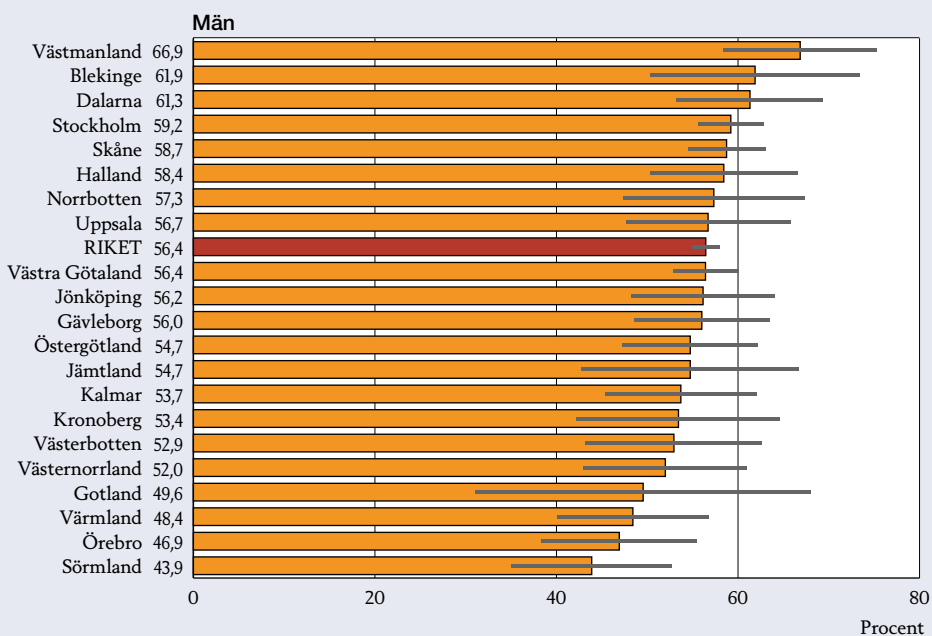
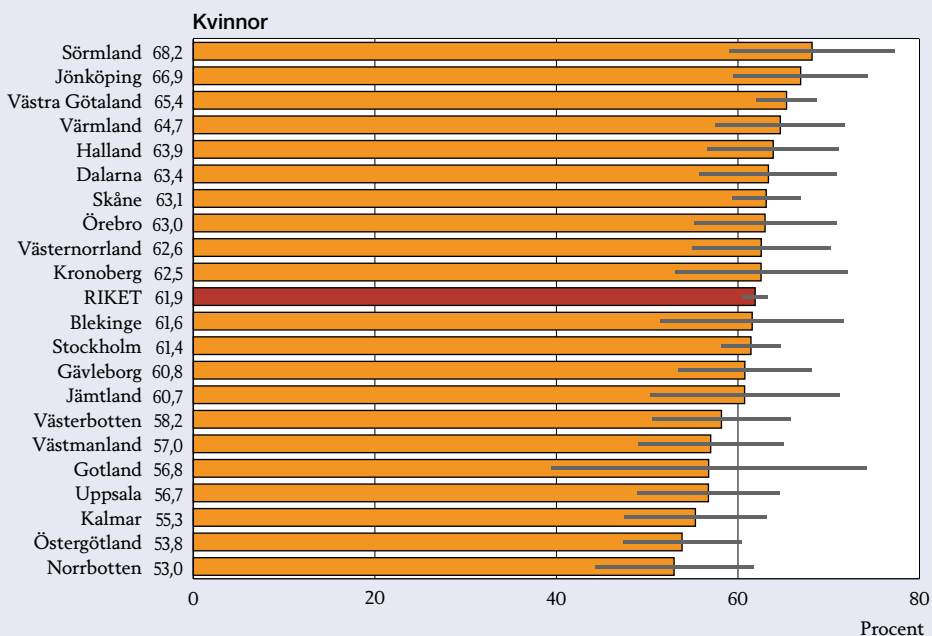


Diagram A:16 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2000–2006 med uppföljning t.o.m. december 2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

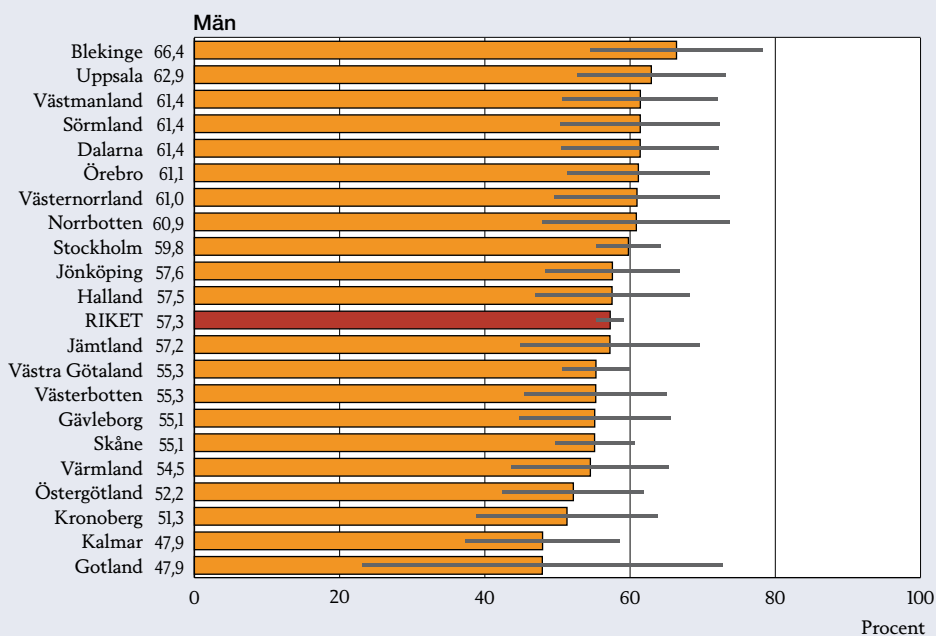
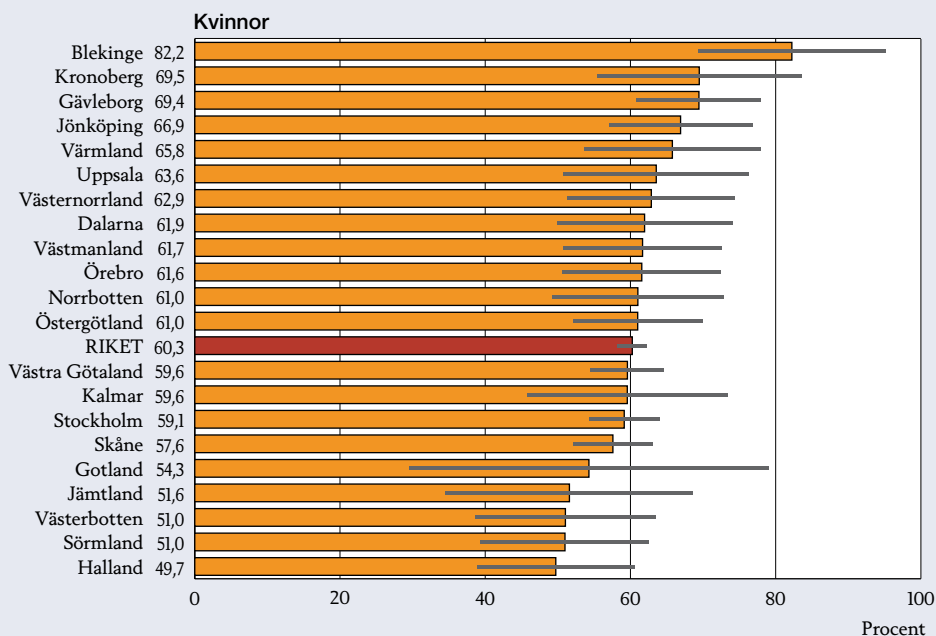
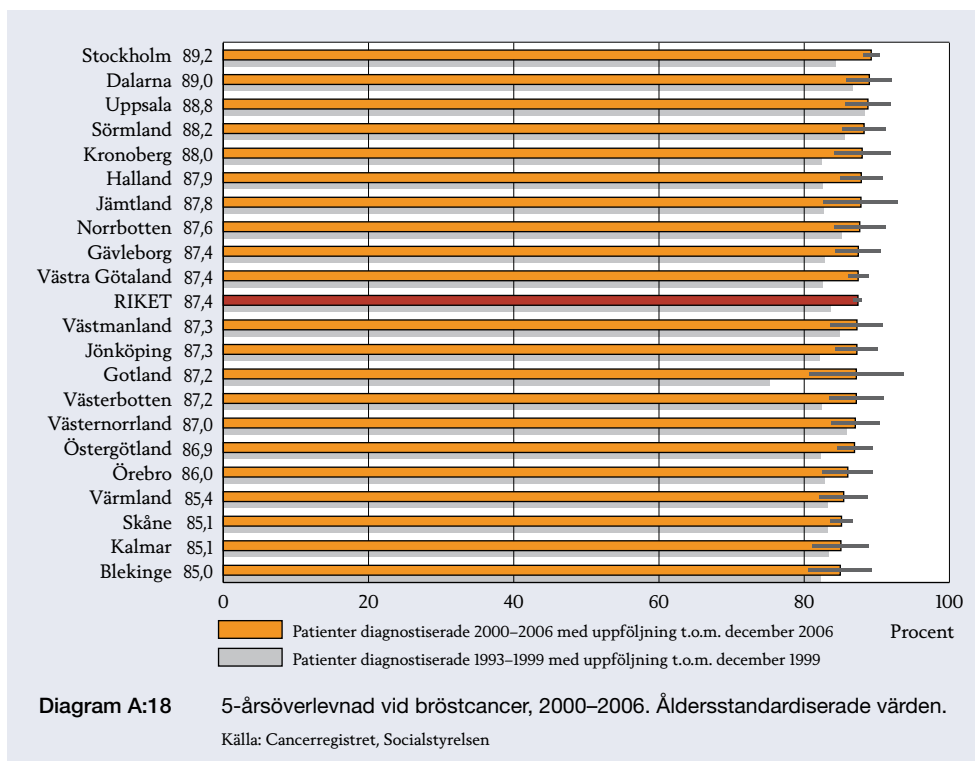


Diagram A:17 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2000–2006 med uppföljning t.o.m. december 2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



A:18 • Överlevnad vid bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i Sverige och utgjorde 29 procent av samtliga kvinnliga cancerdiagnoser 2006. 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. Varannan bröstcancerpatient får sin diagnos före 65 års ålder.

Mer än 80 000 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 tillbaka ökar antalet drabbade 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 87 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 vil-

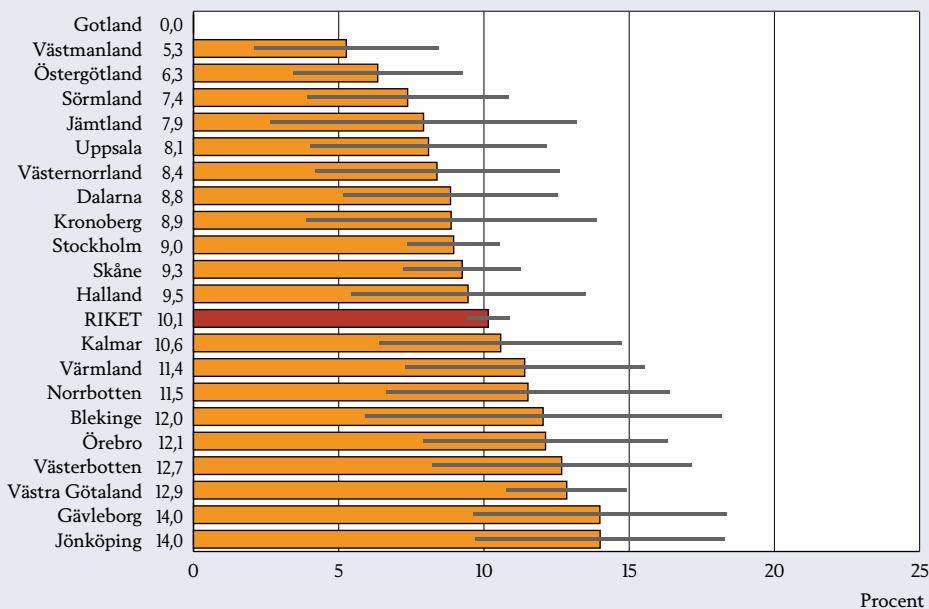


Diagram A:19 Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer, 2002–2006.

Källa: Svenska Rektalcancerregistret

ket åldersintervall som en kvinna inbjuds till screening. Det finns i nuläget ingen återkommande nationell uppföljning av i vilken mån kvinnor i de berörda åldrarna verkligen blir mammograferade.

Diagram A:18 visar att det är liten skillnad mellan landstingen, med en variation från 85 till 89 procent femårsöverlevnad. Detta tyder på att bröstcancervården i landets olika delar bedrivs med 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.

A:19 • 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, som i egna rapporter offentligt redovisar resultat på sjukhusnivå. Registret innehåller i princip alla fall med ändtarmscancer i Sverige.

De allra flesta patienter med ändtarmscancer opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på den enskilda tumörens lokalisering, mikroskopiska bild och patientens allmäntillstånd. Komplikationer kan uppstå som kräver reoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. Frekvensen av operationer kan variera beroende på hur patienten opereras och även valts ut för operation.

Behandlingen av ändtarmscancer i Sverige har förbättrats högst påtagligt. Vi har resultat som 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.

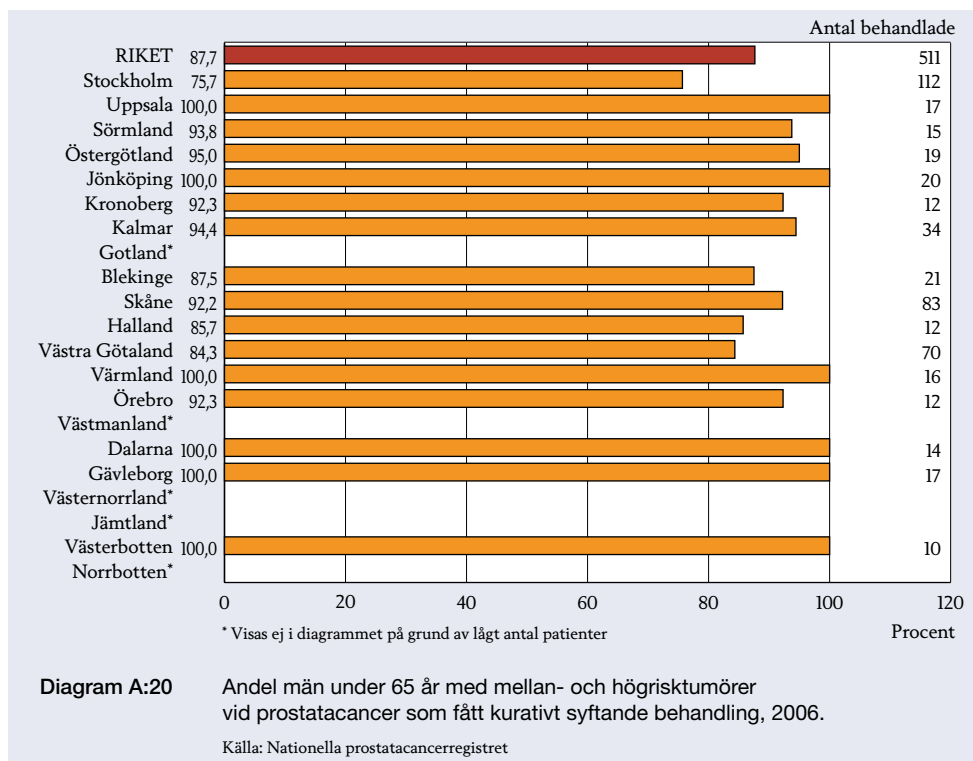
I diagram A:19 redovisas andelen reoperationer under perioden 2002–2006. Antalet primäroperationer som ingår i materialet är 6 345, varav 644 ledde till reoperation. Det är stora skillnader mellan landstingen i ytterpositionerna. Tre landsting har reoperationsfrekvenser på nära 5 procent, medan de tre med högst frekvens närmar sig 15 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 registreringsskillnad, där vissa sjukhus registrerar banala ingrepp som reoperationer medan andra inte gör det. Data är inte validerade på denna punkt. Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 146.

A:20 • Kurativ behandling vid prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män i Sverige. År 2006 registrerades 8 930 nya fall av prostatacancer. Var tionde man i Sverige får sjukdomen under sin livstid. Hälften av alla var under 70 år vid diagnostillfället och nästan 3 300 var yngre än 65 år. Antalet nya fall har ökat kraftigt de sista åren, medan däremot dödligheten i sjukdomen varit nästan konstant. Den stora ökningen i antalet upptäckta fall beror till allra största delen på ökad diagnostik hos män utan sjukdomssymptom. Det har medfört att ålder vid diagnos sjunker. Trots att sjukdomen är vanlig, saknas kunskap om vad som är optimal behandling i många skeden av sjukdomen.

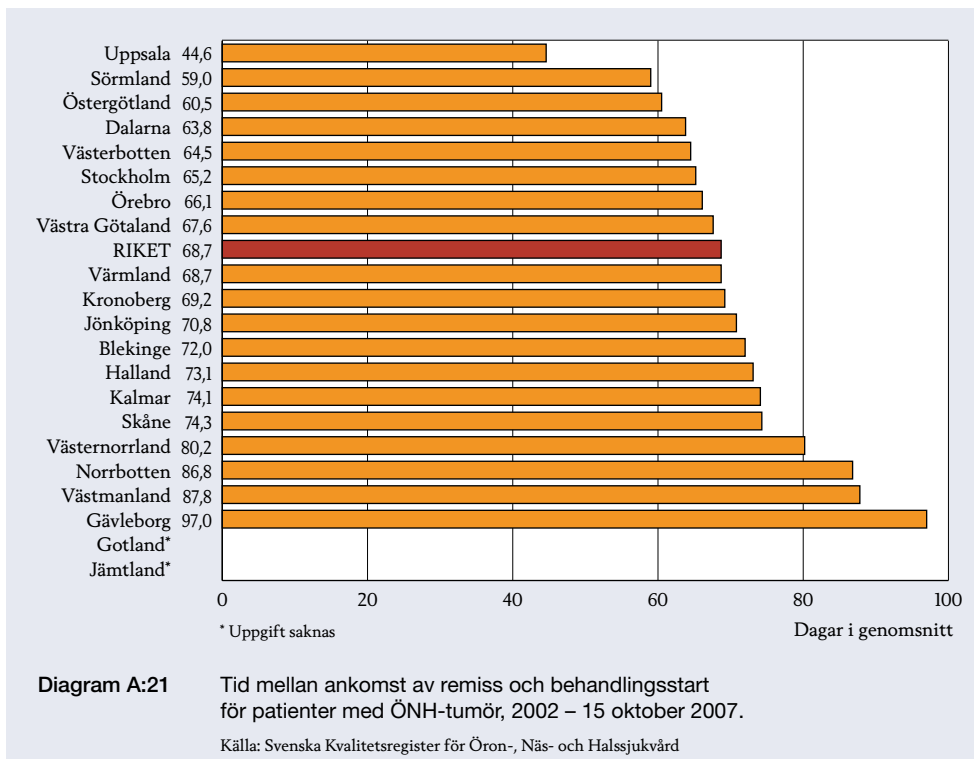
I diagram A:20 redovisas andel patienter under 65 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som fått kurativt syftande primärbehandling, det vill säga med kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålterapi. Källan till uppgifterna är Nationella Prostatacancerregistret. Registret har en hög täckning i hela landet. 2005 hade man en täckningsgrad på 98 procent av alla nyupptäckta fall av prostatacancer



i Cancerregistret. Registrering sker på alla enheter som diagnostiserar och behandlar denna sjukdom.

Denna indikator är förändrad jämfört med tidigare rapporter. På förslag från registerhållarna har urvalskriterierna försnävats till att enbart gälla män under 65 år med en lokaliserad tumör som innehåller lågt differentierad cancer och där serumhalten av PSA var under 20ng/ml. För denna grupp patienter har man visat att operation sänker risken för spridning och dödligheten i sjukdomen. Det innebär att en hög andel av dessa patienter bör erbjudas kurativt syftande behandling.

Eftersom biologisk och inte kronologisk ålder är avgörande för behandlingsstrategi ska inte samtliga patienter i denna kategori rekommenderas sådan behandling i daglig praxis. Dessutom kan enskilda patienter välja att avstå från kurativ behandling för att undvika livskvalitetsminskande biverkningar av behandlingen och istället välja så kallad aktiv monitorering. Med detta avses övervakning och att kurativt syftande terapi ges först vid tecken till progress. Av dessa skäl är inte 100 procent ett givet mål i denna jämförelse. I riket är andelen drygt 90 procent, vilket sannolikt är en "optimal" nivå. I landsting som har en andel som klart understiger 90 procent finns troligen en underbehandling av denna patientgrupp.



2006 var antalet män som uppfyllde kriterierna 583, varav 511 genomgick behandling. Om de landsting som hade mindre än 5 fall som uppfyllde inklusionskriterierna uteslöts var variationen 76 procent till 100 procent. I sex län var andelen män som genomgick behandling under 90 procent. Andelen av män med medel- och högrisktumör som genomgick behandling har varit ganska konstant sedan 2002 då 89 procent av dessa män fick behandling. Däremot har antalet män som fick behandling i denna grupp nästan fördubblats från 274 män 2002 till 511 män 2006.

A:21 • Tid till behandling 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 den samlade tiden från misstanke om tumör till genomförd behandling är så kort som möjligt. Ofta fokuseras tiden mellan beslut om behandling/operation och genomförd behandling. I denna indikator redovisas för elakartade tumörer inom öron-, näs- och halssjukvård tiden från remissankomst till behandlingsstart, alltså hela handläggningstiden inom ÖNH-sjukvården. Ur patientens perspektiv är hela denna tidsperiod viktig.

Källan är Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. I rapporteringen av data till den här presenterade indikatorn deltar en majoritet av alla kliniker i respektive landsting. Täckningsgradsjämförelse på individnivå avseende cancerfallen har inte gjorts. Registret publicerar på sin hemsida öppna redovisningar för ett antal kvalitetsmått, varav tid till behandling vid tumör är en. Data är hämtade direkt från hemsidan.

I A:21 återges genomsnittstiden i dagar per landsting, från det att remiss ankommer till dess att den slutliga behandlingen inleds. Mätperioden är från 1 januari 2002 till halva oktober 2007. Totalt ingår 3 384 fall i denna jämförelse. Antalet fall återges i diagrammet. Landstingsredovisningen är baserad på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

Variationen mellan landstingen är stor med Uppsala och Gävleborg i diagrammets båda ändar, med en tid till behandling på knappt 45 respektive 97 dagar.

Enligt ÖNH-registret svarar väntetiden mellan den slutliga diagnostiken (patologisk-anatomisk undersökning, PAD) till start av behandling för hälften eller flera av dagarna, i nästan alla landsting. Observera att den långa mätperioden gör att man inte kan dra starka slutsatser om hur den samlade tiden till behandling ser ut under till exempel 2007.

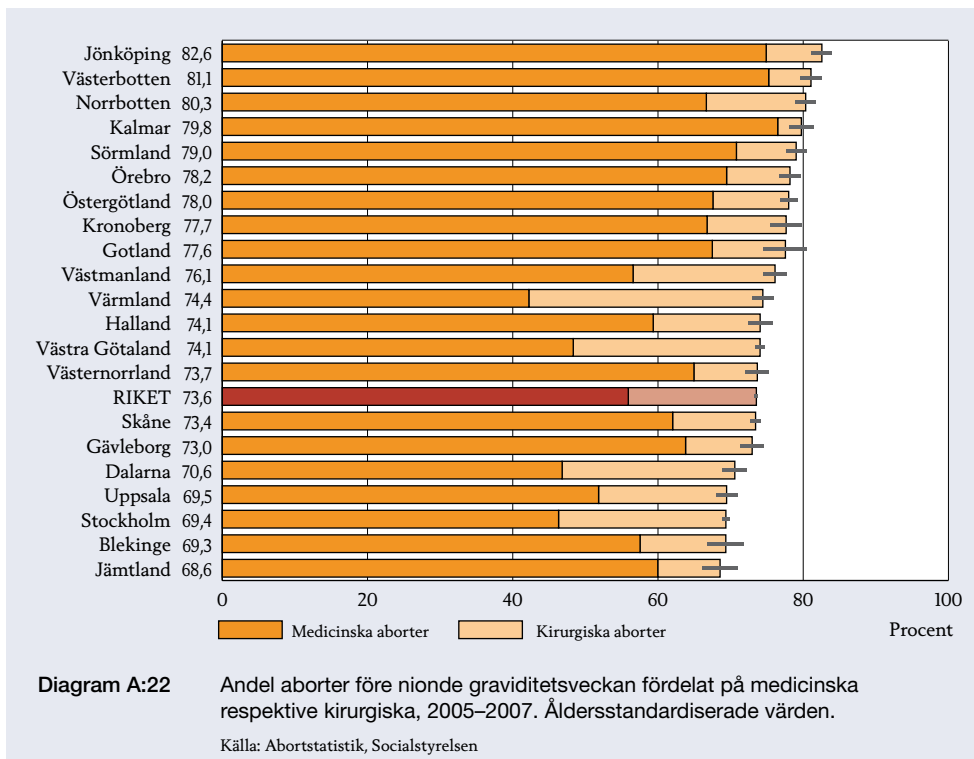
MÖDRA-, FÖRLOSSNINGS- OCH NYFÖDDHETSVÅRD

Inom detta område redovisas fem indikatorer. Indikatorerna avser andelen tidiga aborter, antal dödfödda, neonatal dödlighet, låg Apgar-poäng samt andel perineal-bristningar. För några av indikatorerna gäller att utfallen kan bero på förhållanden som är svårpåverkbara för hälso- och sjukvården, medan för andra är kopplingen till vårdprocessen och variationer i denna tydligare. Alla indikatorerna fanns med i förra årets rapport och har försetts med uppdaterade uppgifter.

A:22 • Tidiga aborter

År 2007 gjordes totalt cirka 37 000 aborter, vilket är en ökning jämfört med förra året. Av dessa utfördes 27 600 före den 9:e graviditetsveckan. Andelen tidiga aborter har ökat med nästan två procent jämfört med år 2006. Tidig abort är säkrare och mer effektiv för kvinnan. 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.

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 A:22 visar andelen aborter före 9:e graviditetsveckan, fördelat på kirurgiska respektive medicinska, för perioden 2005–2007. I genomsnitt var 74 procent av alla aborter tidiga, med en variation mellan de olika landstingen från 69 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.

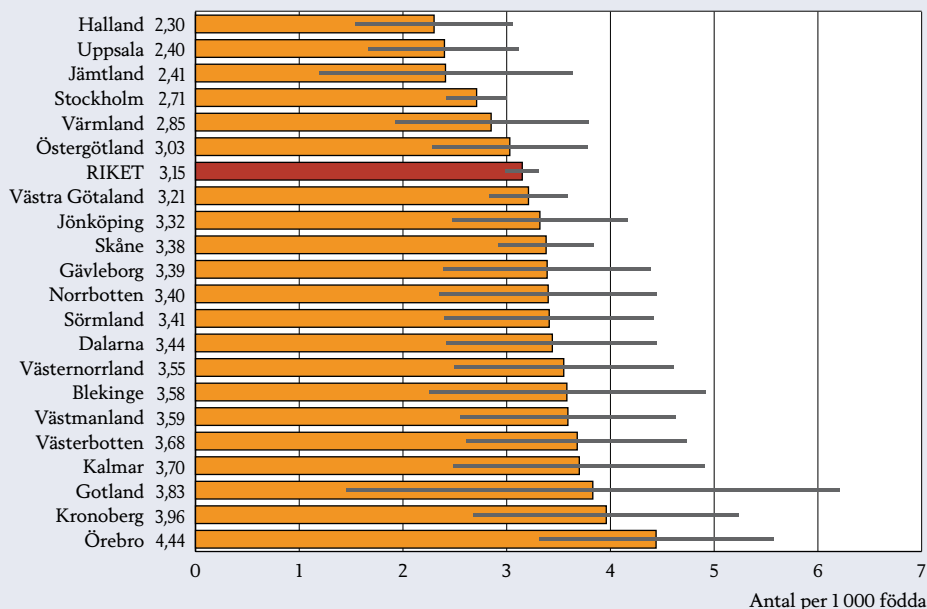


Diagram A:23 Antal dödfödda per 1000 födda barn, 2002–2006. Åldersstandardiserade värden.

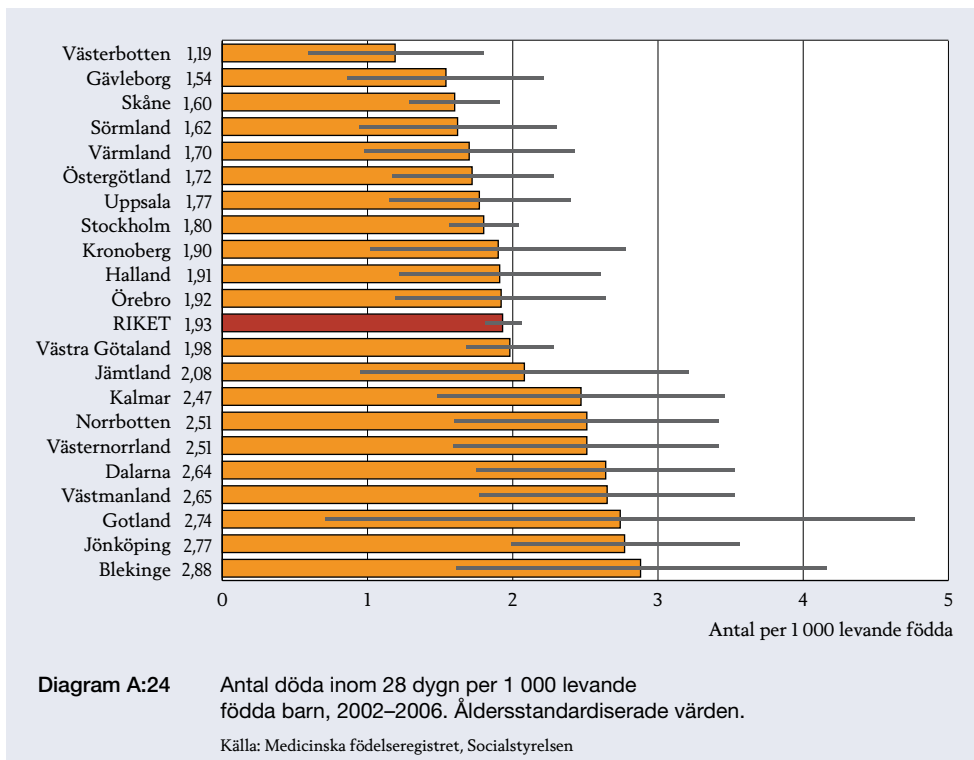
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

A:23 • Dödfödda

Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlösning. 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 A:23 redovisas antal dödfödda per 1 000 födda, under perioden 2002–2006. I riket som helhet var antalet dödfödda 3,2 per 1 000 födda. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 2,3 till 4,4 dödfödda per 1 000 födda. Ur diagrammet kan utläsas att den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små.

A:24 • Neonatal dödlighet

Neonatal dödlighet är 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 neonatala dödligheten minskat, från nivåer på över 5 per 1000 levande födda i början av 1980-talet till mellan 1,8 och 2,1 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.

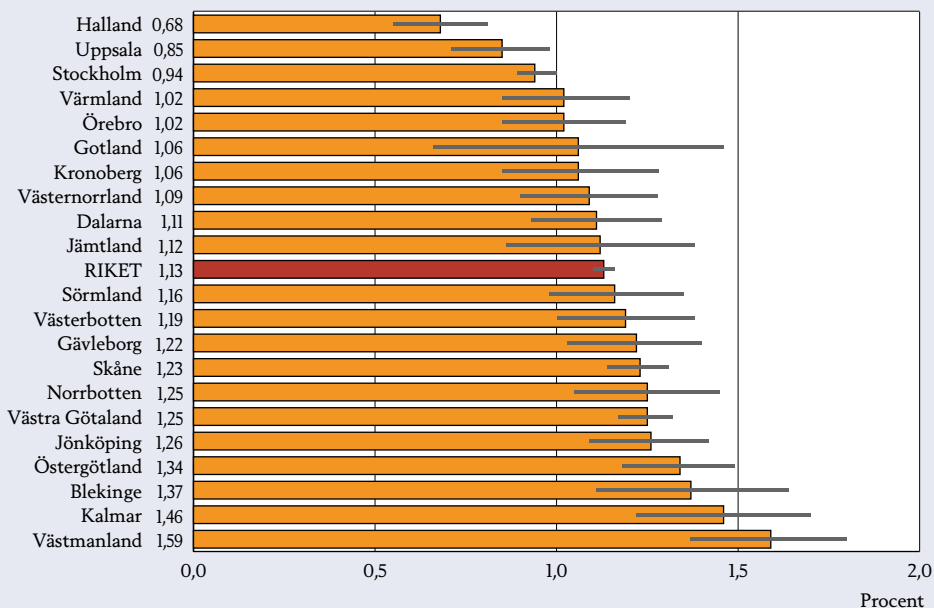


Diagram A:25 Andel födda med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter, 2002–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

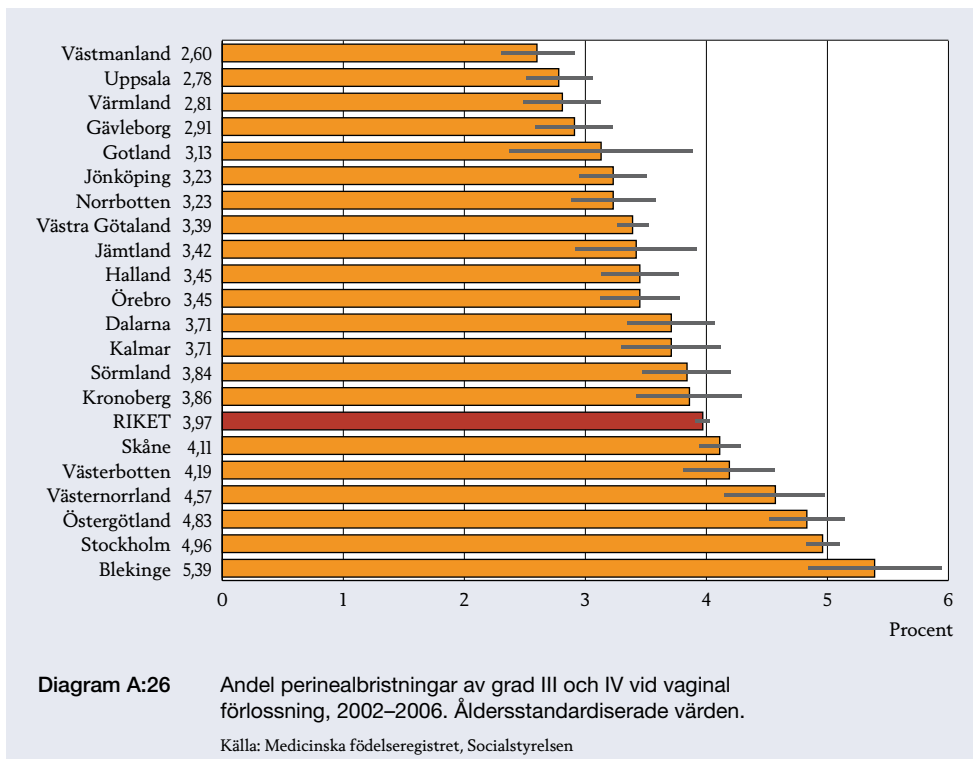
I diagram A:24 redovisas antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda, under perioden 2002–2006. I riket som helhet avled 1,9 barn per 1 000 levande födda. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 1,2 till 2,9. Den statistiska osäkerheten är stor, då de faktiska värdena är mycket små.

A:25 • 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 således 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 liten andel barn födda med låg Apgar-poäng. För riket som helhet är andelen strax över en procent under den studerade perioden 2002–2006.



Bland landstingen varierade andelen barn med låg Apgar-poäng mellan 0,68 till 1,59 procent.

A:26 • 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 och att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka.

Inom förlossningsvården har andelen perinealbristningar ökat under de två senaste decennierna. Orsaken till ökningen är inte helt känd, men kan bero på ökad andel instrumentella förlossningar och på att barnen blir större. Perinealbristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade medför 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 och IV sys i allmänhet på operationsavdelning, oftast under ryggmärgsbedövning.

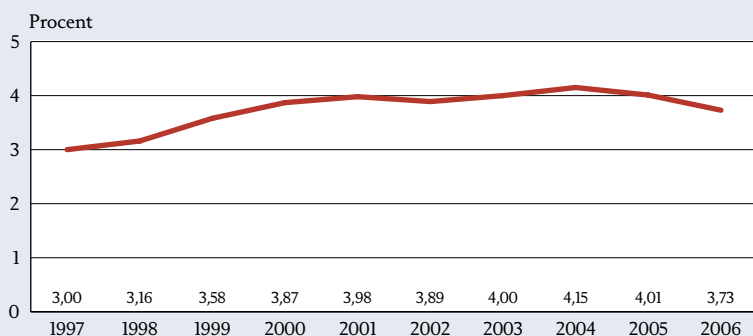


Diagram A:26
Riket

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

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 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 2,6 till 5,4 procent under den studerade perioden 2002–2006. Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 147.

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

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.

För diabetesvården finns det ett antal etablerade kvalitetsindikatorer och även behandlingsmål för dessa. Bland dem är patienternas värde för blodsocker (HbA1c), blodtryck och kolesterol, liksom förekomst av rökning. Här redovisas två indika-

torer med data från Nationella Diabetesregistret (NDR) och två med Läkemedelsregistret som källa.

NDR samlar data om diabetesvård både från medicinkliniker och från primärvården. Deltagandegraden bedöms av NDR för 2007 vara cirka 44 procent för riket totalt, men med relativt stora variationer mellan landstingen. Deltagandet i primärvården har ökat påtagligt de senaste åren. I de diagram där data från NDR används, återges även deltagandegrad per landsting, enligt NDRs sätt att bedöma denna. Där deltagandet är lågt (< 40 procent) är uppgifterna mer osäkra.

Uppgifterna från NDR avser 2007 och alla diabetespatienter i primärvård, oavsett ålder. I dessa indikatorer följs den redovisning som NDR själva använder sig av i sin senaste årsrapport. I denna har man ett kvalitetsindex, där landstingen rangordnats utifrån fem olika kvalitetsmått. De båda här redovisade NDR-indikatorerna ingår i kvalitetsindexet.

Måluppfyllelse i indikatorerna från NDR anges i förhållande till de behandlingsriktlinjer och målvärden för blodtryck och blodsockervärde som Svensk Förening för Diabetologi ger ut, och som NDR använder sig av i sitt kvalitetsindex. Socialstyrelsen reviderar för närvarande de nationella riktlinjerna för diabetes.

Läkemedelsregistret är heltäckande avseende läkemedelsbehandlade diabetiker och baserat på faktiska uttag av receptförskrivna läkemedel. Däremot kan man inte via registret få uppgifter om måluppfyllelse vid olika behandlingar, som värde för blodtryck eller kolesterol, vilket man kan via NDR.

A:27 • Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)

I diagram A:27 anges hur stor andel av patienterna i primärvården som uppnår målet för blodsockervärdet HbA1c. Behandlingsmålet är definierat till ett HbA1c-värde på 6,0 procent eller lägre.

Alla till NDR rapporterade diabetespatienter i primärvården ingår, cirka 140 000 patienter. Skillnaderna mellan landstingen är för flertalet måttliga och ska inte övertolkas, eftersom en fjärdedel av landstingen har en deltagandegrad under 40 procent.

I riket som helhet nås behandlingsmålet för 58 procent av patienterna, jämfört med 55 procent år 2006. Beträffande könsskillnader noteras för riket att behandlingsmålet för HbA1c uppnåddes av något fler kvinnor (58,9 procent) än män (57,5 procent).

Av de landsting som ligger ovanför rikets snitt har Östergötland den bästa deltagandegraden, 75 procent, och har därmed mer tillförlitliga värden. Av de övriga landsting som ligger över genomsnittet har även Jönköping, Västra Götaland, Blekinge och Gävleborg ett högt deltagande.

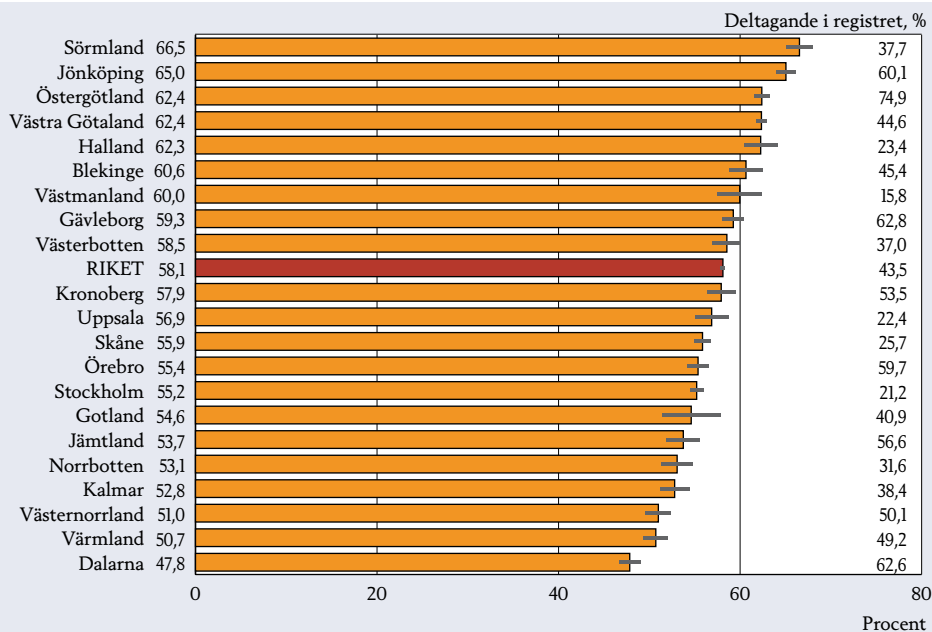


Diagram A:27 Andel diabetiker i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c ≤ 6 %), 2007.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

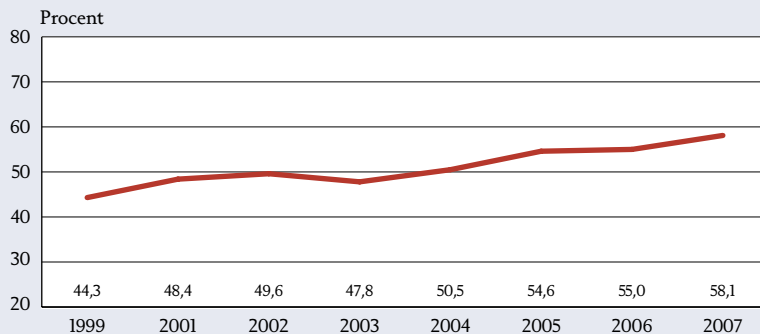
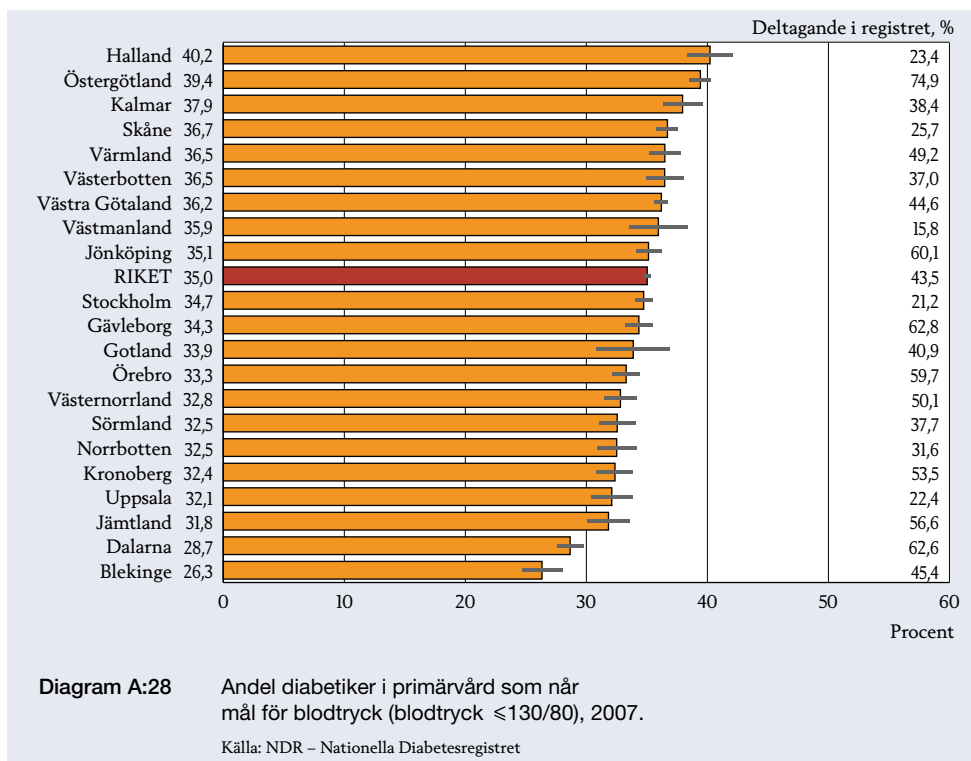


Diagram A:27 Riket Andel diabetiker i primärvård som når mål för blodsockervärde (HbA1c ≤ 6 %).

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

Dalarna, Värmland, Västernorrland, Kalmar och Norrbotten redovisar lägre andelar. Av dessa landsting har Kalmar och Norrbotten en deltagandegrad under 40 procent, medan övriga har betydligt högre deltagandegrad.



A:28 • Måluppfyllelse för blodtryck

Risken för hjärtkärlsjukdom är två-tre gånger högre hos diabetiker än icke-diabetiker, enligt olika studier. Ett flertal riskfaktorer bidrar till detta, som högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer. Gränsen för förhöjt blodtryck för diabetiker är satt till mer 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 obehandlade med blodtryck högre än 130/80 mm Hg.

Diagram A:28 anger hur stor andel av primärvårdspatienterna i diabetesregistret som uppnår behandlingsmålet 130/80 mm Hg eller lägre. Alla patienter ingår, oavsett om de behandlas för högt blodtryck eller ej.

Av de landsting som ligger ovanför rikets snitt har Östergötland den bästa deltagandegraden, 75 procent, och har därmed mer tillförlitliga värden. Av de övriga landsting som ligger över genomsnittet har även Värmland, Västra Götaland och Jönköping ett högt deltagande. Blekinge, Dalarna och Jämtland redovisar de lägsta andelarna, och har alla en deltagandegrad över 40 procent.

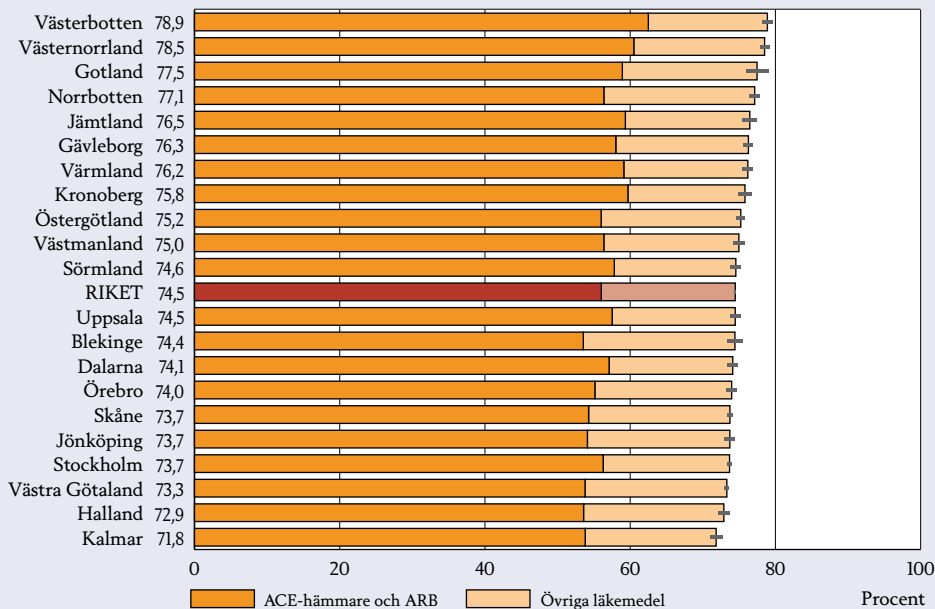


Diagram A:29 Andel diabetiker 18 år och äldre med blodtryckssänkande läkemedelsbehandling, 2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Andelen för riket som uppfyller blodtrycksmålet 2007 är klart lägre än vad som gällde för blodsockervärdet, 35 procent jämfört med 58 procent. Andelen har dock ökat från 33 procent år 2006. Beträffande könsskillnader noteras för riket att behandlingsmålet för blodtrycket uppnåddes av något fler män (36,4 procent) än kvinnor (33,4 procent).

Dessa resultat gäller för alla diabetiker, blodtrycksbehandlade eller ej. I gruppen med blodtrycksbehandlade diabetiker är andelen som 2007 når målet enligt NDR-data något lägre, 31 procent, men har ökat från 25 procent år 2006.

Den låga måluppfyllelsen tyder på underbehandling av diabetespopulationen. Man bör dock även notera att val av behandling ska utformas efter individuella hänsyn. För äldre och multisjuka måste flera olika aspekter vägas in.

A:29 • Blodtryckssänkande behandling

Förhöjt blodtryck är en känd riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar hos personer med diabetes. Personens ålder, aktuellt blodtryck och blodtrycksförändringar är vägledande för när läkemedelsbehandling skall påbörjas. Fysisk aktivitet och kostför-

ändringar kan sänka blodtrycket hos många patienter. Hög alkoholkonsumtion bör undvikas.

Diagram A:29 bygger på uppgifter från Läkemedelsregistret. I steg ett identifierades alla rikets läkemedelsbehandlade diabetiker, 18 år och äldre, via uttagen av diabetesläkemedel 2007. Därefter studerades hur stor andel av denna grupp som fick någon form av blodtryckssänkande läkemedelsbehandling. Vidare studerades hur stor andel av alla som hade blodtryckssänkande behandling med ACE-hämmare och Angiotensin II-antagonister (ARB). Dessa läkemedel skall särskilt användas som blodtrycksbehandling vid diabetisk njursjukdom, vilket en betydande grupp diabetiker har, men används även i andra fall.

För riket är andelen diabetiker som behandlades med någon form av blodtryckssänkande läkemedel 74,5 procent, vilket är en ökning jämfört med 2006. Skillnaderna mellan landstingen är små, med alla landsting placerade i intervallet 72–79 procents behandlade. Spridningen är måttlig även för behandling med ACE/ARB, med nästan alla landsting i intervallet 50–60 procent.

Att skillnaderna mellan landstingen är små är ett tecken på att diabetesvården i detta avseende är av jämn kvalitet. Sett till de målvärden som NDR använder är det dock troligt att en allmän underbehandling råder. Den låga måluppfyllelsen avseende blodtrycksbehandling (se A:28) talar för detta. Revideringen av de nationella riktlinjerna för diabetes kommer att ge vägledning i denna fråga.

A:30 • Blodfettsänkande behandling

En majoritet av patienterna med typ 2-diabetes får tidigt en blodfetsrubbnings. Den består i sänkta halter av ”nyttigt” kolesterol och höjda halter av ”onyttigt” kolesterol och är en bidragande orsak till hjärt-kärlsjukdomar. Ökad fysisk aktivitet, rökstopp och kostförändringar har goda effekter på blodfetsrubbnings och på risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. Läkemedelsbehandling mot blodfetsrubbnings är särskilt viktig hos diabetespatienter med flera riskfaktorer, som högt blodtryck, rökning, mikroalbuminuri (små mängder plasmaprotein i urinen) och bukfetma.

I diagram A:30 redovisas andelen läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlas med blodfettssänkande läkemedel. Uppgifterna är hämtade från Läkemedelsregistret, och omfattar läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre. För riket uppgår andelen till 54 procent. De allra flesta landsting ligger i intervallet 50–60 procents behandlade, vilket är en jämförelsevis måttlig spridning.

Måluppfyllelsen avseende kolesterolnivåer i NDR kan ge stöd vid tolkning av utfallet. Enligt NDR uppnådde 43–44 procent av diabetespatienterna i primärvård målen för totalkolesterol < 4,5 mmol/l, respektive för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l. Denna grad av måluppfyllelse är inte tillfredsställande och talar för att underbehandling föreligger.

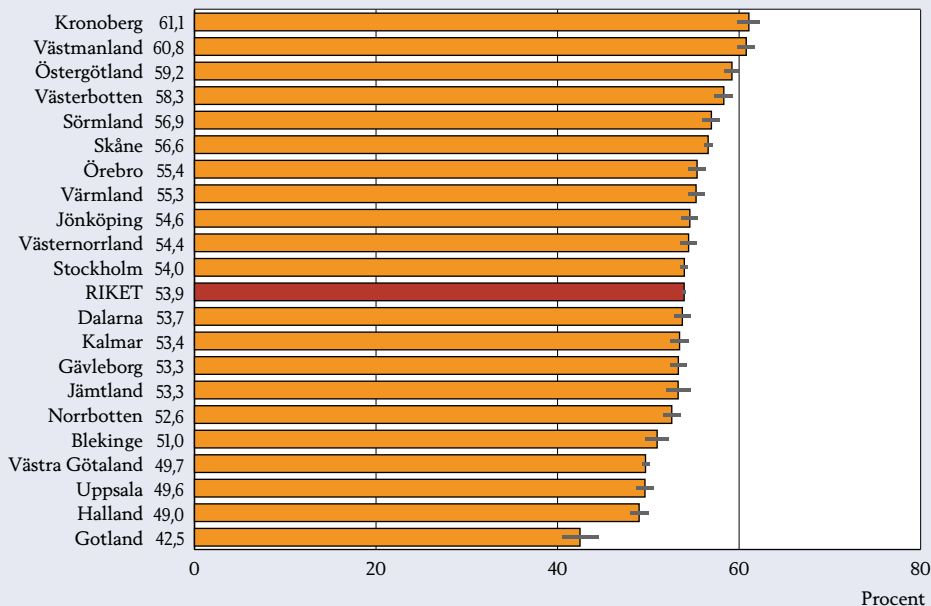


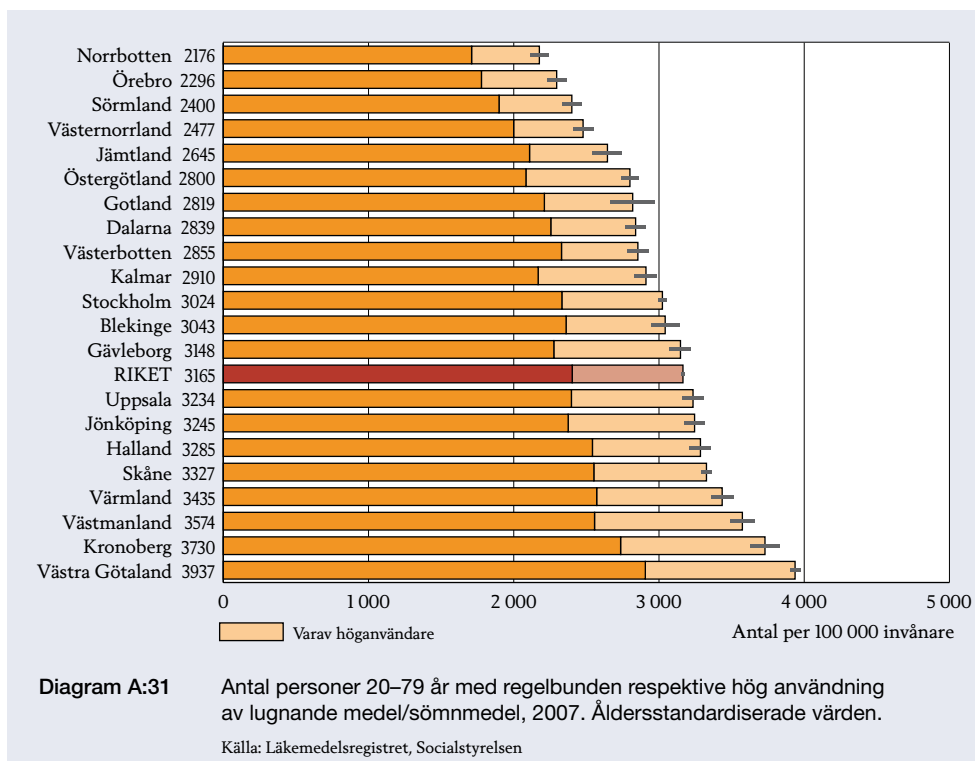
Diagram A:30 Andel diabetiker 40 år och äldre med blodfettssänkande läkemedelsbehandling, 2007. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

PSYKIATRISK VÅRD

Indikatorer som avser den psykiatriska vården har givits en egen rubrik. Fyra indikatorer redovisas. Två av dem avser läkemedelsbehandling och de övriga två redovisas självmord i befolkningen och förbättring efter behandlingsstart vid vård av ätstörningar.

Avgörande för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data inom psykiatrin. 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 diagnossättning inom öppenvården. Rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren har förbättrats, även om täckningsgraden överlag är alltför låg.

Psykiatrisamordnaren efterfrågade i sin slutrapport (SOU 2006:100) kraftfulla åtgärder för att utveckla system för verksamhetsuppföljning, register- och statistikutveckling samt kvalitetsbedömningar inom området. Den psykiatriska vården är därför under 2008 föremål för ett stort antal satsningar från regeringen både vad gäller förbättring och beskrivning av verksamheten. Ett led i arbetet är att ta fram bra kvalitetsindikatorer för området.



Ett stort antal aktiviteter har påbörjats vid Socialstyrelsen för att förbättra kvaliteten i data, till exempel för att förbättra uppgifterna i det nationella patientregistret. Det gäller exempelvis aktualiteten, förbättrad rapportering av diagnoser, tvångsvårdsåtgärder och möjlighet att beskriva vården hos andra yrkeskategorier än läkare. Regeringen har vidare överenskommit med SKL om en omfattande satsning på nya kvalitetsregister inom psykiatrin och för att förbättra täckningsgraden och kvaliteten i data i de befintliga.

A:31 • Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel

Bensodiazepiner är en grupp läkemedel som började användas i Sverige under 1960-talet och är internationellt accepterade standardmedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De har även i varierande omfattning kommit att användas 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 högkonsumtion av preparaten kan ge upphov till önskade biverkningar. Exempelvis kan den kognitiva förmågan (minne, inlärning,

koncentrationsförmåga etc) påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och framkalla beroende och missbruk. Efter avslutad långtidsmedicinering kan en mängd abstinenssymtom uppkomma, däribland en "rebound"-effekt där ursprungliga problemen som ångest, sömnlöshet kan komma tillbaka i förstärkt form.

Kvinnor ordinerar 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 denna.

Under 2007 hämtade närmare 300 000 personer ut bensodiazepiner. Diagram A:31 visar en påtagligt stor variation i förskrivning mellan landstingen, från 2 176 till 3 937 per 100 000 invånare. Måttet speglar 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.

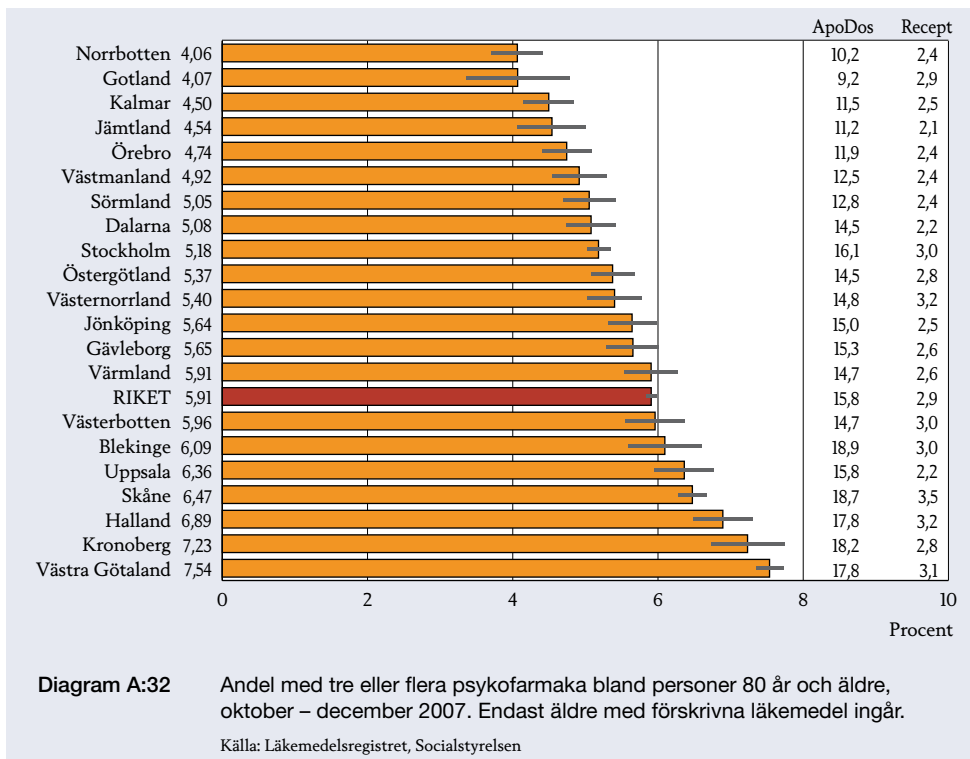
A:32 • Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

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 A:32 återges andelen äldre som hade tre eller fler psykofarmaka sista kvartalet 2007, av alla som förskrivits läkemedel. Äldre personer utan förskrivna läkemedel ingår ej i jämförelsen. I denna stapels summa ingår både äldre med ApoDos-expediering och de med receptexpediering. Till höger i diagrammet anges dessutom för respektive population hur stor andel som har tre eller flera psykofarmaka.

Andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka var närmare 6 procent år 2007, vilket motsvarar knappt 27 000 personer. Variationen mellan landstingen sträcker sig från Västra Götalands drygt 7 procent till Norrbottens 4 procent.

Polyfarmaci förekommer framförallt i gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel, där 16 procent hade tre eller flera psykofarmaka, att jämföra med 3 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel. Variationen mellan landstingen kan främst hänföras till den variation som finns för gruppen med ApoDos-expedierade läkemedel. Där är spridningen från 9 till 19 procent i de olika landstingen (se kolumn till höger i diagrammet).



Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos- respektive receptexpediering visas inte här, men varierar mellan landstingen. Uppsala och Västra Götaland har högst andel ApoDos-användning och Stockholm har lägst. Detta motiverar den gjorda särredovisningen. Det finns en diskussion om att ApoDos-expediering, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, riskerar att leda till att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

A:33 • Själv mord i befolkningen

Den 1 februari 2006 trädde den föreskrift i kraft som anger anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av de 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. Förra årets 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. Själv mord är dock fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. År 2006 tog 817 män och 379 kvinnor livet av sig, totalt 1 196 personer. Därtill fanns det 262 dödsfall med oklart uppsåt, 190 män och 72 kvinnor. 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 2003–2006 redovisas i diagram A:33. Under denna period begick 5 750 personer självmord, inkluderat dödsfall med oklart uppsåt. Variationen mellan landsting sträcker sig från 12 till 19 fall per 100 000 invånare för hela fyraårsperioden, män och kvinnor sammantagna (redovisas ej).

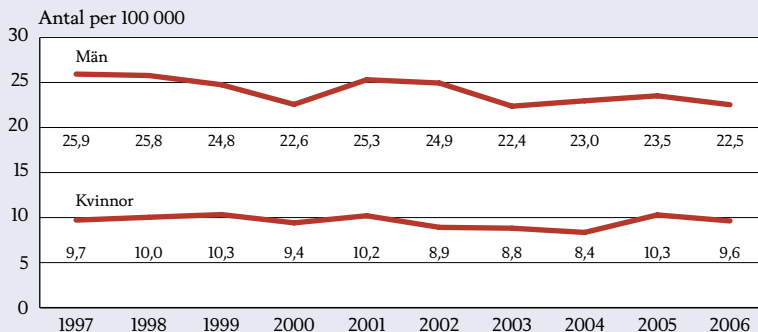


Diagram A:33
Riket

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare.
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

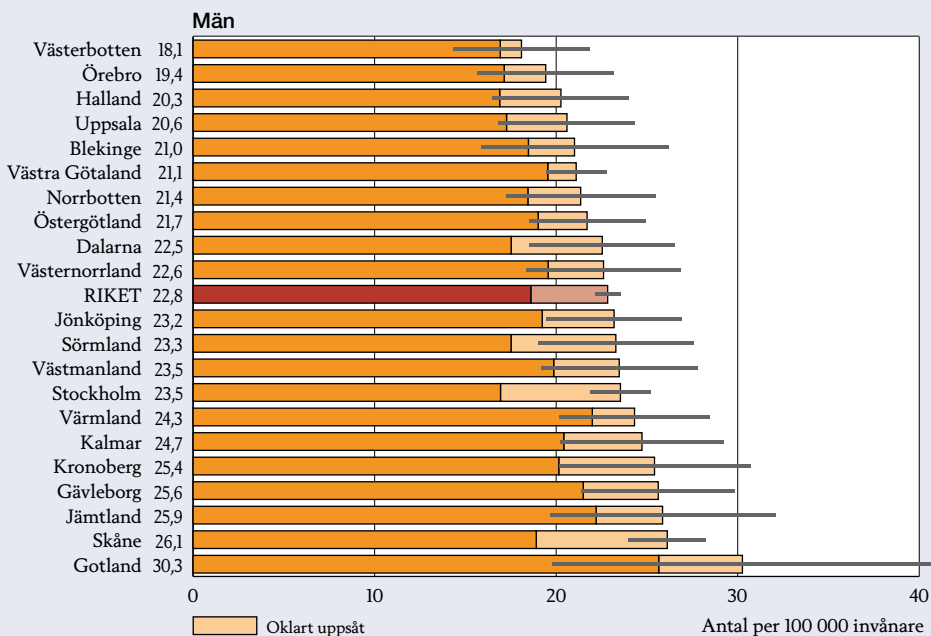
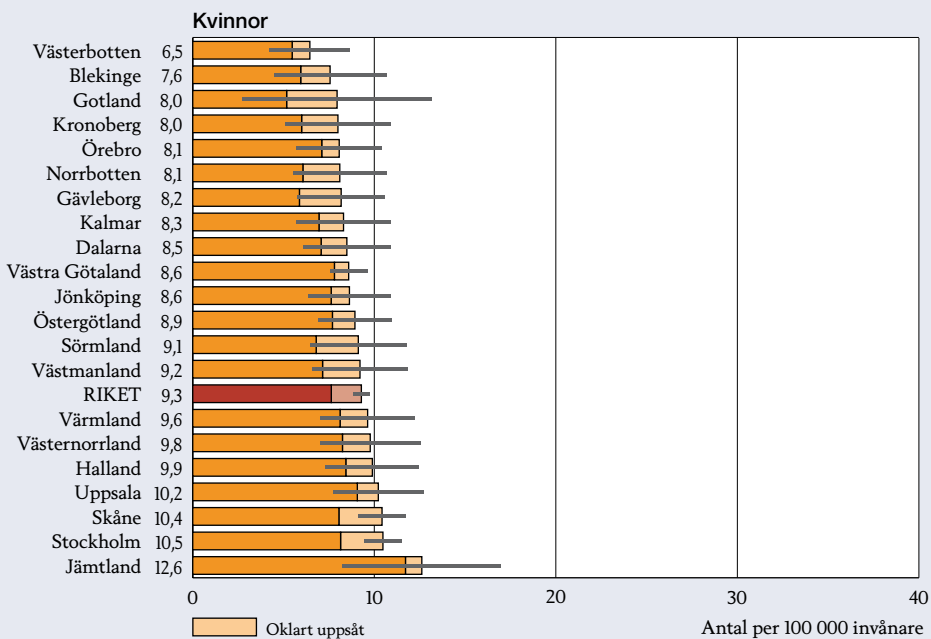
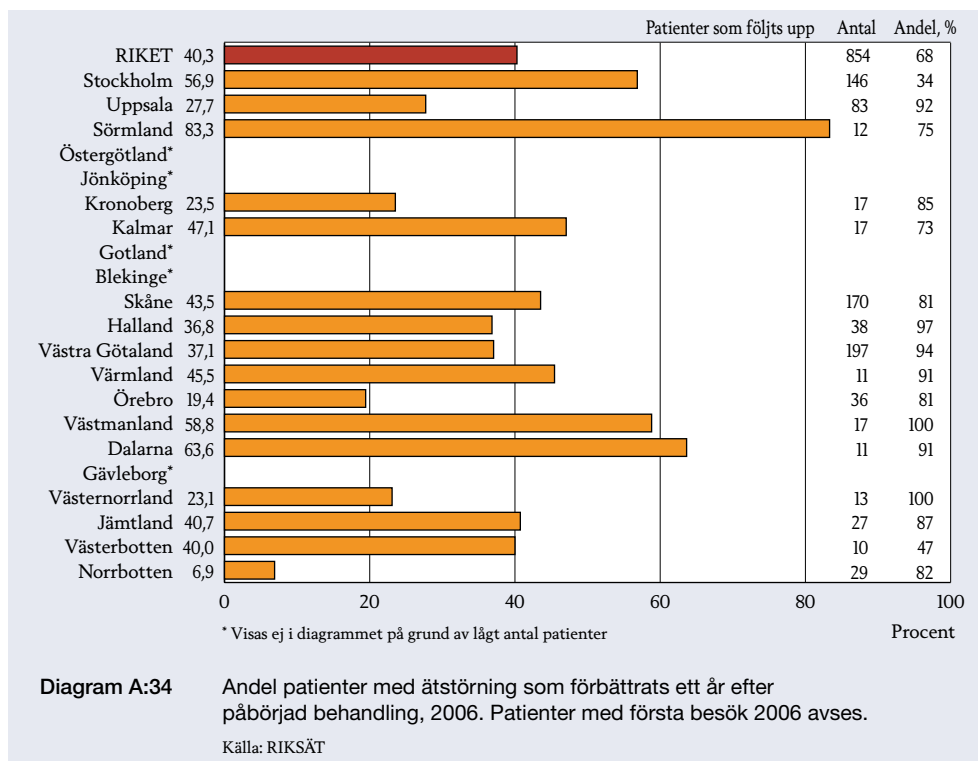


Diagram A:33 Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2003–2006.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



A:34 • Förbättring efter vård vid ätstörning

Ätstörningar debuterar oftast under tonåren och medför i många fall återkommande vårdepisoder under lång tid. Anorexia nervosa (AN) eller Bulimia nervosa (BN) förekommer hos 1,5 procent av tonårsflickor och yngre kvinnor vid en given tidpunkt och ätstörning UNS (Ätstörning Utan Närmare Specifikation) är cirka 3–4 gånger vanligare än AN och BN. Det kan finnas mellan 75 000 och 100 000 tonårsflickor och unga kvinnor, som lider av någon form av ätstörning. Det är inte känt hur stor andel av alla med ätstörningar som vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri eller den specialiserade ätstörningsvården. Andelen är troligen liten, mindre än en tredjedel.

För individen innebär ätstörningen ett stort lidande och en betydligt förhöjd dödlighet jämfört med de flesta andra psykiatriska tillstånd. Det långa sjukdomsförloppet ger också konsekvenser för anhöriga och höga kostnader för samhället.

Kvalitetsregistret RIKSÄT samlar data om ätstörningsvården och dess resultat. Av 31 specialiserade ätstörningsenheter i landet rapporterar 30 till kvalitetsregistret, dock i varierande grad. Antalet registrerade behandlingar 1999–2007 var drygt 6 600.

I diagram A:34 redovisas i vilken mån patientens tillstånd förbättrats ett år efter behandlingsstart. Med förbättring avses antingen att de är förbättrade, men fortfarande har ätstörningsdiagnos eller att de inte längre har någon diagnos vid uppföljning efter ett år. De senare är fria från sin sjukdom.

I 243 patienter med sitt första besök 2006 ingår i redovisningen. Antalet uppföljda patienter var 854 stycken, vilket är 69 procent av alla registrerade. Summering till landstingsnivå har primärt gjorts utifrån patientens hemort. Enbart landsting där minst 10 patienter följs upp redovisas. För riket som helhet var andelen förbättrade efter ett år 40 procent.

Landstingen rangordnas inte i redovisningen. Trots förbättringar både vad gäller antalet inrapporterade behandlingar och andelen uppföljda patienter är patientantalet i vissa landsting litet. Vidare finns begränsad kunskap om hur likformig diagnossättningen är. Möjligheten att göra jämförelser är därför begränsad. Motivet till att redovisa denna sammanställning är istället att lyfta fram den som ett exempel på kvalitetsuppföljning inom psykiatrin.

STROKESJUKVÅRD

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Varje år drabbas mellan 30 000 och 35 000 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 är 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 cirka 400 000 vård dagar på sjukhus. För många patienter kvarstår ett betydande behov av rehabilitering och omsorg därefter. Därför tillkommer ett mycket stort vård- och resursutnyttjande i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänst.

Sex indikatorer för strokevård redovisas här. Samtliga redovisades också i förra årets rapport. Två indikatorer avser dödlighet efter stroke och hämtas från Patientregistret (PAR) och Dödsorsaksregistret. Två är hämtade från kvalitetsregistret Riks-Stroke och avser hur strokevården bedrivs och vilket resultatet blir, i termer av funktionsförlust för de drabbade. Två avslutande indikatorer beskriver sekundärpreventiva insatser efter stroke.

Alla sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i Riks-Stroke. Antalet registrerade vårdtillfällen var 2007 drygt 24 000. Utöver registrering av uppgifter om akutskedet genomförs även en uppföljning efter tre månader. Uppgifter från Riks-Stroke är baserade på sjukhusdata, inte på patientens hemortslandsting.

Riks-Stroke's täckningsgrad visavi PAR följs årligen, i ett samarbete mellan Socialstyrelsen och kvalitetsregistret. 2007 fanns det drygt 3 000 flera strokefall i PAR än i Riks-Stroke. Uttryckt som täckningsgrad i förhållande till PAR hade Riks-Stroke 2007 en täckningsgrad på knappt 82 procent, med variationer mellan landsting och framförallt mellan olika sjukhus.

A:35 • 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 drygt 81 000 under hela den studerade perioden.

Under de tre åren 2004–2006 avled cirka 22 procent av dessa strokefall inom 28 dagar, knappt 6 200 personer per år. Dödligheten efter stroke är, efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar, lika för män och kvinnor. Dödligheten i riket har minskat något, jämfört med perioden 2001–2003. Minskningen har skett i de flesta landsting, om än i varierande grad. Västmanland, Dalarna och Skåne har relativt sett stora minskningar för båda könen sammantagna.

Diagram A:35 visar att det finns en viss variation i dödlighet efter stroke mellan landstingen. Denna kan ha flera orsaker, bland annat tillförlitligheten i diagnosättning, skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser samt befolkningens benägenhet att söka vård. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till adekvat vård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus.

För männen varierade dödligheten från 15 till 28 procent. Kronoberg och Kalmar hade högst dödlighet och även en ökad dödlighet jämfört med 2001–2003 (grå staplar i diagrammen), medan Uppsala och Västmanland uppvisade den lägsta. För kvinnorna varierade dödligheten från 18 till 28 procent. Kronoberg och Värmland hade högst dödlighet medan Västmanland och Västernorrland hade den lägsta. I Västmanland har dödligheten för kvinnor minskar påtagligt sedan 2001–2003.

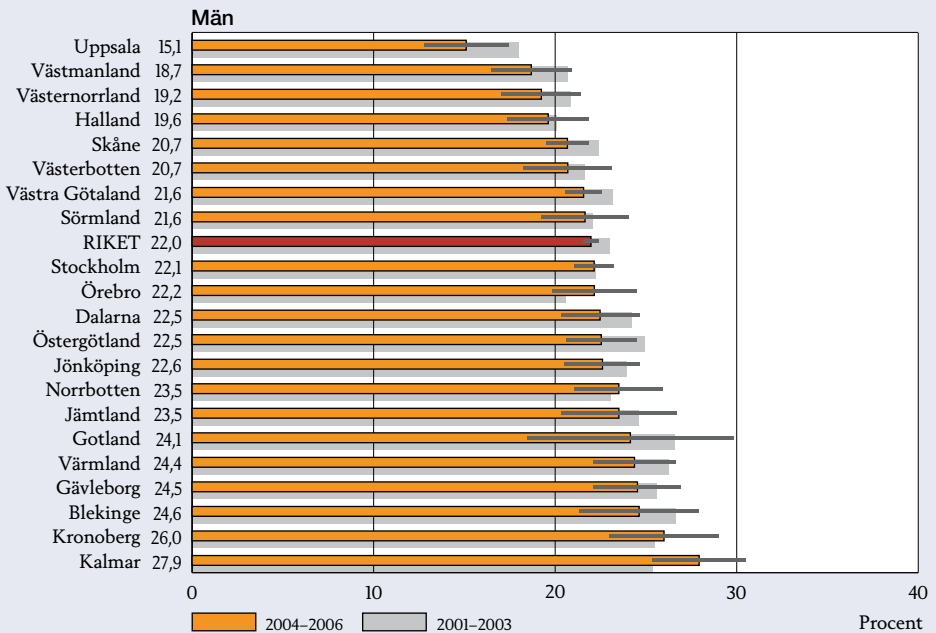
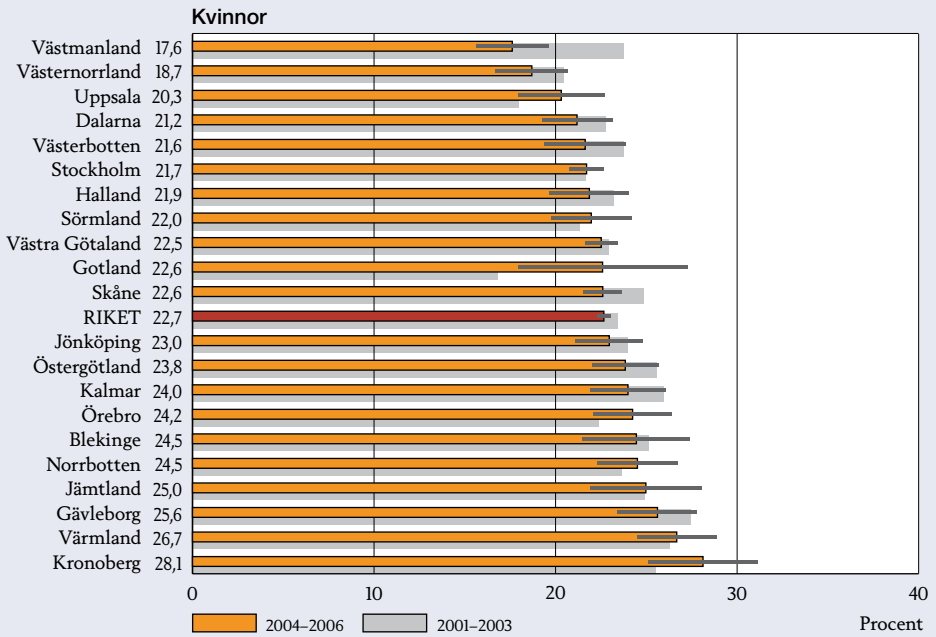


Diagram A:35 Andel döda inom 28 dagar efter förstagsstroke, 2004-2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

A:36 • Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

Här redovisas dödligheten inom 28 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 drygt 17 000 män och 18 000 kvinnor som årligen drabbas av stroke vårdas ungefär 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 2005–2007 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 72 000 fall i jämförelsen.

Ur diagram A:36 kan utläsas att 15 procent av de sjukhusvårdade fallen avled inom 28 dagar efter slaganfallet, i genomsnitt knappt 3 500 personer per år. Efter att man tagit hänsyn till skilda åldersfördelningar är dödligheten efter stroke i riket, både efter sjukhusvård och totalt, lika för män och kvinnor.

Dödligheten bland sjukhusvårdade efter stroke varierar för männen från Uppsalas dryga 11 procent till Kalmars 21 procent. Gävleborg och Västerbotten har minskat strokedödligheten påtagligt jämfört med 2002–2004 (grå staplar i diagrammet). Bland annat i Kalmar och Dalarna har dödligheten ökat. Bland kvinnorna var variationen i dödlighet likartad, från Västmanlands 12 procent till Jämtlands 18 procent. I Västmanland och Gävleborg har dödligheten minskat mera än i andra landsting, medan den har ökat mest i Kronoberg och Sörmland.

Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 148.

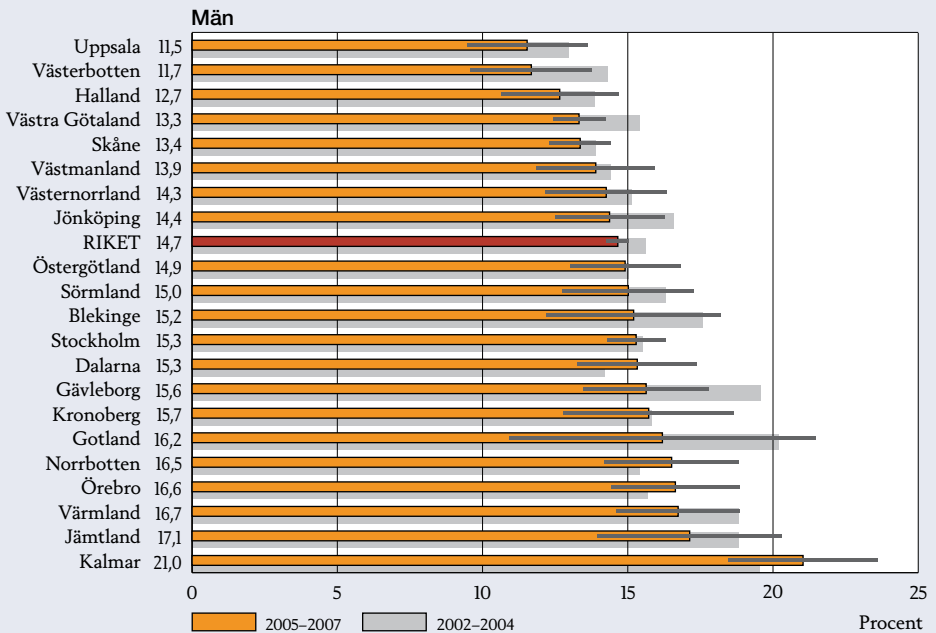
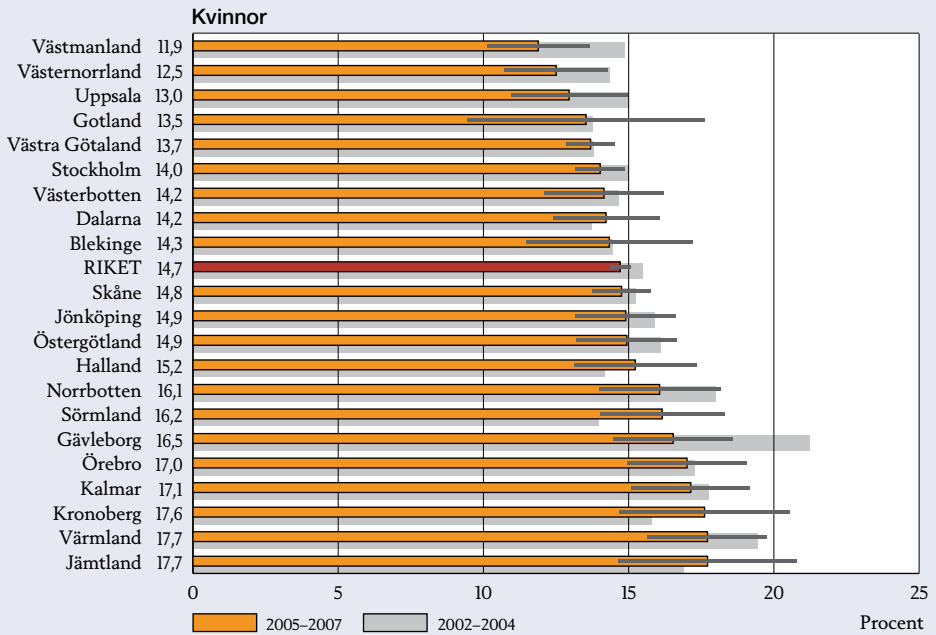


Diagram A:36 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångstroke, 2005-2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

A:37 • Vård vid strokeenhet

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

Det finns ganska stora skillnader mellan landstingen, vilket kan ses i diagram A:37. För män och kvinnor sammantagna har fem landsting en andel på 90 procent eller över, medan fem har en andel som vårdats på strokeenhet på under 80 procent. Data för sjukhus redovisas på sidan 149.

Observera att andelen strokeenhetsvårdade i Riks-Stroke's rapportering skall relateras till täckningsgraden, som återges till höger i diagrammet. De icke rapporterade strokefallen kan förmodas ha vårdats på strokeenhet i lägre grad än övriga. Ett landsting med en hög andel strokeenhetsvårdade och en låg täckningsgrad framstår därför i diagrammet som bättre än vad det är.

Exempel på detta är Gotland och Västerbotten. Stockholm har en låg redovisad andel strokeenhetsvårdade men har i verkligheten en ännu lägre andel, eftersom täckningsgraden är jämförelsevis låg.

Andelen män som får vård vid strokeenhet är något högre än vad andelen för kvinnor är. I Riks-Stroke's årsrapport för 2006 anges att männen har nästan 10 procent bättre chans att vårdas på strokeenhet än vad kvinnorna har, även efter att olika justeringar gjorts (för bland annat ålder, medvetandegrad och tidigare stroke). Patienter som vårdas på strokeenhet är något yngre än de som vårdas på vanlig vårdavdelning, med en medelålder år 2006 på 76 respektive 79 år.

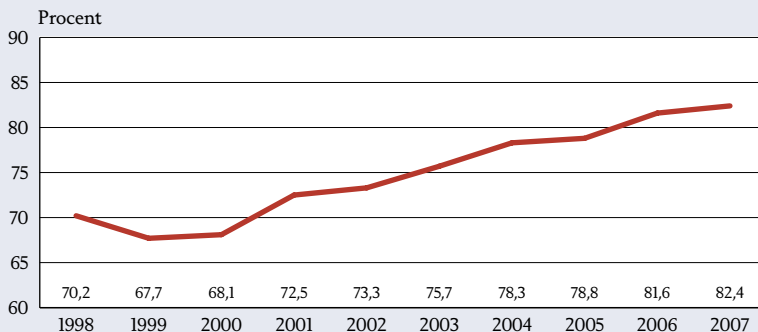


Diagram A:37
Riket

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

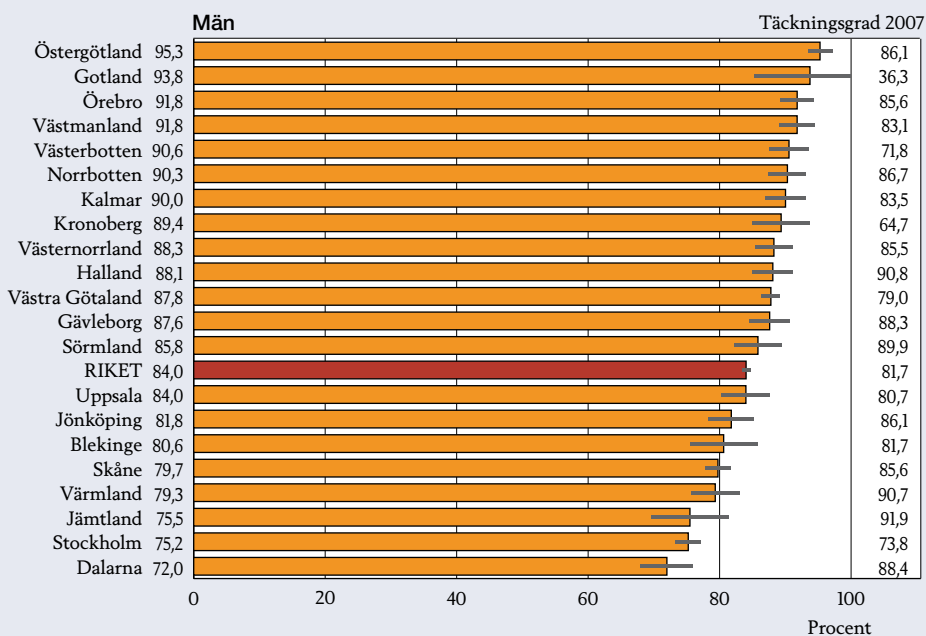
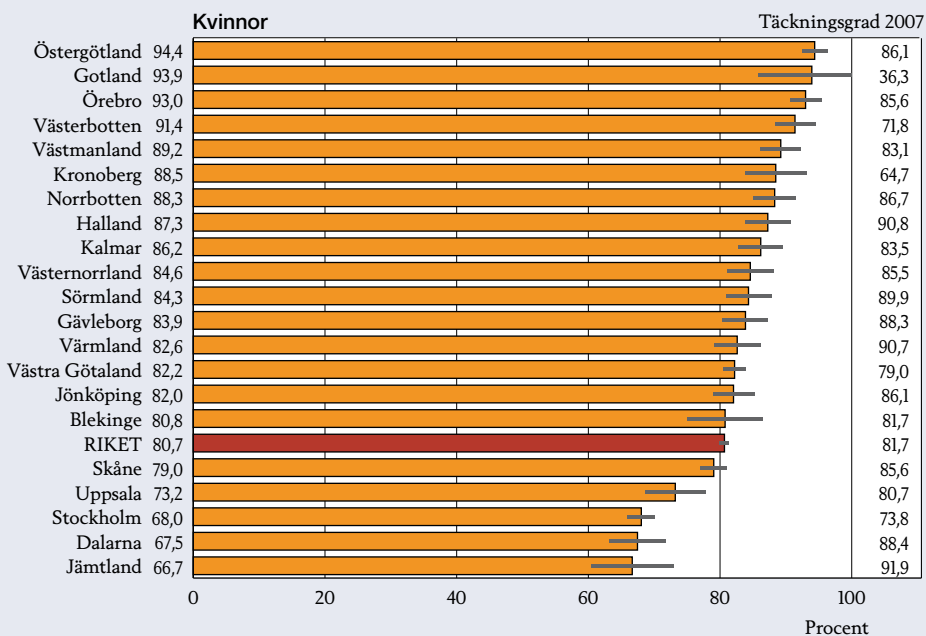
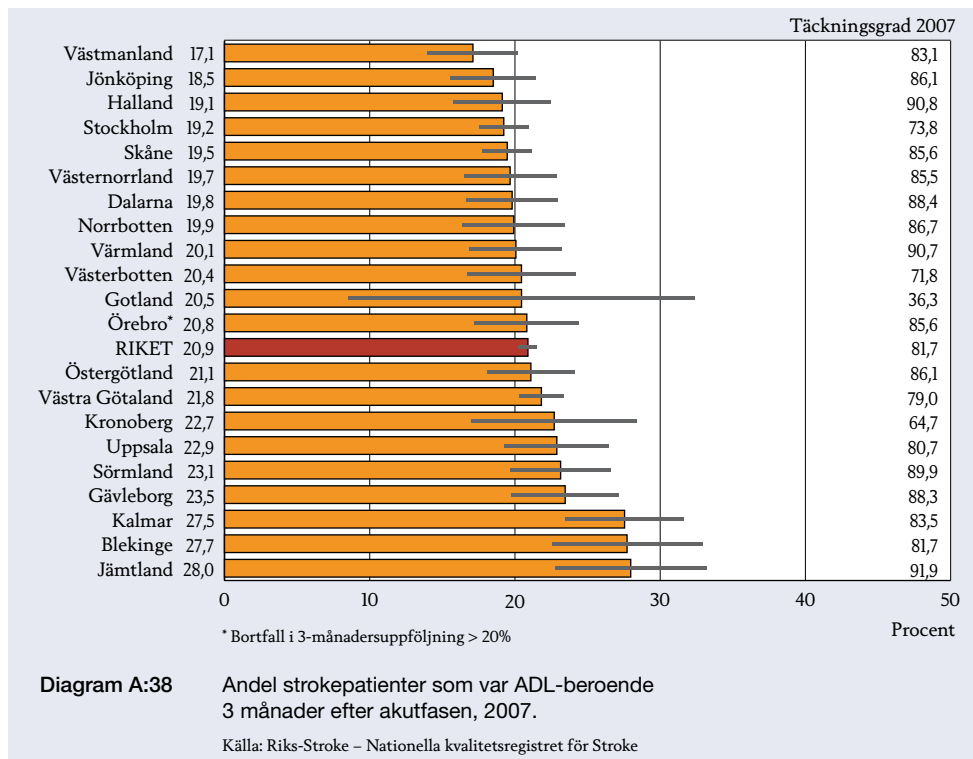


Diagram A:37 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2007.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

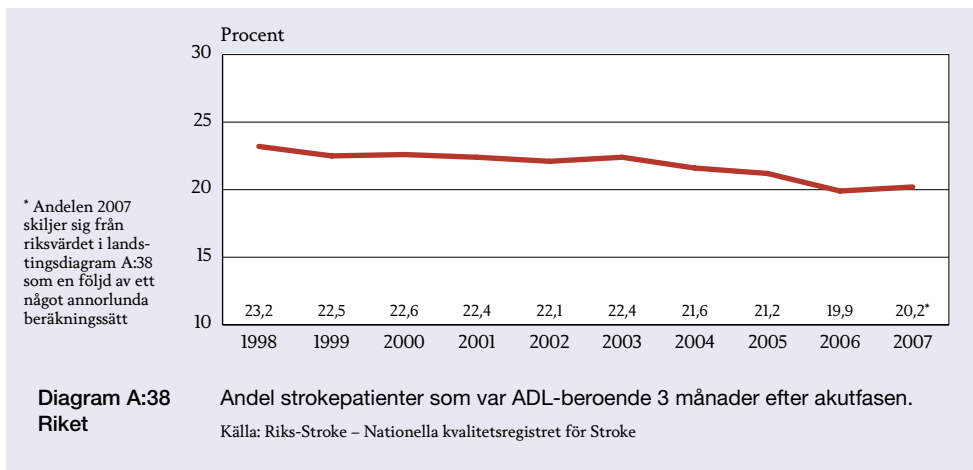


A:38 • Funktionsförmåga efter stroke

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 A:38 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. Andelen beroende varierade 2007 mellan 17 och 28 procent i de olika landstingen. För riket som helhet är andelen beroende i personligt ADL 21 procent. Sedan 2003 kan för riket ses en viss tendens till allt bättre resultat, med ökad andel patienter som är personligt oberoende.

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. Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 150.



A:39 • Blodförtunnande behandling av strokepatienter med förmaksflimmer

Mer än 90 000 personer i Sverige har kroniskt 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. I princip samtliga dessa patienter bör få blodförtunnande behandling, dock efter individuellt hänsynstagande till andra sjukdomar och mycket hög ålder.

Diagram A:39 redovisar andelen strokepatienter med förmaksflimmer som fick blodförtunnande behandling. Uppgifterna är baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret. De avser knappt 6 000 patienter som skrevs ut från sjukhus efter stroke under 2005–2006 och deras läkemedelsanvändning 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus. Data för sjukhus redovisas på sidan 151.

Med en andel behandlade för riket på 45 procent kan sägas att det råder en påtaglig underbehandling. Denna fråga måste dock diskuteras och tolkas i ljuset av att äldre patienter kan ha kontraindikationer för warfarin, som till exempel fallbenägenhet eller demens.

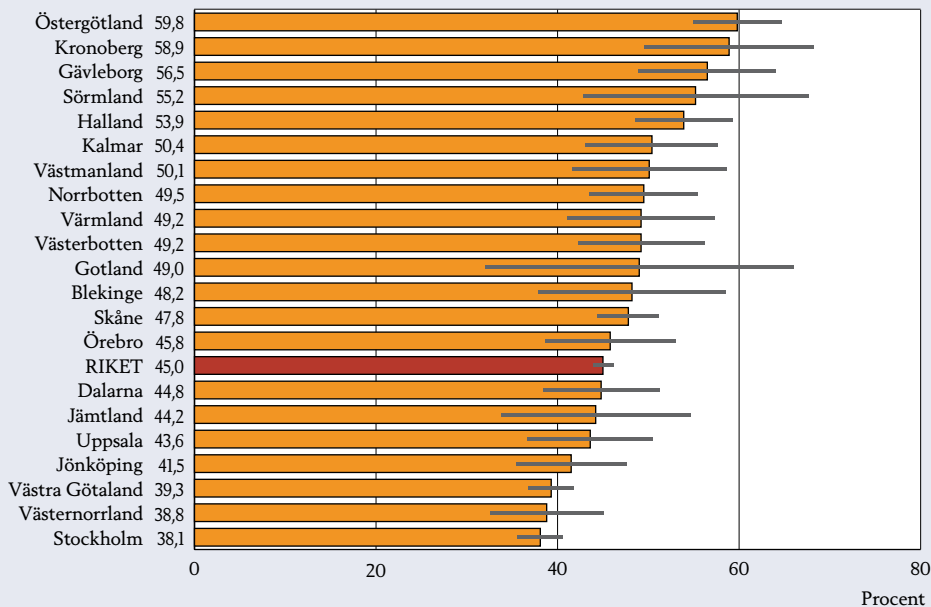


Diagram A:39 Andel strokepatienter med förmaksflimmer som hade blodförtunnande behandling efter 12–18 månader, 2005–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Resultaten i denna redovisning är inte jämförbara med resultaten från förra årets snarlika indikator, beroende på skillnader i åldersstandardisering, åldersavgränsningar och uppföljningstider.

A:40 • Återinsjuknande i stroke

Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke kan utgöra ett mått på 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.

I diagram A:39 redovisas andelen patienter som återinskrevs efter stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden. Beräkningarna i diagrammet baseras på cirka 82 000 patienter i Patientregistret som vårdades för ett förstagångsinsjuknande i stroke med huvuddiagnosen hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke under åren 2002–2006 och som överlevt det första året efter stroke. Uppföljning har gjorts i Patientregistret till och med år 2007.

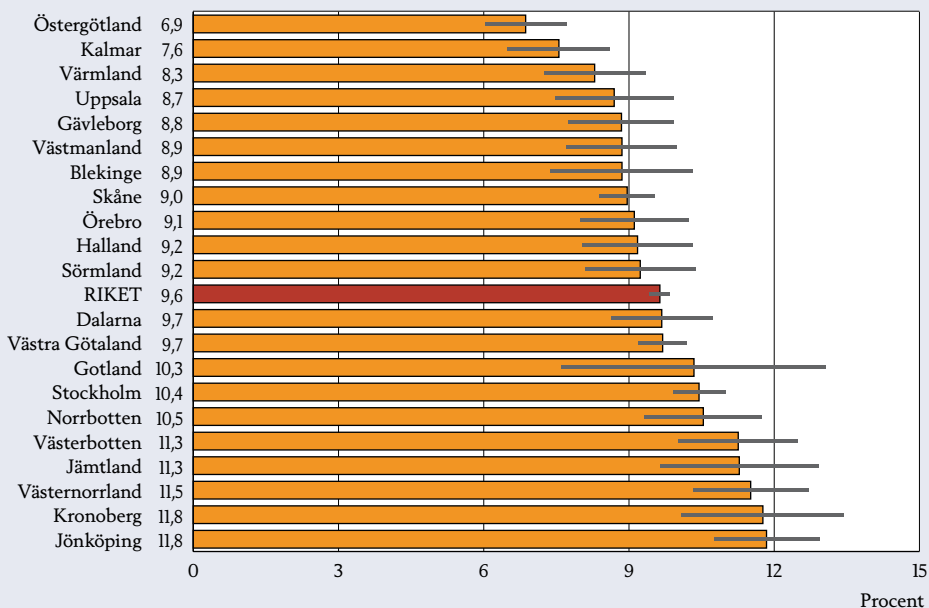


Diagram A:40 Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar, 2002–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

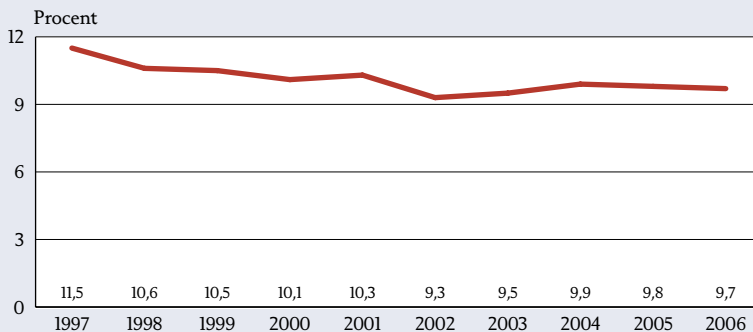


Diagram A:40 Riket Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I riket var andelen återinskrivna för stroke eller för sena effekter av stroke knappt tio procent, utan stora skillnader mellan män och kvinnor. Skillnaderna mellan landstingen är för en stor mellangrupp måttliga, medan den mellan Östergötlands 7 procent och Jönköpings 12 procent är mera påtaglig.

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 sannolikt påverka risken för återinsjuknande efter stroke. För att respektive landsting ska kunna följa effekterna av exempelvis insatta riktade åtgärder krävs upprepade undersökningar över tid.

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 åtta indikatorer, varav en är ny och en modifierad, i förhållande till förra årets rapport. De flesta avser hjärtinfarkt. Två indikatorer redovisar dödlighet inom 28 dagar, som mått på hjärtinfarktsjukvårdens resultat. Fyra indikatorer är processmått och speglar hur behandling och sekundärprevention bedrivs inom hjärtinfarktvården. Indikatorn om väntetid till bypass-kirurgi har modifierats. Tidigare avsågs all planerad hjärtkirurgi. Slutligen redovisas återinskrivningar efter sjukhusvård för hjärtsvikt.

Kvalitetsregistret RIKS-HIA är källa till tre av indikatorerna. I RIKS-HIA registreras uppgifter om de infarktpatienter 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 därför jämförts med den till patientregistret (PAR), i ett samarbete mellan Socialstyrelsen och RIKS-HIA.

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. Detta väcker frågan om hur representativt RIKS-HIA är för hjärtinfarktvården i de olika landstingen. Om olika kategorier av hjärtinfarktpatienter inkluderas i data för de olika landstingen kan detta naturligtvis påverka resultaten av jämförelserna.

En källa till underrapportering är de fall av akut hjärtinfarkt som vårdas utanför hjärtintensivvårdsavdelningarna. Kvalitetsregistret arbetar nu aktivt med att få inrapportering av infarktvård även när den sker vid vanlig internmedicinsk vårdavdelning. Se vidare bilaga 2 om jämförelsen av RIKS-HIA med PAR.

I årets redovisning av RIKS-HIA-data på landstingsnivå är det patientens hemortlän som avgör till vilket landsting som patienten hänförs, inte som tidigare sjukhuset

lokalisering. Resultaten för de RIKS-HIA-baserade indikatorerna kan därmed inte direkt jämföras med förra årets resultat.

A:41 • 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 här avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

I diagram A:41 återges landstingens resultat för perioden 2004–2006 i en jämförelse med åren 2001–2003. 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 diagnossättning spelar roll, så påverkar skillnader i bakgrundsfaktorer såsom annan sjuklighet, sociala faktorer, slumpmässiga avvikelser 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 år 2000 minskade den ålderstandardiserade 28-dagarsletaliteten med 10 procentenheter för både män och kvinnor. Ur diagrammet kan utläsas att i nästan alla landsting har minskningen fortsatt under 2000-talet, om än i varierande takt.

Under år 2006 drabbades 21 000 män och 15 500 kvinnor av hjärtinfarkt. Av de drabbade dör knappt en tredjedel inom 28 dagar efter infarkt. Ungefär 7 000 infarkt-drabbade dör utanför akutsjukvården. För perioden 2004–2006 hade Örebro och Kalmar den högsta dödligheten inom 28 dagar bland män medan Uppsala och Västerbotten hade den lägsta. Västerbotten hade även den största minskningen jämfört med 2001–2003. Landstingens ålderstandardiserade dödlighet för män varierade från 24,5 till 38,1 procent.

Örebro och Kalmar har högst dödlighet även bland kvinnor. I dessa och några ytterligare landsting har heller ingen påtaglig minskning av dödligheten skett. Uppsala och Västmanland har lägst dödlighet, tillsammans med Gotland som dock har en liten befolkning och där den statistiska osäkerheten är större. I Dalarna och Västmanland har dödligheten påtagligt minskat sedan 2001–2003. Den ålderstandardiserade dödligheten varierar för kvinnor med drygt 10 procentenheter mellan landstingen.

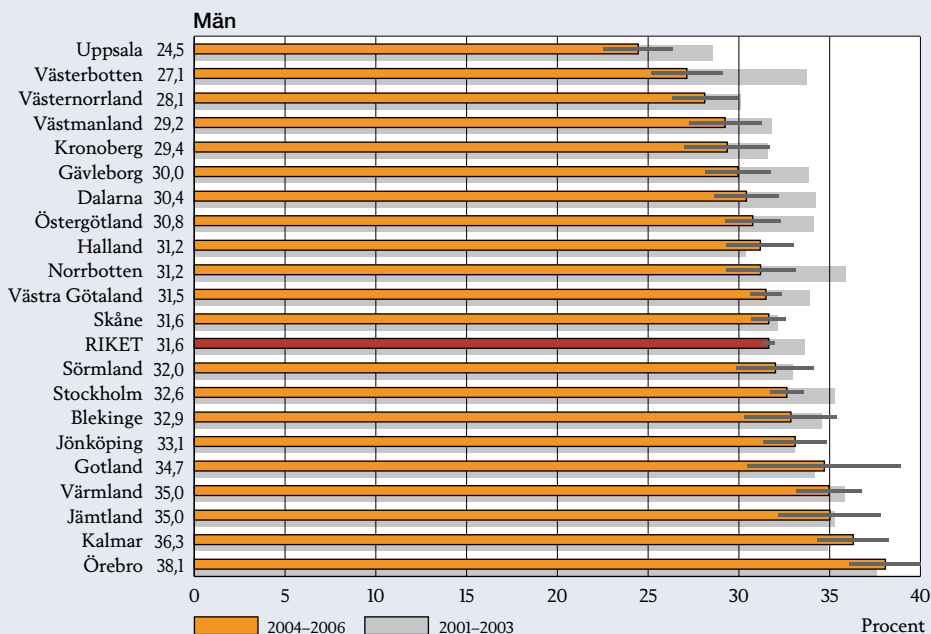
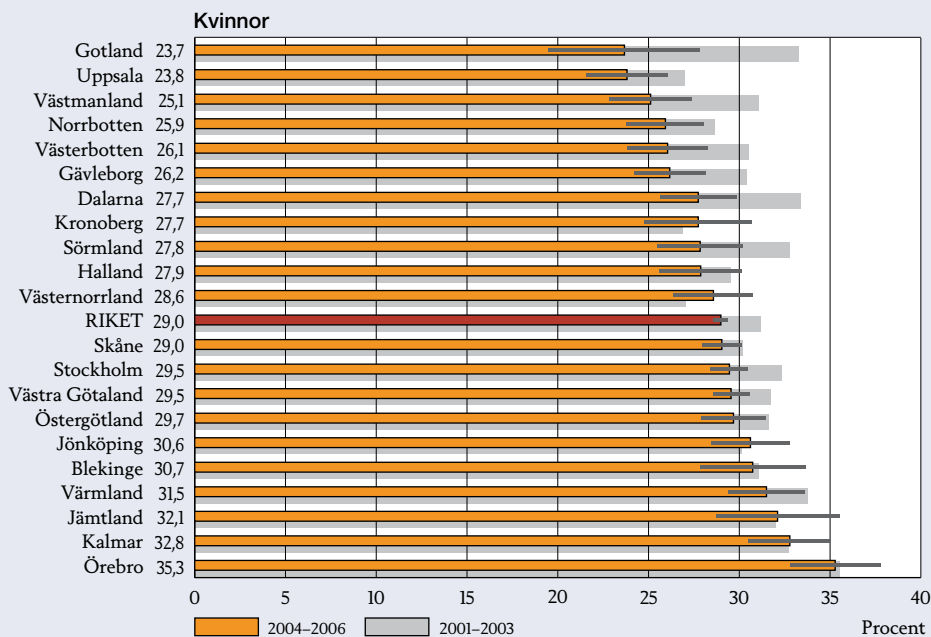


Diagram A:41 Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2004-2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

A:42 • 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 A:42 baseras på alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt som sjukhusvårdades initialt under åren 2005–2007. 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 2002–2004 återges i den skuggade stapeln. Motsvarande data redovisas per sjukhus på sidan 152.

2007 vårdades cirka 17 000 män respektive 12 000 kvinnor på sjukhus. Bland samtliga sjukhusvårdade hjärtinfarktpatienter åren 2005–2007 dog knappt 15 procent inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år. Efter ålderstandardisering har männen en något högre dödlighet efter hjärtinfarkt än vad kvinnorna har. För riket har dödligheten minskat med två procentenheter sedan 2002–2004.

Örebro hade bland männen den största andelen döda efter infarkt; där har heller ingen minskning skett. Även Värmland, Norrbotten och Halland har en hög dödlighet bland männen och uppvisar små eller inga förbättringar. Dalarna, Blekinge och Västmanland har alla sänkt sin dödlighet bland männen och har den lägsta dödligheten.

Bland kvinnorna, som generellt sett har en lägre dödlighet efter infarkt, har Gotland, Sörmland och Västerbotten efter påtagliga förbättringar en ålderstandardiserad dödlighet på 8 till 12 procent under 2005–2007. Gotland redovisar en mycket låg dödlighet bland kvinnor, hälften så stor som männens. Dödligheten på Gotland baseras på mycket små tal. År 2007 avled exempelvis endast fem kvinnor av 120 infarkt-vårdade inom 28 dagar

Efter att hänsyn tas 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. Bland de fall som sjukhusvårdas är den manliga överdödligheten i förhållande till kvinnornas lägre.

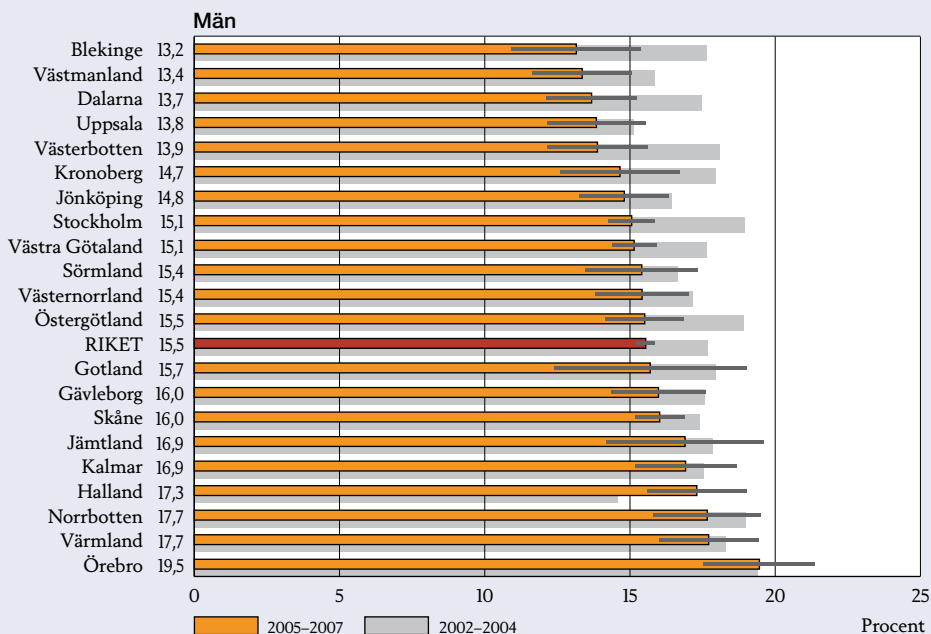
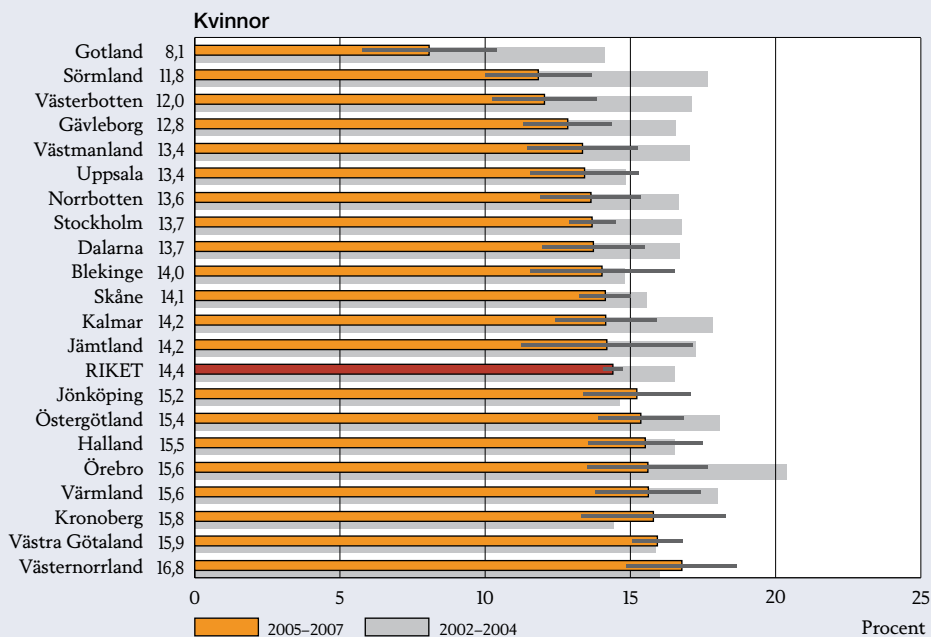
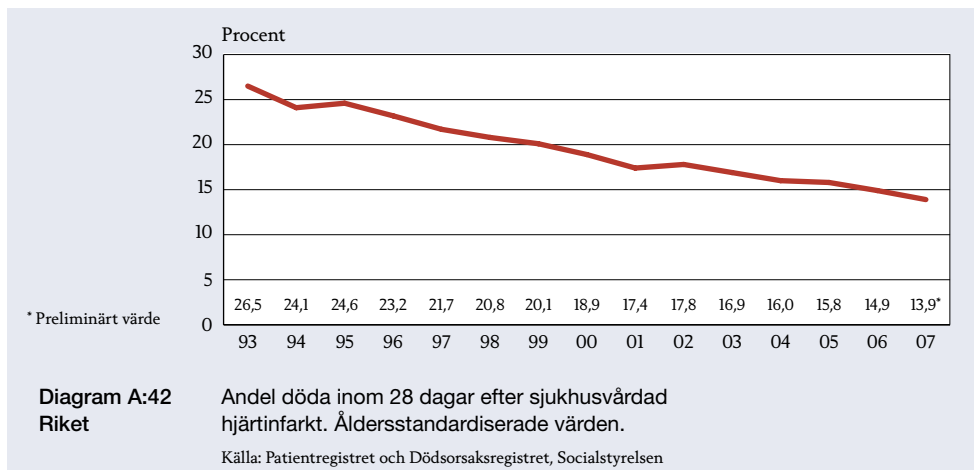


Diagram A:42 Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2005-2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen



A:43 • Reperfusionbehandlade vid ST-höjningsinfarkt

Ungefär 40 procent av alla infarkter är ST-höjningsinfarkter, medan 60 procent är icke ST-höjningsinfarkter. Vid ST-höjningsinfarkt är tiden mellan symptomdebut och insatt behandling en kritisk faktor. Snabb diagnostik och behandling har högsta prioritet. Tidigare har farmakologisk propplösande behandling, trombolys, varit förstahandsval vid ST-höjningsinfarkt. De senaste åren har användningen av primär PCI, ballongvidgning, ökat kraftigt. PCI utförs inte vid alla sjukhus, vilket gör geografiska avstånd (tid) till en faktor vid val av behandlingsstrategi.

Diagram A:43 visar för kvinnor och män andelen av alla patienter med ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblock som gavs akut reperfusion behandling (kärlöppnande behandling). Reperfusion inkluderar både primär PCI, trombolys samt i ett fåtal fall även akut, öppen hjärtoperation, CABG. Uppgifterna är från RIKS-HIA och avser 2007. Närmare 5 400 patienter < 80 år ingår i jämförelsen. Patientens hemortslän styr landstingstillhörigheten.

I riket och för män och kvinnor sammantaget är det drygt 72 procent av alla patienter som behandlas. Detta är samma nivå som 2006, men en högre andel än tidigare år. Andelen behandlade varierar mellan 54 och 81 procent (återges ej). PCI-behandling har ökat mycket starkt i Sverige sedan 2003, men i mindre mån i de delar av landet där geografiska avstånd utgör hinder. Färre kvinnor än män får reperfusion behandling. Det är även större variation mellan landstingen för kvinnor än vad det är för männen.

I RIKS-HIAs eget kvalitetsindex för sjukhus för 2007 krävs det 85 procent behandlade för att få 1 poäng och 80 procent för att få 0,5 poäng. I jämförelsen här når tre landsting gränsen för att få 0,5 poäng. Inget når enpoängsgränsen.

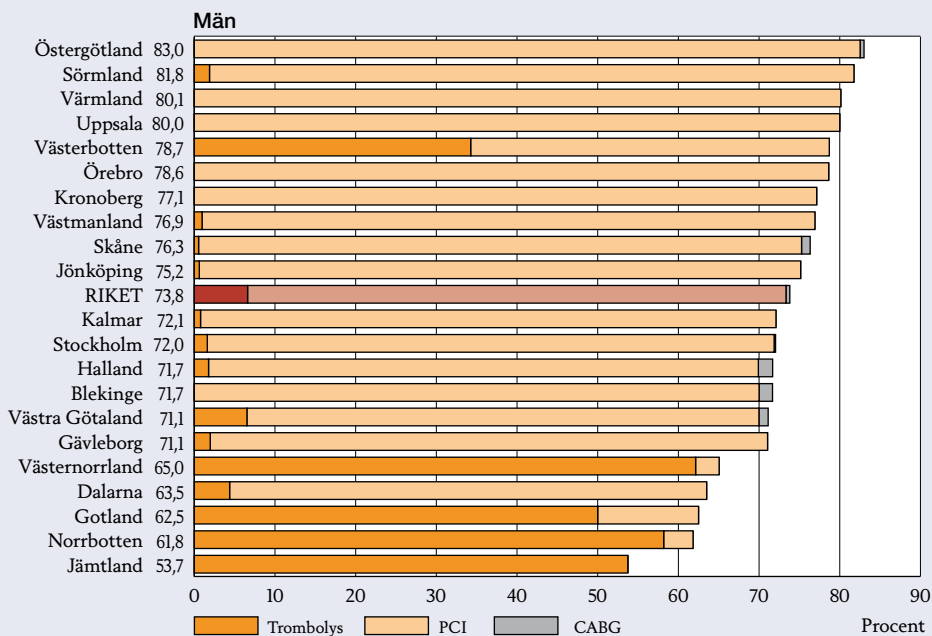
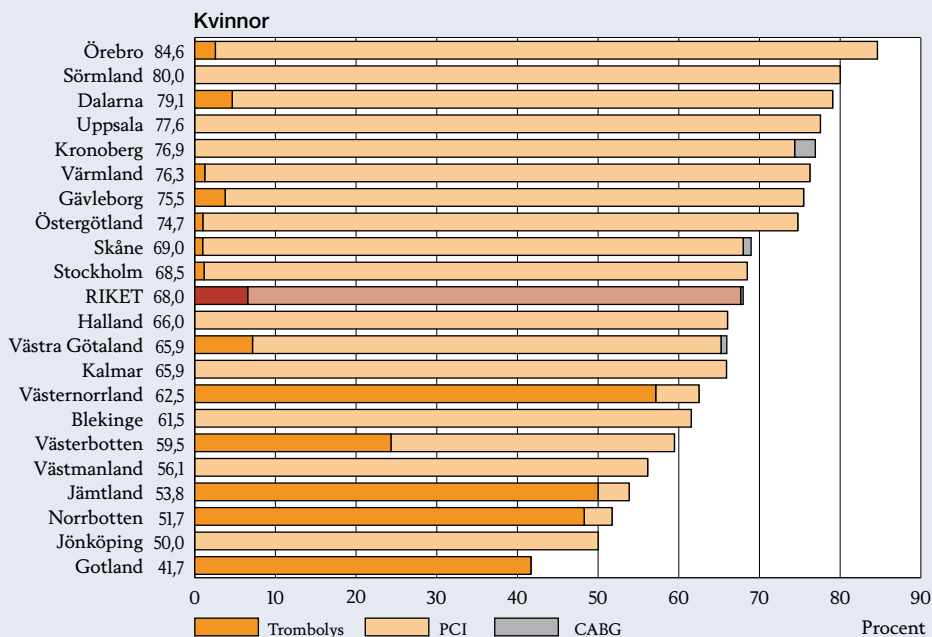


Diagram A:43 Andel reperusionsbehandlade patienter vid ST-höjningsinfarkt, 2007. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA - Nationellt register för hjärtintensivvård

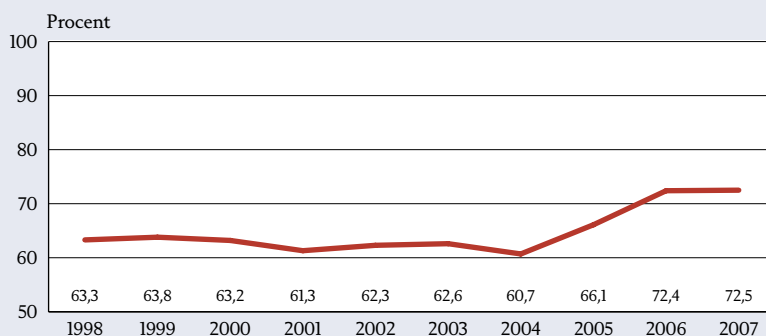


Diagram A:43
Riket

Andel reperfusionsbehandlade patienter vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård

Drygt 1 500 patienter, knappt 30 procent av alla, får infarkt med ST-höjning eller vänster grenblock konstaterad, men ges likväl ingen av de aktuella behandlingarna. Orsakerna till denna underbehandling är inte klarlagda. Avstånd till PCI-sjukhus är ingen förklaring, då behandling med trombolys kan ges vid alla landets sjukhus med akut omhändertagande inom intermedicin. Variationen mellan landsting tyder på att förbättringar är möjliga för patienter med detta svåra sjukdomstillstånd.

A:44 • Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt

Kranskärlsröntgen görs inför ställningstagande till kärlöppnande behandling med PCI eller by-passkirurgi. Tidigt utförd kranskärlsröntgen kan avsevärt förbättra prognosen för patienter med icke-ST-höjningsinfarkt. Enligt nationella riktlinjer har behandlingen högst prioritet hos dem med ytterligare två riskfaktorer i form av endera av ålder över 65 år, manligt kön, diabetes, tidigare infarkt eller andra tecken på allvarlig syrebrist i hjärtat.

Andelen kranskärlsröntgade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt och ytterligare riskfaktorer återges i diagram A:44. Uppgifterna avser 2007 och patienter < 80 år. Män och kvinnor redovisas separat. Antalet patienter som ingår i jämförelsen är drygt 6 700. Redovisning av data på sjukhusnivå görs på sidan 153.

74 procent av patienterna (män och kvinnor sammantaget) genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen. Sedan början av 2000-talet har andelen successivt ökat, om än utplanande de senaste åren. I RIKS-HIA:s kvalitetsindex för sjukhus har gränsen för poäng satts till 75 respektive 80 procent behandlade. Fyra landsting når upp till den högre målnivån, elva till den lägre.

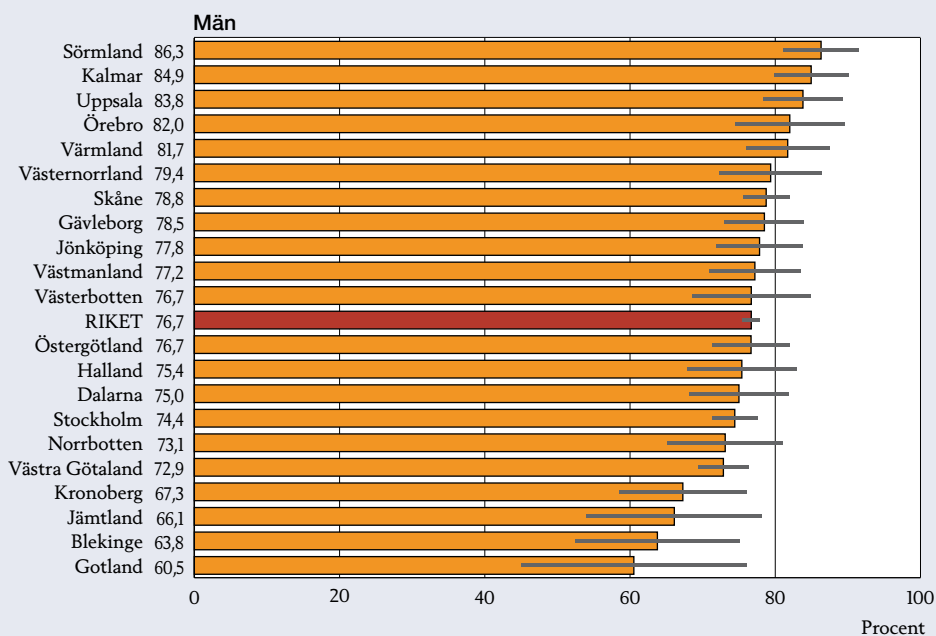
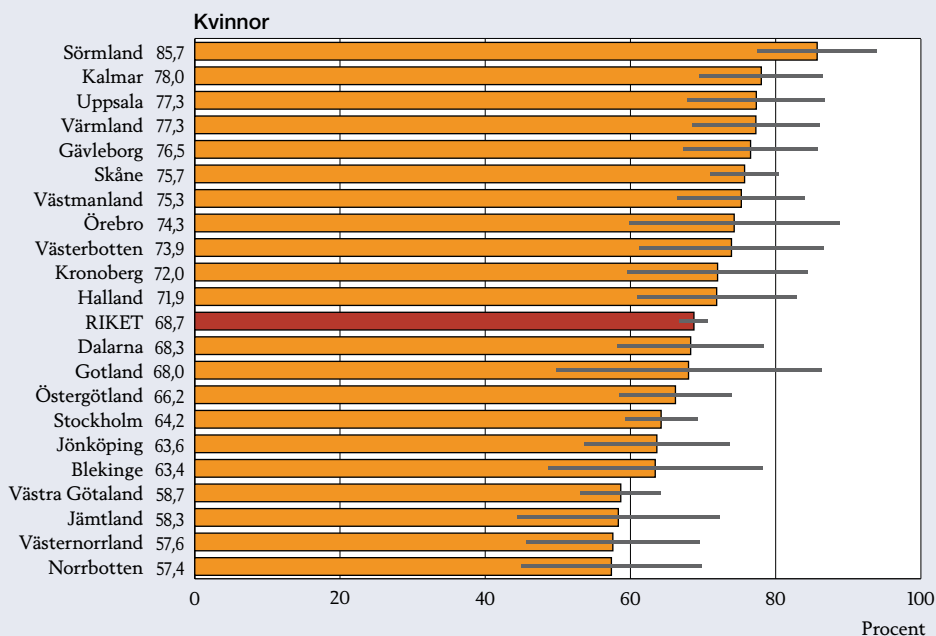


Diagram A:44 Andel kranskärlsröntgade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt, 2007. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA - Nationellt register för hjärtintensivvård

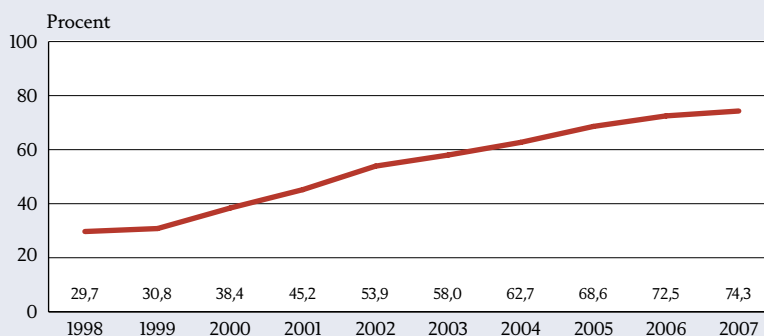


Diagram A:44
Riket

Andel kranskärlsröntgade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård

Andelen patienter som kranskärlsröntgas sjunker med ökande ålder. Detta kan bero på kontraindikationer mot åtgärden i form av andra sjukdomar eller tillstånd som gör undersökningen onödig eller olämplig. Det kan också finnas en åldersdiskriminering avseende denna typ av undersökningar, som klargör behovet av PCI eller by-passkiurgi. För kvinnor är i riket andelen 69 procent, för män 77 procent. Det lägre utnyttjandet av kranskärlsröntgen hos kvinnor kan dels bero på kvinnornas högre ålder, dels på att vetenskapliga studier visat sämre resultat för kvinnor med de behandlingsmetoder som motiverar genomförandet av kranskärlsröntgen.

A:45 • Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt

Vid utskrivning från sjukhus ges patienterna flera läkemedel i syfte att minska risken för återinsjuknande i hjärtinfarkt. Behandling med acetylsalicylsyra, ASA, är en sedan länge etablerad behandling. Tillägg av läkemedlet clopidogrel minskar ytterligare risken för återinsjuknande. Clopidogrel är idag rekommenderat för alla patienter vid icke ST-höjningsinfarkt, med undantag för warfarinbehandlade patienter och de som har snar by-passoperation planerad. Individuella ställningstaganden skall dock alltid göras.

I diagram A:45 visas andelen sjukhusvårdade kvinnor och män med icke-ST-höjningsinfarkt som 2007 gavs clopidogrel. Över 7 500 patienter < 80 år ingår i jämförelsen. Redovisning av data på sjukhusnivå görs på sidan 154.

I riket fick 82 procent av alla patienter clopidogrel. Andelen har ökat kraftigt sedan början på 2000-talet, men 2007 synes ökningstakten avta.

I RIKS-HIA:s kvalitetsindex är gränserna för poäng satta till 85 respektive 90 procent. Två landsting når för kvinnor och män sammantaget gränsen på 90 procent,

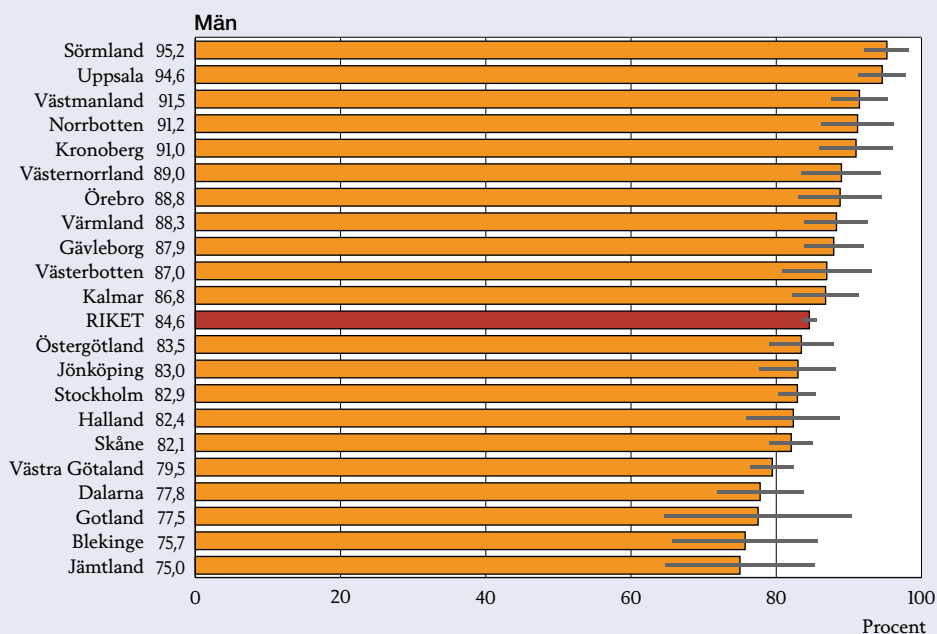
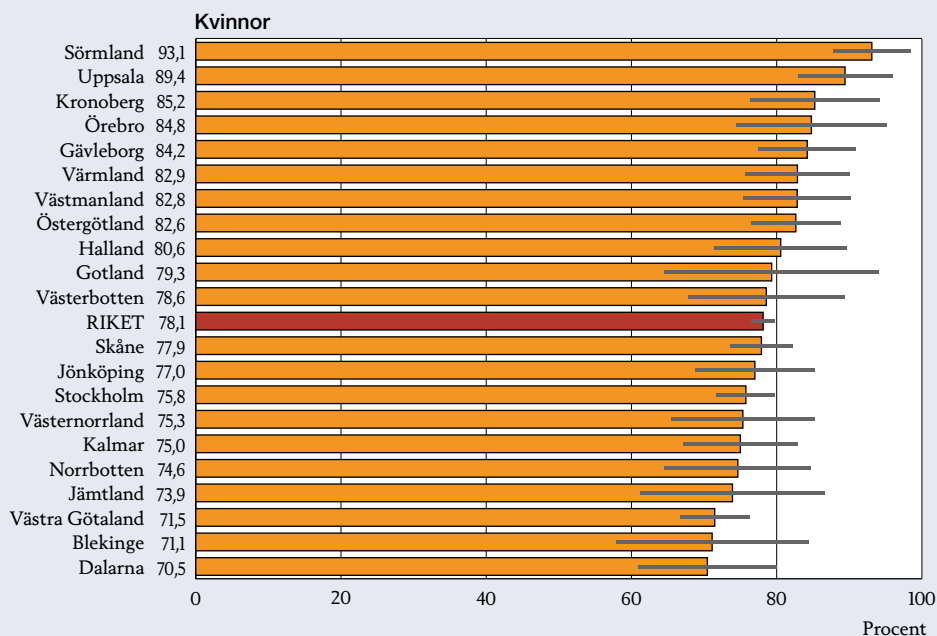


Diagram A:45 Andel clopidogrelbehandlade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt, 2007. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA - Nationellt register för hjärtintensivvård

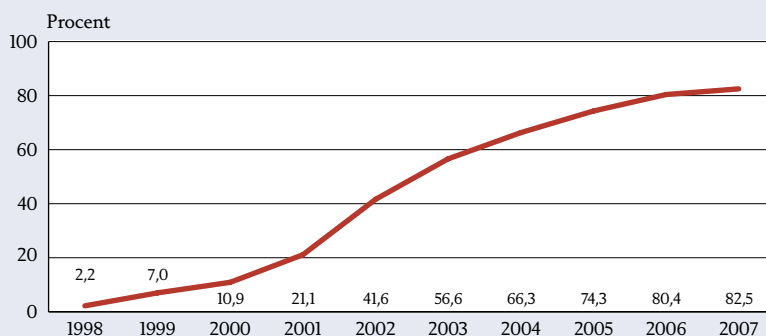


Diagram A:45
Riket

Andel clopidogrelbehandlade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård

Uppsala och Sörmland. Skillnaden mellan landsting är relativt stor, men har minskat sedan 2006, eftersom flera landsting med relativt sett låg behandlingsandel har ökat mera än övriga.

Kvinnor behandlas i lägre grad än män, med 78 respektive 85 procent behandlade. Detta beror bland annat på att kvinnor i lägre grad än män genomgår PCI. Clopidogrelbehandling används alltid vid PCI-behandling med stent.

A:46 • Väntetid till bypass-operation

Uppgifter om väntetider för behandling för de vanligaste sjukdomstillstånden i icke-akut vård rapporteras till databasen Väntetider i vården. Men även flera kvalitetsregister rapporterar väntetider. Här redovisas väntetiden till by-passkirurgi, med motiveringen att långa väntetider kan innebära medicinsk risk för patienten. Uppgifterna kommer från Svenska Hjärtkirurgiregistret och avser 2007. Registrets täckningsgrad är mycket god, närmare 100 procent.

Väntetiden beräknas från det datum då beslut om operation fattats, till det datum när operationen utförs. Medianväntetid används. Totala antalet operationer som ingår är knappt 4 200. Bara ett mindre antal landsting har sjukhus som utför by pass-operationer. Uppgifterna anger hur länge patienter från respektive landsting väntar, oavsett var operationen utförs. Väntetider per sjukhus redovisas på sidan 155.

I diagram A:46 återges medianväntetider i antal dagar. För riket är medianväntetiden 14 dagar för män och 12 dagar för kvinnor. Sedan 2004 har för riket som helhet medianväntetiden i princip varit oförändrad.

Variationen mellan landsting är betydande. För män hade sex landsting en medianväntetid på tio dagar eller kortare, medan sju landsting hade 20 dagars eller längre

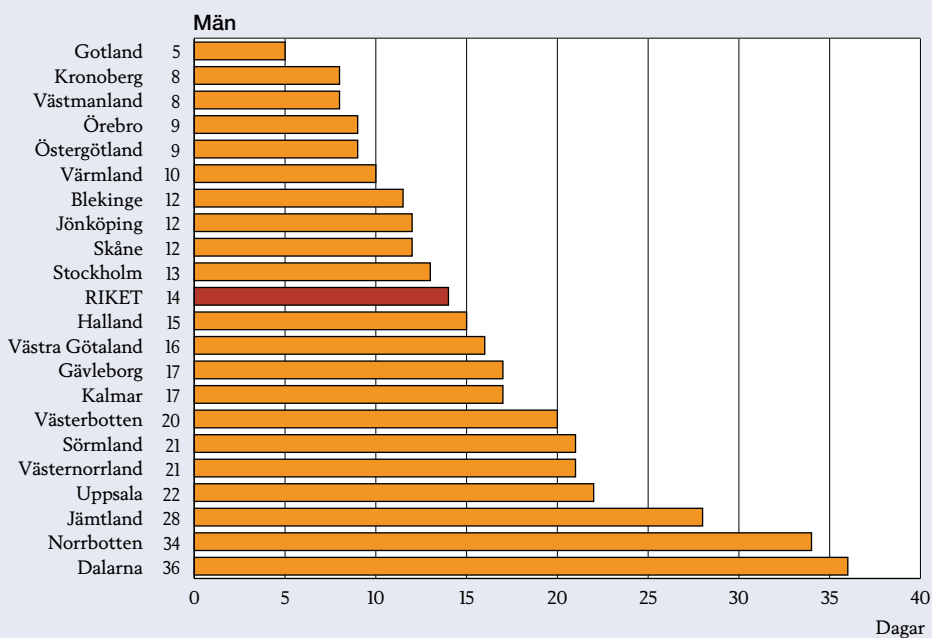
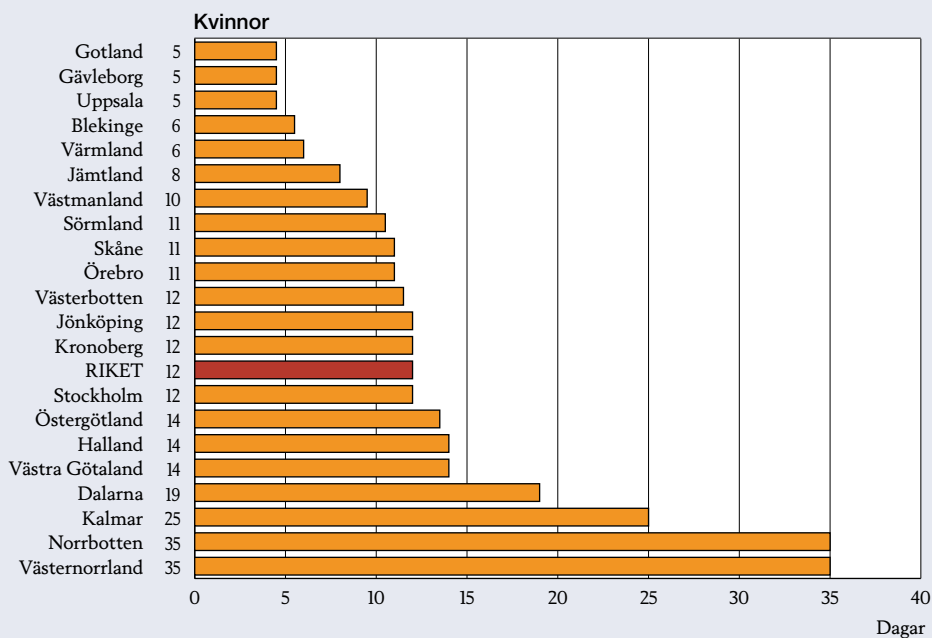


Diagram A:46 Medianväntetid mellan beslut om operation och utförd bypass-operation, 2007.

Källa: Svenska Hjärtkirurgiregistret

väntetid. I riket är väntetiden för män snarlik kvinnornas, men i vissa landsting har männen betydligt längre väntetider än vad kvinnorna har. Dalarna och Jämtland är exempel på detta.

A:47 • Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

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

I RIKS-HIA registreras i vilken mån patienterna förskrivs blodfettssänkande medel vid utskrivning från sjukhus. Här redovisas istället hur stor andel av hjärtinfarktpatienterna som hämtat ut dessa 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 2005 och 2006. Uppgifterna har åldersstandardiserats. Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 156.

I diagram A:47 redovisas för män och kvinnor hur stor andel som ges blodfettssänkande behandling efter infarkt. För riket är andelen män som behandlas drygt 83 procent, vilket är något högre än för kvinnor. Skillnaderna mellan landstingen är, särskilt för männen, förhållandevis måttlig.

I Riks-Hias kvalitetsindex för 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 inget landsting för något av könen 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.

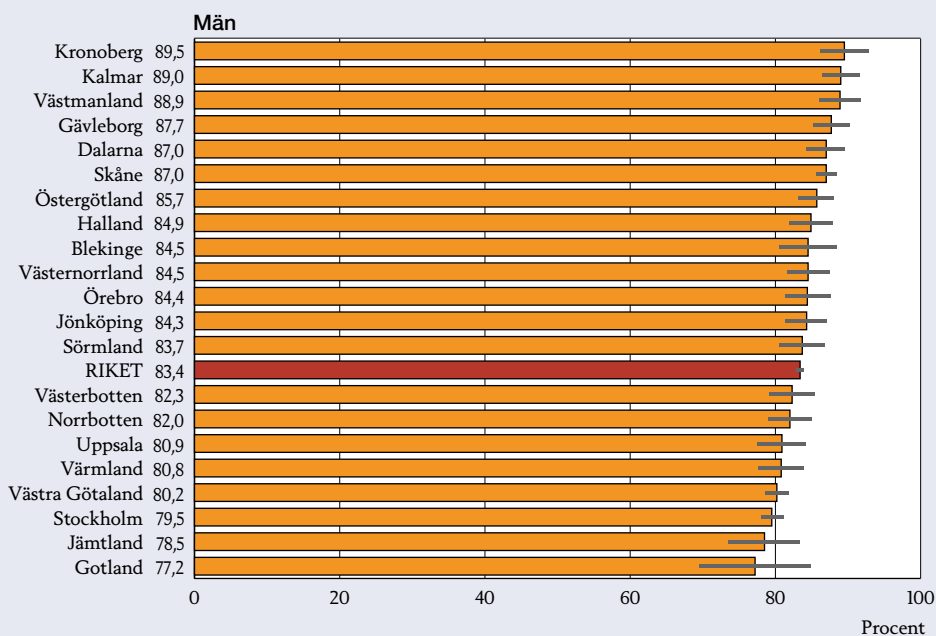
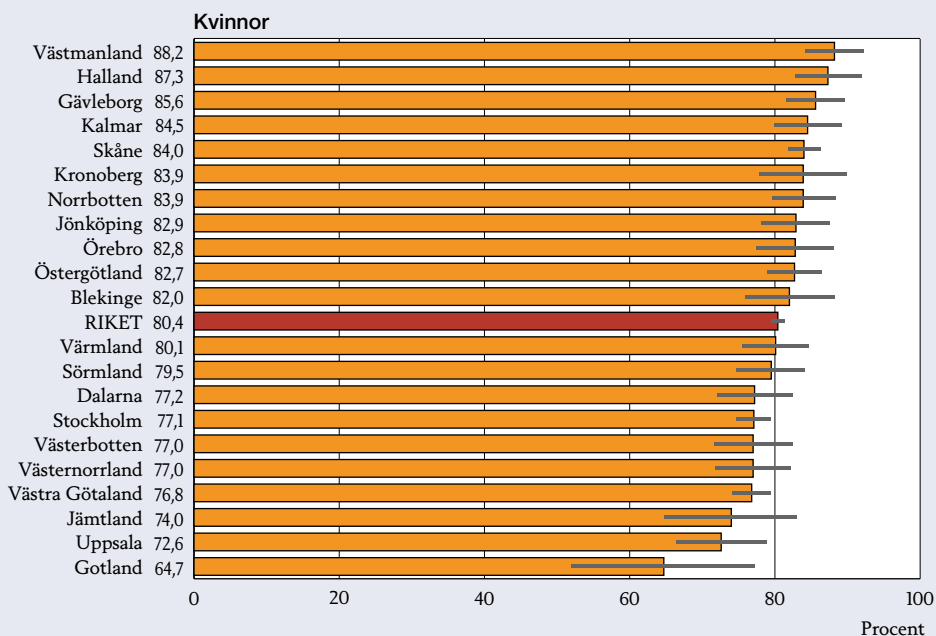
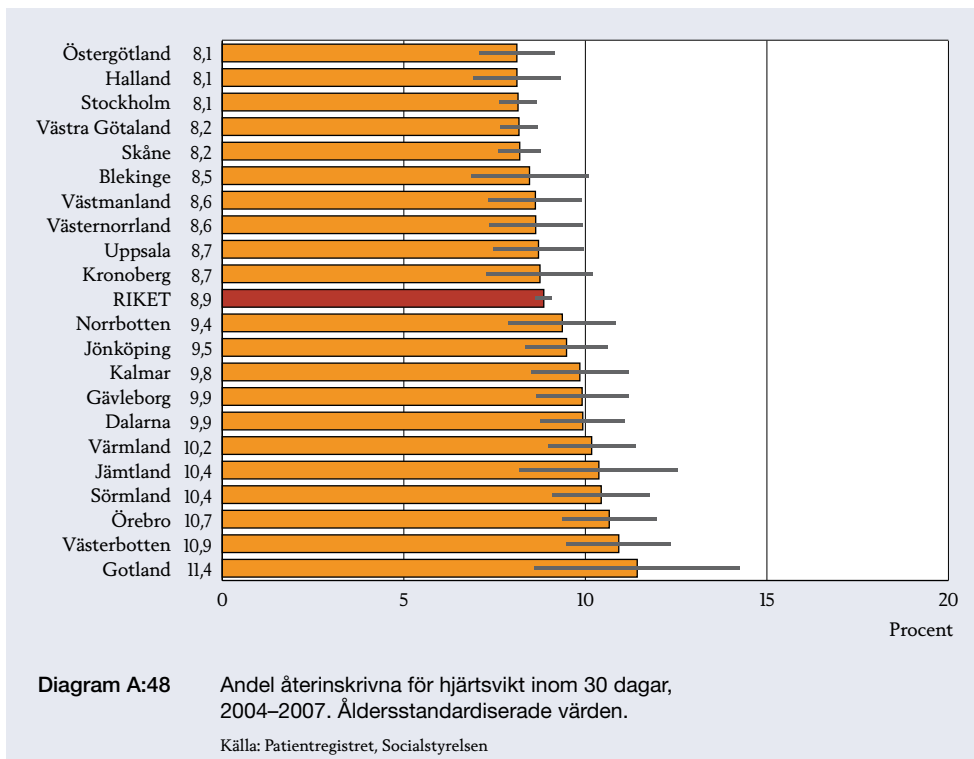


Diagram A:47 Andel hjärtinfarktspatienter med blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader, 2005–2006. Åldersstandardiserade värden. Avser patienter 40–79 år.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



A:48 • Återinskrivning efter hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en vanlig kronisk sjukdom som bland annat kan vara en följdfekt av hjärtinfarkt. Ungefär 200 000 personer, drygt 2 procent av befolkning kan bedömas ha symptomgivande hjärtsvikt och lika många har latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt är starkt åldersrelaterat. I åldern över 80 år bedöms tio procent ha hjärtsvikt. Överlevnadsprognosen vid hjärtsvikt är dyster, med en bedömd 5-årsöverlevnad på 50 procent. Hjärtsvikt läkemedelsbehandlas framförallt, men patienter med svår hjärtsvikt kan få en så kallad sviktpacemaker inopererad.

Kostnaden för vård av patienter med hjärtsvikt är stora. Inom DRG 127 Hjärtsvikt & chock fanns det 2006 över 30 000 slutenvårdstillfällen, med en medelvårdtid på nästan sju dagar och totalt över 200 000 vård dygn. Det är även vanligt att patienter återinläggs efter sjukhusvård för hjärtsvikt. Studier har påvisat återinläggningsfrekvenser på 30–40 procent inom 3 månader efter utskrivning. Slutligen är hjärtsvikt är en svårdiagnostiserad sjukdom, särskilt hos patienter med lätt eller måttlig hjärtsvikt. Detta gör att diagnosregistreringen är osäker.

I diagram A:48 redovisas andelen patienter som återinskrivs till slutenvård inom 30 dagar, av alla som vårdats med huvuddiagnosen hjärtsvikt under 2004–2007. Bara pa-

tienter som återinskrevs med hjärtsvikt som huvuddiagnos ingår. En låg frekvens återinskrivningar kan tolkas som att vården av hjärtsviktspatienter är av god kvalitet.

I riket återinskrevs cirka 9 procent av alla. Detta motsvarar cirka 1 500 återinskrivna patienter per år. Variationen mellan landsting är måttlig och sträcker sig från drygt sju procent till knappt 13 procent. Variation i diagnosättning kan påverka jämförelsen. Denna bör därför tolkas försiktigt, men vart och ett landsting och framförallt sjukhus kan studera sin egen återinläggningsfrekvens och värdera möjligheterna till förbättring. Uppgifter per sjukhus redovisas på sidan 157.

ORTOPEDISK SJUKVÅRD

Sjukdomar och besvär i rörelseorganen är i Sverige den vanligaste anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmågan, långtidssjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Ungefär 22 procent av kvinnor mellan 16 och 84 år samt 15 procent av män i samma åldersgrupp uppger att de har långvarig sjukdom i rörelseorganen.

Atros (ledsvikt) 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 yngre än 60 år och den fjärde vanligaste hos män.

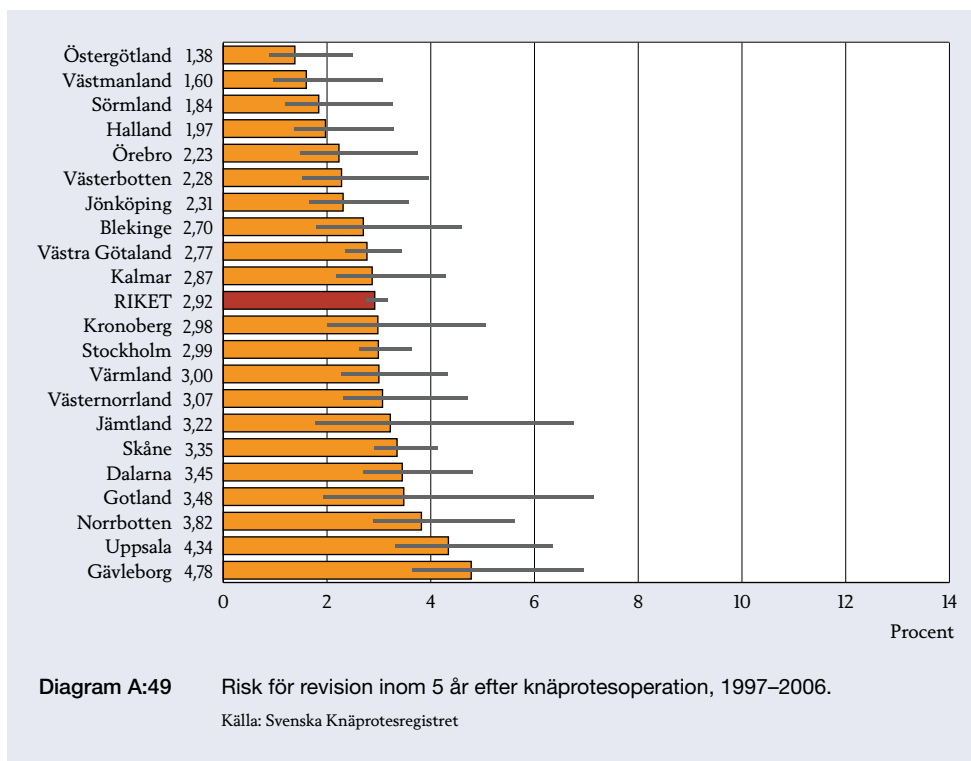
Inom området ortopedisk sjukvård redovisas nio indikatorer. De belyser vanliga och ur ett samhällsperspektiv resurskrävande sjukdomar och behandlingar, som knä- och höftproteskirurgi, höftfraktur, diskbråckskirurgi och läkemedelsbehandling efter benskörhetsfraktur. Indikatorerna är baserade på uppgifter från nationella kvalitetsregister och Patientregistret.

Inom dessa sjukdomsgrupper utförs sammantaget cirka 60 000 operationer årligen. Det saknas för närvarande tillförlitliga datakällor avseende traumatologi med frakturkirurgi (exklusive höftfraktur), som är en vanlig patientgrupp i akutsjukvården.

A:49 • Risk för revision efter knäprotesoperation

Artros (ledsvikt) i knäleden är relativt ovanligt före 50 års ålder men blir vanligare ju äldre vi blir. Kvinnor drabbas av knäledsartros betydligt oftare än män, särskilt bland äldre personer. Under 2006 utfördes 10 500 knäledsplastikoperationer på 78 klinker. Kvinnor svarade för drygt 60 procent av dessa.

De uppgifter som här redovisas är hämtade från Svenska Knäprotesregistret. De avser total knäledsplastik vid artros, operationer utförda under perioden 1997–2006. Antalet operationer under observationstiden var drygt 60 000. Alla knäprotesopererande enheter från alla landsting ingår i registret. Kliniker lokaliserade inom ett visst landsting redovisas under detta, oavsett varifrån patienten kommer.



I diagram A:49 redovisas risken för revision (utbytesoperation) inom fem år, oavsett vilken orsaken till detta är. För riket är risken för revision inom fem år 2,9 procent. Variationen mellan landstingen sträcker sig från Östergötland och Västmanland med cirka 1,5 procents risk, till Uppsala och Gävleborg med drygt fyra procents risk för revision inom fem år.

Komplikationstalen är generellt låga och slumpmässig variation och varierande patientdemografi har stor påverkan på resultaten. Jämförelsen skall därför tolkas med försiktighet. Variationen mellan könen är marginell. Resultatet är bra när man jämför med andra länder som kan redovisa liknande statistik.

A:50 • Implantatets långtidsöverlevnad efter total höftprotesoperation

Till Svenska Höftprotesregistret rapporterar samtliga berörda kliniker i Sverige data. En nyligen genomförd matchning med Patientregistret, utförd på individnivå, visade att höftprotesregistret har en täckningsgrad på 96 procent. Klinikdeltagandet är 100-procentigt för de indikatorer om implantatöverlevnad och omoperationer som här och i det följande redovisas. Täckningsgraden är i stigande för de uppgifter om patientrapporterat utfall som är underlag för indikator A:52, som senare redovisas. Dessa data rapporteras nu av 74 av landets 79 kliniker.

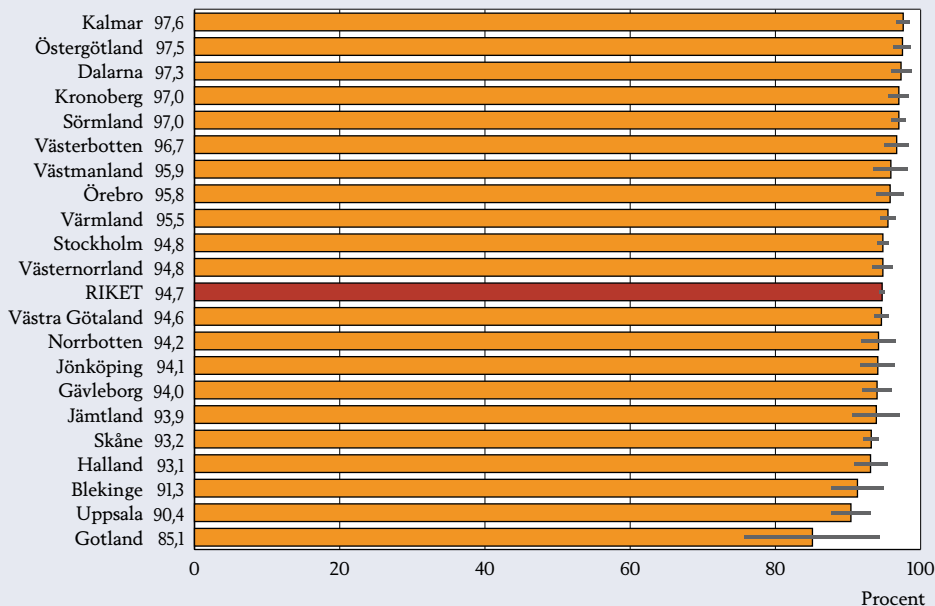


Diagram A:50 Andel implantat vid total höftprotesoperation som överlever 10 år, 1998–2007.

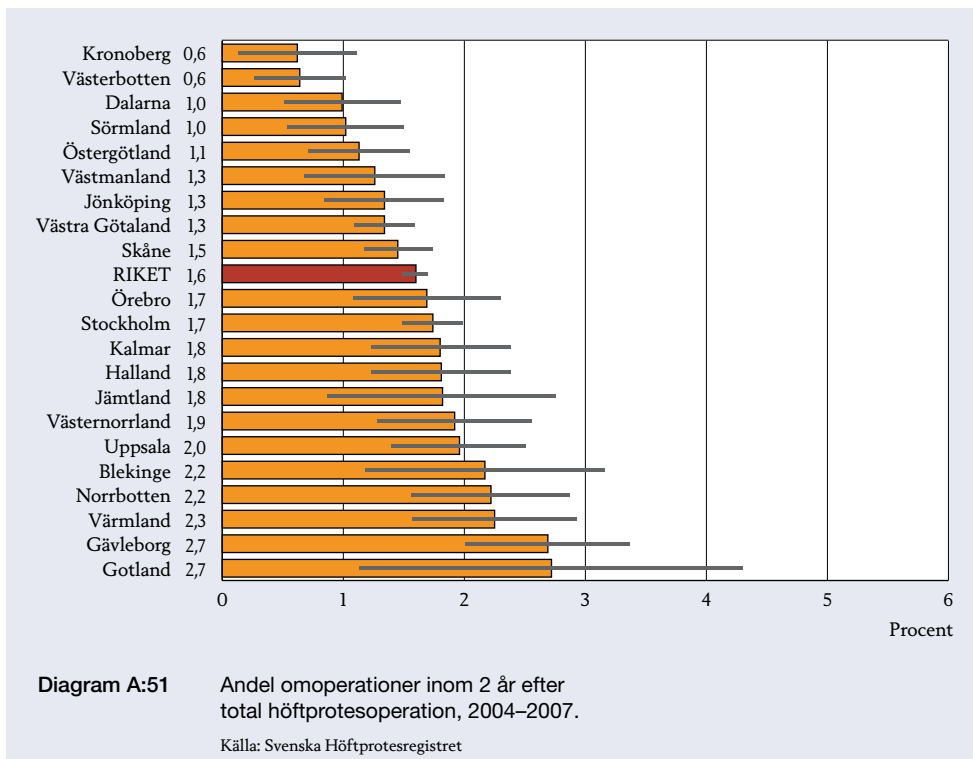
Källa: Svenska Höftprotesregistret

2007 utfördes 14 160 primära totala höftprotesoperationer och 2 100 omoperationer. Flera kvinnor än män opereras.

Ett viktigt kvalitetsmått är hur länge proteserna ”överlever” efter operationen. Definition av misslyckande är utbyte av någon proteskomponent eller borttagande av hela proteserna. Svenska Höftprotesregistret följer sedan länge upp utfallet med denna kvalitetsindikator. Uppgifterna här avser operationer utförda under senaste 10-årsperioden 1998–2007, vilket är en försnävad observationstid och därmed mera aktuella data, jämfört med förra rapporten. Drygt 125 000 operationer innefattas.

Riket hade under den gångna 10-årsperioden en nästan 95-procentig protesöverlevnad, vilket är världens högst rapporterade 10-årsresultat. Spridningen mellan de olika landstingen var 85–98 procent. 10-årsöverlevnad av höftprotes är att betrakta som en ”långsam” kvalitetsindikator, som i viss mån beskriver historiska resultat men som återspeglar långtidskomplikationer såsom mekanisk lossning av proteserna. Detta kvalitetsmått är standard vid alla jämförelseanalyser inom området.

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



stort antal tidigare studier och beror sannolikt på männens högre fysiska aktivitet, vilket ger ett högre långtidsslitage av protesdelarna.

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 operationsrisk, vilket ger en högre komplikationsfrekvens. Vid remittering över landstingsgränser kan utfallet påverkas. Ingen korrigering för detta har gjorts i redovisningen.

A:51 • Omoperation efter total höftprotesoperation

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

En sådan "snabbare" indikator är andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation är ett vidare begrepp än utbytesoperation/revision, och innefattar all form av vidare ki-

rurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer, som djup infektion och revision på grund av upprepade urljedvridningar av höftledsprotesen.

Andelen omoperationer återges i diagram A:51 och avser de 54 500 operationer som utförts 2004–2007. Bara komplikationer som är kirurgiskt åtgärdade är inkluderade. Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiskt behandlade urljedvridningar (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.

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

I riket som helhet omopererades 1,6 procent av patienterna inom två år. Detta motsvarar 887 patienter. I två landsting var andelen omoperationer ungefär 0,6 procent. Över två procent omoperationer har fem landsting. Data på sjukhusnivå redovisas på sidan 158. Variationen på sjukhusnivå var under observationstiden större: Från inga komplikationer upp till 5,1 procent. Denna större spridning på enhetsnivå ger indikatorn större tyngd avseende förbättringsarbete.

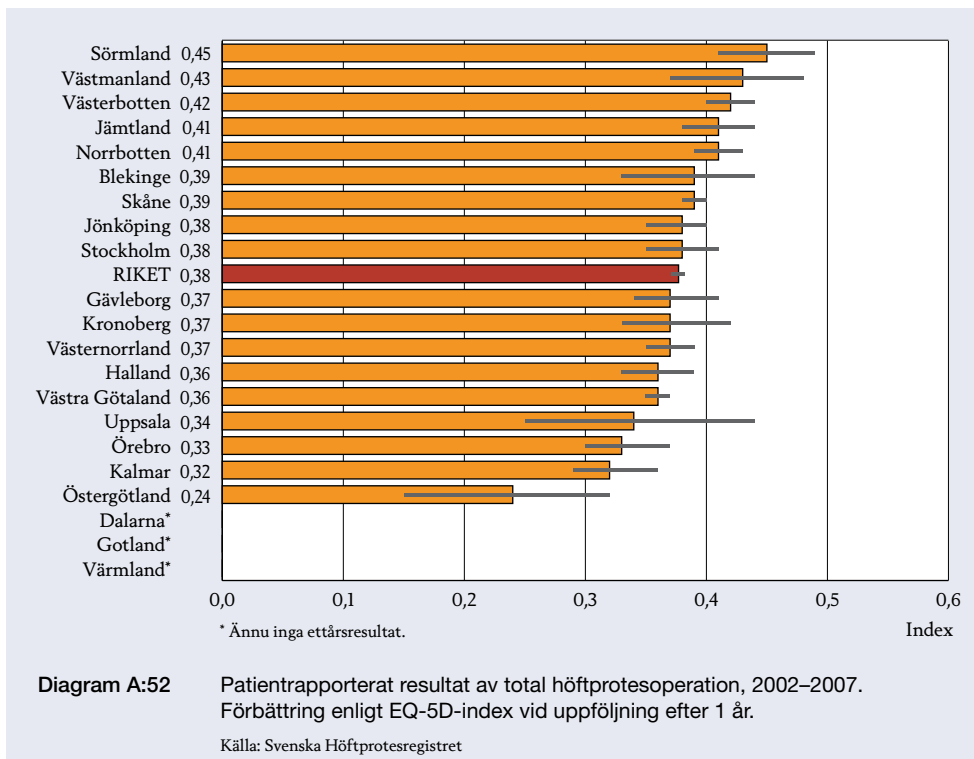
A:52 • Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

Under de senaste åren har man både från beslutsfattarhåll och såväl i nationell som internationell forskning successivt ökat fokus på patientrapporterat utfall av sjukvårdens behandlingar och åtgärder. Den engelska termen för detta är PROM, Patient Reported Outcome Measurement.

De främsta indikationerna för höftproteskirurgi är subjektivt upplevd smärta och låg hälsorelaterad livskvalitet. Därför är det viktigt att mäta och rapportera dessa variabler för att optimera den enskilda patientens behandling, att mäta resultat i flera dimensioner och att ha möjlighet att utföra hälsoekonomiska studier. 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 A:52 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 2002–2007 och inkluderar 16 500 ett-årsuppföljda patienter. Variationen mellan landstingen (0,24–0,45) är förvånansvärt



stor. Landsting med låg vinst bör analysera om indikationsglidning uppstått som ett resultat av ett ökat 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 adekvat hälsoekonomisk analys. Den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen är lägre för kvinnor, men vinsten efter 1 år är något högre jämfört med männen.

Värmland, Gotland och Dalarna är anslutna till uppföljningsrutinen men har ännu inga ett-årsresultat, varför dessa landsting saknar värden i diagrammet. Sjukhusdata finns på sidan 159.

A:53 • 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. En sådan fördröjning leder till ett längre mobiliseringsförlopp för patienterna, med längre vårdtid på såväl akutsjukhuset som i hela vårdkedjan tills patienten åter är i ursprungligt boende. Risken för förvirringstillstånd, trycksår, infektioner och andra komplikationer ökar. Tid mellan

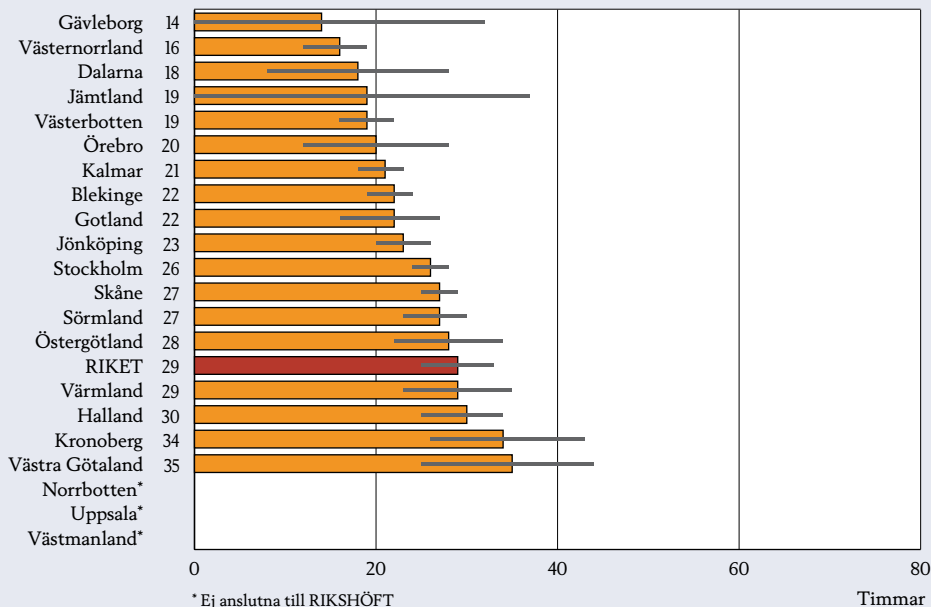


Diagram A:53 Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2007.

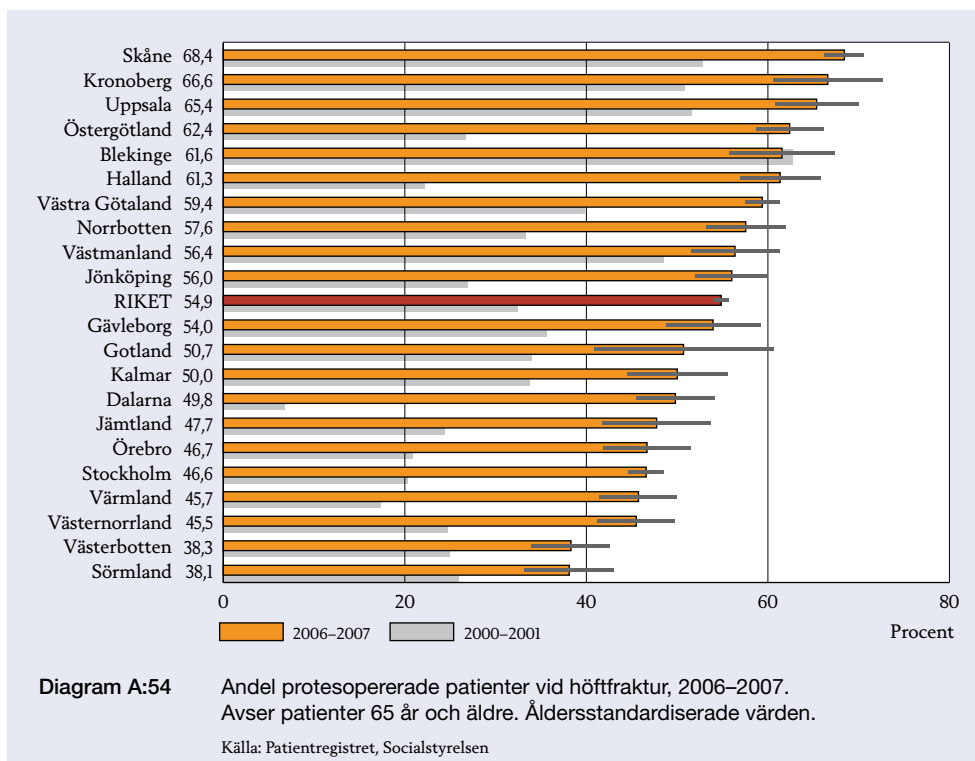
Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfrakturregistret

ankomst till sjukhus och start för operation är därför ett internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsmått.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RIKSHÖFT, som samlar data om höftfrakturvården. Kliniker från nästan alla landsting rapporterar data till registret, men med varierande täckningsgrad. Underlaget till diagram A:53 utgörs av 11 163 höftfrakturpatienter. Under 2007 slutenvårdades enligt Patientregistret 18 880 personer för höftfrakturer. Tre landsting (Västmanland, Uppsala och Norrbotten) rapporterar ännu inte till RIKSHÖFT. En jämförelse av täckningsgraden per landsting och sjukhus återfinns i bilaga 2. Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 160.

Under 2007 övergick många kliniker till klockslogsregistrering, varför årets indikator anges i timmar i stället för dygn. För de sjukhus som fortfarande anger delar av dygn har omräkning av tidsrapporter till timmar skett, vilket ger en viss osäkerhet i analysen. Arbete pågår med att förmå alla sjukhus till klockslogsregistrering.

Medelväntetiden i riket var under 2007 29 timmar, med en spridning mellan landstingen från 14 till 35 timmar. Kvinnor har i flera landsting något längre väntetid än män. Socialstyrelsens riktlinjer från 2003 anger som sin rekommendation att ope-



ration bör utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Ett antal landsting ligger långt över 24 timmars väntetid, vilket kan resultera i en förhöjd komplikationsfrekvens hos denna sköra patientgrupp.

Behandlingsmodellen för de cervikala höftfrakturerna har radikalt förändrats i Sverige under de senaste 6-7 åren: Allt fler patienter opereras med höftprotes och detta 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.

A:54 • 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 frakturtilfället.

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 pro-

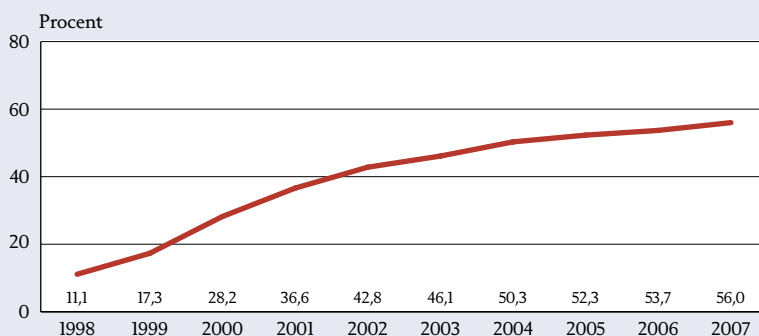


Diagram A:54
Riket

Andel protesopererade patienter vid höftfraktur.
Avser patienter 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

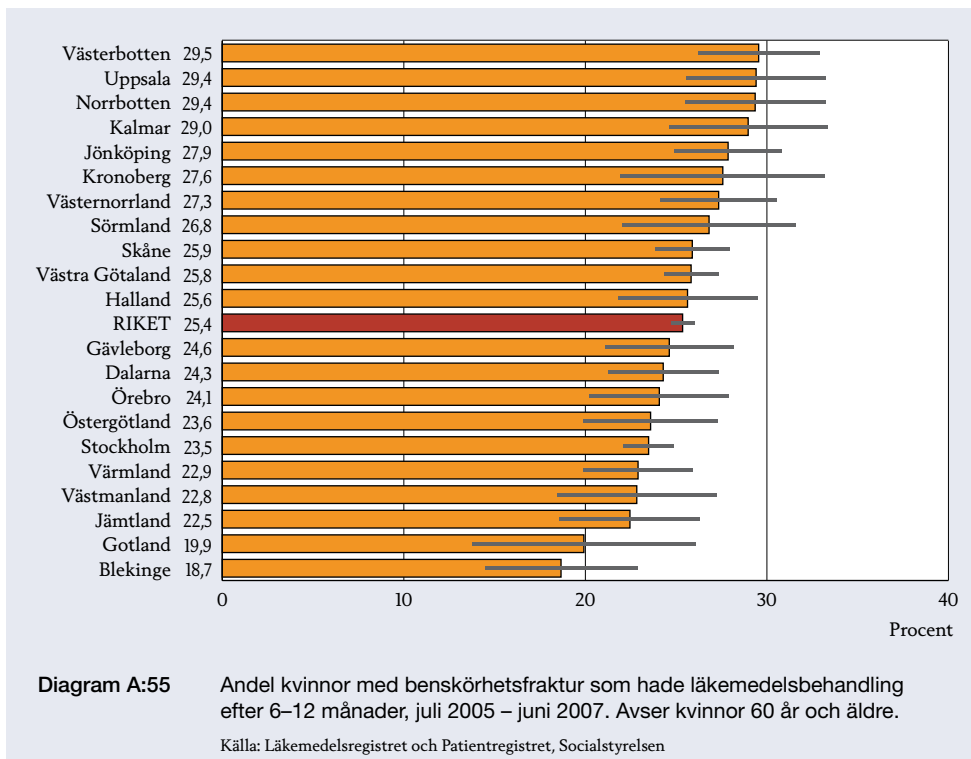
cent efter osteosyntes. Protesoperation ger bättre resultat även för dementa patienter, som är en särskilt skör grupp bland höftfrakturpatienterna.

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 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 A:54 visar andelen patienter 65 år och äldre med cervikal höftfraktur som protesopererades under 2006–2007. Källan är Patientregistret. 14 000 patienter är underlaget för denna jämförelse. Åldersstandardisering har gjorts och enbart första-gångsfall ingår. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering. Jämförelse med perioden 2000–2001 görs i diagrammet.

Andelen protesopererade har ökat påtagligt den senaste tioårsperioden, från 11 till 56 procent, i riket som helhet. Variationerna mellan landstingen är stor, från Sörmlands 38 procent protesopererade till Skånes 68 procent. Sedan 2000–2001 har den största ökningen skett i Dalarna och i Halland, medan den minsta skett i Blekinge, beroende på att man där tidigt gick över till den nya behandlingsmodellen. Generellt sett används protesoperationen i för få fall.

Att protesoperera 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.

A:55 • 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 kan bedömas 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 läkemedelsbehandling mot benskörhet. Bisfosfonater, östrogen, parathormon, kalcium, D-vitamin och kombinationspreparat av dessa medel ingick. Närmare 22 000 kvinnor 65 år och äldre som slutenvårdats för ett urval av frakturer under perioden juli 2005 – juni 2007 följdes upp. Kvinnornas läkemedelsuttag 6 till 12 månader efter sjukhusvården studerades.

Diagram A:55 visar att i riket som helhet fick drygt 25 procent av kvinnorna läkemedelsbehandling. Blekinge ligger som enda landsting under 20 procent behandlade, medan en grupp på fyra landsting ligger strax under 30-procentsnivån.

Viktigare än variationen mellan landstingen är dock att det sannolikt råder en allmän underbehandling. Någon tydlig målnivå kan inte beskrivas, men en uppskattning är att mellan 50–70 procent av alla kvinnor i riskgruppen med tidigare fraktur kan vara aktuella för läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med riktlinjer för vård och behandling av rörelseorganens sjukdomar, till vilka osteoporos hör. Detta kan resultera i tydligare rekommendationer.

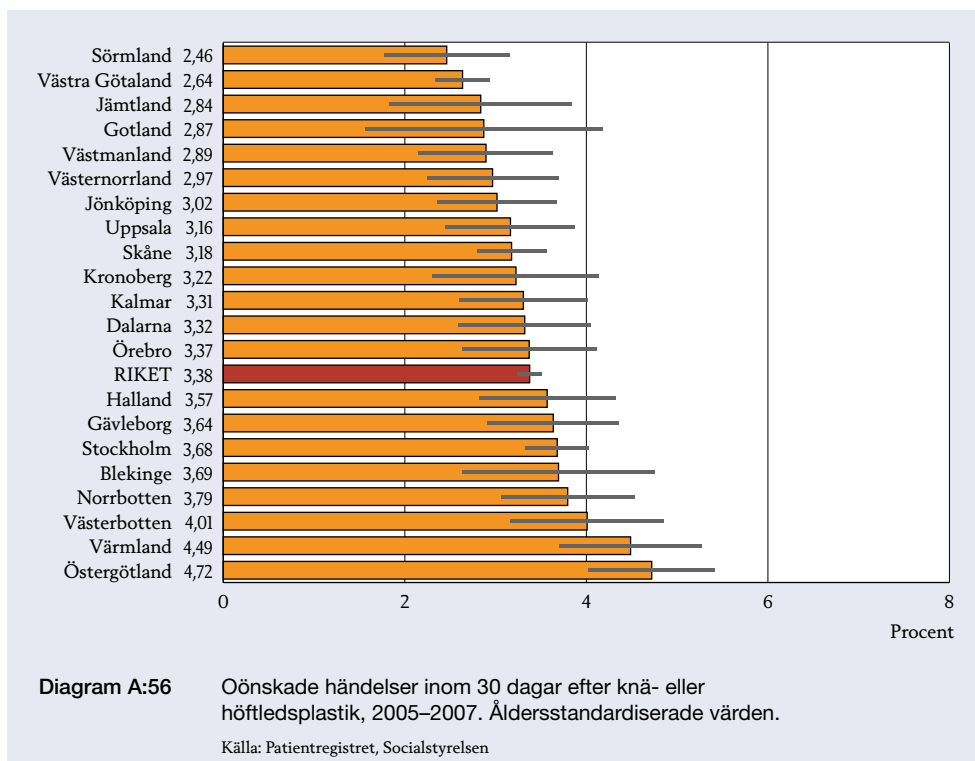
A:56 • Öönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation

I Sverige opereras årligen drygt 10 000 knäproteser och cirka 14 000 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 anesthesiologi, 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 en vanligt förekommande kvalitetsindikatorer. Rubrikens "öönskade händelser" är en försvenskning av det vanligt förekommande engelska uttrycket "adverse events".

Återläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin men också på andra medicinska komplikationer. Via Svenska Knä- och Höftprotesregist-



ren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer. Dessa register registrerar dock inte de övriga medicinska komplikationerna.

Med Patientregistret som källa kan flera önskade 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. Indikatorn är oprövad, vilket gör att resultatet skall tolkas med försiktighet.

I diagram A:56 redovisas frekvensen återinläggning och död inom 30 dagar efter höft- och knäledsplastik. Drygt 68 000 operationer utförda under 2005–2007 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 3,5 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 relativt stor spridning mellan landstingen, från 2,5 procent till 4,7 procent.

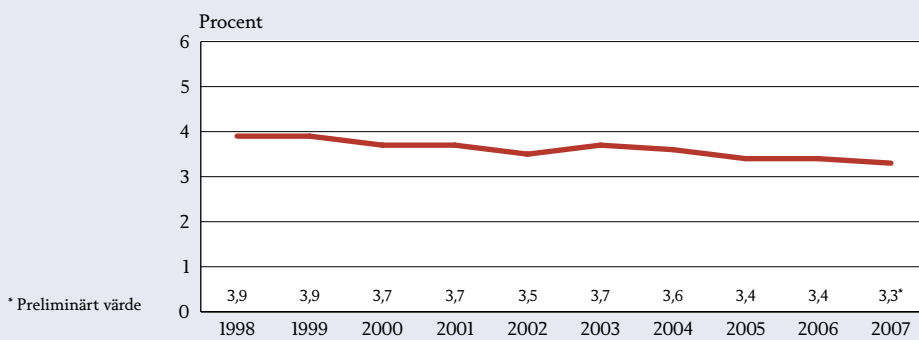


Diagram A:56
Riket

Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftledsplastik. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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.

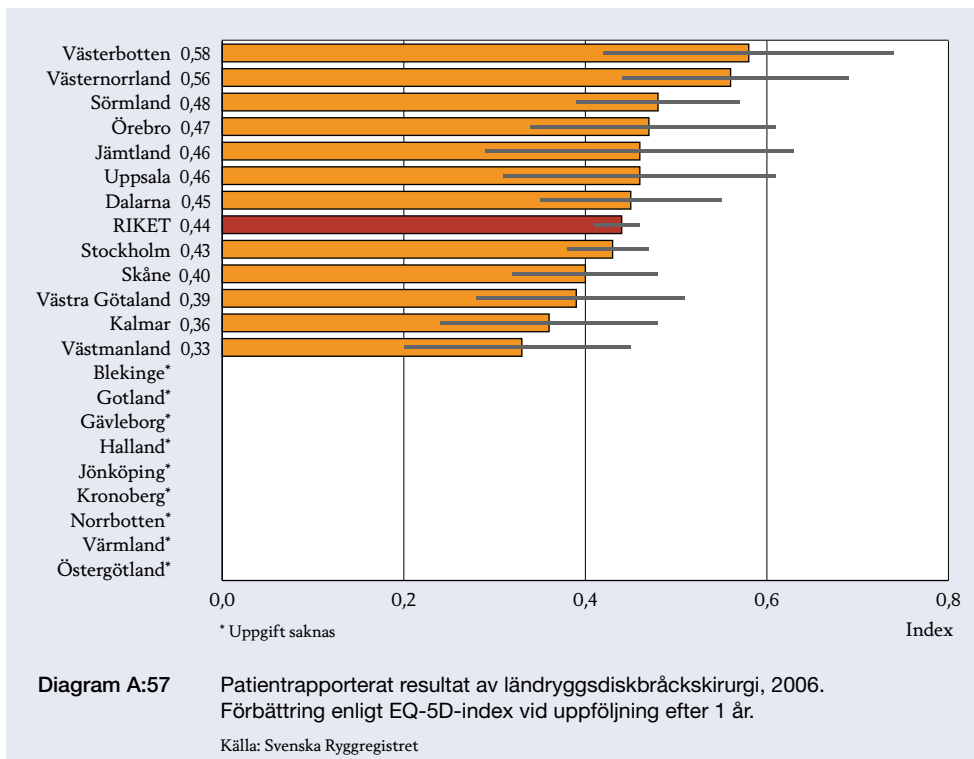
En intressant fråga är om det finns något samband mellan korta vårdtider vid operationsvårdtillfället och frekvensen av återinläggning och död. Utländska studier har pekat på detta. I vår jämförelse ses dock inget sådant samband för riket över tid. Medelvårdtiden har sjunkit kraftigt, men utan att detta gett upphov till ökad frekvens oönskade händelser inom 30 dagar. Frågan kan analyseras vidare i andra sammanhang.

A:57 • Förbättring efter operation av diskbråck i ländryggen

I Sverige opereras drygt 3 000 diskbråck per år, vilket utgör cirka 35 procent av all ryggkirurgisk verksamhet i landet. Data om dessa operationer rapporteras till Svenska Ryggregistret. Den lumbala diskbråckskirurgen i landet utförs till lika delar på offentliga och privata kliniker. Redovisning på landstingsnivå nedan är baserad på klinikkens lokalisering till respektive landsting, inte på patientens hemort.

Ett diskbråck i ländryggen ger i många fall ett uttalat smärttillstånd och en låg hälsorelaterad livskvalitet för patienten. Precis som för flera andra smärttillstånd i rörelseapparaten är det därför av vikt att inkludera patientrapporterade variabler vid en utfallsanalys.

Svenska Ryggregistret mäter hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av EQ-5D, och denna indikator har samma konstruktion som A:52, det vill säga det vunna indexvärdet efter 1 år anges som uppföljningsvariabel.



Analysen baseras på 1 536 patienter. Av dessa ingår 817 i resultatredovisningen, vilket innebär att 55 procent av de opererade patienterna deltog i uppföljningen ett år efter operationen. Femton av 37 kliniker som använde registret 2006 redovisas inte, med effekten att data för åtta landsting inte redovisas i diagram A:57. Det beror antingen på att man opererat för få diskbråck alternativt registrerat för få. Minst 15 uppgifter på samma patienter skall finnas registrerade både före operation och efter ett år.

Variationen av EQ-5D-vinst mellan landstingen är från 0,33 till 0,58. Skillnaden kan peka mot att indikationen för diskbråckskirurgi varierar mellan kliniker, men den belyser framför allt vikten av att alla kliniker måste redovisa patientdata både före och efter operation på ett heltäckande sätt.

Ett viktigt motiv för att publicera jämförelsen är att peka på betydelsen av patientrapporterade resultat i redovisningar av detta slag. Förhoppningsvis leder detta till bättre täckningsgrad i nästa rapport.

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 svår hjärt-kärlsjukdom eller död. Endast en mindre andel drabbas av så svår njursvikt att dialys eller transplantation blir nödvändig för fortsatt överlevnad. För närvarande tillkommer drygt 1 100 personer årligen, och det totala antalet patienter med behandlad livshotande njursvikt är knappt 8 000, med 3–4 procents ökning per år. Inom det gamla EU-området ligger Sverige genomsnittligt, både avseende nyupptag och patienter i behandling.

Drygt hälften av patienterna i behandling är njurtransplanterade, medan resten sköts med dialys. Sverige har en hög andel transplanterade patienter, i vårt närområde endast överträffad av Norge. Ungefär tre fjärdedelar av dialyspatienterna får bloddialys och resten bukhåledialys. De sammantagna kostnaderna för den svenska dialys- och transplantationsvården kan, beroende på vad som inkluderas i kalkylen, skattas till två till tre miljarder kronor årligen. 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 till mindre än en fjärdedel av alla nytillkommande patienter. Bristen på njurar från avlidna donatorer gör att merparten av lämpliga kandidater måste vänta i genomsnitt två till tre år i dialys, innan transplantation kan erbjudas.

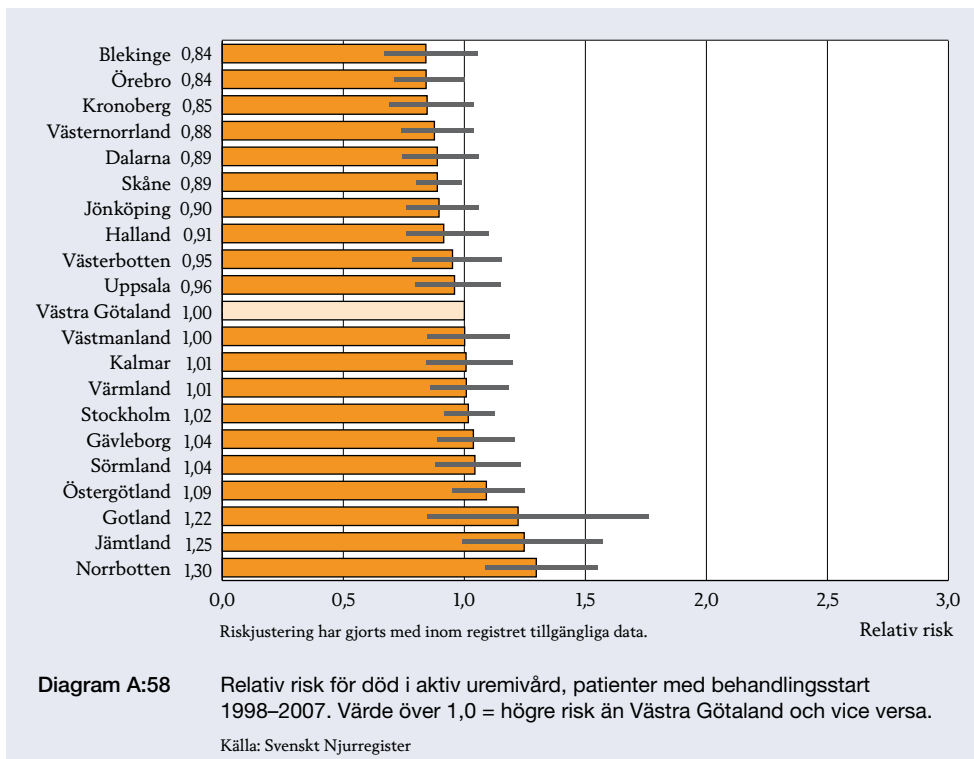
Dialysverksamhet med god tillgänglighet och god kvalitet är därför både en livsuppehållande behandling för de patienter som inte kan bli transplanterade, och en förutsättning för välfungerande transplantationsverksamhet.

Tre indikatorer redovisas, alla med Svenskt Njurregister (SNR) som källa. SNR bildades 2007 efter samgående mellan Svenskt register för Aktiv Uremivård (SRAU, startat år 1991) och Svensk Dialysdatabas (SDDDB, startat år 2002). Då inkorporerades också regionala register för tidigare stadier av kronisk njursjukdom. SNR har en fullständig täckning på kliniknivå, och mycket god täckning på individnivå, över 95 procent.

A:58 • Dödlighet i aktiv uremivård

Aktiv uremivård är det samlade begreppet för vård av patienter i dialys och efter transplantation.

I diagram A:58 visas den relativa risken att dö i aktiv uremivård, både i dialys och efter transplantation, för samliga patienter som startat i behandling under åren 1998–2007. Endast patienter som överlevt mer än 90 dagar ingår, varför problemet med ofullständig eller varierande registrering tidigt i förloppet undviks.



Den absoluta risken att avlida för hela populationen under denna tidsperiod var 16,1 procent per år. Skillnader mellan olika landsting beskrivs med hjälp av den relativa risken, som har beräknats med multivariat statistisk metodik. Patientgruppen i Västra Götaland utgör referens. De variabler som påverkar risken för död är i fallande ordning: startålder, primär njursjukdomsgrupp, primär behandlingsform, blodmalignitet, perifer kärlsjukdom, ischemisk hjärtsjukdom, behandlad hypertoni, startår, annan tumörsjukdom, genomgången cerebrovaskulär sjukdom och kön. Justerat för dessa variabler varierar risken för död mellan landstingen så som visas i diagrammet.

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

Analys och tolkning försvåras av att länen är mycket heterogena, i storlek, åldersmässigt och socioekonomiskt. Dessutom är den registrering av riskfaktorer/komorbiditet som finns i SNR inte heltäckande. Slutligen finns välkända skillnader i bakgrundsödlighet i de olika länen. Trots alla dessa vanskligheter är överlevnadsdata så viktiga att de bör redovisas. Utvärderingen måste göras med beaktande av ovanstående reservationer. De årliga redovisningarna från registret visar att risken att avlida gradvis har minskat, både i dialys och med fungerande transplantat.

Skillnaderna mellan landstingen är i en del fall statistiskt säkerställda. Det finns variationer i praxis mellan olika kliniker. I den mån skillnaderna beror på dessa, måste det betonas att praxis hela tiden förbättras, och att de i analysen ingående dödsfallen har inträffat under en period som sträcker sig upp till tio år bakåt i tiden.

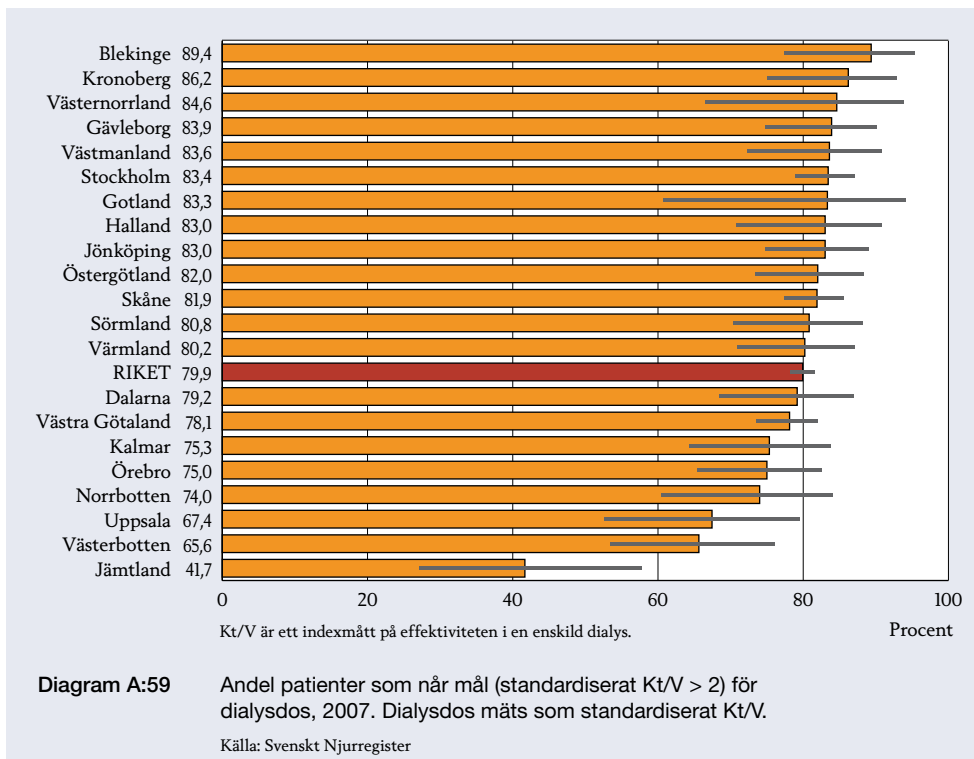
Kvinnor har på nationell nivå en mindre överrisk jämfört med männen. På landstingsnivå är det påtagligt hur olika risken för död fördelar sig för kvinnor och män. Tillgängliga data ger ingen säker förklaring till detta. Skillnader i kärldos och i dialysdosbehov är möjliga orsaker. Svenskt Njurregister kommer att fördjupa analysen av könsskillnaderna.

A:59 • 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. Resultaten som visas i diagram A:59 kommer från den senaste årliga tvärsnittundersökningen och avser hösten 2007. Sjukhusdata redovisas på sidan 161.

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 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.

Vid varje givet mättillfälle finns dels en liten grupp patienter med kvarvarande betydelsefull restnjurfunktion, som gör att full dialysdos inte behövs, dels finns en grupp dialyspatienter där det av olika skäl är olämpligt. Hur dessa patienter fördelar sig på varje klinik vid tillfället för tvärsnittundersökningen är okänt. En måluppfyllelse på 80–90 procent på landstingsnivå bedöms som optimal med ovanstående i beaktande.



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.

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.

A:60 • Kärlaccess vid dialys

En förutsättning för dialysbehandling är att man har tillgång (access) till blodbanan, vilket kan ske på olika sätt. Den bästa formen av access till blodbanan vid dialys 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), som har en kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner, men också sämre blodflöden och därmed försämrad dialyseffektivitet.

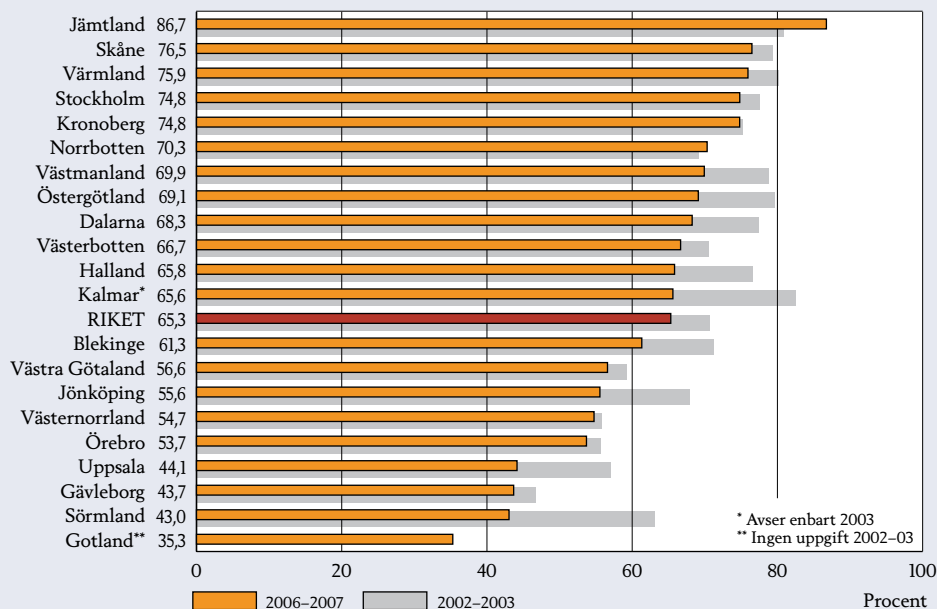


Diagram A:60 Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2006-2007.

Källa: Svenskt Njurregister

Diagram A:60 visar andel patienter som 2006-2007 dialyserades med AV-fistel eller AV-graft. Motsvarande andel avseende perioden 2002-2003 är inlagda som skuggade staplar, för en jämförelse över tid. Uppgifterna baseras på årliga tvärsnittsundersökningar som görs av Svenskt Njurregister.

Detta är en central indikator, eftersom en välfungerande access är grundläggande för att bra bloddialys skall kunna ges. Indikatorn avspeglar också slutresultatet i en lång vårdprocess som börjar redan innan patienten startat i dialys. Indikatorn sammanfattar flera viktiga dimensioner i det njurmedicinska omhändertagandets totala kvalitet, såväl tillgången på accesskirurgi, som hur väl dialysverksamheten lyckas hålla accesser i funktion.

Dessvärre har andelen patienter som dialyseras med AV-fistel eller AV-graft minskat under perioden mellan 2002 och 2007 och en motsvarande oönskad ökning av andelen dialyskatetrar har skett. Redovisning på sjukhusnivå finns på sidan 162.

Variationen mellan landstingen är stor. Resultaten visar på otvetydiga förbättringsmöjligheter, både på klinik- och landstingsnivå. Välfungerande accesspraxis ställer stora krav på samverkan mellan kärlkirurgi, interventionell radiologi och njurmedi-

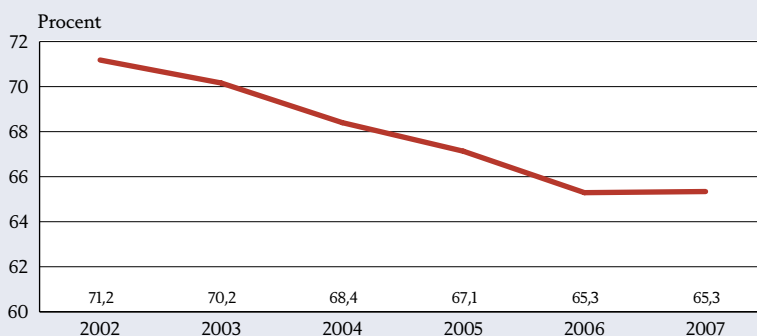


Diagram A:60
Riket

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft.

Källa: Svenskt Njurrregister

cin. 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.

Kvinnor har generellt lägre andel AV-fistel eller AV-graft än vad männen har. Till viss del kan detta förklaras av sämre anatomiska förutsättningar.

ANNAN BEHANDLING

A:61 • Omoperation vid ljumskbråck

Operation för ljumskbråck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Årligen utförs i landet knappt 20 000 ingrepp. En lyckad bråckoperation är en okomplicerad åtgärd med cirka en veckas arbetsfrånvaro, följt av besvärsfrihet. Operationer för ljumskbråck kan dock leda till återfall av bråck och till svåra kroniska smärttillstånd. Återfallsbråck drabbade tidigare uppemot 20 procent av alla opererade patienter. Dagens operationsmetoder och material har medfört en stark minskning av frekvensen återfallsbråck.

Här redovisas per landsting den relativa risken för omoperation efter fem år. Den relativa risken är ett mått på skillnaden i risk för omoperation av bråck som nyligen opererats på sjukhus i redovisat landsting, jämfört med risken vid sjukhus i alla övriga landsting.

Jämförelsen baseras på operationer rapporterade till Svenskt Bråckregister avseende perioden 2003–2007. Antalet år är färre jämfört med förra årets rapport och omfattar nu bara de fem senaste åren, detta för att kunna presentera så aktuella resultat som möjligt. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

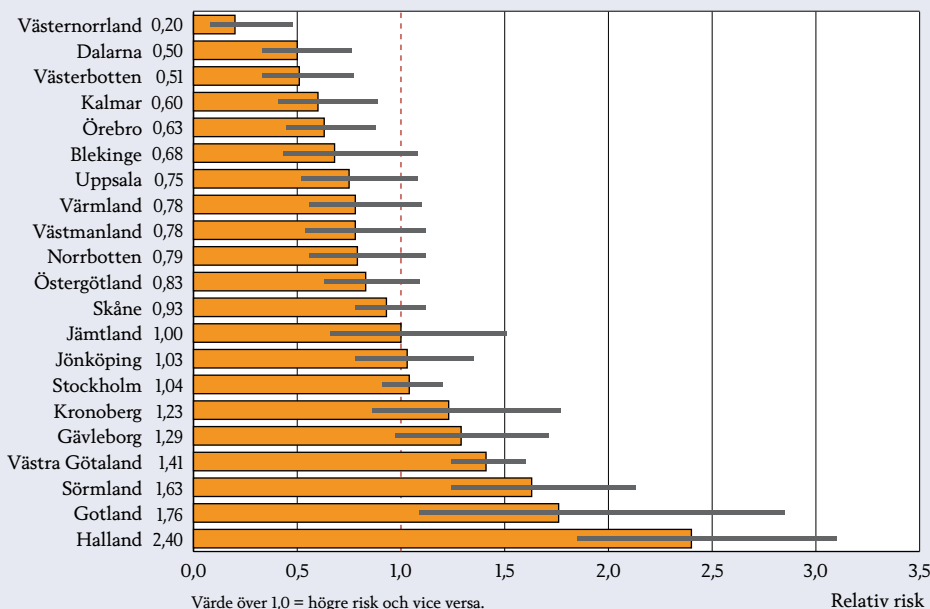


Diagram A:61 Relativ risk för omoperation inom 5 år efter ljumskbråcksoperation, 2003–2007. Risk för respektive landsting jämfört med övriga landsting.

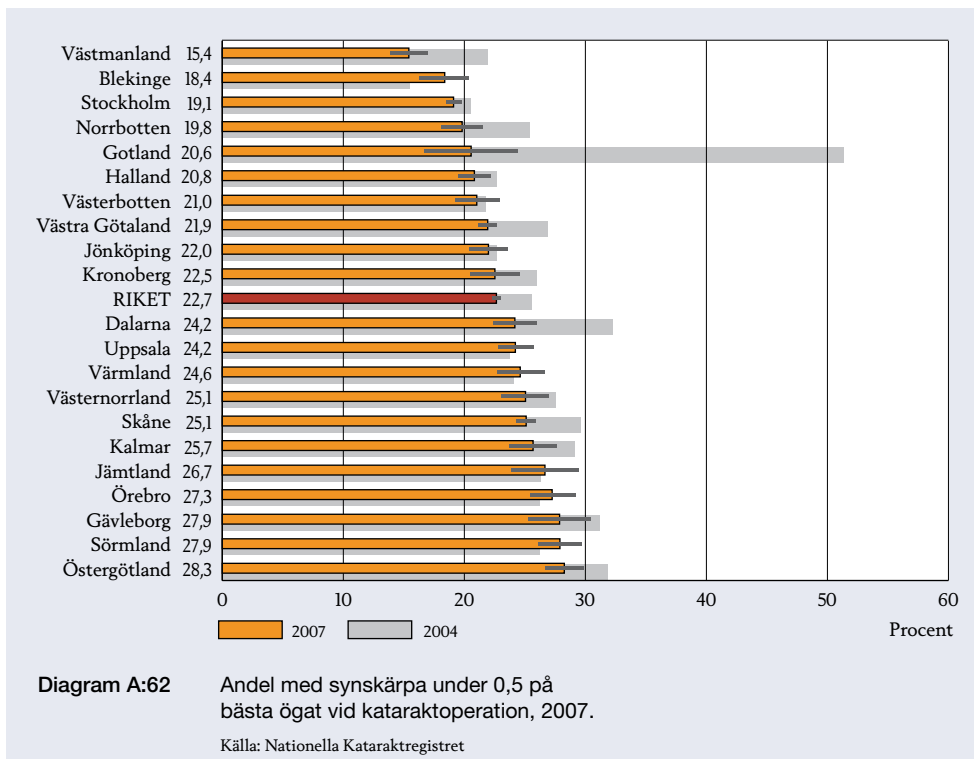
Källa: Svenskt Bräckregister

Diagram A:61 visar att det är påtagliga skillnader mellan landstingen. Den lägsta relativa risken har Västernorrland, följt av Dalarna och Västerbotten. I diagrammets nedre del finns Gotland och framförallt Halland. Skillnaderna mellan landsting och kliniker visar att det finns en väsentlig förbättringspotential inom svensk ljumskbräckskirurgi. Uppgifter per klinik redovisas på sidan 163.

A:62 • Synfel vid kataraktoperation

Under 2007 utfördes över 72 000 kataraktoperationer av patienter med sjukdomen grå starr. Väsentliga förbättringar av synförmågan nås för en stor del av patienterna. Uppgifterna kommer från det Nationella Kataraktregistret. Registret har en mycket god täckningsgrad, för närvarande över 98 procent av alla operationer, enligt registrets bedömning. Betydligt färre kataraktoperationer rapporteras till Patientregistret, trots att denna rapportering är obligatorisk.

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.



I diagram A:62 redovisas andelen av alla opererade patienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 på det bästa ögat. Uppgifterna avser 2007. Uppgifterna per landsting är baserade på patienternas hemort, oavsett var operationen utfördes. Uppgifter per klinik redovisas på sidan 165.

Några av landstingen i topp låg högt även 2005 och 2006, som Blekinge och Stockholm. Högst andel patienter med stort synfel har Östergötland, Sörmland och Gävleborg.

Generellt gäller att kvinnor har en sämre syn när de opereras än vad män har. Störst skillnader mellan män och kvinnor var det 2007 i Gotland och Kalmar. I Västerbotten hade tvärtom männen en sämre syn vid operationen detta år. Tolkning av könsskillnaderna försvåras av att män och kvinnor 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 ungefär lika stora under en längre följd av år. Som en del i arbetet med vårdgarantin har gemensamma indikationer utarbetats för när kataraktoperation bör utföras. Detta kan leda till att skillnaderna mellan

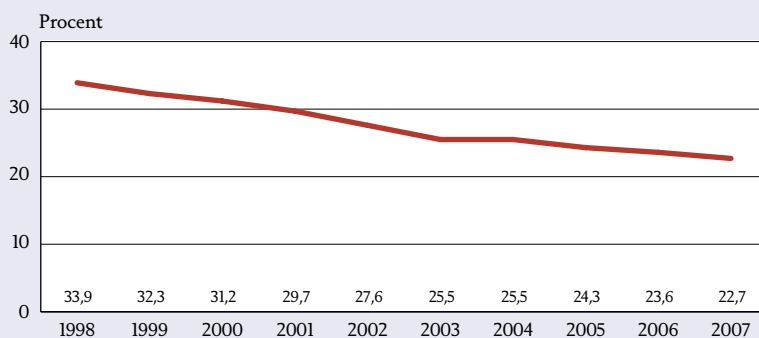


Diagram A:62 Andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation.

Riket

Källa: Nationella Kataraktregistret

landstingen minskar. Under 2007 sågs en sådan effekt, med mindre spridning mellan landstingen.

Den långsiktiga utvecklingen för riket som helhet (se separat diagram) visar tydligt att patienterna ser allt bättre vid tidpunkten för operation. Detta är bra för denna patientgrupp, men väcker också frågan om hur deras behov ska prioriteras i förhållande till andra patientgrupper.

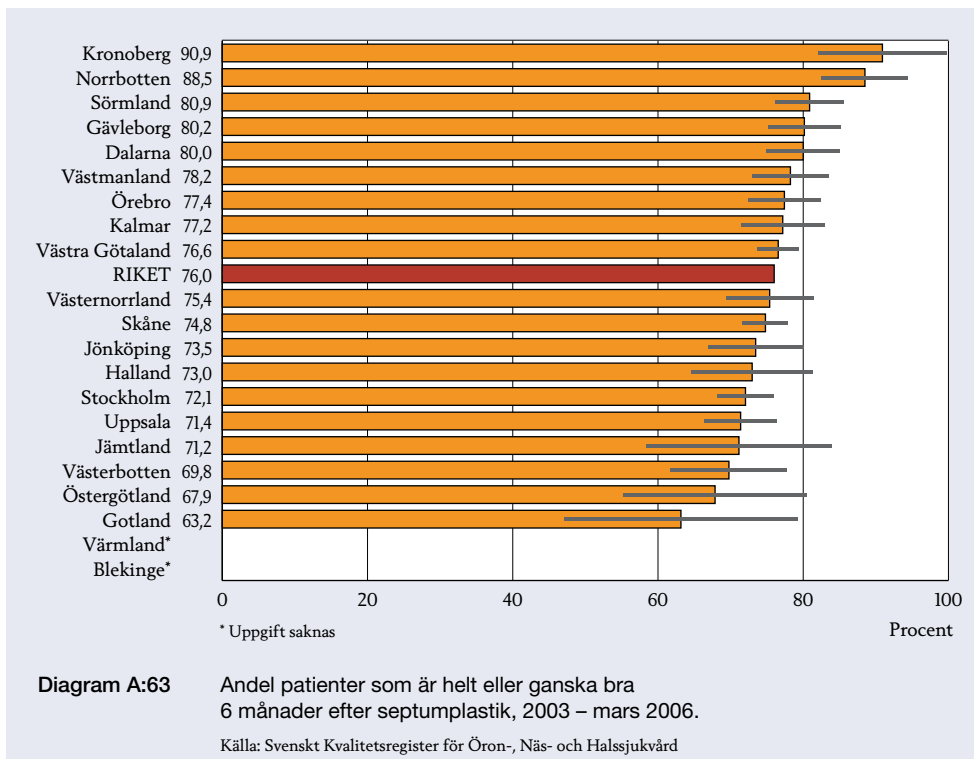
A:63 • Förbättring efter septumplastik

Septumplastik är operation av sned nässkiljevägg. 2007 rapporterades knappt 1 900 operationer i Sverige till Patientregistret. Ingreppet utförs på de flesta öron-, näs- och halskliniker.

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.

Uppgifterna har Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård som källa. Patienter som är uppföljda under perioden 2003 till mars 2006 ingår i jämförelsen, totalt 4 580 patienter. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörighet i redovisningen, inte patientens hemort.

Sex månader efter operationen får patienterna besvara en enkät om hur de bedömer resultatet av den. Diagram A:63 visar andel av patienter som svarade att de blivit förbättrade eller helt bra. I riket som helhet ger cirka 75 procent av patienterna detta svar. Variationen mellan landstingen spänner från 63 till 91 procent patienter som är nöjda med operationsresultatet. Könsspecifika analyser visade inga skillnader mel-



lan 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 i diagram A:63 är därmed sämre än vad specialitetsföreträdare väntar sig eller vill se. Det finns därmed både behov av och potential till förbättringar.

Redovisning av sjukhusdata

Här presenteras data per sjukhus för 19 indikatorer inom område *A Medicinska resultat*. Syftet är synliggöra dels hur de olika sjukhusen bidrar till ett landstings resultat, dels synliggöra hur variationen mellan sjukhus ser ut, i en rak redovisning där inga justeringar (utöver åldersstandardisering i vissa fall) gjorts.

Diagrammen presenteras landstingsvis, utan rangordning mellan sjukhus. Motivet till detta är att klargöra att framförallt resultatmått (till exempel dödlighet och andel bristningar vid förlossning) inte skall ses som egentliga kvalitetsindikatorer i det skick de här redovisas eftersom ingen justering för patienters olika sjukdomsgrad har gjorts.

Även i de fall en indikator egentligen skulle kunna anses hålla som en kvalitetsindikator också på sjukhusnivå, redovisas data för sjukhus per landsting och utan rangordning. Exempel på sådana indikatorer är de avseende hjärtsjukvård som har RIKS-HIA som källa, A: 44 och A:45 nedan.

Frågor om patientmix och registreringsvariationer kan illustreras med hjälp av måttet dödlighet efter sjukhusvårdad stroke respektive hjärtinfarkt. Vid en viss typ av hjärtinfarkt förs patienten ofta till annat sjukhus än det närliggande. Ett sjukhus med hög andel patienter som anses ha liten nytta av aktiv behandling kan som följd av detta uppvisa hög dödlighet.

För stroke kan praxis avseende inskrivning vid sjukhus från hemsjukvård och äldreboenden spela roll, avseende äldre strokepatienter med förväntad kort återstående livslängd. Skrivs dessa patienter in vid sjukhus, ökar den redovisade dödligheten, allt annat lika.

Även noggrannheten i diagnossättande avseende de patienter som dör (således redan är döda när slutlig diagnos sätts) vid sjukhuset kan påverka utfallet. Om diagnoserna stroke och hjärtinfarkt används olika ofta i dessa fall påverkas den redovisade dödligheten. Särskilt för mindre sjukhus krävs det bara få gränsdragningsfall för att redovisningen skall påverkas. Ett möjligt exempel på detta kan Karlskoga lasarett vara. Man har ett påtagligt avvikande värde i A:36 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Som en del i uppföljningen av detta har man där inlett en granskning av registreringsrutiner för infarktdiagnos, för levande och döda infarktpatienter.

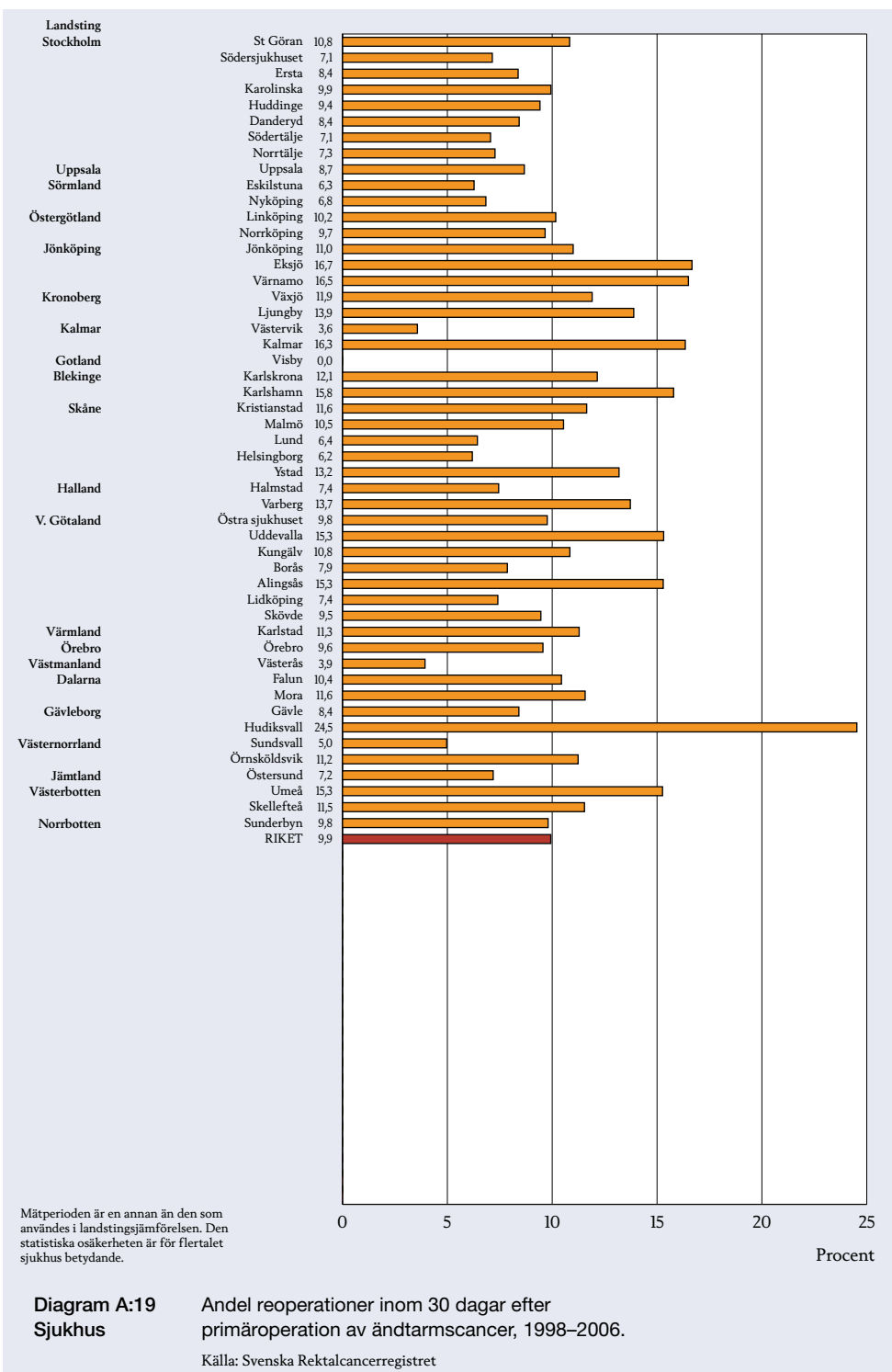
Samma sjukhusbeteckning och sjukhusindelning som används i den aktuella källan har använts, med något undantag. Källorna är dels hälsodataregister, dels kvalitetsregister. Det finns i Sverige ingen konsekvent tillämpad indelning och namngivning av enheter som används i olika register. Detta gör att namnen på sjukhusen skiljer

sig åt mellan indikatorer och att enheter ibland redovisas sammanslagna, ibland var och en för sig.

Indikatorn är alltid samma, men redovisningen av den är i vissa fall annorlunda vid sjukhusredovisningen. Omoperation vid ändtarmscancer redovisas för en längre tidsperiod. Indikatorer som har Patientregistret och Medicinska Födelseregistret som källa redovisas här ur ett producentperspektiv. Patienten hänförs till det sjukhus där vården bedrevs, oavsett patientens hemort. Detsamma gäller de RIKS-HIA-baserade indikatorerna A:44 och A:45, liksom A:53 om väntetid till bypass-operation. Ingen åldersstandardisering har gjorts vid sjukhusredovisning av A:39 och A:47, som avser läkemedelsanvändning efter stroke och hjärtinfarkt.

Konfidensintervall återges inte, eftersom syftet med redovisningen inte kräver denna försiktighetsåtgärd. Läsarna bör själv ha i åminnelse att för en stor del av indikatorerna så är den statistiska osäkerheten betydande för många sjukhus, inte bara de mindre.

Indikator	Sida	Indikator	Sida
A:19 Reoperation vid ändtarmscancer	146	A:26 Bristningar vid förlossning	147
A:36 Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke	148	A:37 Vård vid strokeenhet	149
A:38 Funktionsförmåga efter stroke	150	A:39 Blodförtunnande vid stroke och förmaksflimmer	151
A:42 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	152	A:44 Kranskärslsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt	153
A:45 Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt	154	A:46 Väntetid till bypass-operation	155
A:47 Blodfettssänkande behandling efter infarkt	156	A:48 Återinskrivning efter hjärtsvikt	157
A:51 Omoperation efter total höftprotesoperation	158	A:52 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	159
A:53 Väntetid inför höftfrakturopoperation	160	A:59 Måluppfyllelse för dialysdos	161
A:60 Kärlaccess vid dialys	162	A:61 Omoperation vid ljumskbräck	163
A:62 Synfel vid kataraktoperation	165		

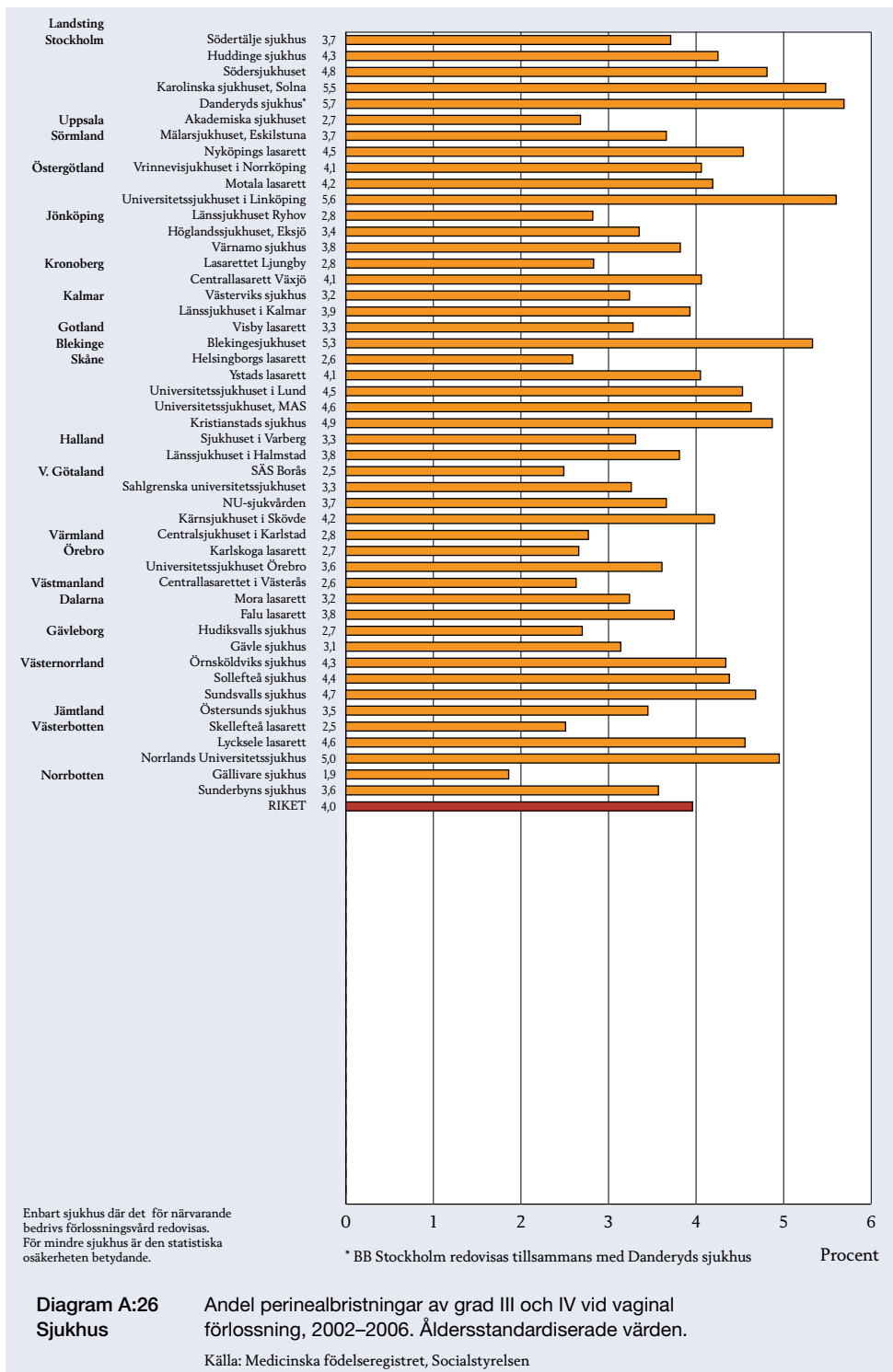


Mätperioden är en annan än den som användes i landstingsjämförelsen. Den statistiska osäkerheten är för flertalet sjukhus betydande.

Diagram A:19
Sjukhus

Andel reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer, 1998–2006.

Källa: Svenska Rektalcancerregistret



Enbart sjukhus där det för närvarande bedrivs förlossningsvård redovisas. För mindre sjukhus är den statistiska osäkerheten betydande.

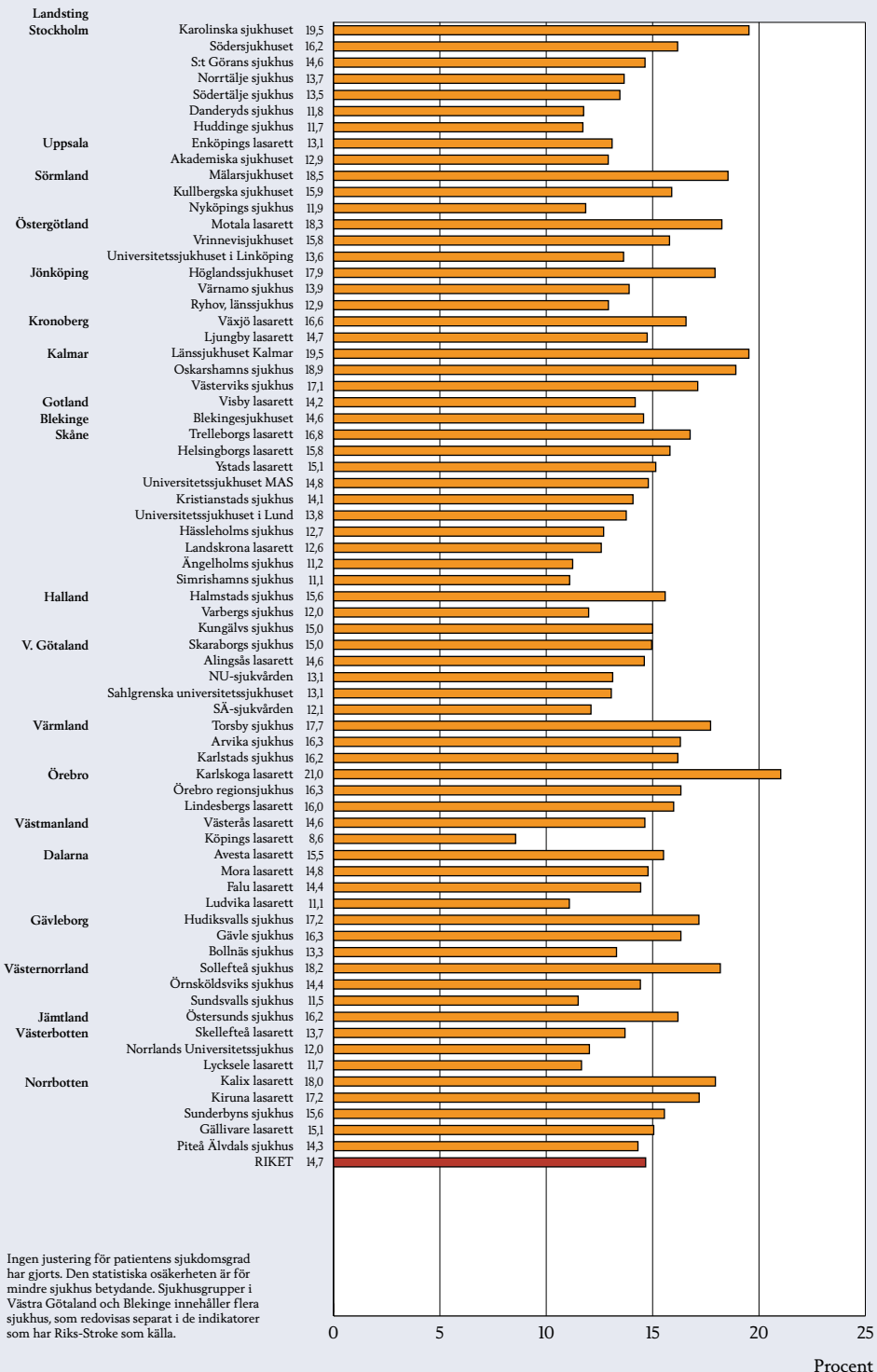
* BB Stockholm redovisas tillsammans med Danderyds sjukhus

Procent

Diagram A:26
Sjukhus

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning, 2002–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen



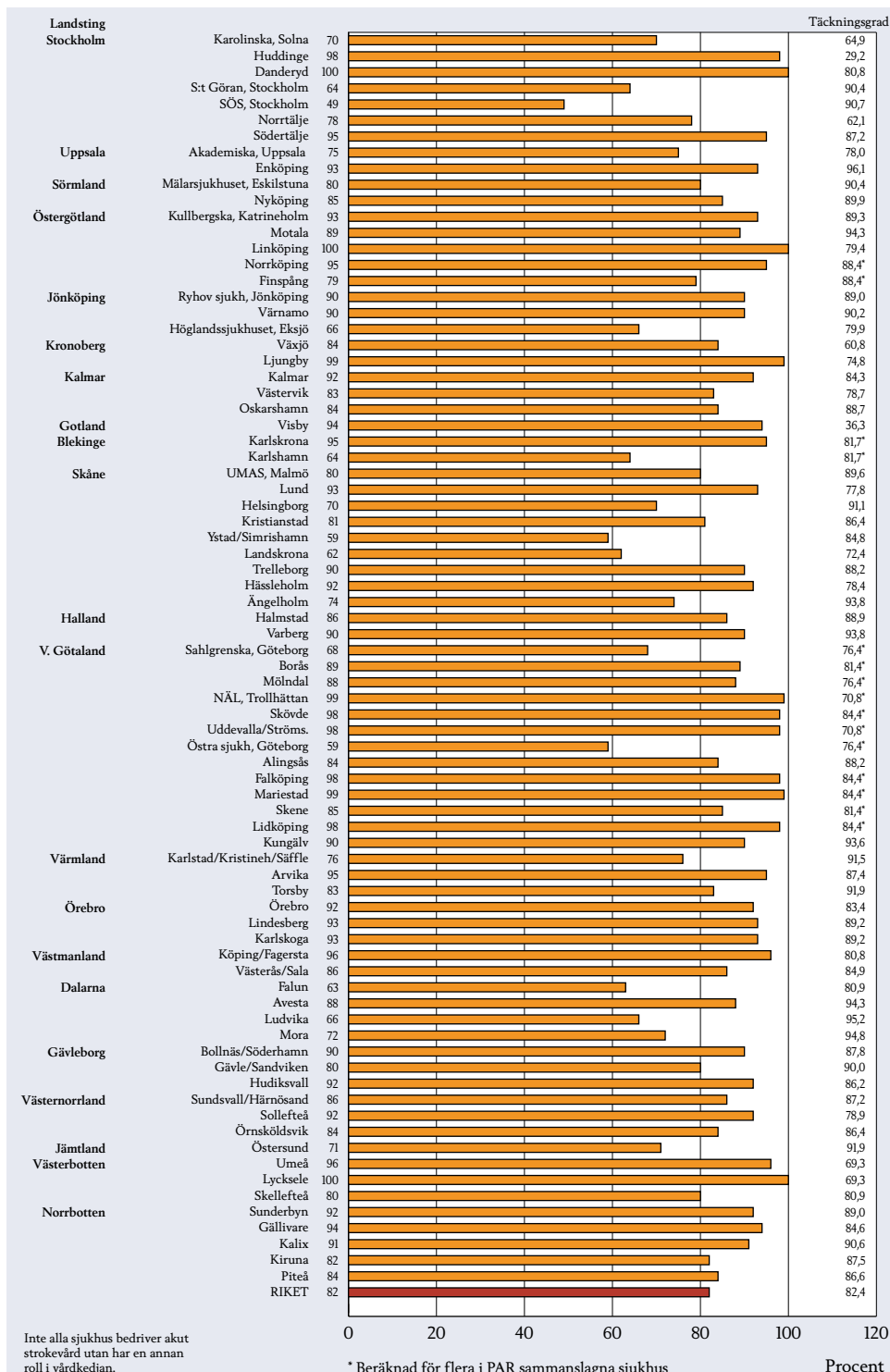
Ingen justering för patientens sjukdomsgrad har gjorts. Den statistiska osäkerheten är för mindre sjukhus betydande. Sjukhusgrupper i Västra Götaland och Blekinge innehåller flera sjukhus, som redovisas separat i de indikatorer som har Riks-Stroke som källa.

Diagram A:36
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstagångstroke, 2005–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Procent



Inte alla sjukhus bedriver akut strokevård utan har en annan roll i vårdkedjan.

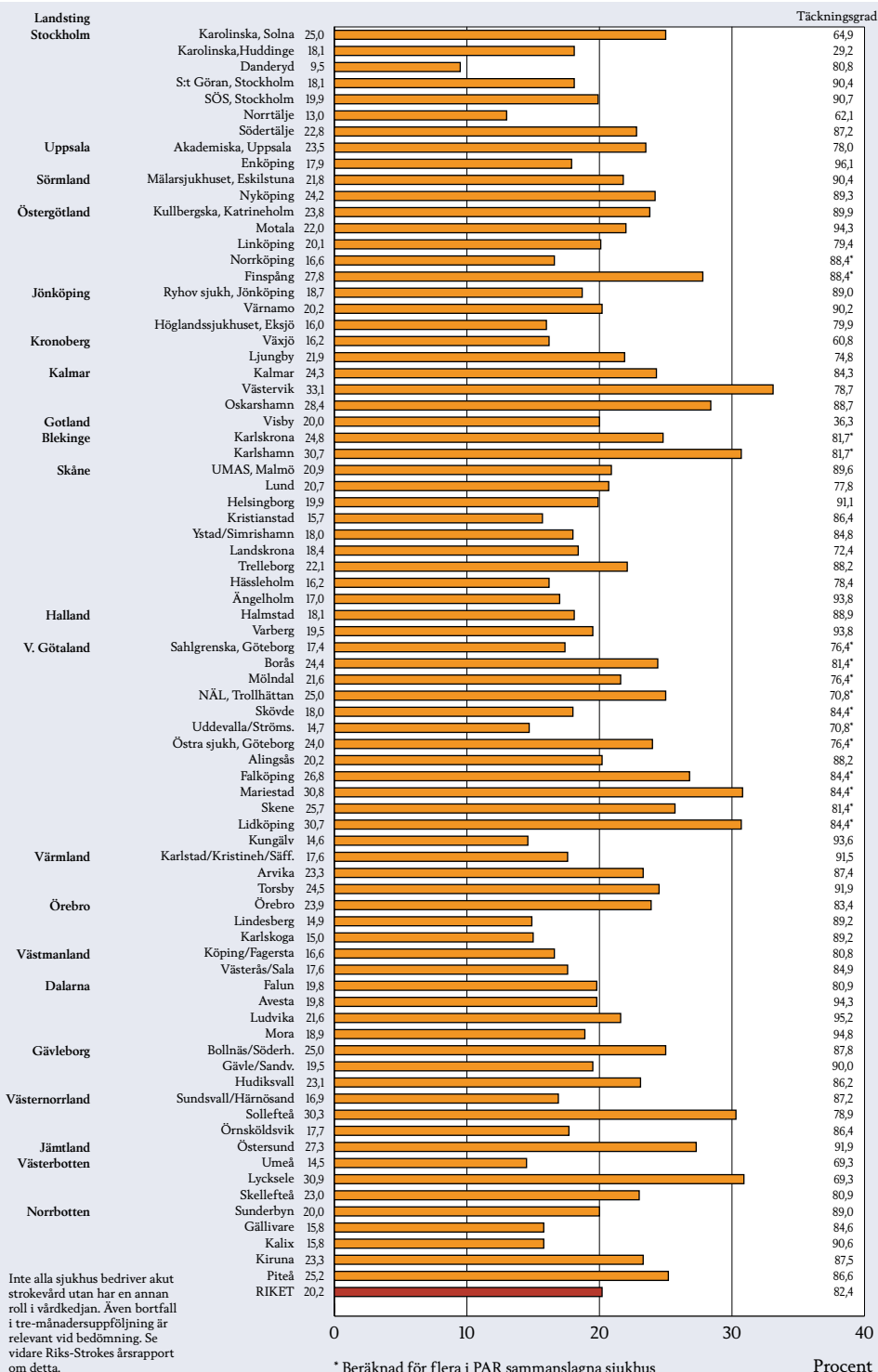
* Beräknad för flera i PAR sammanslagna sjukhus

Procent

Diagram A:37
Sjukhus

Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet, 2007.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke



* Beräknad för flera i PAR sammanslagna sjukhus

Procent

Diagram A:38
Sjukhus

Andel strokepatienter som var ADL-beroende 3 månader efter akutfasen, 2007.

Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke

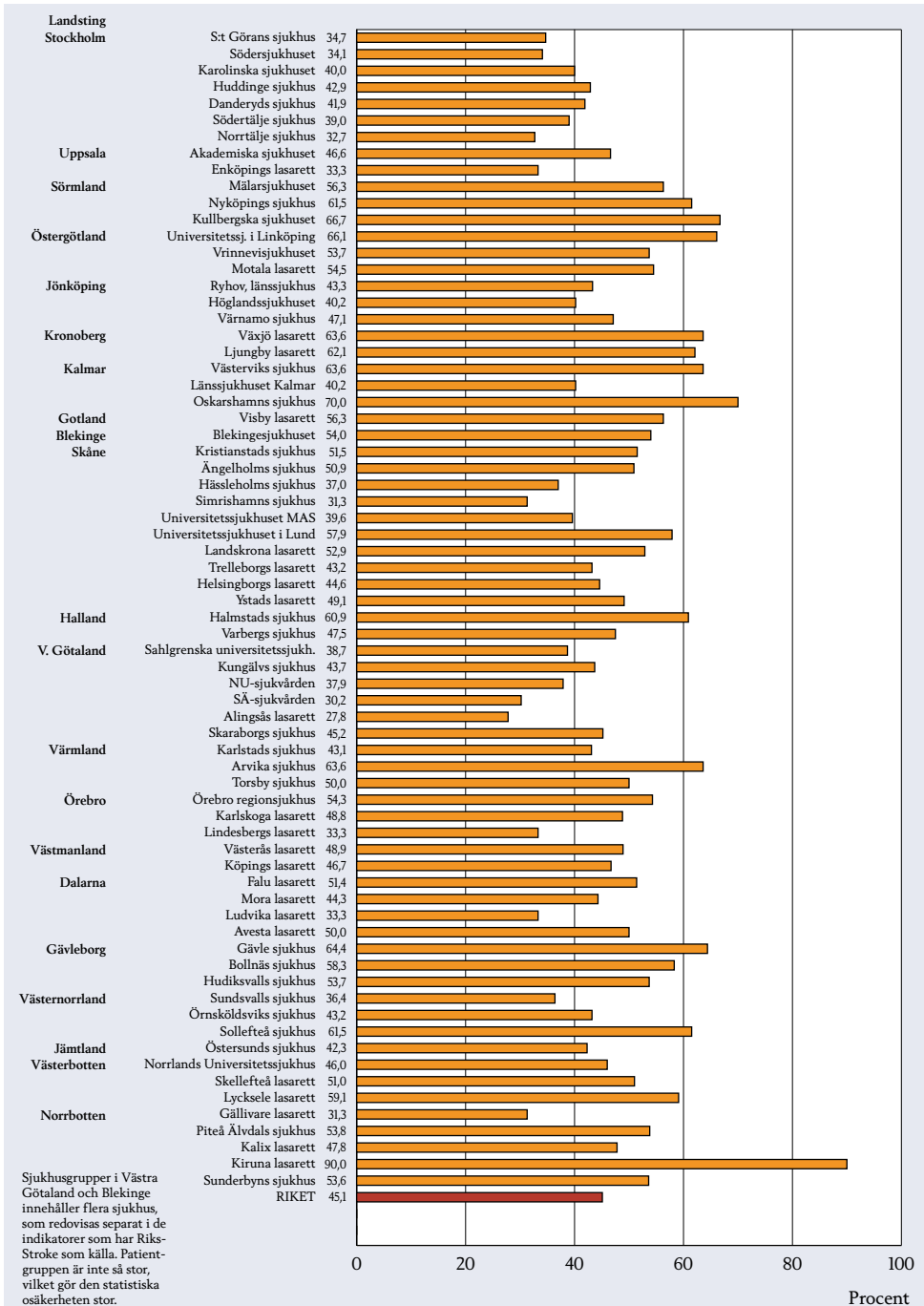


Diagram A:39
Sjukhus

Andel strokepatienter med förmaksflimmer som hade blodförtunnande behandling efter 12–18 månader, 2005–2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

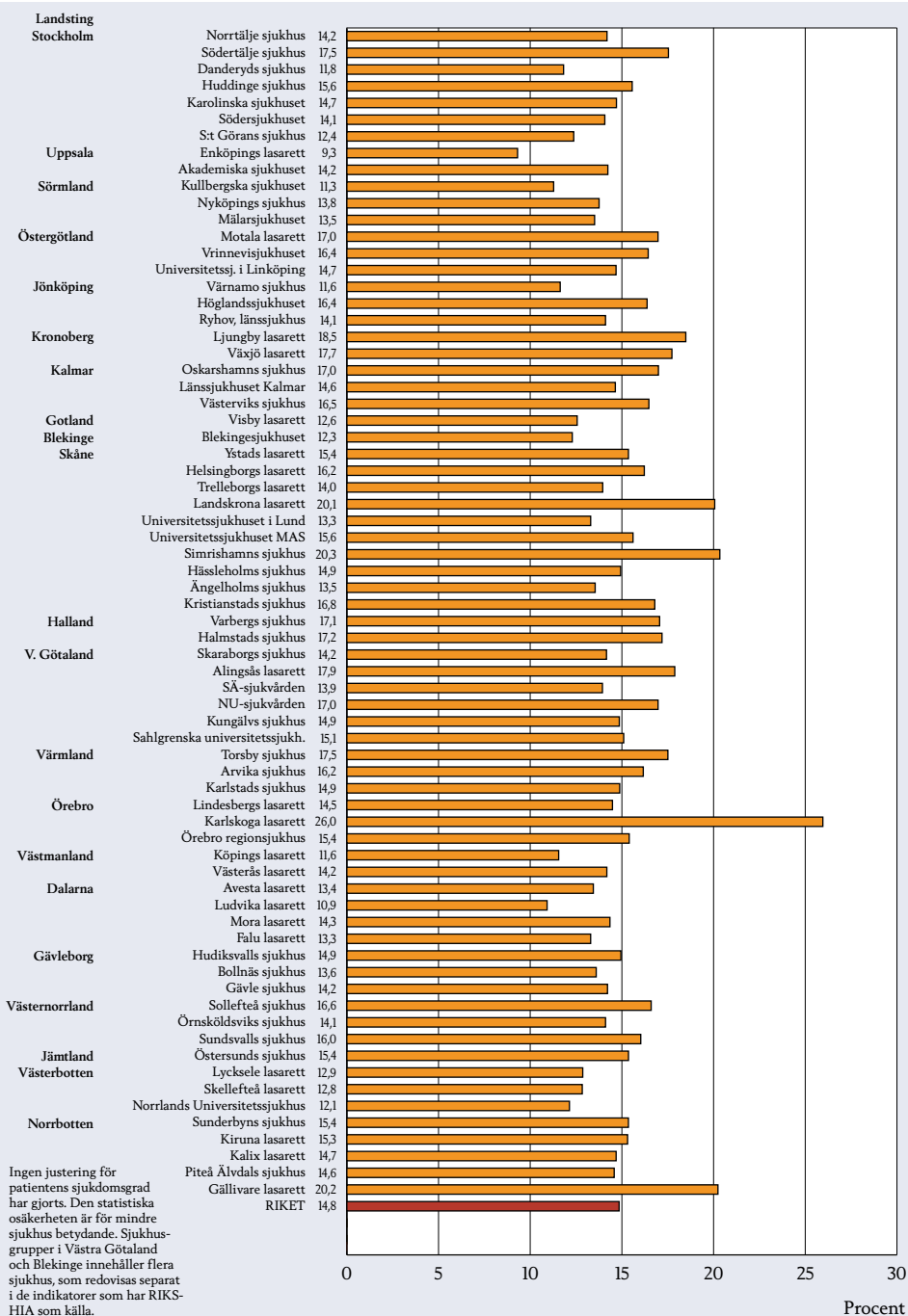


Diagram A:42
Sjukhus

Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, 2005–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

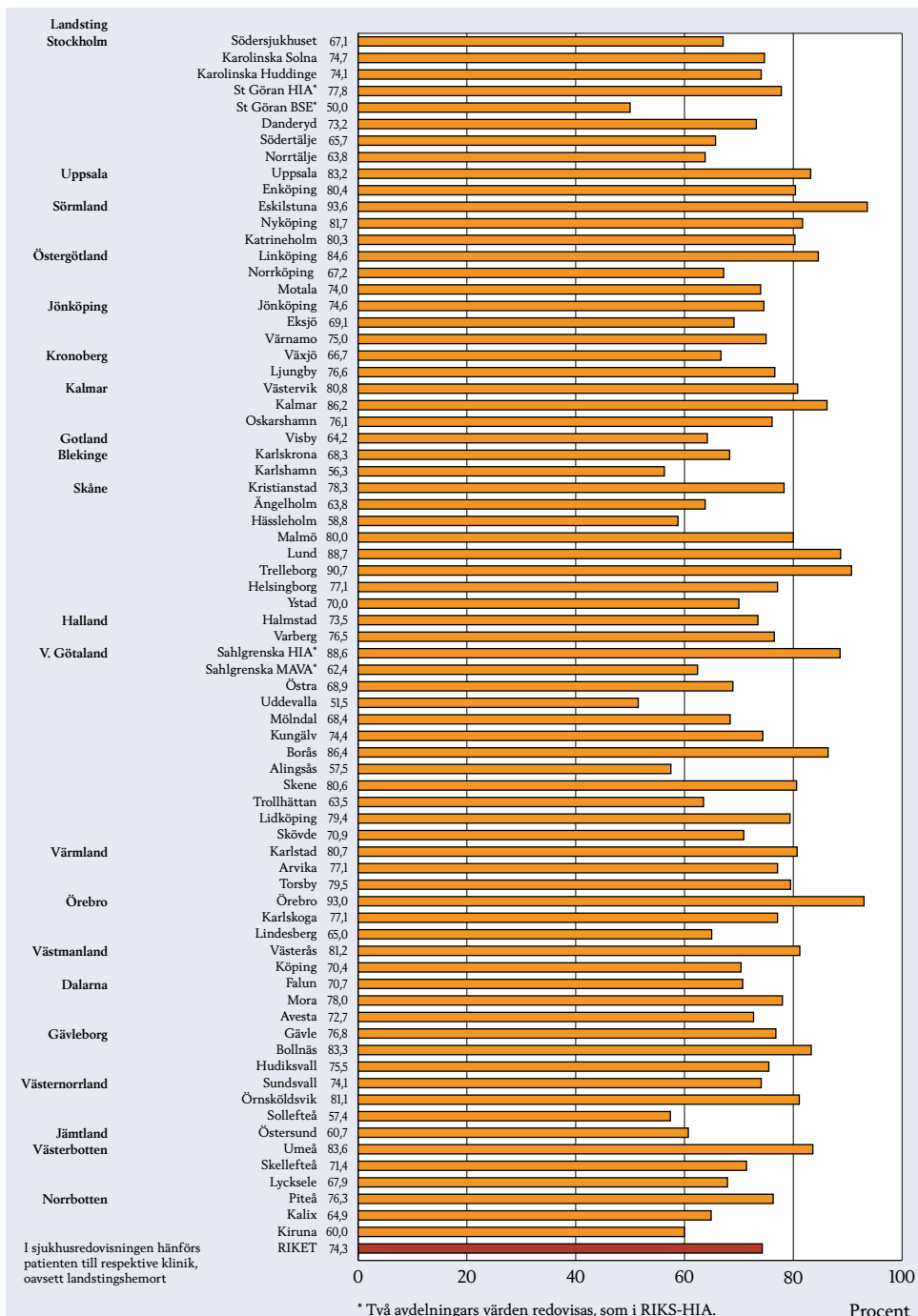
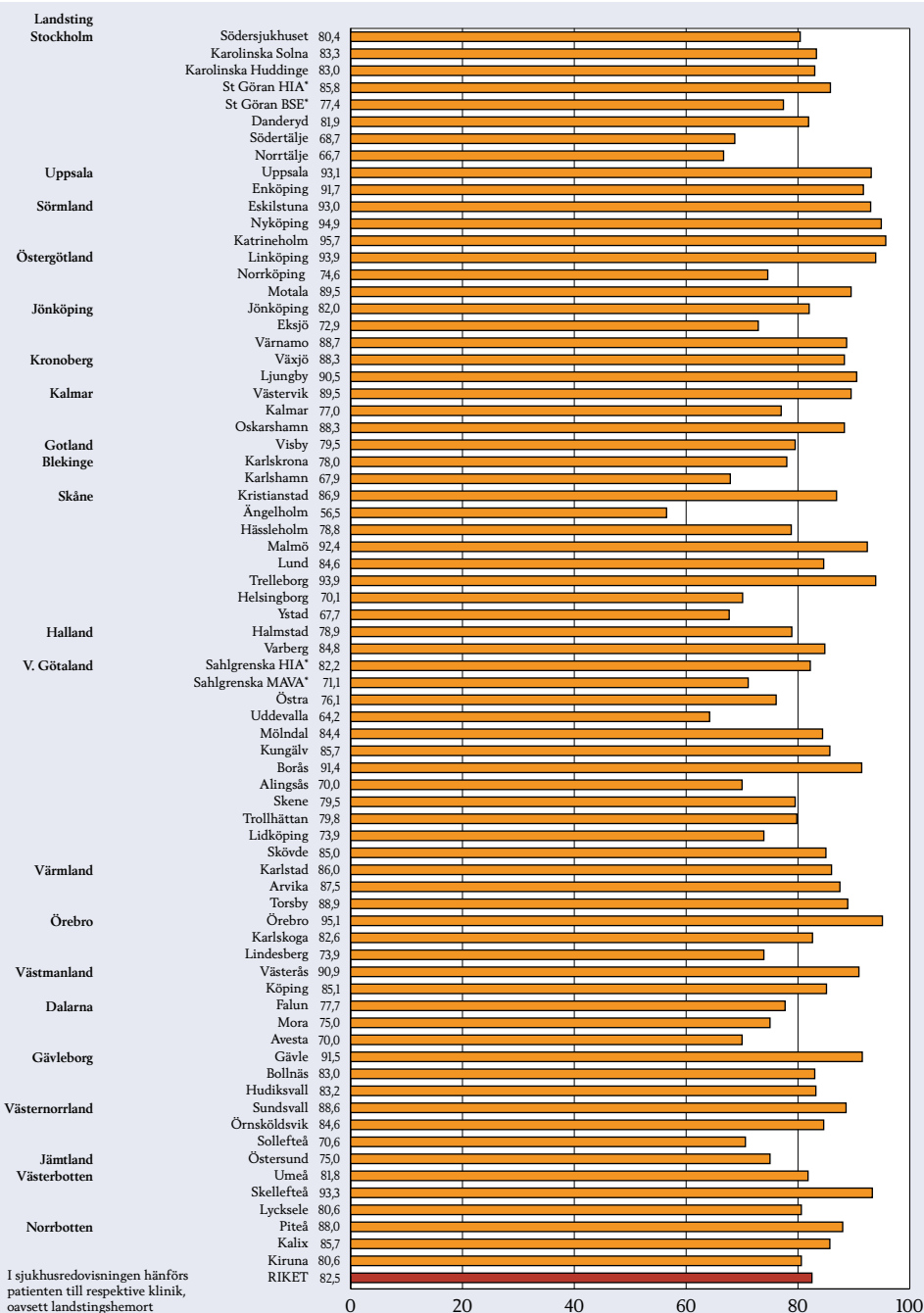


Diagram A:44
Sjukhus

Andel kranskärlsröntgade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt, 2007. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård



I sjukhusredovisningen hänförs patienten till respektive klinik, oavsett landstingshemort

* Två avdelningars värden redovisas, som i RIKS-HIA.

Procent

Diagram A:45
Sjukhus

Andel clopidogrelbehandlade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt, 2007. Avser patienter < 80 år.

Källa: RIKS-HIA – Nationellt register för hjärtintensivvård

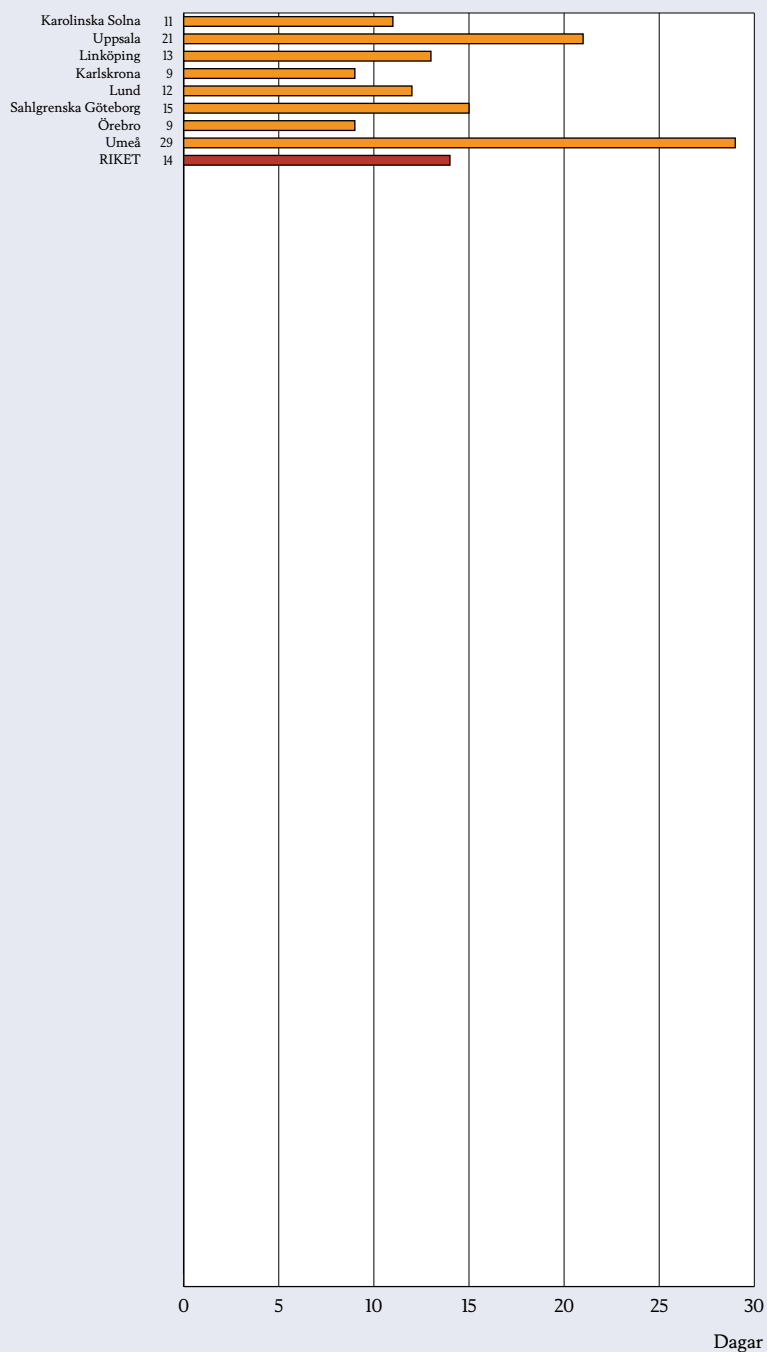


Diagram A:46
Sjukhus

Medianväntetid mellan beslut om operation
och utförd bypass-operation, 2007.

Källa: Svenska Hjärtkirurgregistret

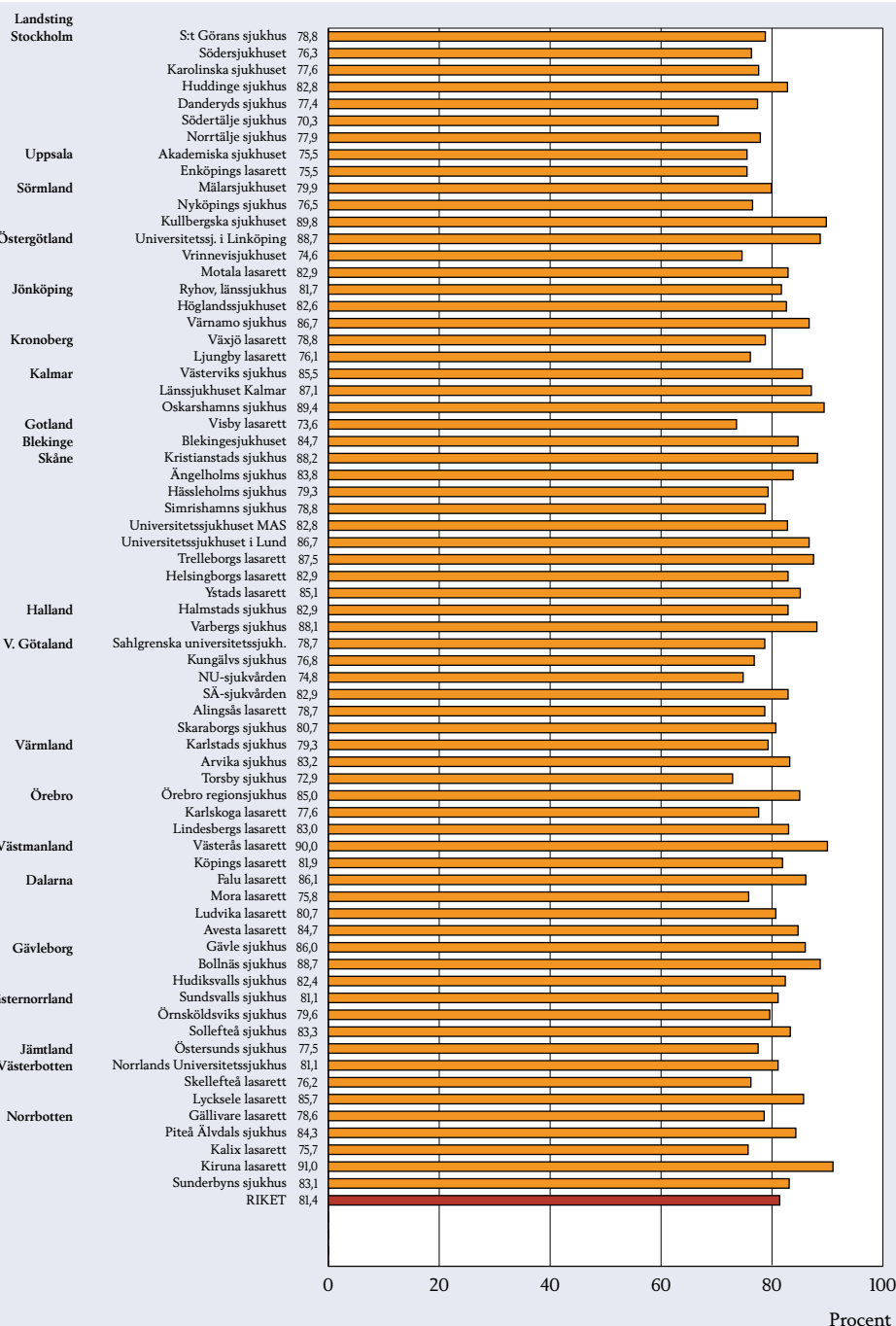


Diagram A:47
Sjukhus

Andel hjärtinfarktspatienter med blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader, 2005–2006. Åldersstandardiserade värden. Avser patienter 40–79 år.

Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

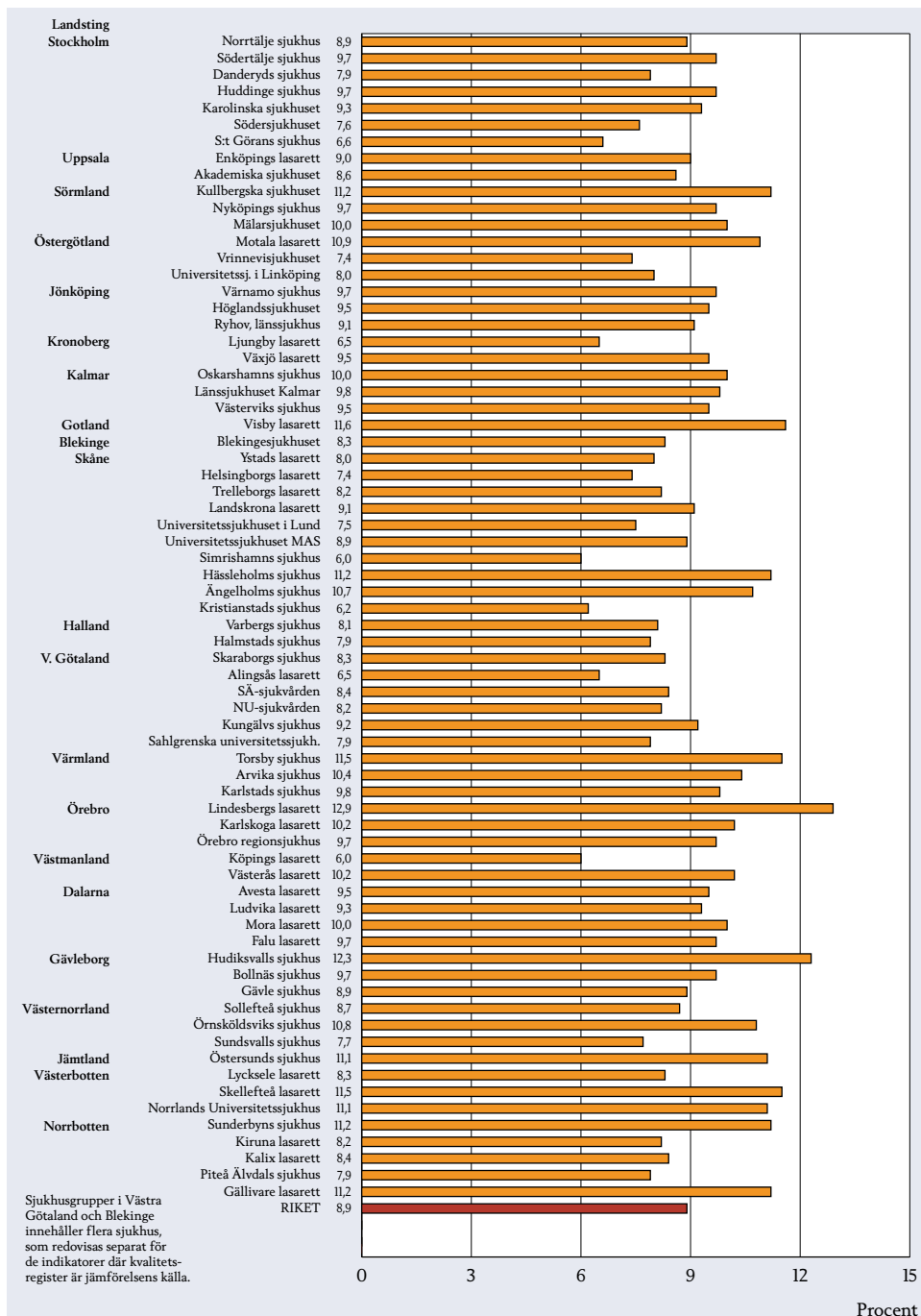


Diagram A:48
Sjukhus

Andel återinskrivna för hjärtsvikt inom 30 dagar, 2004–2007. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

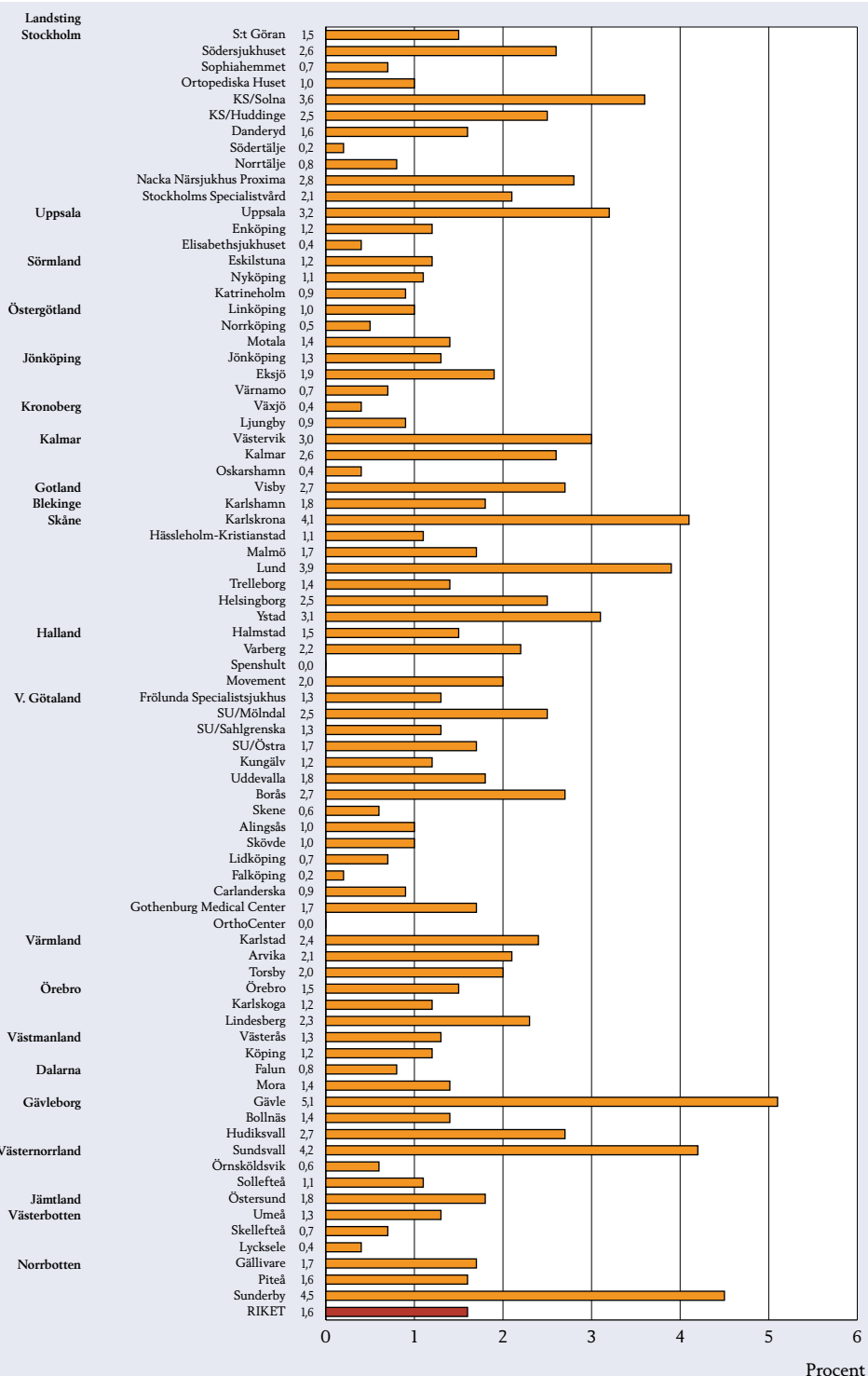
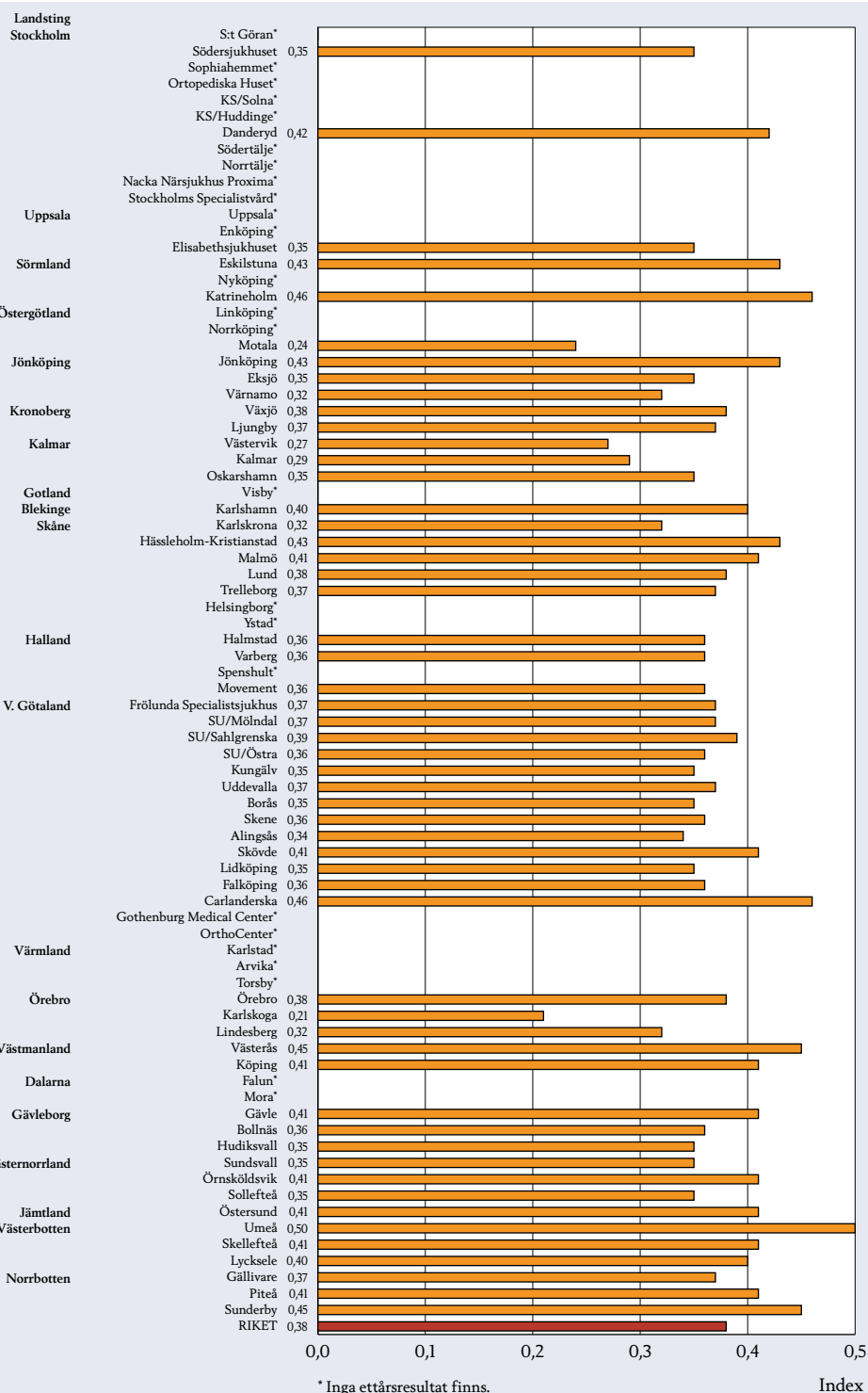


Diagram A:51
Sjukhus

Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation, 2004–2007.

Källa: Svenska Höftprotosregistret



* Inga ettårsresultat finns.

Index

Diagram A:52
Sjukhus

Patientrapporterat resultat av total höftledsplastik, 2002–2007.
Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Källa: Svenska Höftprotesregistret

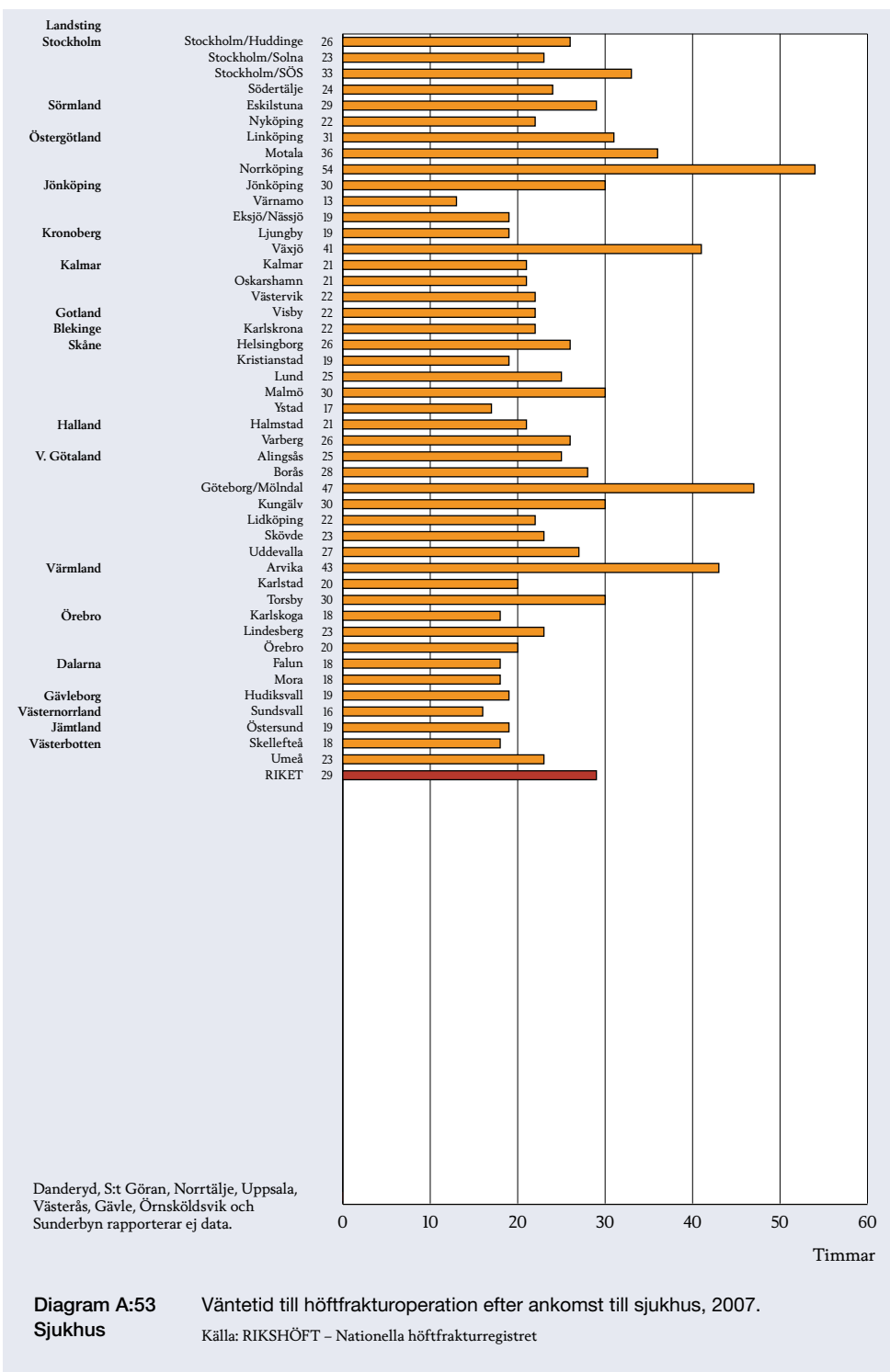


Diagram A:53
Sjukhus

Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2007.

Källa: RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

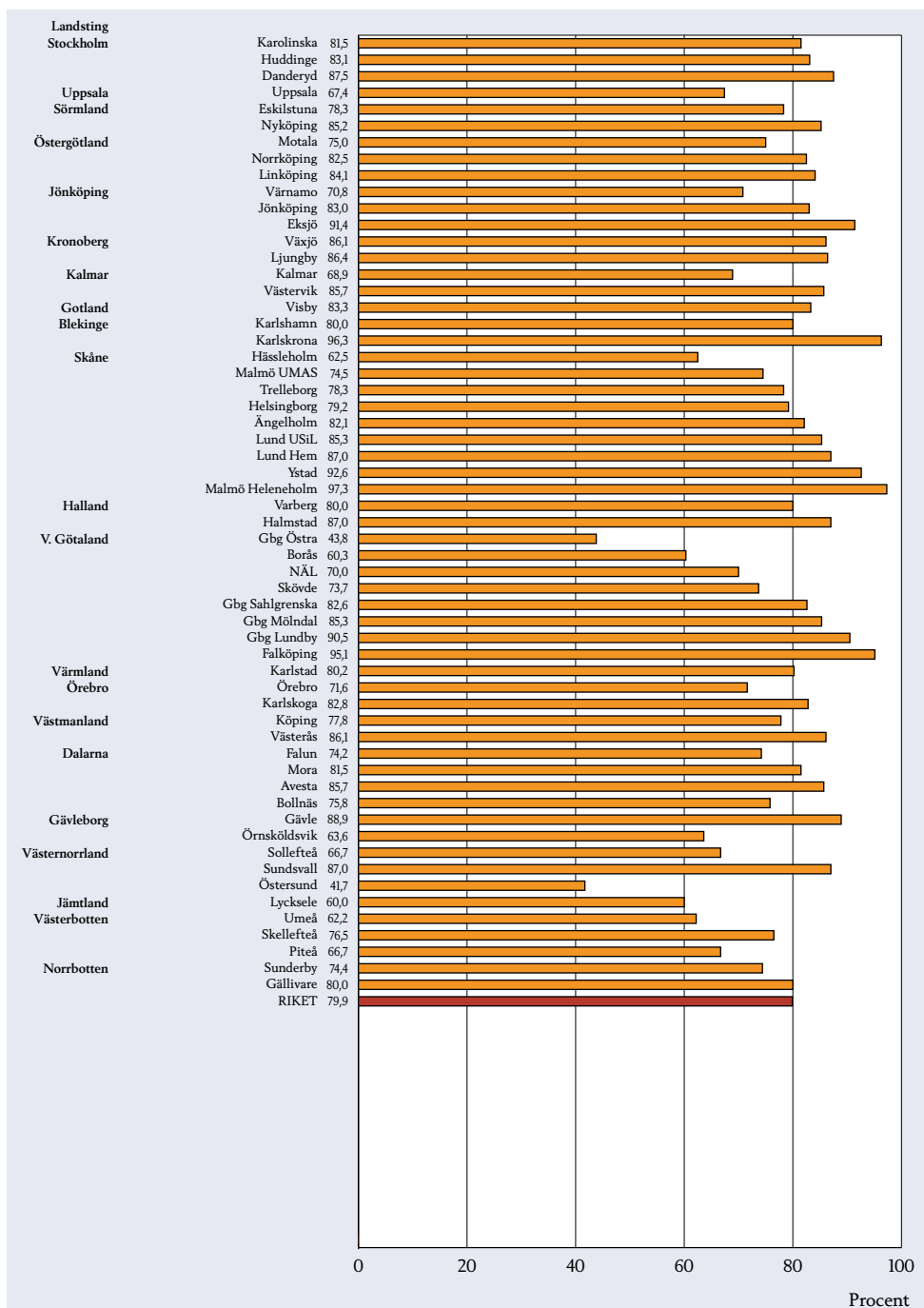


Diagram A:59
Sjukhus

Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos, 2007. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.

Källa: Svenskt Njurrregister

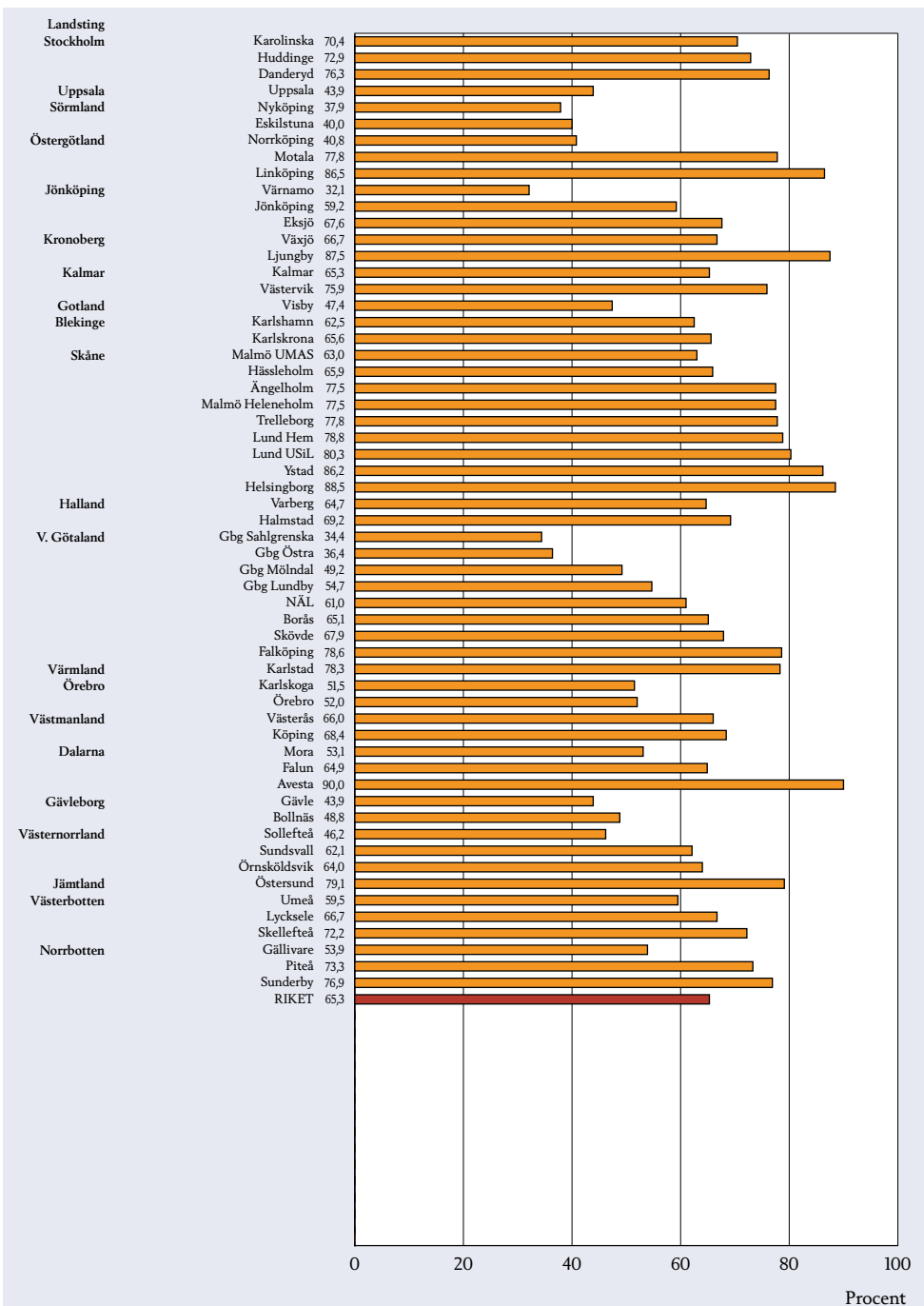
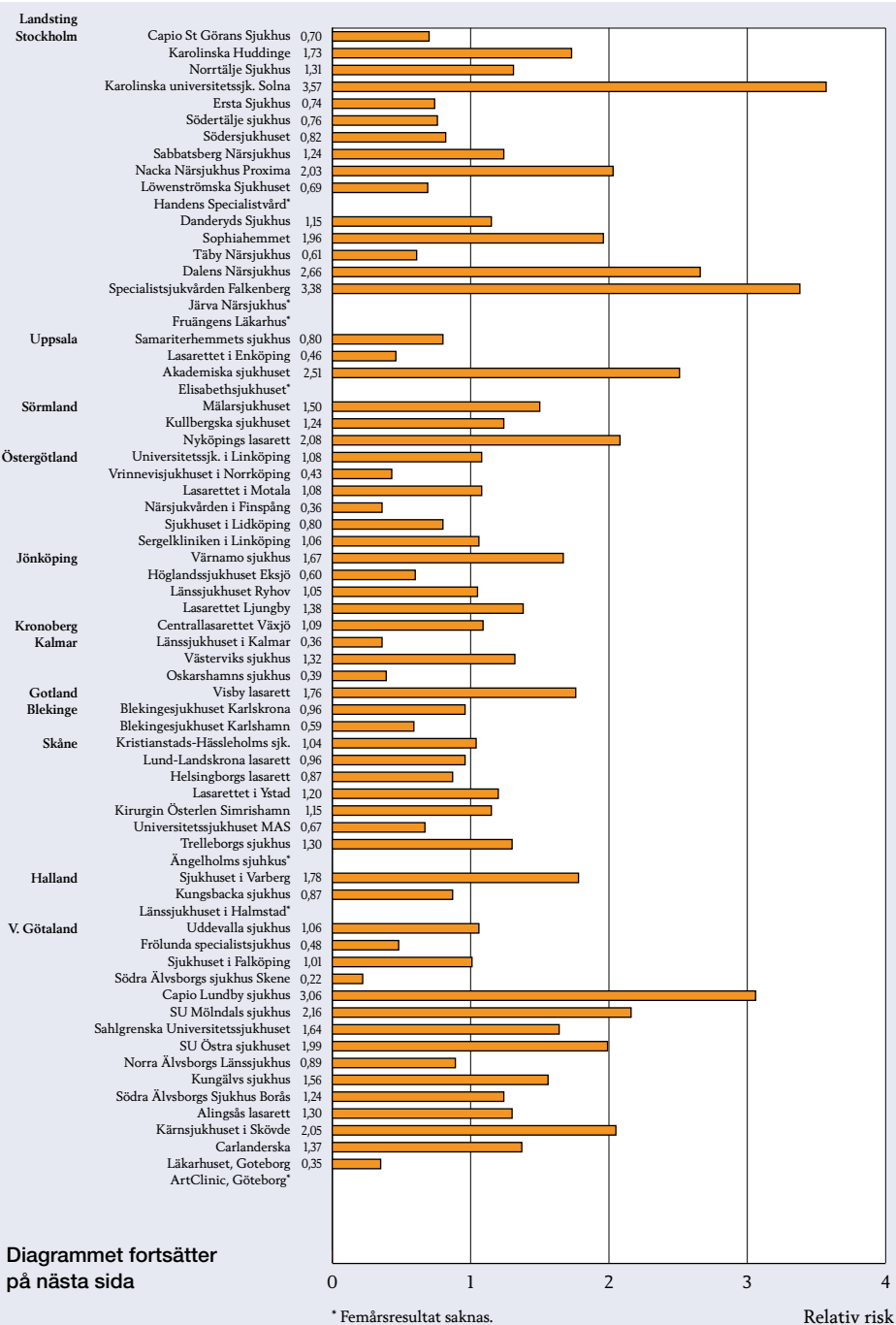


Diagram A:60
Sjukhus

Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2007.

Källa: Svenskt Njurrregister



Diagrammet fortsätter på nästa sida

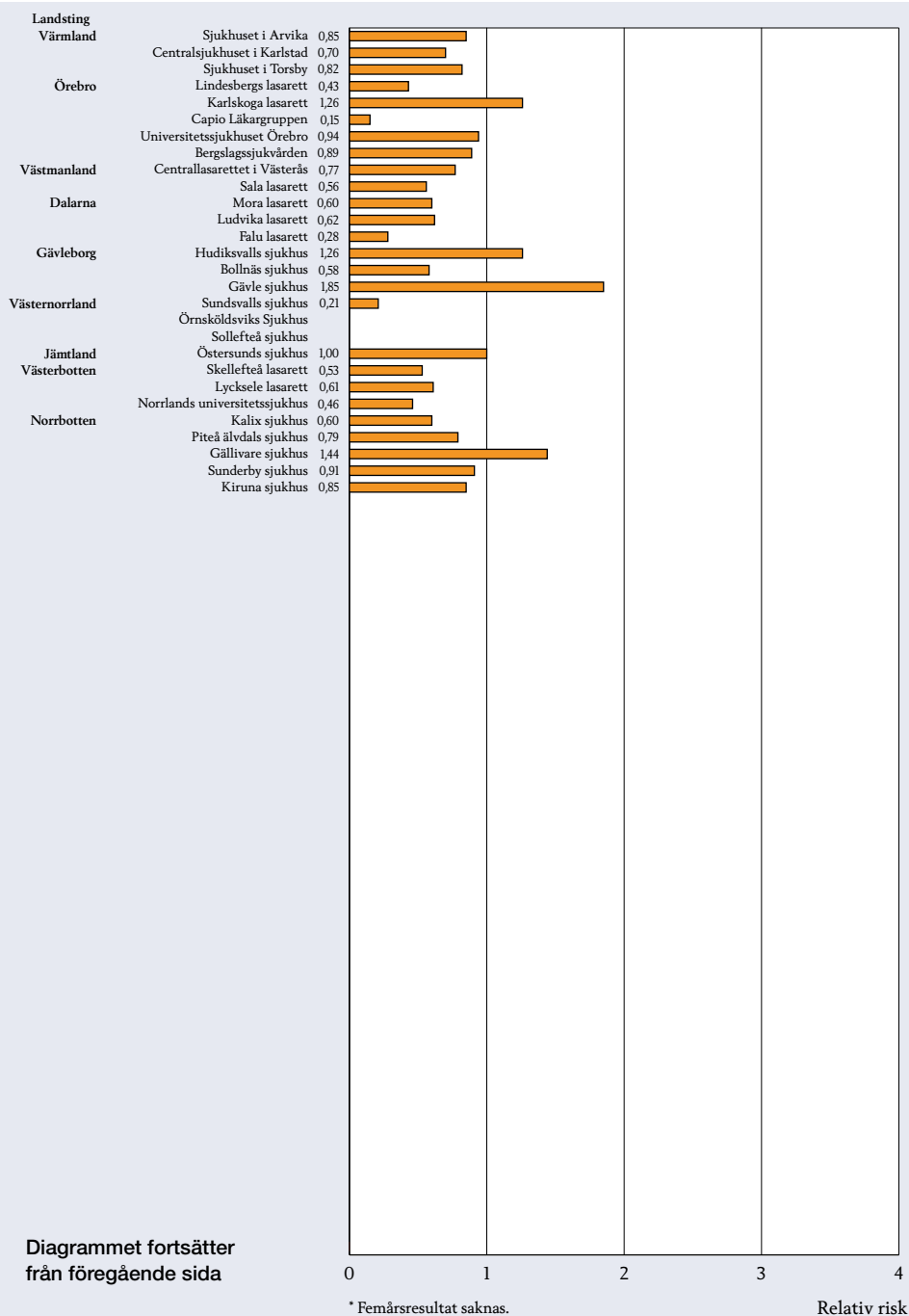
* Femårsresultat saknas.

Relativ risk

Diagram A:61 Sjukhus

Relativ risk för omoperation inom 5 år efter lumsbräcksoperation, 2003–2007. Risk för respektive klinik jämfört med övriga kliniker.

Källa: Svenskt Bräckregister

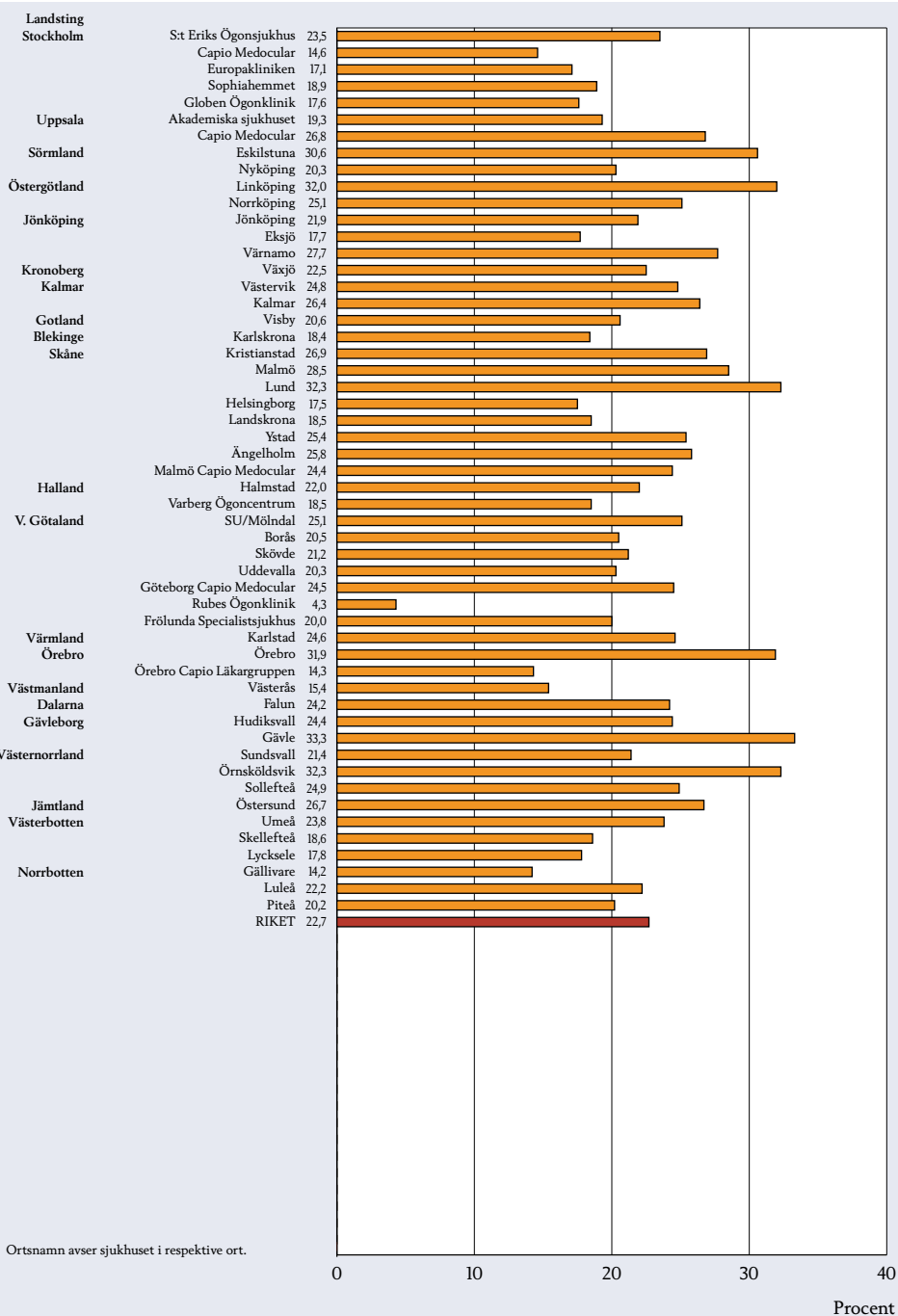


Diagrammet fortsätter från föregående sida

Diagram A:61 Sjukhus

Relativ risk för omoperation inom 5 år efter ljumskbråcksoperation, 2003–2007. Risk för respektive klinik jämfört med övriga kliniker.

Källa: Svenskt Bräckregister



Ortsnamn avser sjukhuset i respektive ort.

Diagram A:62
Sjukhus

Andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation, 2007.

Källa: Nationella Kataraktregistret

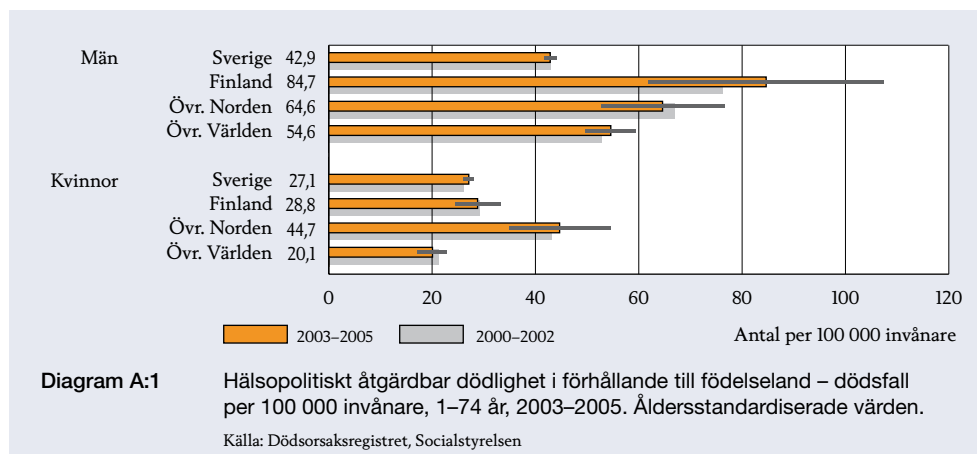
Socioekonomisk belysning – några exempel

Landstingsjämförelserna i *Öppna jämförelser* innebär att jämlikhet och lika tillgång till vård av god kvalitet speglas ur ett geografiskt perspektiv. Frågan som belyses är om sjukvårdskvaliteten skiljer sig åt mellan landets olika delar. Den könsuppdelade redovisning som sker i rapporten fokuserar istället frågan om sjukvården ges på ett ur könssynpunkt jämlikt sätt. Här belyser vi en tredje aspekt på jämlikhet i vården, den som avser skillnader mellan socioekonomiska grupper.

Vi presenterar åtta exempel på sjukdomar och behandlingar där det verkar vara skillnader i förebyggande arbete eller i den vård som ges för olika socioekonomiska grupper. Samtliga indikatorer har tidigare redovisats inom område *A Medicinska resultat*, då som jämförelser mellan landsting.

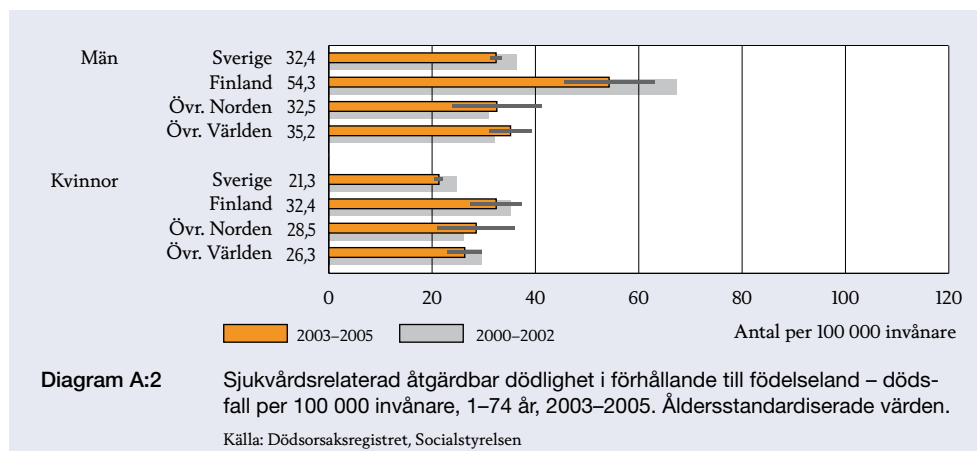
De åtta exemplen är valda framförallt därför att de representerar stora sjukdomsgrupper eller vanliga sjukvårdsinsatser. Dock bör betonas att de är exempel, inte ett urval indikatorer som kartlägger den sociala jämlikheten i svensk hälso- och sjukvård.

Vi har här främst valt att redovisa skillnader mellan personer med olika födelseland, samt mellan grupper med olika utbildningsbakgrund. Utbildningsvariabelns indelning varierar för de olika måtten.



A:1 • Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet och födelseland

Lungcancer och trafikolyckor står för en stor del av den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten. Män födda utanför Sverige har en ökad dödlighet jämfört med svenskfödda män, detta gäller framförallt män födda i Finland vars dödlighet nästan är fördubblad. För kvinnor är skillnaderna inte så stora. Skillnader i rök- och alkoholvanor kan vara en av orsakerna. Överlag är gruppen födda i övriga Norden liten.



A:2 • Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och födelseland

Personer födda i Finland har en klart ökad dödlighet i sjukvårdspolitiskt åtgärdbara sjukdomar, framför allt diabetes och stroke jämfört med personer födda i Sverige eller utanför Norden. Skillnader i levnadsvanor och riskfaktorer kan vara en av orsakerna. Överlag är gruppen födda i övriga Norden liten.

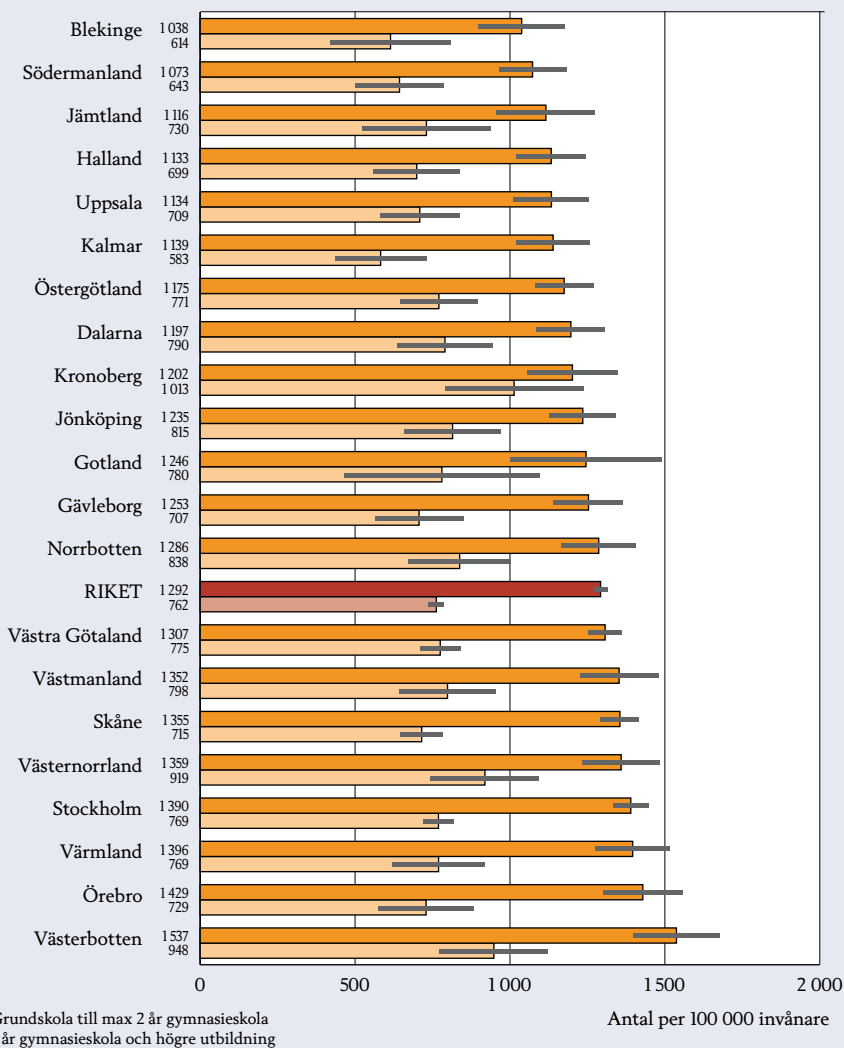


Diagram A:3
Kvinnor

Antal personer 45–74 år med undvikbara slutenvårdstillfällen i förhållande till utbildning per 100 000 invånare, 2006. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

A:3 • Undvikbar slutenvård och utbildning

För alla landsting har personer med lägre utbildning en högre andel undvikbara slutenvårdstillfällen. Då dessa åkommer i princip inte ska vårdas inom slutenvården och det inte finns något hälsodataregister över primärvården har vi ingen möjlighet att fastställa det faktiska antalet personer i varje utbildningsgrupp som har någon av de analyserade diagnoserna. Sålles jämför vi med befolkningen i respektive utbildningsgrupp, analogt med hur måttet används på landstingsnivå.

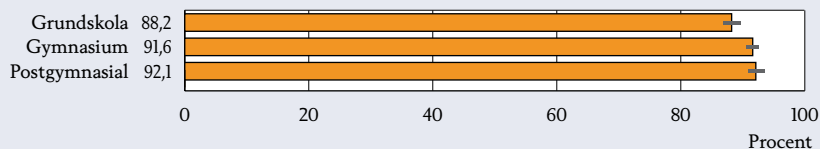


Diagram A:18 5-årsöverlevnad vid bröstcancer i förhållande till utbildning, 2001–2005, uppföljning t.o.m. december 2006. 45–74 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

A:18 • Överlevnad vid bröstcancer och utbildning

Insjukandet i bröstcancer är högre bland högutbildade kvinnor bland annat som en följd av senare barnafödande. Dock visar diagrammet att överlevnaden är högre för dessa kvinnor. Varje utbildningsgrupp har relaterats till den egna gruppens förväntade överlevnad, alltså påverkas resultaten inte av att högutbildade kvinnor på befolkningsnivå generellt har en lägre dödlighet.

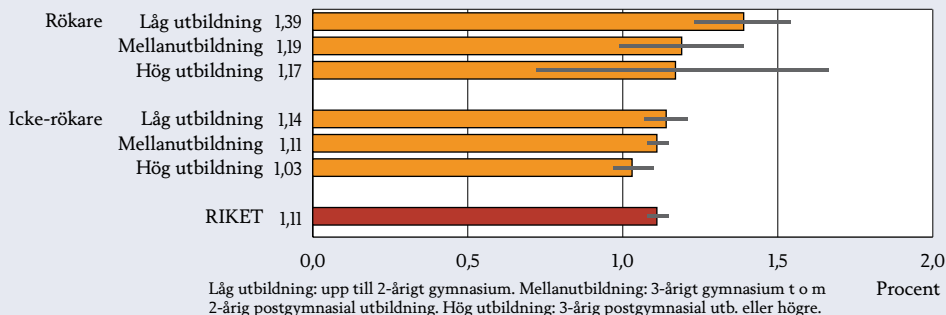


Diagram A:25 Andel födda med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter i förhållande till utbildning och rökning, 2001–2005. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

A:25 • Låg Apgarpoäng, utbildning och rökning

Både rökning och utbildningsnivå påverkar risken för låg Apgar. Vi ser också tydliga utbildningsskillnader i förekomst av rökning. 21 procent av de lågutbildade gravida mödrarna röker, 7,5 procent av de med medellång utbildning samt endast 1,5 procent av mödrar med hög utbildning.

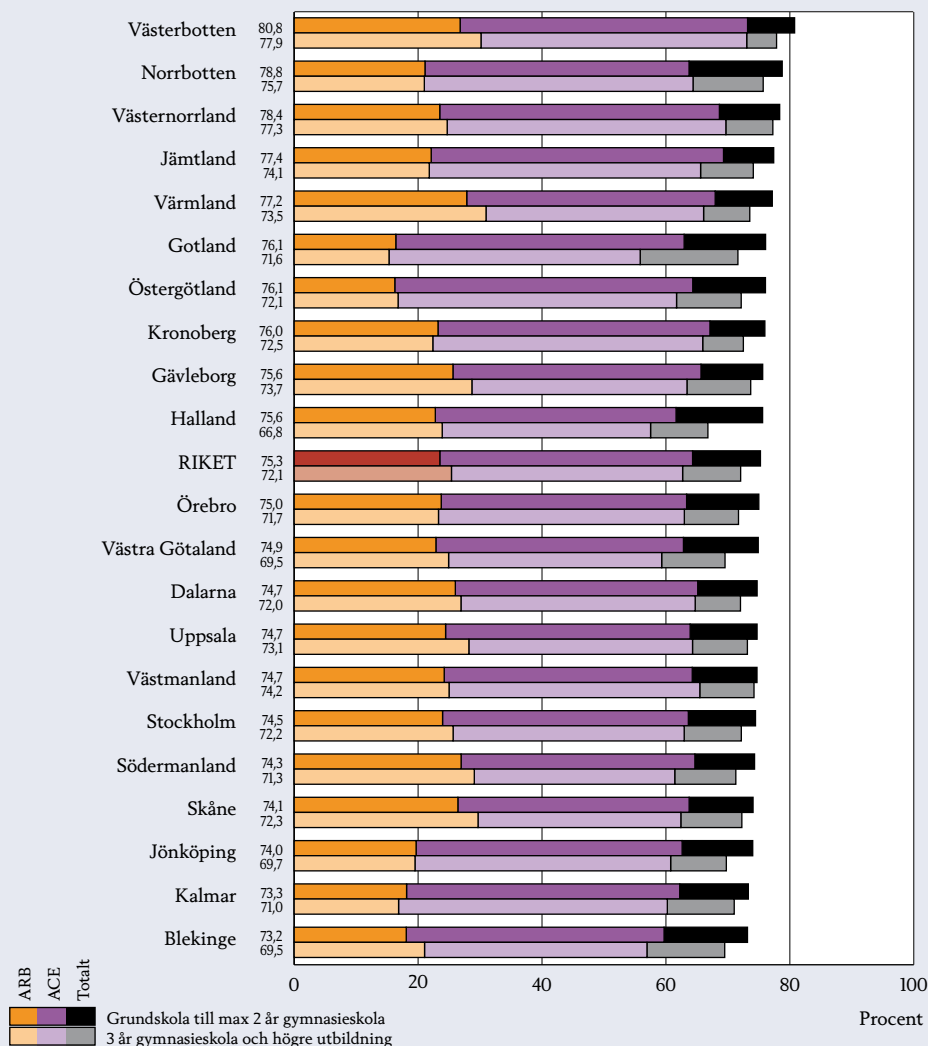
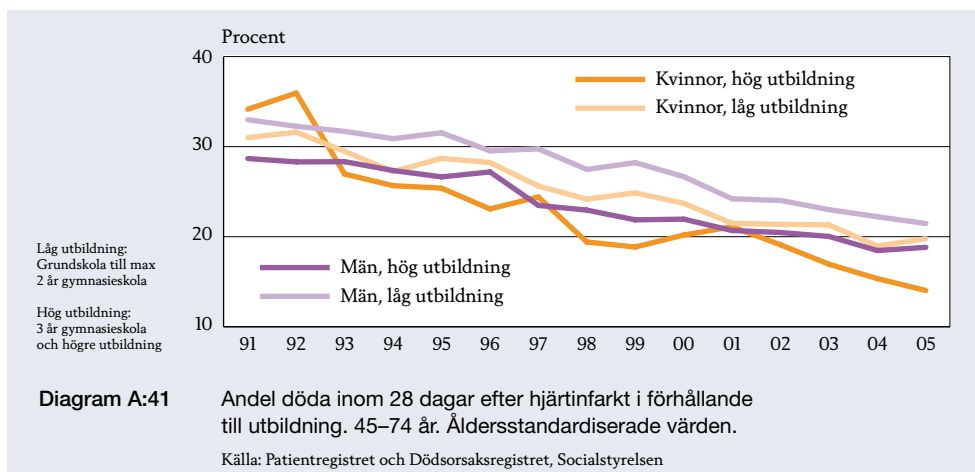


Diagram A:29 Andel diabetiker, 45–74, år med blodtryckssänkande läkemedelsbehandling i förhållande till utbildning, 2006. Åldersstandardiserade värden.

Män Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

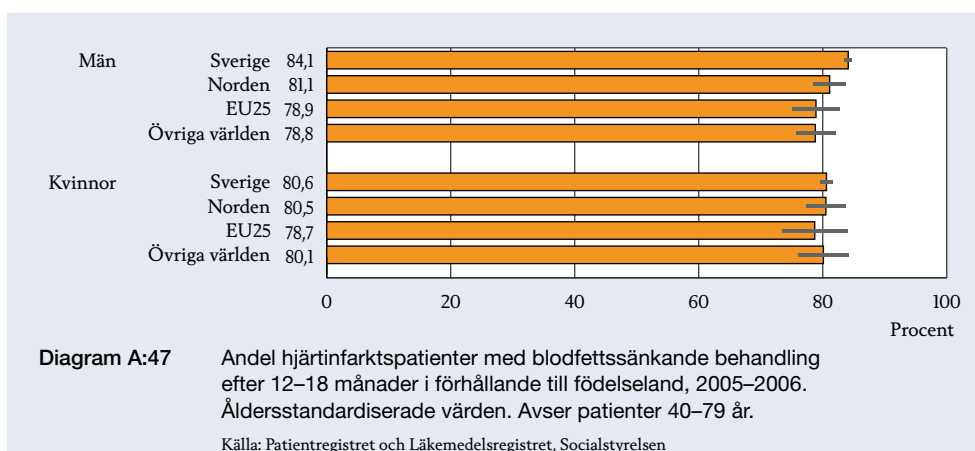
A:29 • Diabetes, blodtryckssänkande behandling och utbildning

För diabetiker med låg utbildning är det vanligare med någon form av blodtrycksmedicinering. Det speglar troligen att dessa grupper har en högre förekomst av andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, utöver sin diabetes. Dock är skillnaderna inte alls lika tydliga, i vissa fall även omvända när det gäller de nya och dyrare blodtryckssänkande ARB-läkemedlen. Dessa verkar förskrivas till de högutbildade i högre grad. Se även indikator D:I3 om ARB-läkemedlen.



A:41 • Dödlighet i hjärtinfarkt och utbildning

På de senaste femton åren har överlevnaden efter hjärtinfarkt kraftigt förbättrats för båda män och kvinnor. Individer med lägre utbildning har fortfarande en högre dödlighet än de med högre utbildning.



A:47 • Hjärtinfarkt, blodfettssänkande behandling och födelseland

En övervägande del av dem som drabbats av hjärtinfarkt har fått blodfettssänkande behandling, dock verkar svenskfödda män i högre grad förskrivas denna behandling jämfört med övriga. Om skillnaden bland män beror på underbehandling av personer födda utomlands eller om det snarare speglar olikheter i riskprofil är svårt att uttala sig om. Indelningen i födelseland skiljer sig något från övriga indikatorer då vi här delat in befolkningen i födda i Sverige, övriga Norden och EU25 (de 25 första EU-länderna) och övriga världen.

B

**Patient-
erfarenheter**

B Patienterfarenheter

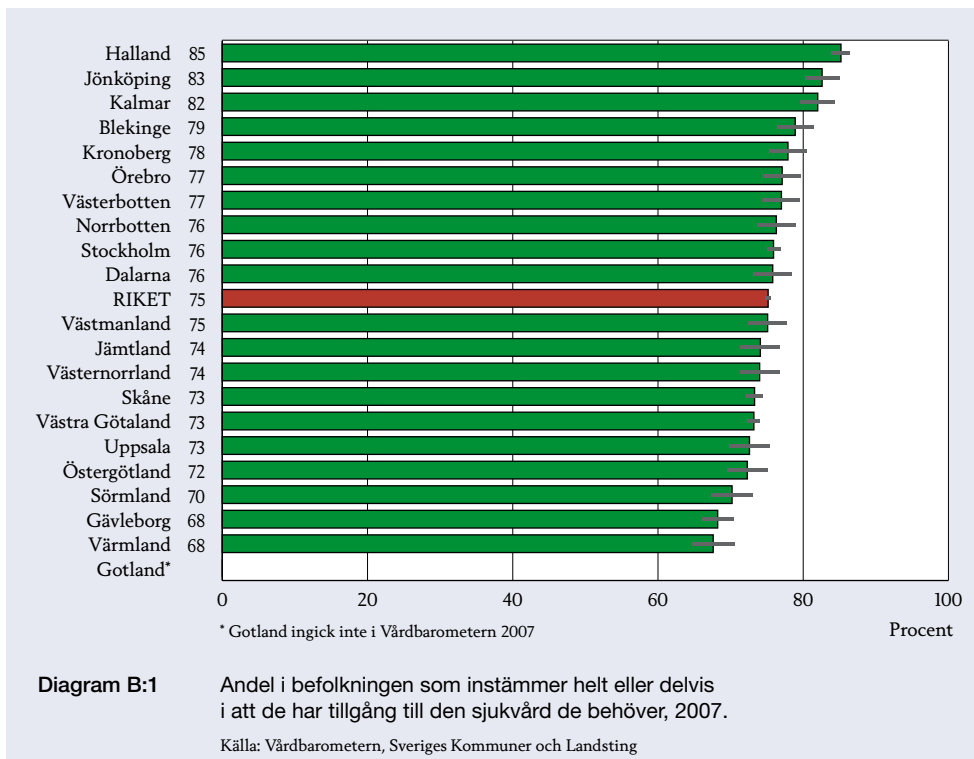
Indikatorområdet *Patienterfarenheter* avser befolkningens och patienters uppfattning om hälso- och sjukvården på ett allmänt plan. Patienters mer specifika bedömningar av själva resultatet av en behandling ingår inte i detta avsnitt. Några sådana indikatorer redovisas dock i avsnitt *A Medicinska resultat*, till exempel strokepatienters vardagliga funktionsförmåga och patientskattad effekt av höftledsoperation.

Indikatorerna inom området patienterfarenheter baseras på omdömen från två delvis skilda grupper; befolkningen i stort och patienter som varit i kontakt med vården. Några av indikatorerna avser patienters sammanfattande betyg på besök inom vården. Dessa indikatorer speglar erfarenheter patienter faktiskt haft. Andra indikatorer belyser vidare frågeställningar, som befolkningens förtroende 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 helåret 2007. Vårdbarometern är en befolkningsenkät där syftet är att mäta befolkningens attityder till, erfarenheter av och kunskaper om hälso- och sjukvården. Befolkningens uppfattning om och tillit till hälso- och sjukvården är en viktig indikator på hur väl vården fungerar. Datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med drygt 43 000 slumpvis utvalda individer. Drygt hälften av de tillfrågade har besökt vården som patient under året. Alla landsting utom Gotland deltog. En mer omfattande redovisning av resultat från Vårdbarometern görs årligen av Sveriges Kommuner och Landsting.

Vårdbarometerns uppgifter skulle behöva kompletteras för att uppföljningen av patienterfarenheter ska kunna bli mer heltäckande. En projektgrupp inom Sveriges Kommuner och Landsting förbereder i samarbete med landstingen införandet av en nationell patientenkät, där det primära syftet 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 landsting.

Inom området patienterfarenheter redovisas även hur patienter som har haft stroke uppfattade vården på sjukhuset på ett allmänt plan. En tidigare redovisad indikator om strokepatienters syn på rehabiliteringen har tagits bort, på grund av bristande kvalitet i data. Uppgifterna avser år 2007. Datakälla är kvalitetsregistret Riks-Stroke och den uppföljning som där görs tre månader efter akutfasen. Anledningen till att



inte fler diagnosspecifika indikatorer presenteras är att det ännu inte finns data med tillräcklig kvalitet och täckningsgrad.

B:1, B:2, B:3 • Befolkningen – tillgång till sjukvård och förtroende

I diagram B:1 redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller inte.

Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är för riket 75 procent. Andelen instämmande svar har successivt ökat sedan år 2004, från 69 till 75 procent år 2007. Det finns skillnader mellan åldersgrupperna. Befolkningen i yrkesverksam ålder uppger i klart lägre grad än övriga grupper att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

Mellan landstingen varierar andelen instämmande svar från 68 till 85 procent. Halland, Jönköping och Kalmar har liksom föregående år de högsta andelarna. Gävleborg och Värmland har oförändrat de lägsta andelarna, båda 68 procent. För de flesta landsting är skillnaderna mellan år 2006 och 2007 små. Störst förändring uppvisar Dalarna och Västmanland där andelen av befolkningen som anser att de har tillgång till den vård de behöver ökat med fyra respektive tre procentenheter.

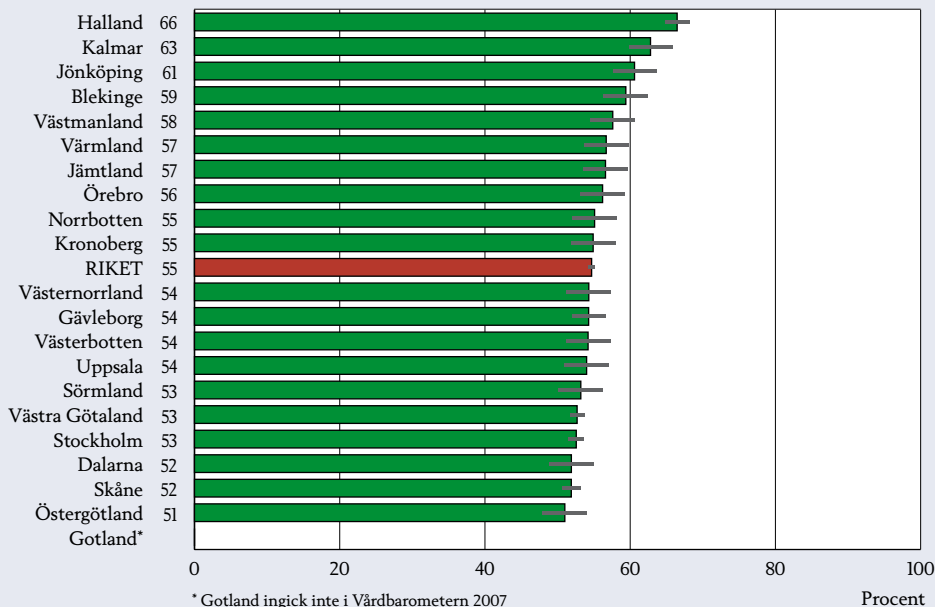


Diagram B:2 Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentraler/motsvarande, 2007.

Källa: Värdbarmetern, Sveriges Kommuner och Landsting

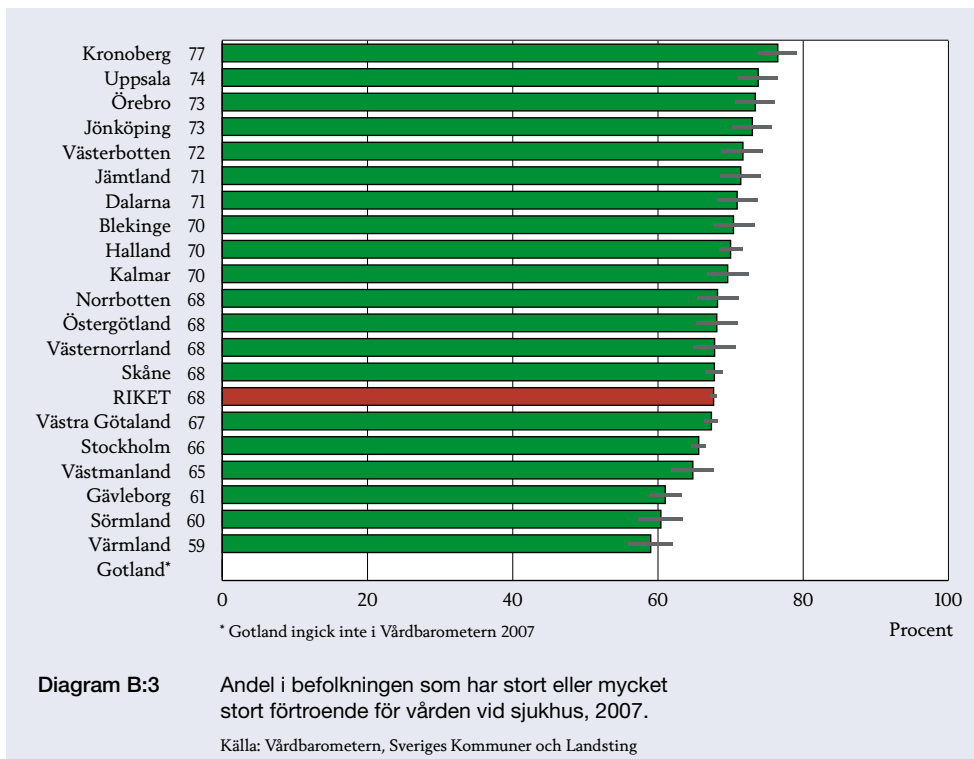
Även de två följande diagrammen redovisar befolkningens uppfattning. Frågan avser förtroendet på det hela taget för vården vid vårdcentraler (inkluderar även hälso-centraler och husläkarmottagningar) och vid sjukhus.

I diagram B:2 redovisas förtroendet för primärvården. 55 procent har mycket eller ganska stort förtroende för vården vid vårdcentraler, en ökning med två procentenheter sedan år 2006. Andelen varierar mellan landstingen, från 51 till 66 procent. Även här ligger Halland, Kalmar och Jönköping bäst till.

Förtroendet för primärvården är relativt oförändrat i flertalet landsting mellan år 2006 och 2007. Förändringen varierar mellan minus två och plus tre procentenheter. Värmland och Örebro uppvisar något större förändring med sex respektive fem procentenheters ökning.

Liksom förra året ligger de tre stora landstingen/regionerna med storstadsområden under riksgenomsnittet. Landsting där befolkningen har stort förtroende för primärvården ligger även högt i frågan om "tillgång till den vård jag behöver".

Samma fråga om befolkningens förtroende ställs avseende vården vid sjukhus, se diagram B:3. Resultatet är mer positivt än för primärvården. 68 procent har stort



eller mycket stort förtroende för vården vid sjukhus. Det är 13 procentenheter fler som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusvården jämfört med primärvården. Störst "förtroendeöverskott" för sjukhusvård jämfört med primärvård har befolkningen i Uppsala och Dalarna, medan skillnaderna är minst i Värmland och Halland.

I Kronoberg, som ligger högst, har 77 procent av befolkningen stort eller mycket stort förtroende för sjukhusvården. Avståndet till Värmland, med lägsta förtroendet, är 18 procentenheter. Variationen mellan landstingen är alltså något större vad gäller sjukhusvården än för primärvården. Några landsting redovisar något större förändringar än övriga. Mellan år 2006 och 2007 ökade andelen med förtroende för sjukhusvården med mellan tre och fem procentenheter i Östergötland, Uppsala, Kronoberg och Gävleborg. I Värmland minskade andelen med fyra procentenheter.

Patienternas förtroende för vården är större än vad hela befolkningens är. 55 procent av befolkningen har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentral och 68 procent för vården vid sjukhus. Bland patienterna var motsvarande siffror 61 respektive 76 procent.

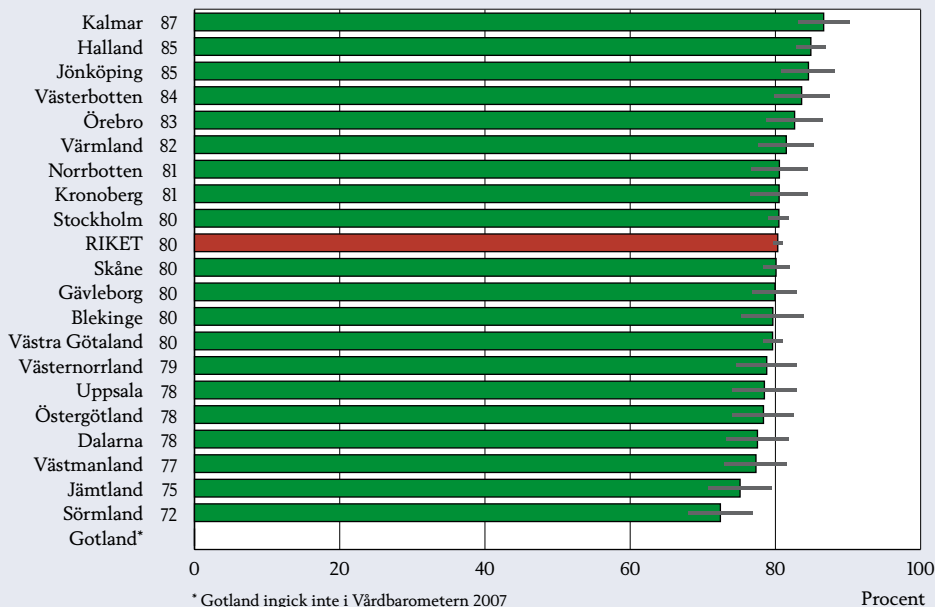


Diagram B:4 Andel patienter som var positiva (betyg 4 eller 5) till det senaste besöket vid vårdcentral/motsvarande, 2007.

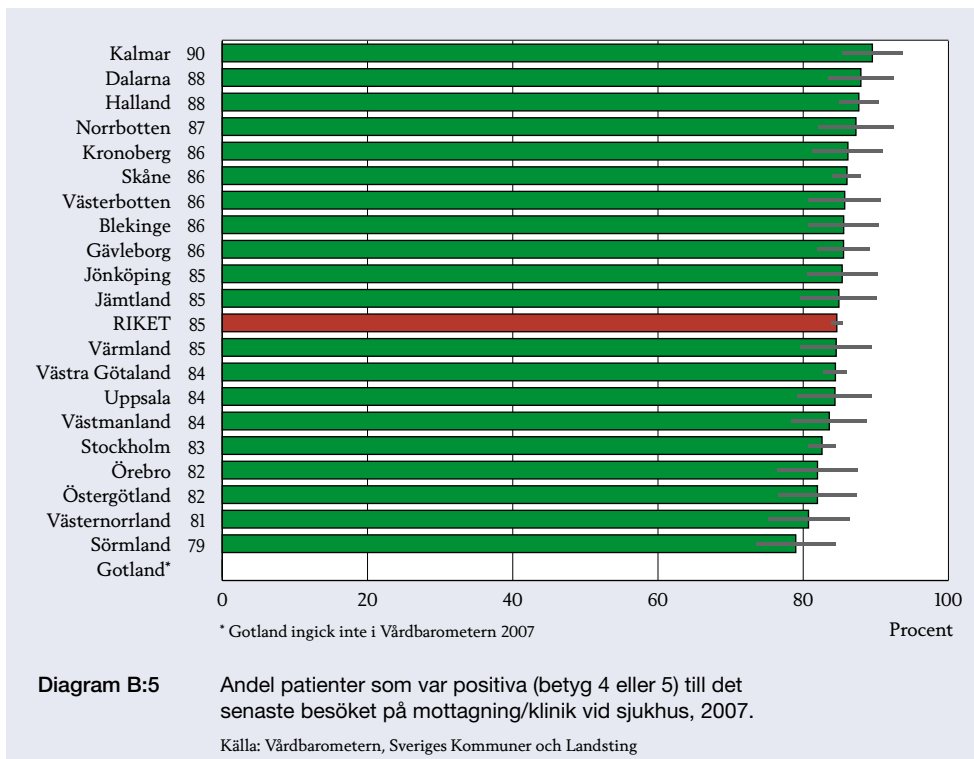
Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

B:4, B:5, B:6 • Patienternas betyg på besöket

Patienters sammanfattande betyg på besök i hälso- och sjukvården redovisas härnäst. I Vårdbarometerns definition är en patient en individ som antingen själv eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna har genomfört besök vid vårdcentral (motsvarande) eller vid sjukhus.

Diagram B:4 redovisar andelen patienter som var positiva till det senaste besöket vid vårdcentral (motsvarande). Att vara positiv innebär att betygen 4 eller 5 gavs, på en femgradig skala. För riket angav 80 procent att de var positiva. Mellan landstingen varierar andelen positiva från 72 till 87 procent. Mest positiva är patienterna i Kalmar, Halland och Jönköping medan patienterna i Jämtland och Sörmland är minst positiva. Mellan år 2006 och 2007 ökade andelen positiva svar starkt i Värmland, med nio procentenheter, medan andelen minskat mest i Blekinge, Jämtland och Sörmland, med fyra procentenheter.

80 procent av dem som besökt vårdcentral/motsvarande gav betyget 4 eller 5 år 2007. Detta är en ökning från 2001 då andelen var 75 procent. Ökningen kan hänföras till att andelen patienter som ger högsta betyget ökat från 44 till 50 procent.



I diagram B:5 redovisas svaren avseende sammanfattande betyg på det senaste besöket vid mottagning/klinik vid sjukhus. Patienter som besökt akutmottagning vid sjukhus ingår inte. 85 procent av patienterna ger ett sammanfattande positivt betyg. Skillnaderna mellan landstingen är små. Under de senaste åren har resultatet för riket legat ungefär på samma nivå.

De patienter som besökt ett sjukhus är i något högre grad positiva, jämfört med de patienter som besökt en vårdcentral. För riket är andelen positiva efter sjukhusbesök 85 procent, medan motsvarande tal för primärvården är 80 procent. Kalmar och Halland ligger högt i båda jämförelserna, medan till exempel Dalarna, som ligger högt i betyget för sjukhus, har en klart sämre position i primärvårdsjämförelsen.

I diagram B:6 återges svaret på frågan om man vid besöket fick den hjälp man förväntat sig. Redovisningen avser besök vid både vårdcentral och sjukhus. 83 procent av alla som gjort ett besök instämmer helt eller delvis. Skillnaderna mellan landstingen är små, mindre än tio procentenheter mellan högsta och lägsta värde. Åtta procent ansåg att man inte fick den hjälp man förväntat sig vid besöket (redovisas ej). Jämfört med år 2006 är förändringen i flertalet landsting små. Störst positiv

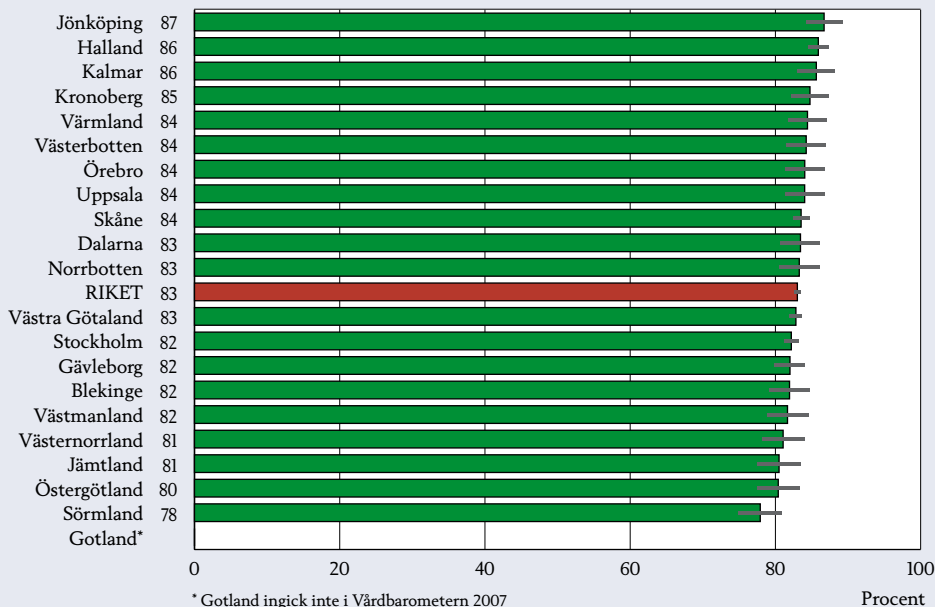


Diagram B:6 Andel patienter som helt eller delvis ansåg att de fått den hjälp de förväntat sig vid besöket, 2007.

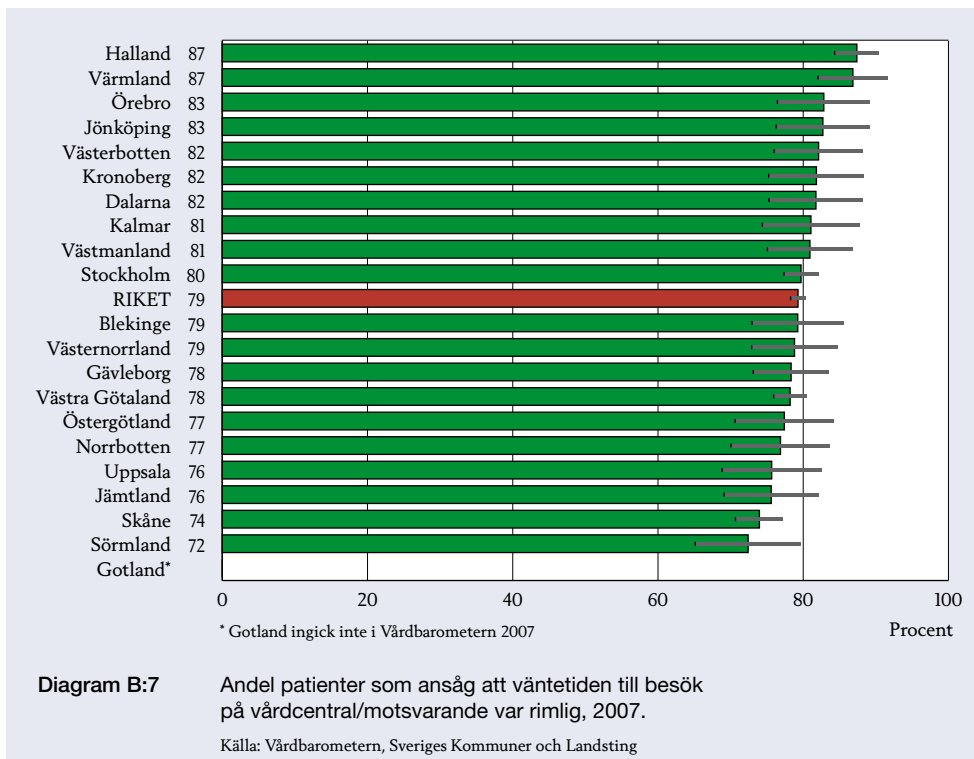
Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

förändring kan ses i Jönköping, fyra procentenheter, samt i Kronoberg och Halland, tre procentenheter. I Blekinge däremot har andelen som fått den hjälp de förväntat sig minskat med sex procentenheter.

B:7, B:8 • Rimliga väntetider och telefontillgänglighet i primärvård

De som besökt vårdcentral (motsvarande) får i Vårdbarometern frågan om man anser att väntetiden var rimlig. Andelen som svarade ja i de olika landstingen redovisas i diagram B:7. För hela riket menade 79 procent av patienterna att väntetiden var rimlig jämfört med 78 procent år 2006. Halland och Värmland ligger i topp. Störst positiv förändring uppvisar Dalarna och Örebro, med nio respektive åtta procentenheter. I Kalmar har däremot andelen som anser att väntetiden till besök var rimlig minskat med sex procentenheter.

Resultatet kan jämföras med primärvårdens redovisad uppgifter om tillgänglighet i vårdgarantiuppföljningen, mätt som andelen patienter som fick läkarbesök inom 7 dagar i mars 2007. Uppgifterna finns publicerade i 2007 års *Öppna jämförelser*-rapport. Halland hade då, enligt vårdgarantiuppföljningen, högst tillgänglighet och ligger även i topp vad avser andel patienter som anser att väntetiden var rimlig.



Uppsala hade lägst tillgänglighet och återfinns också bland landstingen med förhållandevis låg andel patienter som anser att väntetiden var rimlig. Värmlänningarna var näst mest nöjda med väntetiden, trots att tillgängligheten enligt vårdgarantiuppföljningen var lägre än rikets i mars 2007. I Blekinge gäller det omvända mönstret. Där var tillgängligheten klart över genomsnittet i vårdgarantiuppföljningen men andelen patienter som anser att väntetiden var rimlig är den samma som för riket i genomsnitt. Dessa skillnader antyder att också annat än den faktiska väntetiden påverkar patienternas uppfattning om väntetiden till besök.

Telefontillgänglighet är en viktig del av vårdens tillgänglighet. En fråga i Vårdbarometern vänder sig till de patienter som besökt vårdcentral, och som ringde vårdcentralen innan besöket. I diagram B:8 redovisas andelen av dessa patienter som menade att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till vårdcentralen per telefon. För riket som helhet är den andelen 68 procent år 2007, jämfört med 63 procent år 2006. Denna andel har sedan år 2002 ökat med 18 procentenheter, en tydligt positiv trend: från 50 procent 2002 till 68 procent år 2007.

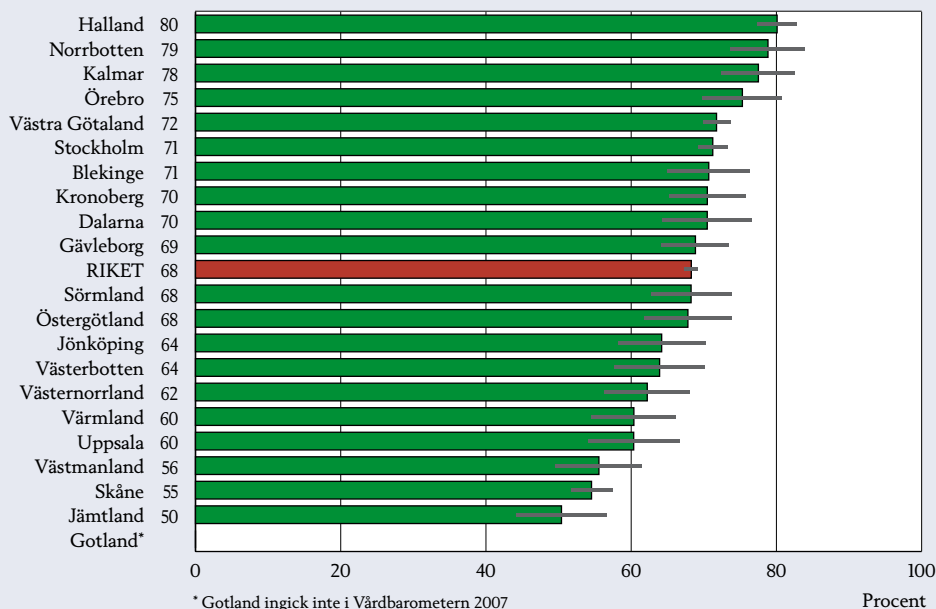
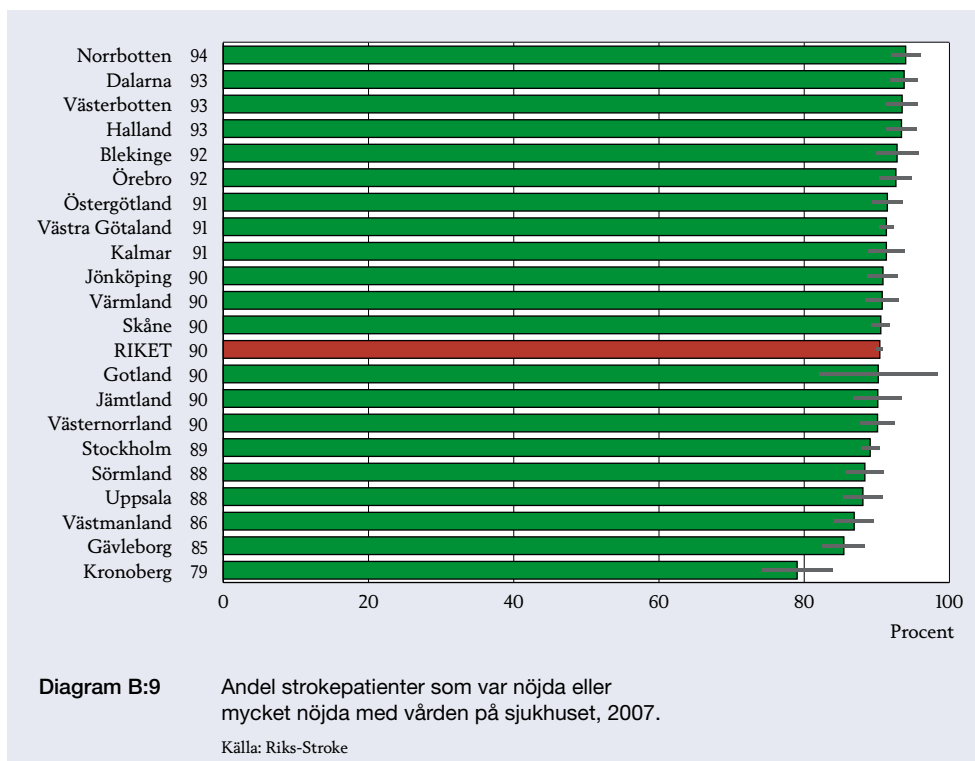


Diagram B:8 Andel patienter som ansåg att det var lätt att komma fram per telefon till vårdcentral/motsvarande, 2007.

Källa: Värdbarmetern, Sveriges Kommuner och Landsting

Skillnaderna mellan landstingen är fortfarande stora. Halland, Norrbotten och Kalmar som återfinns i toppen har alla mer än 20 procentenheter högre andel positiva svar än Västmanland, Skåne och Jämtland, som har de mest negativa utfallen. Stora förbättringar uppvisar Halland, Örebro, Västra Götaland, Jönköping, Västernorrland, Värmland och Uppsala. Ökningen varierar från sju till tio procentenheter.

I avsnittet *C Tillgänglighet* redovisas telefontillgänglighet enligt vårdgarantiuppföljningen i mars 2008.



B:9 • Strokepatienters nöjdhet med sjukhusvården

I kvalitetsregistret Riks-Stroke görs en uppföljning tre månader efter akutfasen. Frågorna i enkäten riktar sig till patienter och deras anhöriga och 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 B:9. Resultatet visar att 90 procent av dem som svarat är nöjda eller mycket nöjda. 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. Kronoberg har ett lågt resultat, och uppvisar en så stor försämring mellan år 2006 och 2007 att även datarapporteringsproblem bör undersökas. Halland hade ett jämförelsevis klart sämre resultat år 2006 än 2007. Överhuvudtaget är det angeläget att landstingen studerar utvecklingen över tid, för att kunna bedöma och värdera trender och skilja trender från tillfälliga avvikelser.

C

Tillgänglighet

C Tillgänglighet

Den nationella vårdgarantin som riktmärke

Indikatorområdet *Tillgänglighet* avser tidsrelaterad tillgänglighet. De indikatorer som redovisas är relaterade till den nationella vårdgaranti som gäller all planerad vård. Det finns fortfarande misstolkningar om vad vårdgarantin innebär. 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 behörig 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 få information om och hjälp till vård inom garantitiden hos annan vårdgivare. Hemlandstinget ska hjälpa till med alla kontakter och det får inte innebära extra kostnader för patienten.

Primärvården ska erbjuda kontakt i telefon eller på plats samma dag (0). Ett beslutat läkarbesök inom primärvården ska erbjudas inom högst sju dagar (7). Ett besök inom den planerade specialiserade vården ska erbjudas inom högst 90 dagar efter datum för beslut. En beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum.

Utvecklingen av tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård enligt vårdgarantins tidsgränser följs upp med regelbundna publiceringar på webbplatsen www.vantetider.se. Dessutom har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att följa upp vårdgarantin. Den senaste rapporten, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*, publicerades i februari 2008 www.socialstyrelsen.se

Källan till uppgifter om tillgänglighet och väntetider är landstingens gemensamma nationella databas, *Väntetider i Vården*. Tillgången till och kvaliteten på data är förhållandevis god genom den nationella rapporteringsorganisationens arbete. Svarsfrekvensen har förbättrats mycket under senare år.

Av de indikatorer som presenteras i detta avsnitt avser två primärvårdens tillgänglighet. De övriga avser besök och behandlingar inom den planerade specialiserade

vården. Ett mindre urval av indikatorer för specifika specialitetsområden och operationer/åtgärder redovisas. Uppgifterna avser läget den 31 mars 2008.

Långa väntetider är det förhållande i vården som medborgarna är mest missnöjda med. Upprepade uppföljningar visar att sjukvården inte lever upp till de mål för väntetider som finns angivna i den nationella vårdgarantin (se www.vantetider.se) Även i jämförelser med andra länders sjukvård påpekas att alltför många väntar alltför länge på planerade läkarbesök och behandlingar, men dessvärre finns inga fullt jämförbara internationella uppgifter om tillgänglighet som visar hur Sverige ligger till i förhållande till andra länder. Skillnaderna är för stora både när det gäller definitioner av begrepp, kvalitetsmått och mätmetodik.

PRIMÄRVÅRD

C:1 • Andel som fick komma på ett läkarbesök inom en vecka

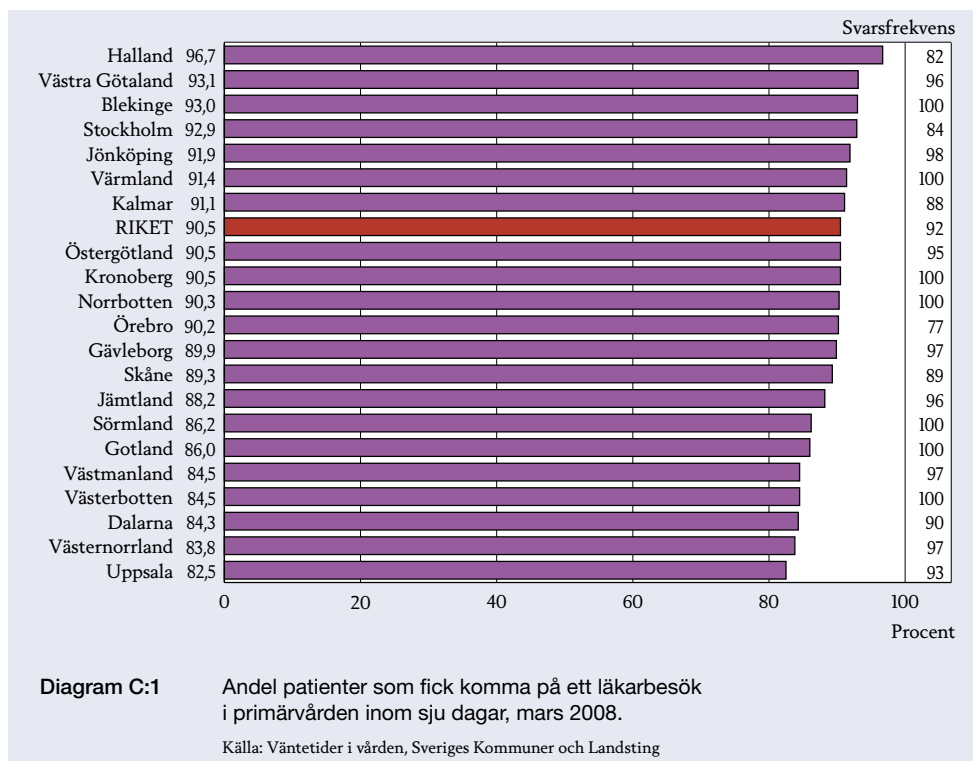
Väntetider till allmänläkarbesök mäts två gånger per år, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som Sveriges Kommuner och Landsting tillhandahåller. Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 31 mars – 4 april, 2008. I förra årets rapport användes rapporteringen från mars 2007.

Alla vårdcentraler (eller motsvarande) förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 947 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen. Svarsfrekvensen uppgick på riksnivå till 92 procent. Sju landsting hade 100 procents svarsfrekvens. Fem landsting hade svarsfrekvens under 90 procent. Uppgifter per vårdcentral redovisas på www.vantetider.se

Sammanlagt rapporterades över 134 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg eller för kontroll/uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid för läkarbesök som ligger längre fram i tiden än 7 dagar i de fall där patienten initialt erbjöds en tid inom 7-dagars-gränsen. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

I diagram C:1 återges andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom sju dagar, enligt målet i vårdgarantin. Även svarsfrekvensen per landsting redovisas i diagrammet.

Mätningen visar att i genomsnitt för riket fick 91 procent av de patienter som omfattas av vårdgarantin träffa en läkare inom föreskriven tid. För landstingen varierar andelen mellan 82 och 97 procent. Halland är i topp med 97 procent. Största förbättringen sedan mätningen i mars 2007 kan ses i Värmland och Örebro, där



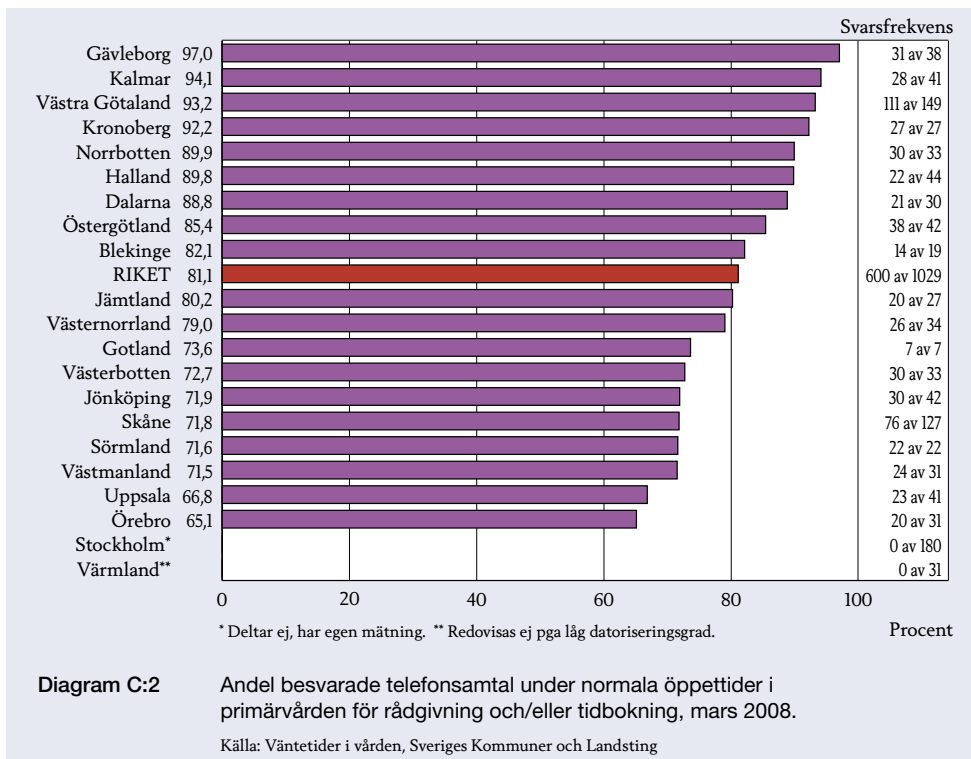
andelen patienter som fick komma inom sju dagar har ökat med sex respektive åtta procentenheter.

För riket finns ingen klar könsskillnad (redovisas ej). För kvinnor uppgick andelen till 90 procent, för män till 91 procent. Kvinnorna utgjorde 57 procent av samtliga patienter. I rapporteringen (ej i diagram C:1) kan även utläsas inom vilken period övriga besök skedde. För riket genomfördes fyra procent av besöken under tidsperioden 8–14 dagar efter att kontakt togs. Därmed fick 95 procent av alla patienter sina besök inom 14 dagar.

C:2 • Andel besvarade telefonsamtal för rådgivning och/eller tidbokning

Telefontillgängligheten utgör ett välkänt problemområde inom primärvården och är därför ett prioriterat område för uppföljnings- och förbättringsarbeten inom samtliga landsting/regioner.

Hur man på ett jämförbart och säkert sätt ska kunna följa telefontillgängligheten över tid och tolka resultaten har diskuterats mycket, eftersom bokningsrutiner och telefonisystem varierar kraftigt såväl mellan landsting/regioner som mellan vårdgivarna i respektive landsting/region.



Andel besvarade telefonsamtal för rådgivning och/eller tidsbeställning på vårdcentral/motsvarande är den indikator landstingen gemensamt har valt att följa för nationella jämförelser och uppföljning av vårdgarantins intentioner.

Uppföljningar har visat att datoriserade system bidrar till en förbättrad tillgänglighet och ökade möjligheter att följa telefontillgängligheten. En omfattande utbyggnad och kvalitetsförbättring av datoriserade telefonsystem pågår i alla landsting men datoriseringsgraden varierar fortfarande.

Uppgifterna som i dagsläget redovisas har antingen hämtats ur så kallade talsvarssystem med återuppringningsfunktion eller från telefonväxlar som erbjuder möjligheter att avläsa obesvarade samtal. Manuella mätningar ingår ej. Mätperioden omfattar hela mars månad. Såväl datoriseringsgraden som andelen besvarade samtal varierar mellan landstingen. I Gotland, Kronoberg och Sörmland har samtliga vårdcentraler datoriserade telefonsystem.

Rapporteringen omfattar samtliga landsting/regioner utom Stockholm och Värmland. I Stockholm genomför man en kontinuerlig manuell mätning. Alla verksamheter rings upp oavsett om telefonsystem finns eller ej. Resultat för Stockholm

redovisas på www.vardguiden.se. Värmland har exkluderats i redovisningen beroende på alltför låg datoriseringsgrad.

Andelen besvarade samtal varierade vid denna mätning mellan 65 och 97 procent. Gävleborg är det landsting som hade den bästa telefontillgängligheten i denna mätning. Resultatet är baserat på 31 av 38 vårdcentraler i landstinget.

En jämförelse mellan andel patienter som anser att det var lätt att komma fram på telefon till vårdcentral/motsvarande enligt Vårdbarometern (se indikator B:8) och telefontillgängligheten enligt denna mätning visar mycket låg överensstämmelse. Som exempel kan nämnas att i Gävleborg, med den bästa telefontillgängligheten enligt mätningen, 97 procent, ansåg 78 procent av patienterna att det var lätt att komma fram per telefon. I Örebro med den lägsta telefontillgängligheten enligt mätningen, 65 procent ansåg 83 procent av patienterna att det var lätt att komma fram per telefon till vårdcentralen. Vårdbarometer-jämförelsen avser visserligen 2007 medan mätningen av faktisk telefontillgänglighet avser mars 2008, men exemplen visar att data kan ge motstridiga signaler. Detta bekräftar att tolkning av data kräver kunskap om lokala förhållanden.

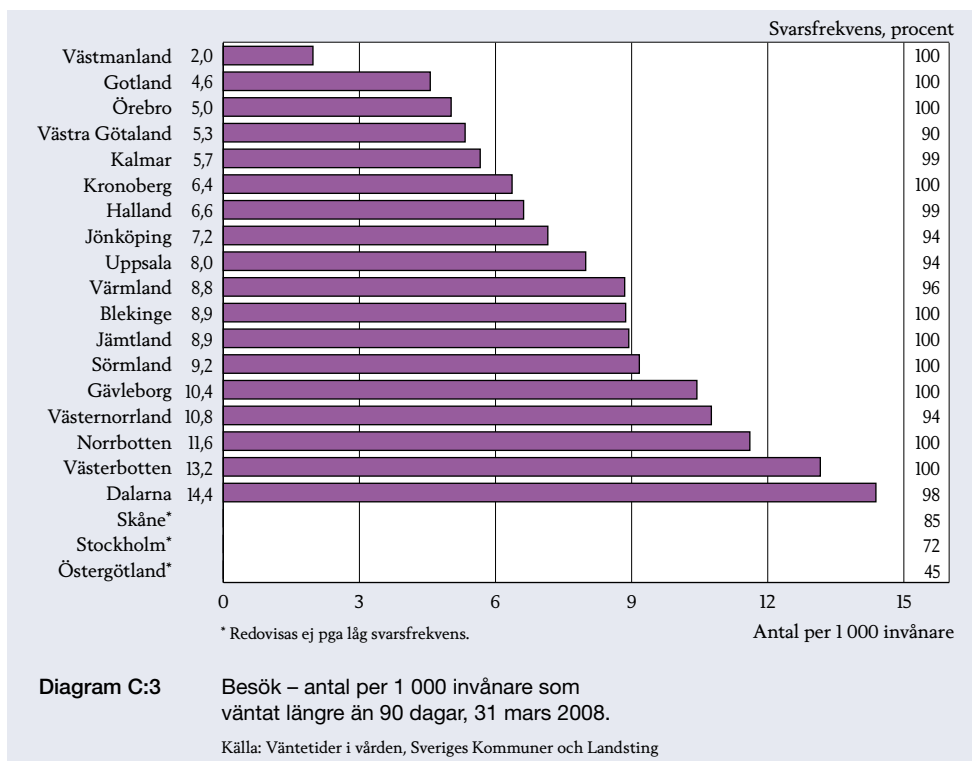
SPECIALISERAD VÅRD

Detta avsnitt baseras på uppgifter som redovisas månatligen genom rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Dessa uppgifter omfattar tillgänglighet, antal väntande och väntetider för planerad vård inom ett 70-tal specialist- och åtgärdsområden. Uppgifterna kommer från rapportörer eller patientadministrativa system. Samtliga landsting deltar. Svarsfrekvensen var över 90 procent i 18 av 21 landsting för såväl besök som behandling (operation/åtgärd) vid mätningen i mars 2008.

Patientvald eller medicinskt orsakad väntan är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

Landstingen har olika storlek och befolkningsunderlag. Att enbart jämföra antalet som väntar skulle därför ge en svårtolkad bild. För att lättare följa och visualisera det aktuella vårdgaranti- och väntetidsläget presenteras uppgifter med hjälp av två olika slag av indikatorer.

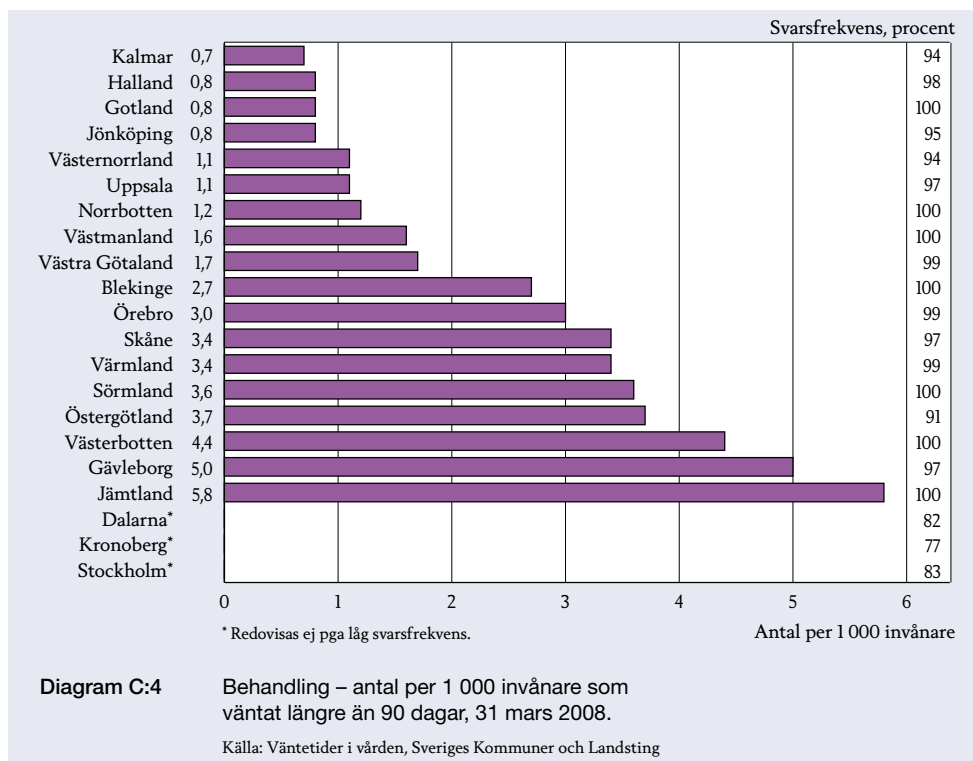
För det första visas antalet patienter som väntat längre än 90 dagar per 1 000 invånare (C:3 och C:4). Uppgifter redovisas för de landsting som har en svarsfrekvens på minst 90 procent. För det andra redovisas andelen patienter som väntat längre än 90 dagar, av det totala antalet väntande patienter (C:5 till C:6). Denna indikator redovisas även för ett urval besök och behandlingar (C:7 till C:14).



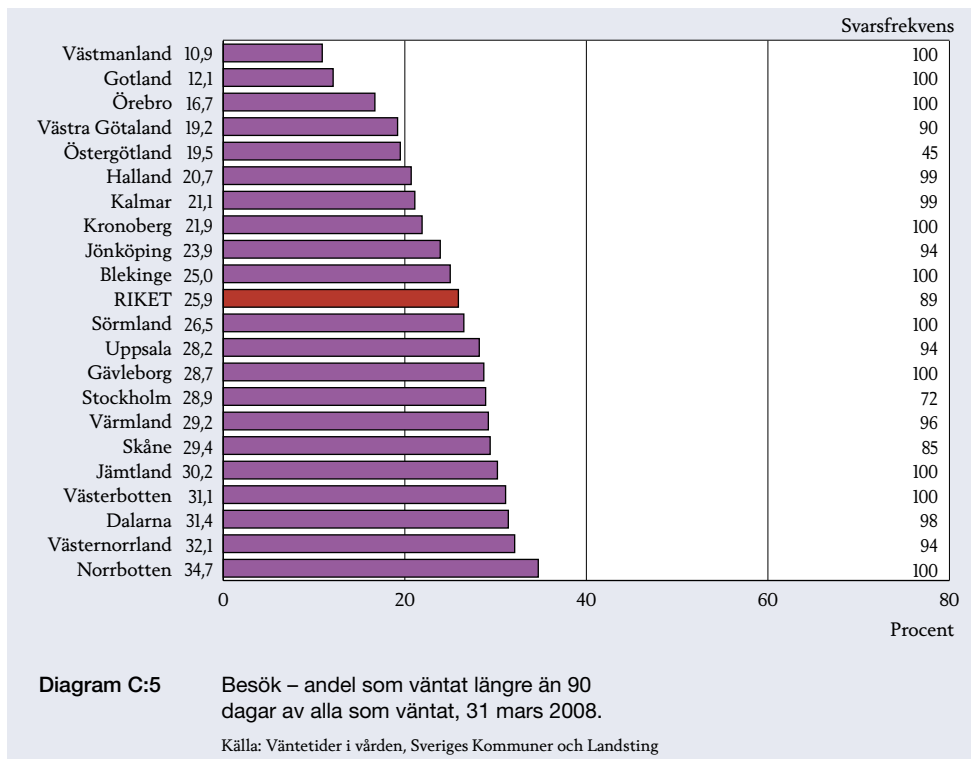
Det finns metodproblem att beakta. Kriterier och medicinska indikationer för att en patient ska bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Kartläggningar har visat att många patienter som står på en väntelista inom hälso- och sjukvården inte alltid är aktuella för någon åtgärd. Detta innebär att uppgifterna om antalet väntande kan vara överskattat. Å andra sidan medför svarsfrekvenser under 100 procent en underskattning, när antalet väntande redovisas.

C:3, C:4 • Antal som väntat längre än 90 dagar – specialistbesök och behandling

Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på väntelistor/planeringslistor till specialistbesök, har ökat från runt 245 000 till 278 000 under senaste året. Det totala antalet väntande patienter med ett beslut om behandling/operation har däremot legat på ungefär samma nivå, runt 80 000 patienter. I riket som helhet hade nästan 23 000 personer väntat längre än 90 dagar på behandling medan 72 000 personer hade väntat längre än 90 dagar på ett specialistbesök vid mätningen i mars 2008. Detta avser de åtgärder som följs i den nationella väntetidsdatabasen.



Ur diagrammen C:3 och C:4 kan utläsas dels att antalet personer per 1 000 invånare som väntar på behandling är färre än de som väntar på ett specialistbesök, dels att det är stor spridning mellan landstingen. Flera av de landsting som hade ett jämförelsevis högt antal väntande till besök i *Öppna jämförelser 2007* redovisar många väntande även 2008, såsom Dalarna, Västerbotten och Norrbotten. Avseende antalet väntande till behandling, diagram C:4, är Värmland ett exempel på ett landsting som har förbättrat sin position sedan förra årets jämförelse. Antalet som väntat längre än 90 dagar per 1 000 invånare har där nästan halverats.



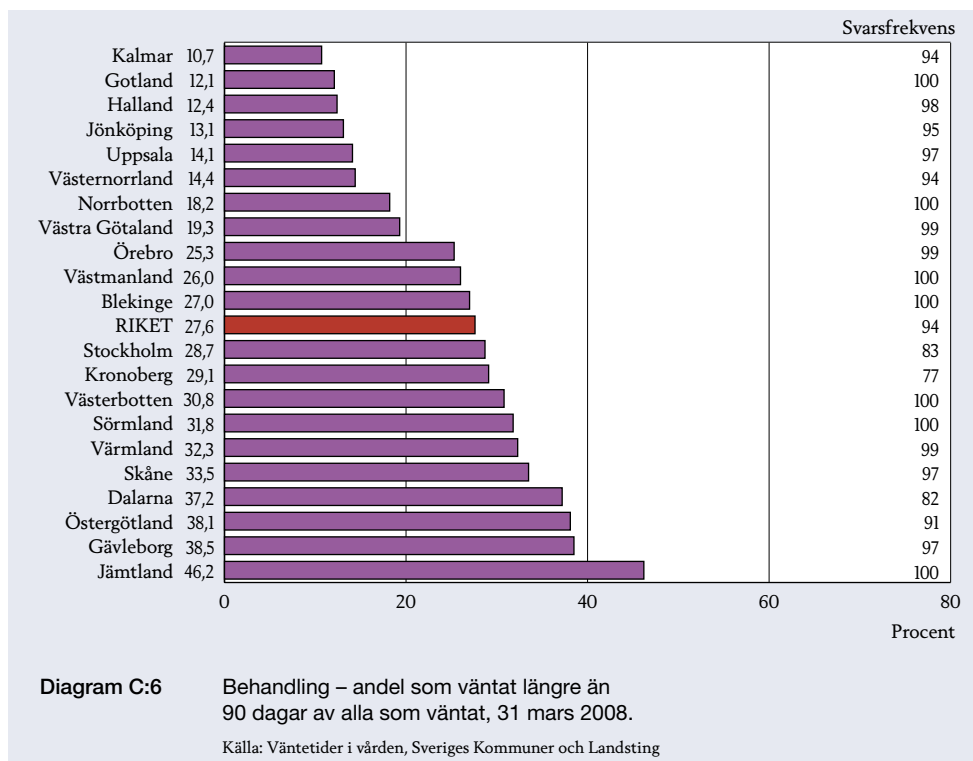
C:5, C:6 • Andel som väntat längre än 90 dagar – alla specialistbesök och behandlingar

En jämförelse på riksnivå för perioden mars 2007 till mars 2008 visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök eller en behandling, så har mellan 25 och 30 procent väntat längre än 90 dagar. Denna andel har varit relativt konstant senaste året, med undantag för försämringar under sommaren 2007. En svag positiv trend kan ses under våren 2008, vilket avspeglas i diagrammen C:5 och C:6.

Variationerna mellan landstingen är stora. I diagram C:5 kan ses att andelen som väntat längre än 90 dagar på ett besök är nära eller över 30 procent i en stor grupp landsting, medan Västmanland och Gotland i toppen redovisar en andel på strax över 10 procent.

Variationen är ännu något större för behandlingar. I diagram C:6 framträder en grupp landsting i toppen med klart lägre andel patienter som väntat längre än 90 dagar på sin behandling, jämfört med övriga landsting.

Västra Götaland är ett exempel på ett landsting som uppvisar en positiv utveckling över tid, för såväl besök som behandlingar. Se vidare www.vantetider.se för denna typ av jämförelser.

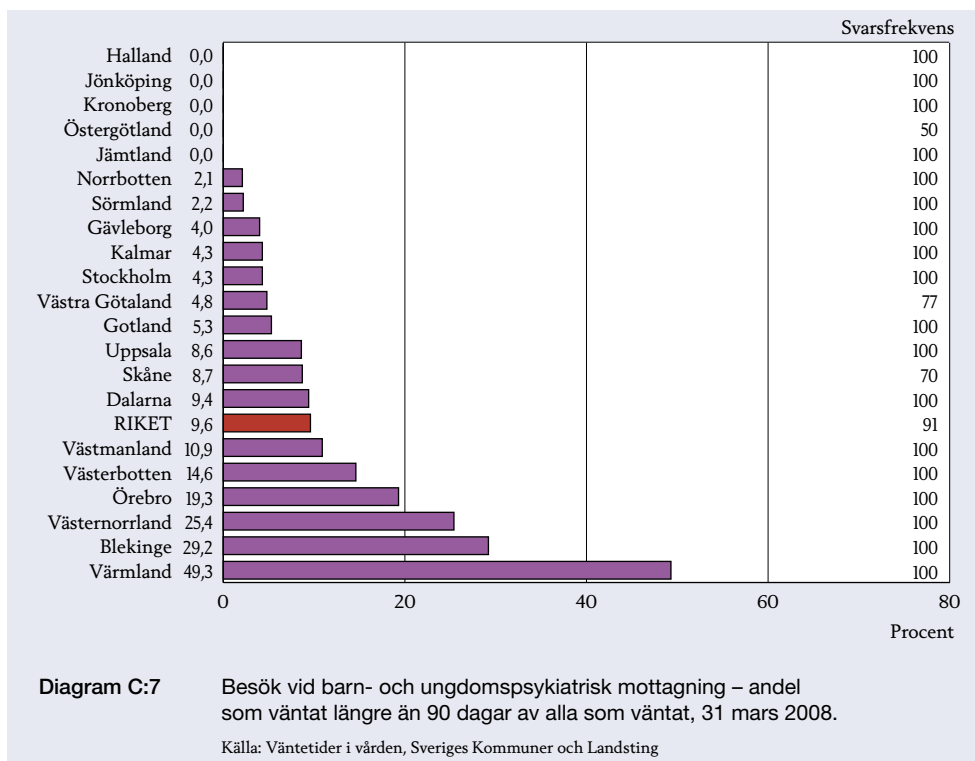


C:7 till C:14 • Andel som väntat längre än 90 dagar – urval besök, behandlingar

Diagrammen för ett urval av specifika områden, C:7 till C:14, har tagits fram för att illustrera de variationer som finns även mellan specialitets-, operations- och åtgärdsområden. De är en signal till läsaren om att man inte bör generalisera utifrån de mest övergripande jämförelserna. Ett landsting kan ha god tillgänglighet på vissa områden, trots att den samlade bilden är negativ. Avsikten är också att med dessa exempel peka på omfattningen i väntetidrapporteringen och den information denna genererar.

Både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har valts med hänvisning till att psykiatrisk vård är så uppmärksam i den offentliga debatten. Därtill redovisas jämförelser för besök till hud- respektive reumatologimottagning, som är specialiteter, där det i många landsting är knapp tillgång till läkare. Övriga indikatorer avser operationer och har valts för att de utförs i stora volymer (som ljumskbräck) eller är resurskrävande (höft- och knäledsplastik).

Som kan utläsas av digrammen C:7 till C:14 uppvisar landstingen starkt varierande resultat, från fullgod tillgänglighet inom vårdgarantins tidsgränser till områden där

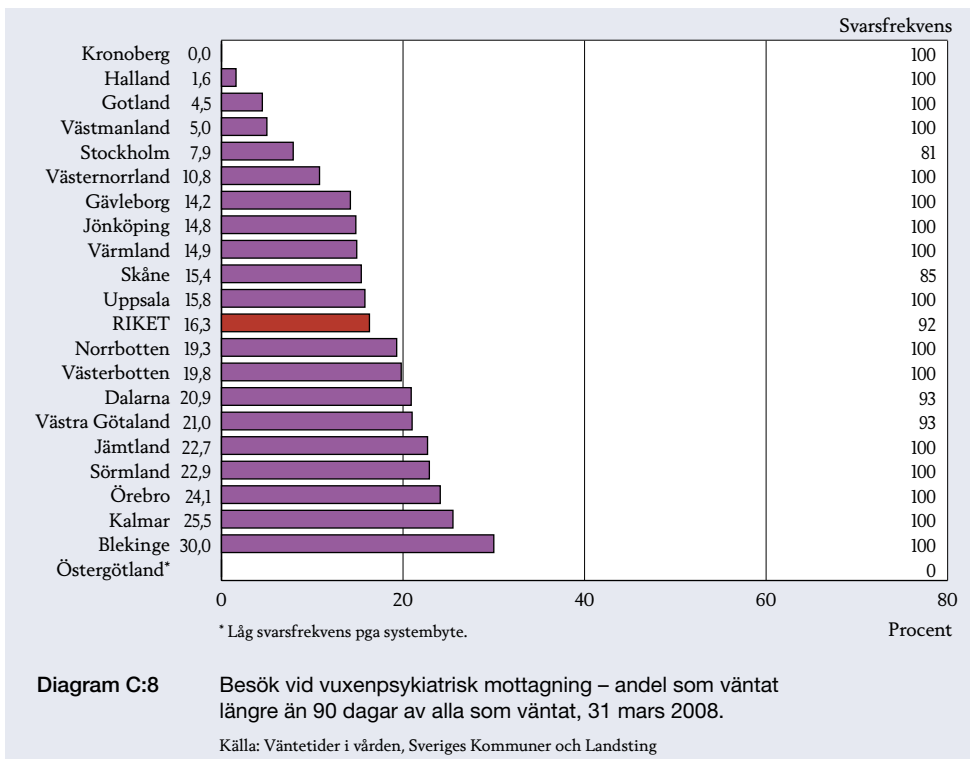


upp till 60–70 procent av alla väntande har väntat längre än 90 dagar på ett besök eller en behandling.

Ett exempel på god tillgänglighet är den grupp på sju landsting där ingen av dem som väntar på de utvalda gynekologiska operationerna har väntat längre än 90 dagar. Operation vid godartad prostatism är ett motsatt exempel, med hög andel väntande i många landsting.

Samtliga diagram visar andelsmått för i vilken utsträckning landstingen uppfyller vårdgarantin. Att andelsmått används har nackdelen att de döljer hur många individer som är berörda. Antalet individer som respektive diagram i C:7 till C:14 är baserade på, varierar stort både mellan specialitetsområden och mellan landsting.

Av alla i landet som väntat mer än 90 dagar är det drygt 4 000 personer som väntar på att få komma till en hudspecialist medan antalet som väntar på ett besök på en specialistmottagning för reumatologi är 730 personer. Drygt 80 kvinnor har väntat längre än vad vårdgarantin föreskriver på en hysterektomi (borttagande av livmoder på godartad indikation) och omkring 1 100 personer på en operation för ett ljumskbräck. Motsvarande antal för höft- och knäledsoperationer är drygt 1 300 personer.



Höft- och knäledsoperationer har sedan flera år varit områden med påtagliga tillgänglighetsproblem, men har under de två senaste åren uppvisat stabilt förbättrad tillgänglighet.

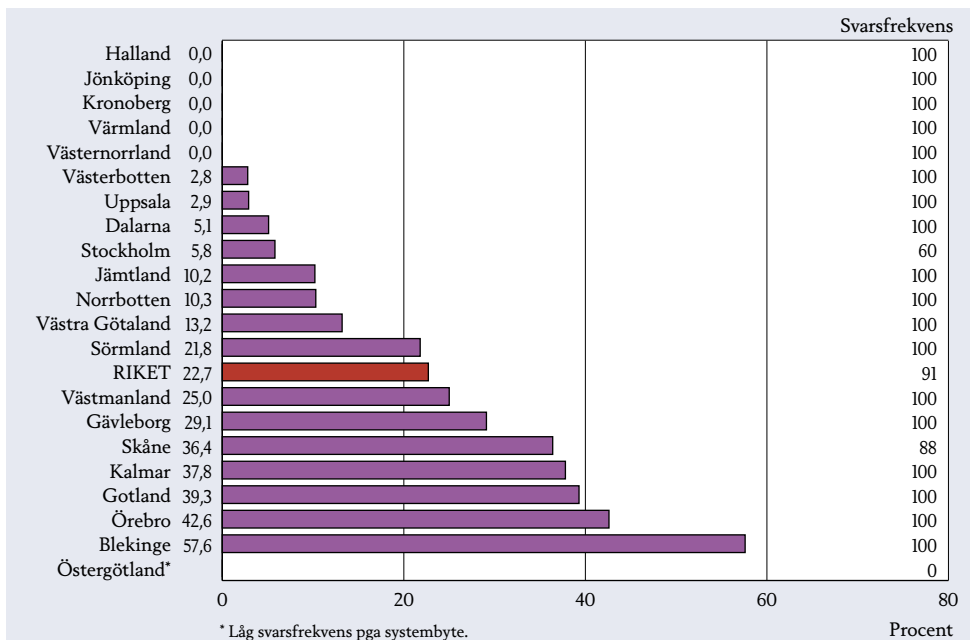


Diagram C:9

Besök på reumatologimottagning – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

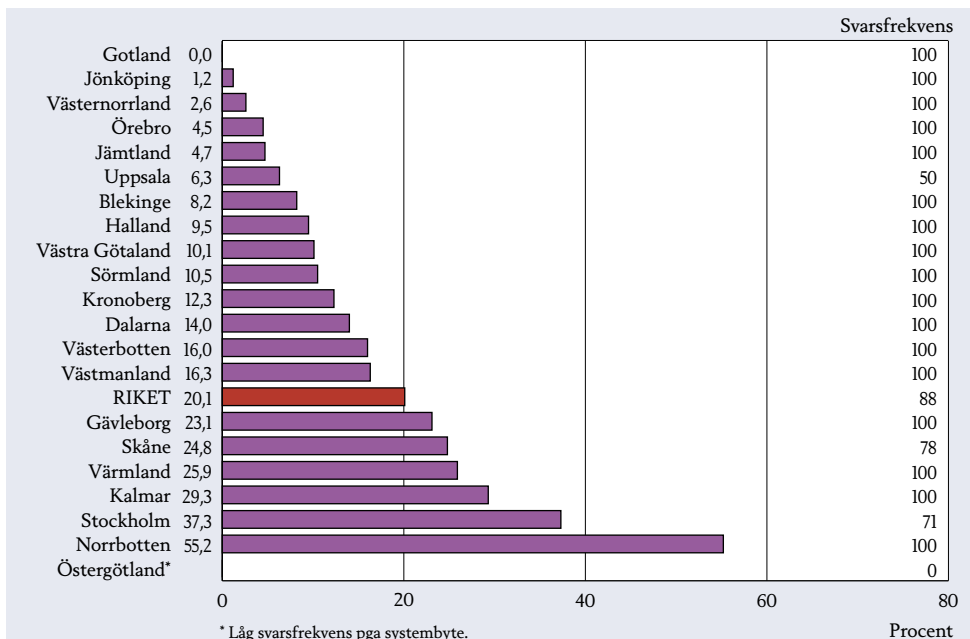


Diagram C:10

Besök på hudmottagning – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

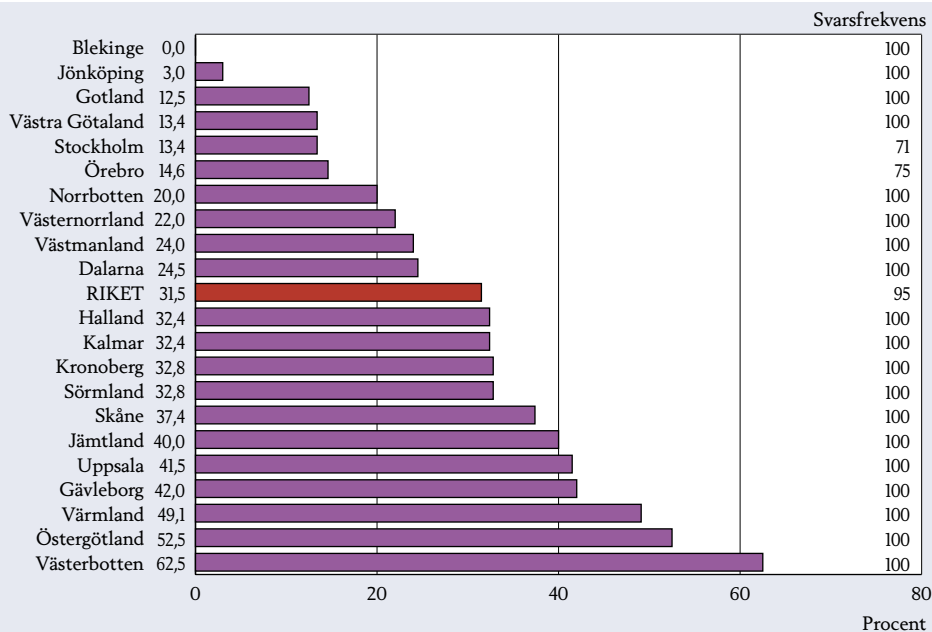


Diagram C:11 Operation vid godartad prostataförstoring – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

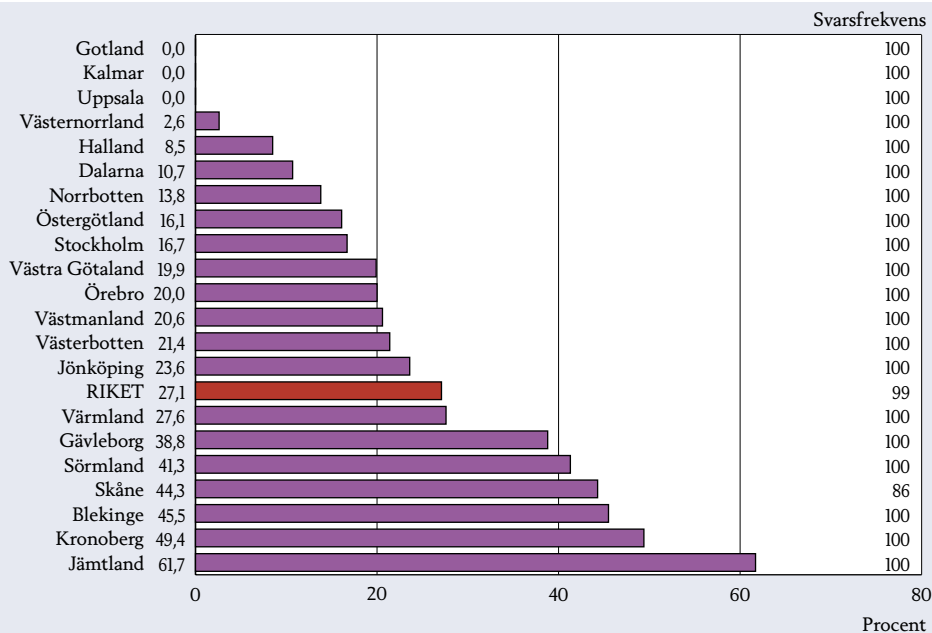


Diagram C:12 Operation av lumskräck – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

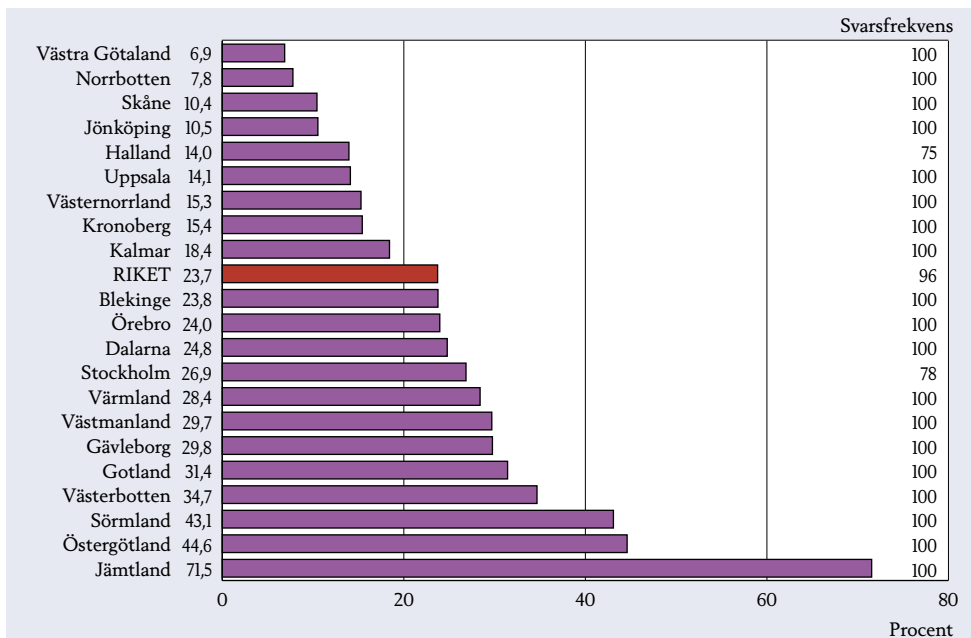


Diagram C:13 Höft- och knäledsplastik – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

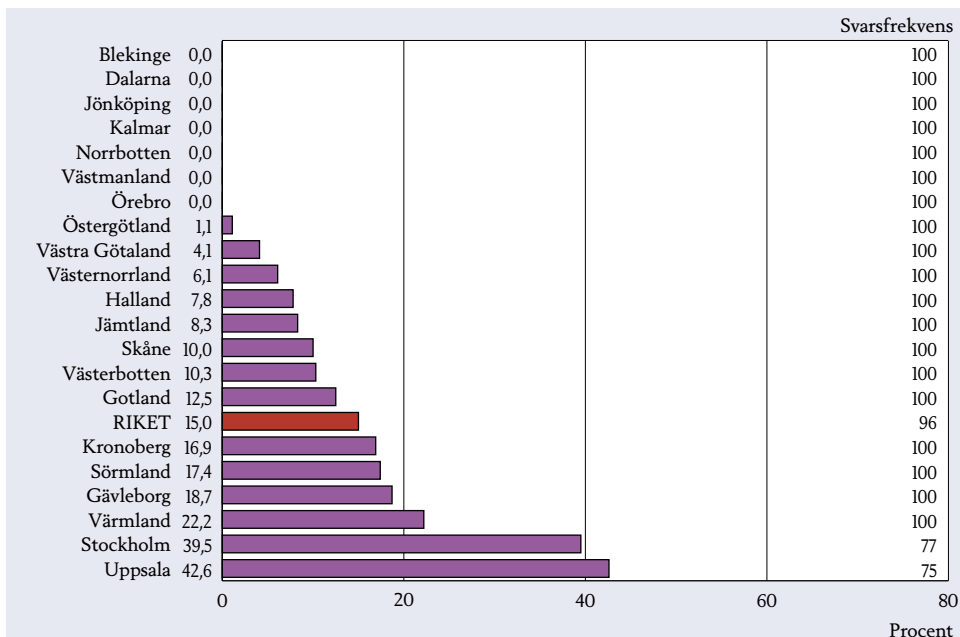


Diagram C:14 Hysterektomi, framfalls- och inkontinensoperation – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

D

Kostnader

D Kostnader

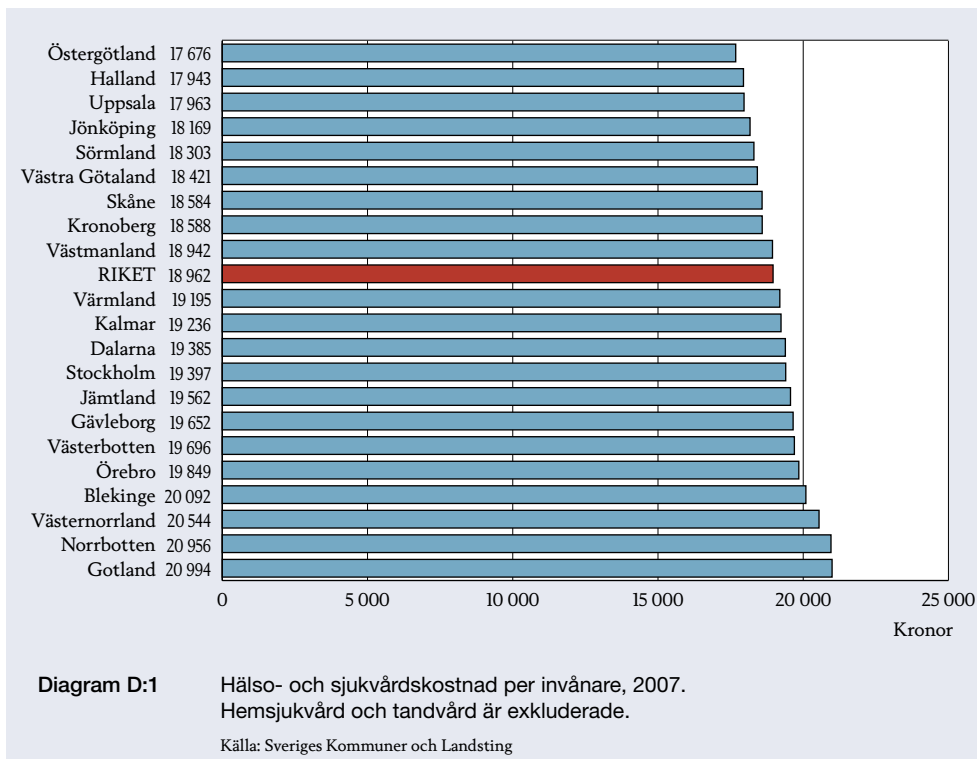
Indikatorerna i avsnitt A–C visar hur väl respektive landsting lever upp till olika aspekter av hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov. Det är även ett övergripande mål för hälso- och sjukvården att den skall vara effektiv. Det innebär att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning m.m. skall används på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till att nå dessa mål. Det kommer alltid att finnas brist på resurser i hälso- och sjukvården och ineffektivitet i hur resurser fördelas mellan olika verksamheter eller i en enskild verksamhet innebär att vårdens samlade resultat blir sämre än vad som är möjligt.

Ett mått på effektiviteten i ett landsting skall således relatera måluppfyllelse till resursinsats, som vanligen mäts med kostnaderna. Kostnadsskillnader mellan landsting eller över tid bestäms dock inte bara av resursskillnader utan även av att pris- och lönenivå kan skilja sig mellan landstingen.

Uppgifter om kostnader för hälso- och sjukvård hämtas ur landstingens bokslutsstatistik. I denna fördelas kostnaderna på ett flertal delområden. Kostnadsuppgifterna är emellertid inte så finfördelade att de direkt går att relatera till de olika resultatindikatorerna. Det saknas därför underlag att kunna bedöma om skillnader mellan landstingen för resultat på enskilda indikatorer förklaras av motsvarande skillnader i resursinsats eller av skillnader i effektivitet. För att direkt koppla kostnadsuppgifter till kvalitet och resultat skulle krävas att kostnaderna redovisas för enskilda sjukdomsgrupper. Detta är möjligt för de landsting och sjukhus som använder Kostnad per patient (KPP). KPP är under snabb utbyggnad och omfattar för 2007 cirka 60 procent av den slutna somatiska sjukvården. KPP-redovisningen medger dock inte i dagsläget att någon meningsfull jämförelse på landstingsnivå görs.

Ett samlat mått på effektivitet skulle kräva att de olika resultatindikatorerna vägs samman till ett mått som kan relateras till kostnaderna. En sådan sammanvägning av resultatindikatorer går att göra, men blir med nödvändighet godtycklig och beroende av vilken vikt som läggs vid respektive indikator.

I detta avsnitt jämförs landstingen med avseende på hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare respektive prestation inom några större delområden. Vidare redovisas en jämförelse mellan landstingen vad avser medicinsk praxis inom några områden där val av behandlingsmetod har betydelse för effektiviteten.



KOSTNAD PER INVÅNARE

D:1 • Hälso- och sjukvårdskostnad

Diagram D:1 visar landstingens nettokostnad per invånare för hälso- och sjukvård exklusive tandvård. Även kostnader för hemsjukvård har exkluderats med hänsyn till att omfattningen på landstingens respektive kommunernas ansvar inom detta område skiljer sig över landet.

Diagrammet visar kostnaden ur ett konsumtionsperspektiv. Det är landstingets kostnad för länsinvånarnas hälso- och sjukvård som redovisas oavsett om vården har tillhandahållits inom det egna landstinget eller av annat landsting eller privat vårdgivare. 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 2007, med den angivna avgränsningen, till 19 000 kronor per invånare. Gotland hade en kostnad per invånare som var 10 procent över genomsnittet, medan Östergötland låg 6 procent under. Ordningen mellan landstingen är i stort sett densamma som i förra

Kostnad per patient (KPP)

Med KPP-redovisning får vi information om sjukvårdens kostnader för olika sjukdomar. Med KPP kan vi också mäta vårdtyngden, exempelvis vid det enskilda sjukhuset och därmed beakta denna i samband med kostnadsjämförelser. De flesta indikatorer för kvalitet eller resultat som används i uppföljning och i jämförelser gäller specifika medicinska behandlingar. Med tillgång även till KPP kan vi för dessa få information om både kvalitet, resultat och kostnader. Vi har därmed en grund för effektivitetsjämförelser.

För patienten är bemötandet, vårdkvaliteten och resultatet av vårdinsatserna i det enskilda fallet säkert viktigare faktorer än kostnaderna. Men för att kunna fördela resurserna mellan olika vårdområden och mellan olika vårdinsatser så att resultatet blir det bästa möjliga totalt sett så måste vi även veta vad de enskilda vårdinsatserna kostar.

Kostnadsuppgifter kan användas som ett sammanfattande mått på hur stora resurser en verksamhet tar i anspråk. I den traditionella redovisningen är det möjligt att med någorlunda säkerhet dela upp landstingens kostnader på öppen och slutet specialiserad vård, somatisk respektive psykiatrisk. Det räcker dock inte. Därför har KPP och DRG utvecklats.

KPP bygger på att kostnaden för de olika vårdinsatser som utförs i sjukvården beräknas på ett standardiserat sätt. Det gäller kostnader för exempelvis olika röntgenundersökningar, olika laboratorieprover, för operationstimmar avseende olika typer av operationer, för vård dagar vid olika vårdavdelningar etc. Beräkningarna görs med hjälp av kostnadsfördelningar och kostnadskalkyler så att sjukvårdens samtliga kostnader innefattas. Vissa undantag görs för att förbättra jämförbarheten. FOU-kostnaderna ingår exempelvis inte. Resultatet av KPP-beräkningarna stäms av mot de kostnader som man får fram i det traditionella kostnadsboks slutet så att en överensstämmelse uppnås.

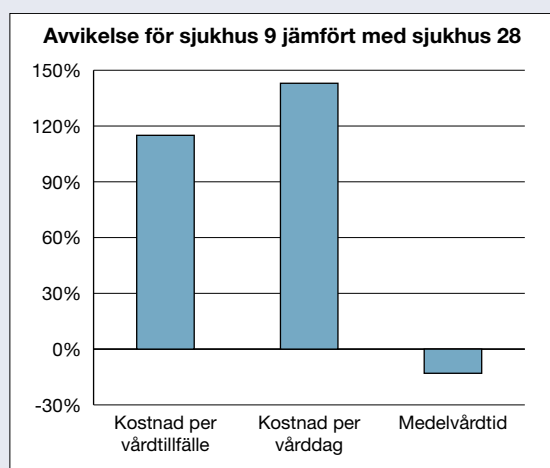
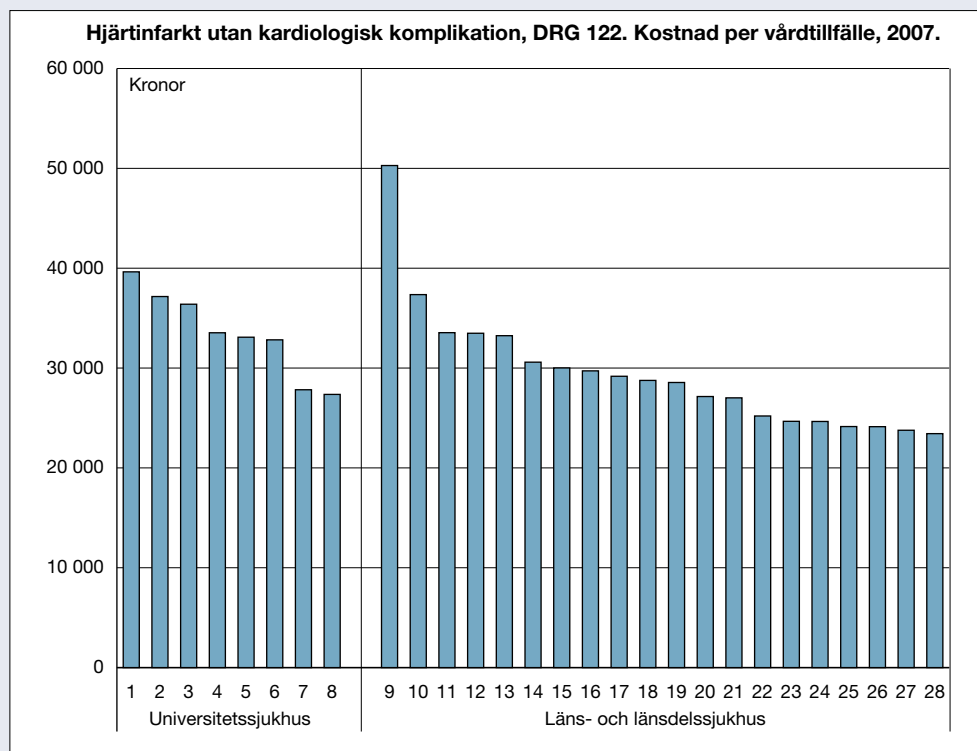
När en patient har behandlats färdigt sammanställs de insatser som har gjorts för just denna patient. Genom att summera kostnaderna för de olika insatserna får vi fram kostnaden totalt för vårdkontakten. Sammanställningen innehåller också uppgifter om patienten: Ålder, kön, hemortslän, diagnos, bidiagnoser mm.

Arbete med att införa KPP-redovisning pågår nu i någon form i de flesta landsting. I år, 2008, kunde 25 sjukhus från 11 landsting lämna KPP-uppgifter för 2007 till KPP-databasen vid Sveriges Kommuner och Landsting. Antalet vårdtillfällen i KPP-databasen motsvarar nu omkring 60 procent av samtliga vårdtillfällen inom den slutna somatiska vården. En utveckling av KPP pågår även inom öppen somatisk vård samt inom psykiatrin.

KPP-databasen ger möjligheter att exempelvis jämföra vårdkostnaderna för olika sjukdomar, för män respektive kvinnor och för olika åldersgrupper. Jämförelserna kan göras mellan sjukhus eller mellan kliniker. De kan göras för verksamheten totalt eller för olika sjukdomsområden, sjukdomar eller operationer. De kan avse kostnad per vårdtillfälle, kostnad per vård dag, medelvärdetid, kostnad per DRG-poäng och DRG-poäng per vårdtillfälle.

För att underlätta analysarbetet används KPP tillsammans med system för diagnosrelaterade grupper, DRG. Grupperingen i ett DRG-system bygger på en kombination av medicinsk information och kostnadsinformation. Varje DRG har en viss medicinsk enhetlighet i den bemärkelsen att de vårdkontakter som räknas dit ska höra till ungefär samma sjukdoms-

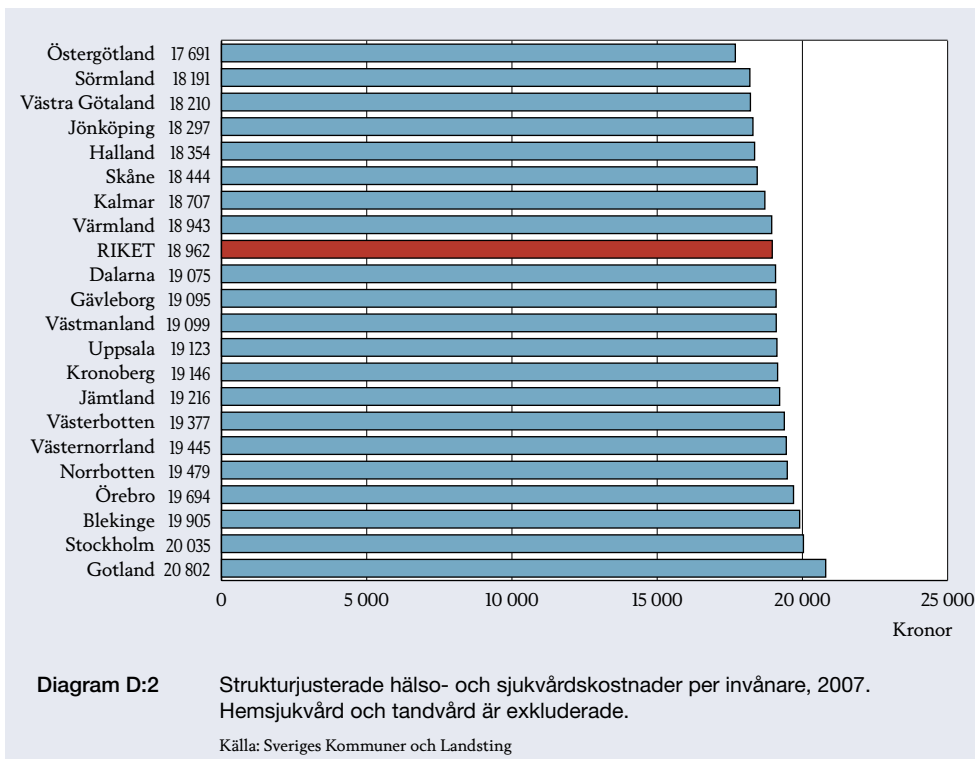
område eller innefatta operationer av likartat slag. För varje DRG gäller dessutom att genomsnittskostnaden per vårdtillfälle ska ligga på ungefär samma nivå för de diagnoser eller operationer som hör till gruppen.



Exempel på hur KPP och DRG kan användas för jämförelser

Av det större diagrammet framgår bl a att för DRG 122 har sjukhus 9 den högsta kostnaden per vårdtillfälle och sjukhus 28 den lägsta.

Det mindre diagrammet visar att skillnaden mellan de två sjukhusen beror på en hög kostnad per vård dag vid sjukhus 9 vilket indikerar relativt låg beläggning och/eller hög personaltäthet.



årets *Öppna jämförelse*. Den största förändringen är att en låg kostnadsutveckling har medfört att den relativa kostnadsnivån i Stockholm har ändrats från femte högsta till nionde högsta nivå.

D:2 • 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 utjämningsystemet avser att kompensera för. Inom ramen för detta system beräknas årligen för respektive landsting en standardkostnad för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden beräknas utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socio-ekonomisk 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.

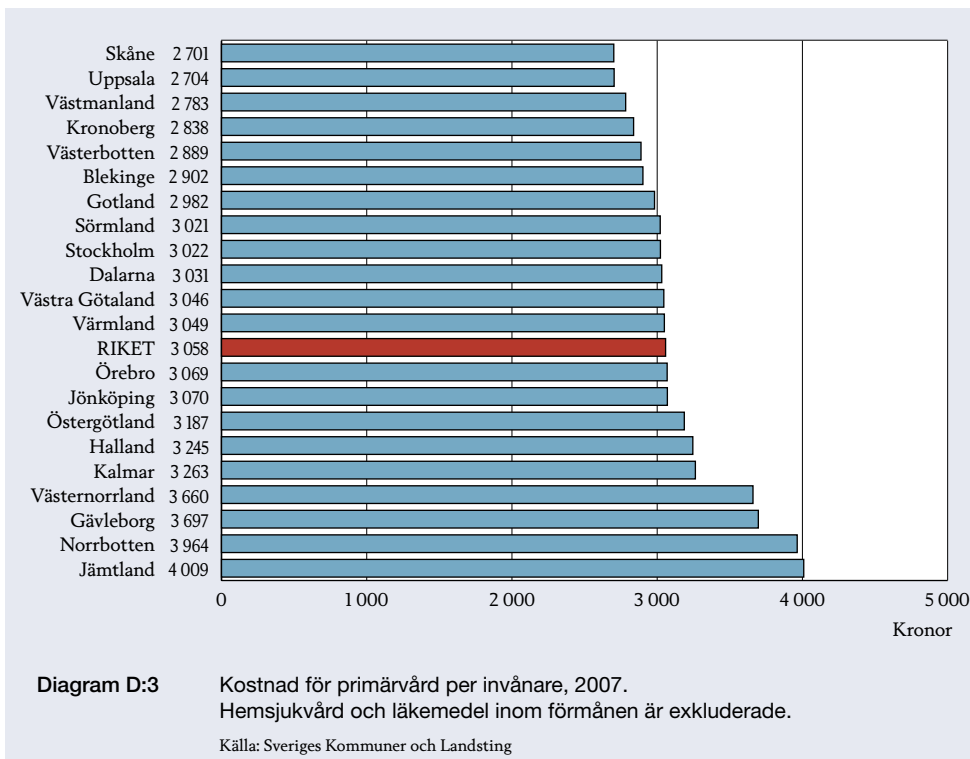
Kvoten mellan standardkostnad respektive läkemedelsstatsbidrag per invånare för respektive landsting och motsvarande för riksgenomsnittet är ett mått på hur mycket de strukturella faktorerna betyder. Genom att dividera den faktiska kostnaden med denna kvot erhålls en strukturjusterad kostnadsnivå, som redovisas i diagram D:2.

Exempelvis har Stockholms läns landsting en faktisk kostnad på 19 397 kr per invånare, varav 2 634 är läkemedel. Enligt utjämningsmodellen har Stockholm en standardkostnad som ligger ca 3 procent under riksgenomsnittet. Vid samma kostnads-läge som andra landsting skulle Stockholm, med en relativt ung befolkning, ha en lägre kostnad än genomsnittet. I fördelningen av statsbidraget för läkemedel får Stockholm 4 procent mindre per invånare än genomsnitt. Den strukturjusterade nettokostnaden beräknas genom att multiplicera hälso- och sjukvårdskostnaden exklusive läkemedel med faktorn 1,03 och läkemedelskostnaden med 1,04 och därefter summera dessa tal.

För några landsting är skillnaden mellan faktiska kostnader och strukturjusterade relativt stor. För Uppsala ligger den justerade kostnaden 6,5 procent över den faktiska, medan den för Norrbotten ligger 7 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 faktiska kostnaden ligger 2 000 kr per invånare högre än genomsnittet, men sedan hänsyn tagit till strukturella faktorer är kostnaden bara 500 kronor högre per invånare. Motsvarande justering för Uppsala ändrar kostnadsnivån från cirka 1 000 kr lägre per invånare till en kostnad något över rikets genomsnitt. Gotlands höga kostnader kan å andra sidan inte förklaras av de strukturella faktorer som beaktas i utjämningsystemet, då både den faktiska och justerade kostnaden ligger högt. Motsvarande gäller för Östergötland som har låga kostnader.

Generellt finns ett relativt starkt samband mellan faktiska kostnader och strukturjusterade kostnader. Strukturella faktorer kan således bara delvis förklara varför kostnaderna skiljer sig mellan landstingen.

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 ändå inte beaktas i utjämningsystemet. Skillnader i det regionala löneläget är en sådan faktor, som från och med 2008 skall vägas in i utjämnningen. Gotlands höga kostnader förklaras till den del av dess speciella förhållanden, som bland annat innebär att öns enda sjukhus måste ha större resurser för viss specialistsjukvård än vad befolkningsunderlaget motiverar.



D:3, D:4, D:5 • Primärvård, somatisk vård och psykiatri

I följande diagram redovisas nettokostnader per invånare separat för primärvård, specialiserad somatisk vård och för specialiserad psykiatrisk vård. Jämförelsen avser faktiska nettokostnader per invånare, utan hänsyn till att förutsättningar och behov skiljer sig åt mellan landstingen, eftersom standardkostnad beräknas bara för totala hälso- och sjukvårdskostnader. Likaså har läkemedelsförmånens kostnader exkluderats med hänsyn till att det finns betydande osäkerhet i hur dessa kostnader fördelas mellan huvudområdena.

Den genomsnittliga kostnaden för primärvård (D:3) uppgick 2007 till drygt 3 000 kronor per invånare, vilket motsvarade 16 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 2 700 kronor per invånare i Skåne och Uppsala.

Skillnader i landstingens geografiska förhållanden spelar en stor roll för olikheter i kostnadsnivåerna inom primärvården, om en acceptabel tillgänglighet skall kunna upprätthållas. 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,

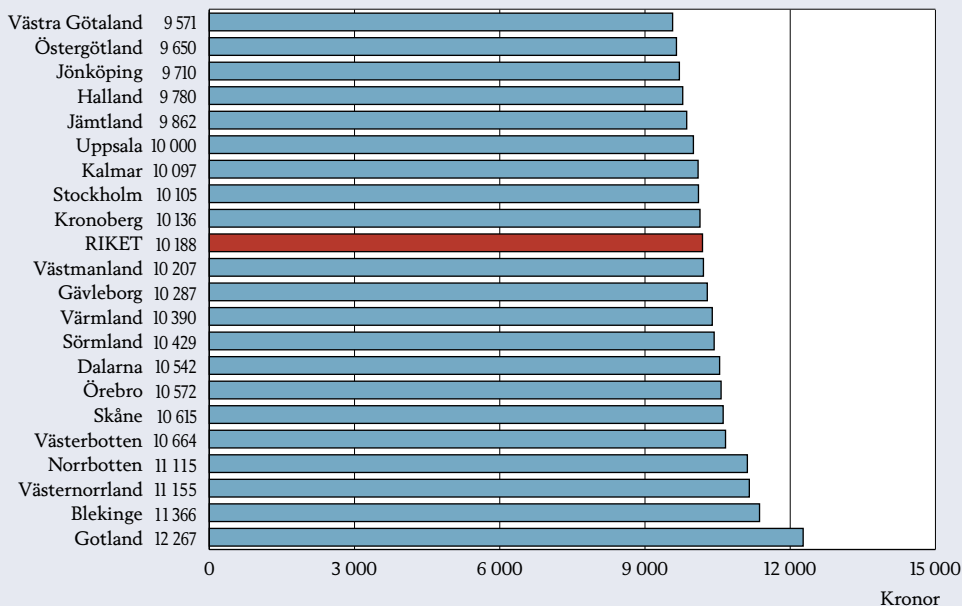


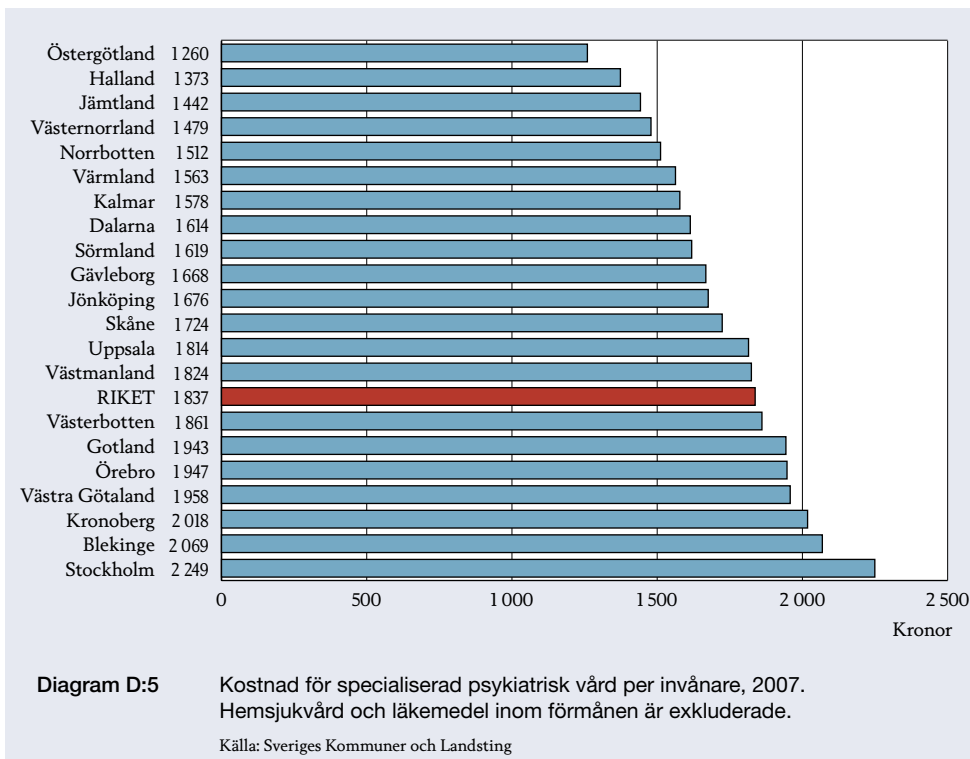
Diagram D:4 Kostnad för specialiserad somatisk vård per invånare, 2007. Hemsjukvård och läkemedel inom förmånen är exkluderade.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

vilket drar upp primärvårdskostnaden i dessa landsting. Kostnadsjämförelsen påverkas även till en del av verksamhetsuppdraget inom primärvård även i övrigt skiljer sig åt mellan landstingen.

Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården (D:4), som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 10 200 kronor per invånare 2007. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mindre för somatisk specialistsjukvård än för övrig sjukvård. Kostnadsutvecklingen har dock varierat kraftigt mellan landstingen, vilket bland annat medfört att Stockholm som i förra *Öppna jämförelser* hade den sjunde högsta kostnaden nu hamnar under genomsnittet.

För den psykiatriska vården (D:5), har Stockholm påtagligt högre kostnader än vad övriga landsting har. En förklaring till dessa 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 ett med en högre utnyttjande av psykiatrisk vård. Dock är detta inte entydigt. Uppsala har en ung befolkning, men kostnaden för psykiatri ligger nära riksgenomsnittet. Kostnadsskillnaden för psykiatrisk vård mellan Stockholm och övriga landet har dock krympt de senaste två åren. Landsting som 2007 hade en relativt snabb kostnadsutveckling inom den specialiserade psy-



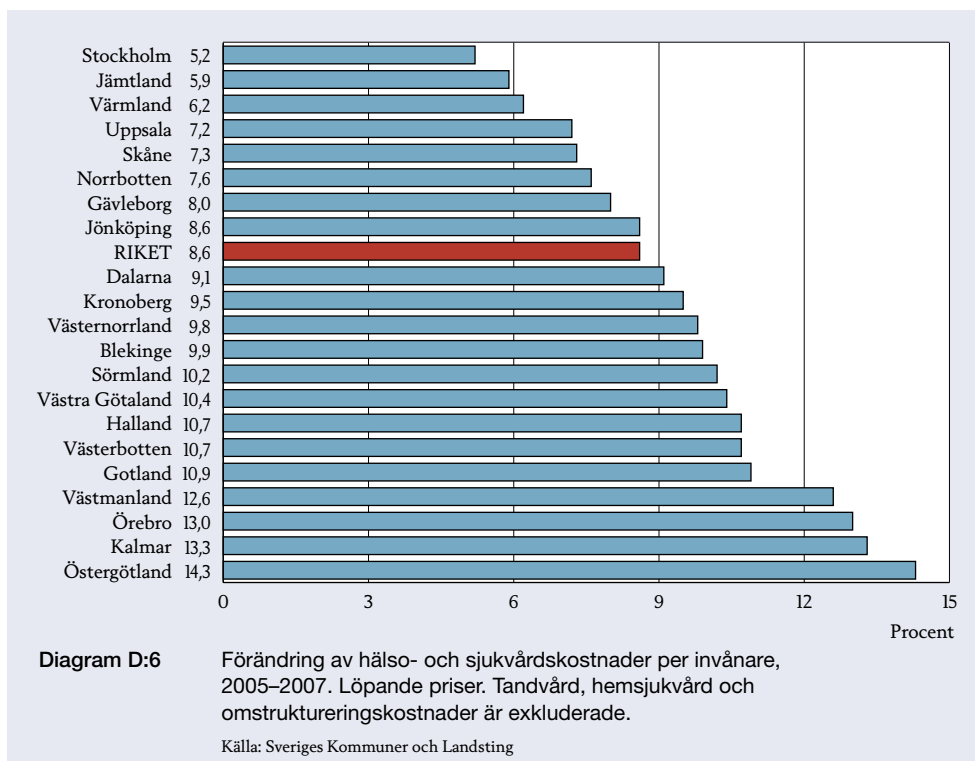
kiatrin var Västerbotten, Halland, Värmland och Gävleborg. Motsatsen gällde för Östergötland, Jämtland, Dalarna och Stockholm.

D:6 • Kostnadsutveckling i hälso- och sjukvården

I diagram D:6 visas förändringen av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare mellan åren 2005 och 2007. Ökningstakten avser nettokostnader i löpande priser, således utan justering för pris- och löneförändringar. Tillfälliga så kallade omstruktureringskostnader är exkluderade, för att skapa ökad jämförbarhet.

Kostnadsökningen var dessa båda år högst i Östergötland, det landsting som har den lägsta kostnadsnivån. Även Gotland, med den högsta kostnadsnivån, hade en kostnadsutveckling över genomsnittet.

Den genomsnittliga pris- och löneökningen, mätt med förändringen av landstingsprisindex, uppgick under dessa år sammantaget till 5,6 procent. Av riksgenomsnittets kostnadsökning på 8,6 procent var därför 3,0 procentenheter en real ökning, medan resterande del kompenserade för inflationen. Det saknas uppgifter om pris- och löneutvecklingen i de enskilda landstingen. Detta gör att motsvarande justering inte kan göras på ett korrekt vis per landsting.

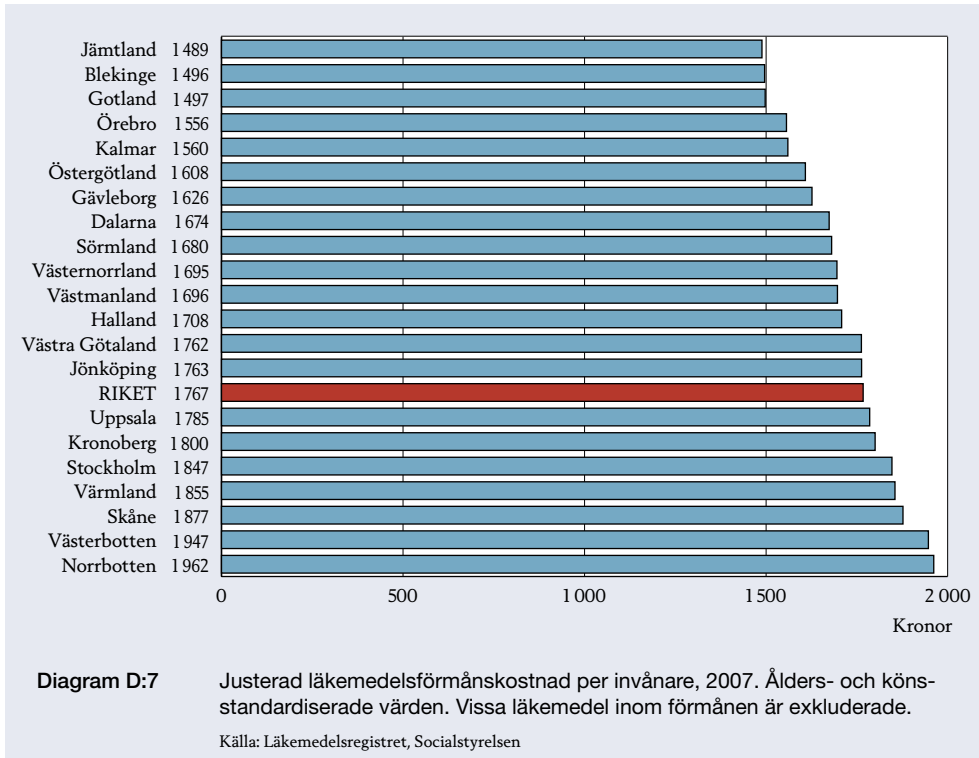


Det är främst kostnaderna för den specialiserade somatiska sjukvården som ökat kraftigt i Östergötland. Trots detta har Östergötland den näst lägsta kostnadsnivån bland landstingen inom denna del av vården. Även Gotland och Västerbotten har haft snabb kostnadsutveckling inom den somatiska specialistsjukvården. Däremot har kostnadsutvecklingen för primärvården varit mer dämpad i dessa landsting.

D:7 • Justerad läkemedelskostnad per invånare

Läkemedel svarar för 15 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård och hemsjukvård). Patentutgångar och så kallat generiskt utbyte har under några år dämpat kostnadsutvecklingen. Nu har dessa effekter emellertid klingat av och läkemedelskostnaderna ökar i ungefär samma takt som övriga hälso- och sjukvårdskostnader.

Diagram D:7 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 läke-

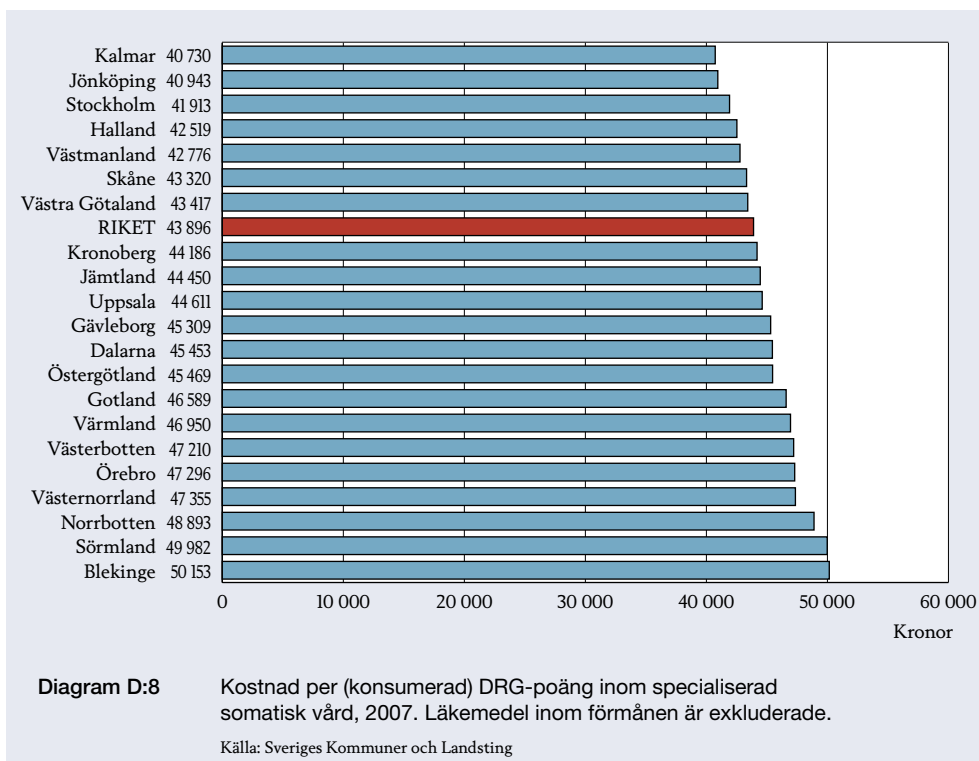


medel utelämnats. Likaså har kostnaden för de förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånen exkluderats. Sammantaget omfattas cirka 75 procent av läkemedelsförmånens kostnader av jämförelsen. Kostnadsuppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens sammansättning på åldrar och kön. Däremot har inte gjorts någon justering för att sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, varför detta kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna.

KOSTNAD PER PRESTATION

D:8 • Kostnad per DRG-poäng

Skillnader i hälso- och sjukvårdskostnad per invånare kan bero endera på variationer i hur mycket vård befolkningen i respektive landsting konsumerar eller på att kostnaden per vårdinsats skiljer sig åt. Den strukturjusterade kostnaden (diagram D:2) tar hänsyn till den skillnad i mängden konsumerad vård som beror på demografi och sjukdomsbild. Men andra faktorer, som tillgänglighet och lokala traditioner, kan också medföra skillnader i konsumtionsmönster. 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 vård-



kontakterna 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 dess 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 D:8 visar kostnaden per DRG-poäng för den 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. Det bör noteras att det är kostnaden per konsumerad DRG-poäng som återges. Till exempel är Gotlands kostnad per DRG-poäng således delvis bestämd av priset för den utomlänsvård som köps från andra landsting.

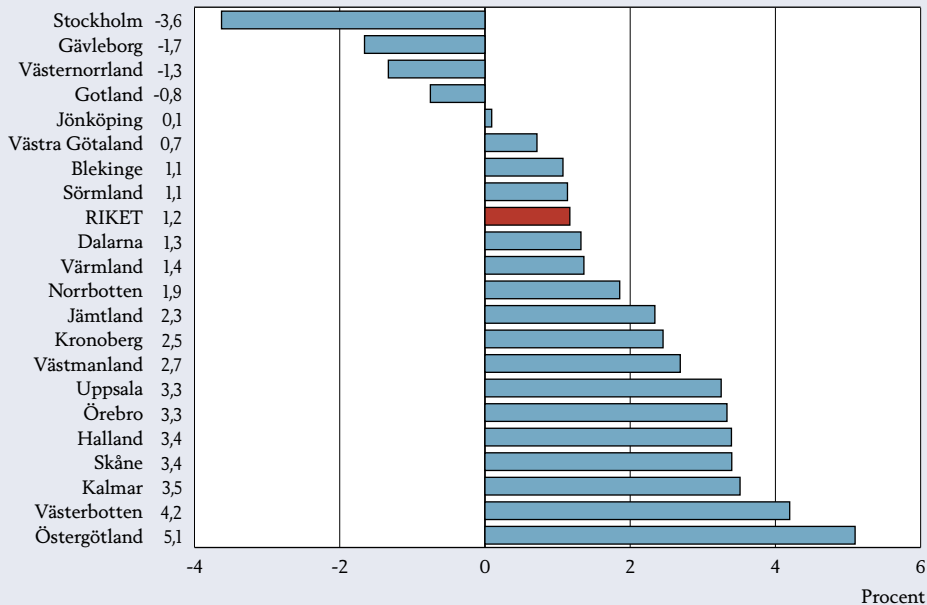


Diagram D:9 Årlig förändring av kostnad per DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård, 2005–2007. Fasta priser. Läkemedel inom förmånen är exkluderade.

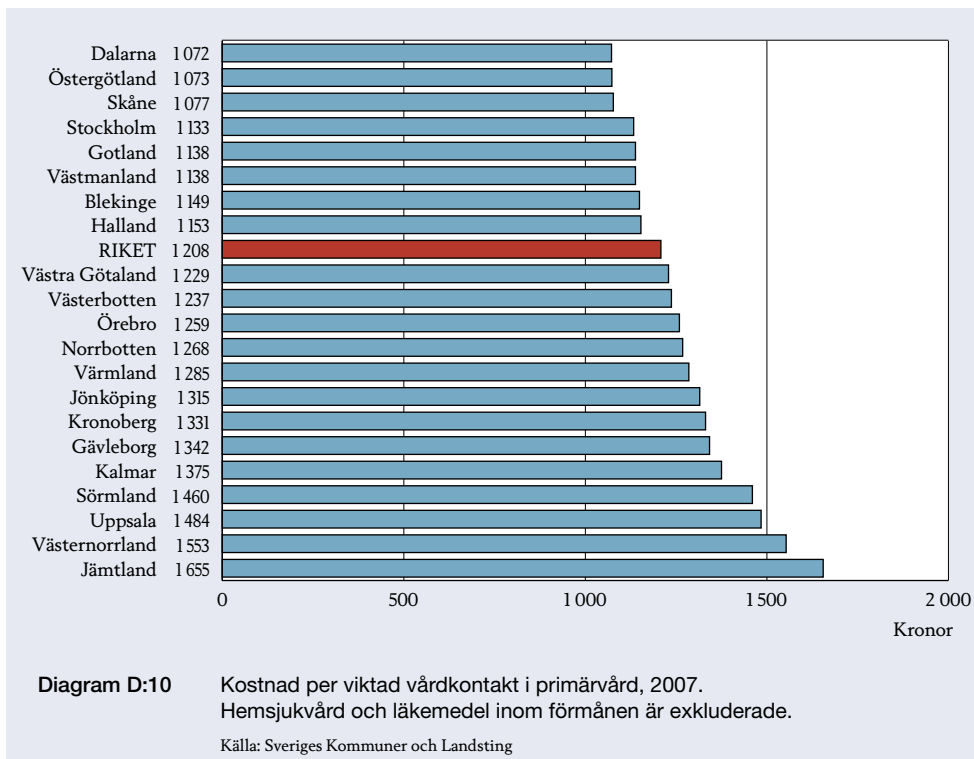
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Beräkningen omfattar hela den specialiserade somatiska sjukvården i landstingen, det vill säga både den öppna och den slutna vården. I detta mått ställs landstingets nettokostnader för somatisk öppen och slutna vård mot den vårdkonsumtion länetns invånare har såväl i det egna landstinget som hos 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 patientmix, patienternas ålder och sjukdomssvårighet, men inte till andra faktorer.

D:9 • Förändring av kostnad per DRG-poäng

I diagram D:9 visas för specialiserad somatisk vård den årliga förändringen av kostnaden per DRG-poäng mellan åren 2005 och 2007, i fasta priser. Detta är ett mått på produktivitetsutvecklingen, där lägre kostnader per prestation över åren innebär ökad produktivitet och vice versa.



Generellt har kostnaderna (i fasta priser) de tre senaste åren ökat mer än prestationerna mätt med DRG-poäng. Den förhållandevis snabba kostnadsökningen har inte motsvarats av fler prestationer och produktiviteten har således fallit. Det finns dock stora variationer mellan landstingen, med en kraftig ökning i Stockholm och nedgång i till exempel Östergötland.

Osäkerheten i uppgifterna är dock stor. En del av ökningen 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.

D:10 • Kostnad per vårdkontakt – 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 D:10 har besöken i primärvården viktats utifrån vilken personalkategori besöket avser, respektive om det äger rum på mottagning eller i hemmet. Exempelvis har besök hos andra vårdgivarkategorier än läkare antagits motsvara 40 procent av resursåtgången för ett läkarbesök och ett telefonbesök har viktats till en tredjedel av resursåtgången för ett mottagningsbesök (inte hos läkare). Det sammanvägda antalet besök har därefter relaterats till kostnaden för primärvård i respektive landsting.

Diagram D:3 och D:10 visar att 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 (få vårdkontakter, hög kostnad per vårdkontakt) och Östergötland (många vårdkontakter, låg kostnad per vårdkontakt) som båda har genomsnittlig totala primärvårdskostnader.

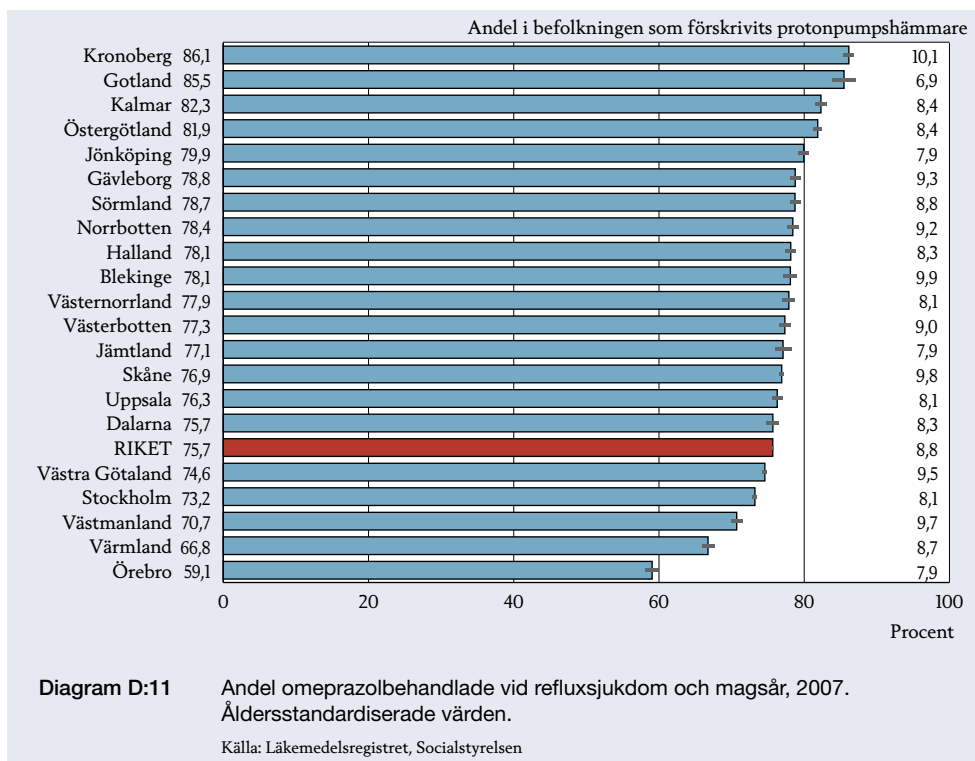
KOSTNADSEFFEKTIVA BEHANDLINGSVAL

Kostnadseffektiva behandlingsval innebär att man väljer behandlingsalternativ med lägre kostnad om effekten bedöms vara likvärdig den som dyrare behandlingsalternativ har. Två vanliga exempel på detta ges här: val mellan snarlika läkemedel och val mellan att operera i dagkirurgi eller i slutenvård.

I årets publikation redovisas fem indikatorer under denna rubrik, varav en är ny. Tre indikatorer belyser kostnadseffektiva läkemedelsval, varav en ny som avser val av läkemedel vid behandling av högt blodtryck. Två indikatorer belyser andelen operationer i dagkirurgi.

När patentskyddet för ett originalläkemedel har upphört kan "kopior" med samma aktiva substans saluföras. Kopiorna benämns i dagligt tal generika och är inledningsvis oftast betydligt billigare än originalläkemedlet. Om Läkemedelsverket bedömer att originalläkemedel och generika är helt likvärdiga i alla avseenden, kan byte mellan de olika produkterna göras på apoteket.

Observera att det inte är förekomst av detta generiska utbyte på apotek vi här redovisar, utan den förskrivande läkarens val mellan alternativa, närbesläktade läkemedel inom en läkemedelsgrupp. Dessa alternativa läkemedel är oftast terapeutiskt likvärdiga, men eftersom de innehåller olika läkemedelssubstanser kan de inte bytas ut på apoteket. På grund av prisskillnader går det ofta att göra stora kostnadsredueringar genom att de billigare läkemedlen förskrivs.



D:11 • Omeprazol vid refluxsjukdom och magsår

Behandling vid refluxsjukdom och magsår är ett område där det inom en läkemedelsgrupp finns flera närbesläktade läkemedel. För några år sedan togs ett nytt läkemedel fram mot refluxsjukdom och magsår med den ingående substansen esomeprazol. Denna är snarlik omeprazol, den substans som finns i det välkända svenska läkemedlet Losec® och i flera andra magsårsläkemedel. Det nyare esomeprazol är mer än dubbelt så dyrt som alternativet omeprazol.

Via Läkemedelsregistret har vi studerat förskrivningen av medel mot magsår- och refluxsjukdom, så kallade protonpumpshämmare. Då omeprazol för de flesta patienter bedöms som likvärdig i effekt jämfört med övriga preparat bör man förskriva det billigare omeprazol. Måttet i diagram D:11 redovisar andelen personer som vid första förskrivning under 2007 har förskrivits omeprazol, av alla personer som förskrivits någon protonpumpshämmare. I kolumnen till höger om diagrammet redovisas andelen som förskrivits protonpumpshämmare totalt i befolkningen.

Variationen mellan landstingen är stor vad gäller förskrivning av det billigare omeprazol preparatet men det är relativt små variationer i förskrivningen av protonpumpshämmare totalt.

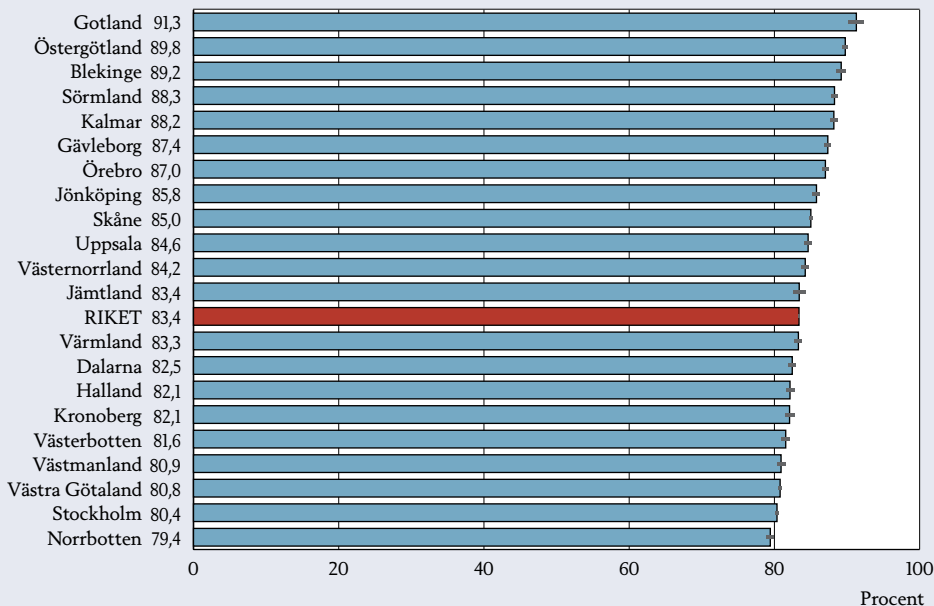


Diagram D:12 Andel behandlade med lågkostnadsstatin vid blodfettssänkande behandling, 2007. Åldersstandardiserade värden.

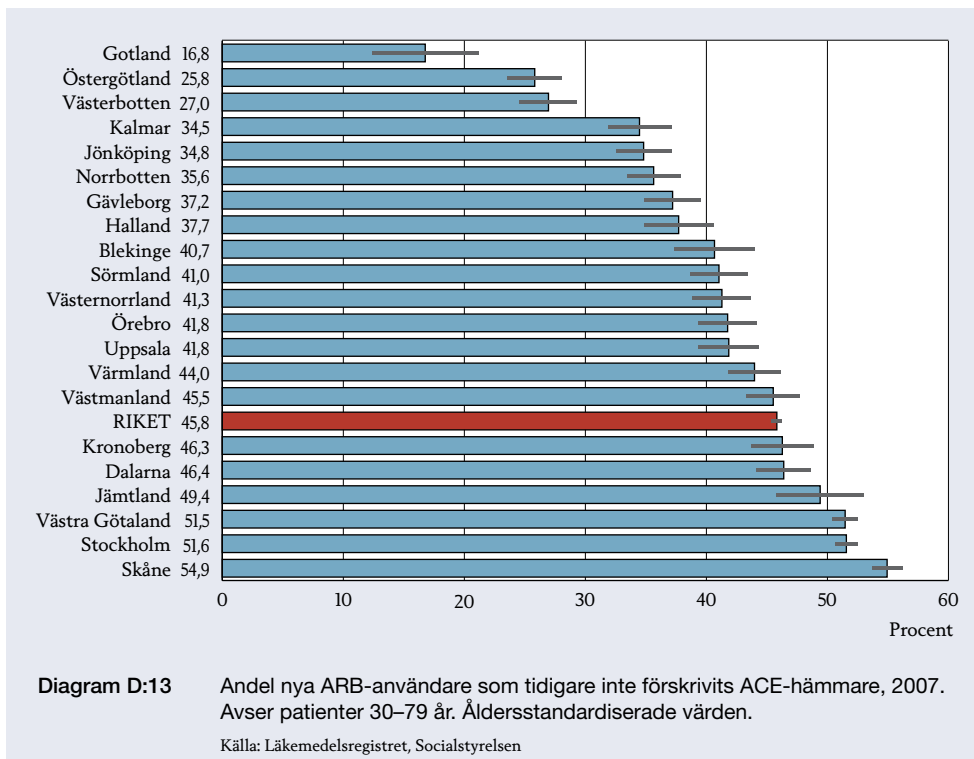
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

D:12 • Lågkostnadsstatin vid blodfettssänkande behandling

För blodfettssänkande läkemedel är läget likartat behandling av magsår. Det finns äldre och billigare preparat samt nya, dyrare läkemedel med snarlik grundsubstans och utan entydigt bättre effekt. De nyare preparaten är mer än fem gånger så dyra som de äldre alternativen. Vi har studerat val mellan olika så kallade statiner, med högre respektive lägre kostnad. Snarlika mått förekommer i läkemedelskommitteers uppföljningar.

I diagram D:12 redovisas andelen personer som vid första förskrivning 2007 förskrevs simvastatin eller pravastatin, av alla som förskrevs statiner. Simvastatin och pravastatin bedöms för de flesta patienter ha likvärdig effekt, jämfört med övriga statiner. De är avsevärt billigare och bör därför förskrivas.

2007 hade för riket 83 procent av alla statinbehandlade förskrivits lågkostnadsstatiner. Skillnaderna mellan landstingen är förhållandevis måttliga, med alla landsting i intervallet 79–91 procents andel patienter som förskrivits simvastatin och pravastatin. De ekonomiska effekterna av en ökning av andelen skulle för många landsting ändå bli avsevärda, även om en andel på 100 procent inte ska ses som ett mål.



D:13 • 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. Samtliga ARB får begränsad subvention och de ska bara subventioneras för patienter som provat, men inte kan använda ACE-hämmare eller som tillägg till ACE-hämmare. Dessa direktiv som gäller från och med 1 september 2008 enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden).

Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av ARB tidigare fått behandling med ACE-hämmare. Beräkningen är gjord på de personer som under perioden 1 juli 2007 till 30 juni 2008 för första gången sedan 1 juli 2005 hämtat ut ARB. Under mätperioden var det cirka 51 000 personer som behandlats med ARB preparat.

I riket totalt var det 46 procent, vilket motsvarar 23 499 personer, som var nya användare av ARB utan att tidigare förskrivits ACE-hämmare. Detta strider tydligt mot rekommendationerna. Det är betydande variationer mellan landstingen, från cirka 17 till 55 procent.

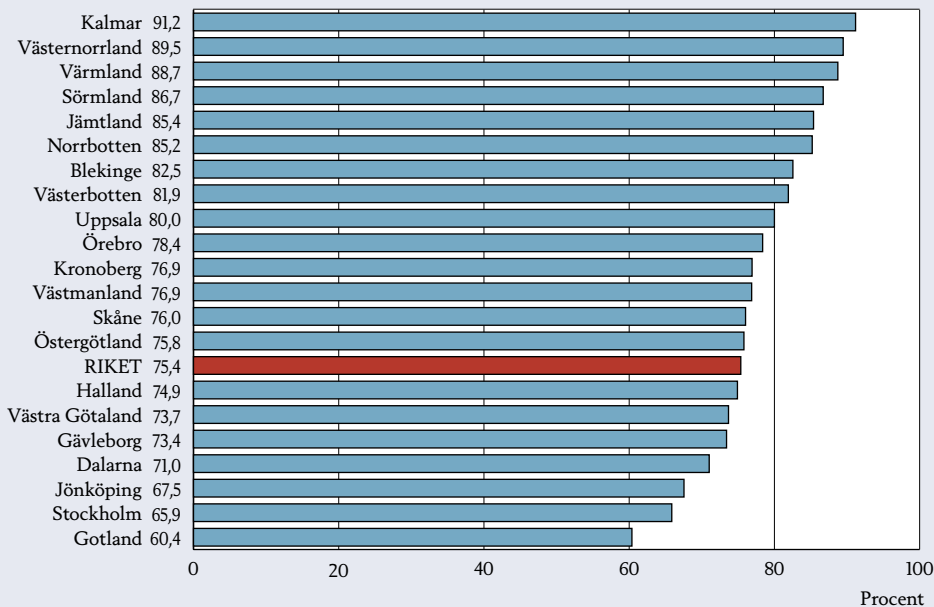


Diagram D:14 Andel ljumskbråcksoperationer utförda i dagkirurgi, 2007.

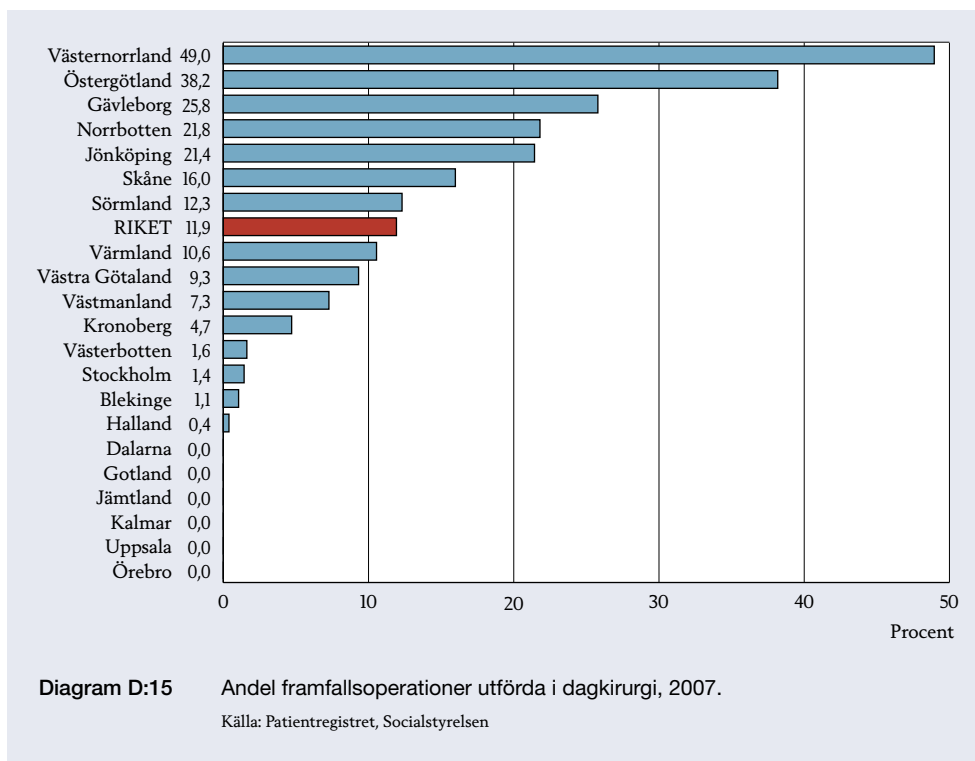
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

D:14 • Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck

Även för ljumskbråck finns det en frågeställning om val mellan operation i slutenvård respektive i dagkirurgi. Uppgifterna är hämtade från Patientregistret och avser 2007 även för denna operation. Antalet utförda operationer, rapporterade till Patientregistret, är knappt 15 000. Detta är en underskattning av det verkliga antalet, eftersom det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer i öppen vård.

För riket som helhet är andelen utförda operationer inom dagkirurgi drygt 75 procent. Variationerna mellan landstingen är betydande, men inte lika stora som för operationer vid framfall.

Kostnaden för operation i öppenvård 2007 är enligt KPP-databasen 10 400 kr och för operation i slutenvård 25 800 kr. Även för denna operation kan en ökad dagkirurgiandel medföra kostnadsreduceringar.



D:15 • Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

2007 opererades närmare 5 900 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 för kirurg och operationspersonal utmanande ingrepp.

De olikartade svårighetsgraderna, patientens ålder och allmäntillstånd är alla faktorer som påverkar vårdtidens längd och hur stor andel av operationerna som sker utan inläggning i slutenvård, således i dagkirurgi. Men, vilket framgår av variationerna i diagram D:13, det finns även andra aspekter som spelar stor roll för andelen dagkirurgiskt opererade.

Uppgifterna i diagrammet är hämtade från Patientregistret och baseras på patientens hemort. Det finns ingen orsak att tro att kvinnornas allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt åt mellan olika landsting. En faktor som kan spela in är indikationen för när operation bör ske; det finns (se vidare bilaga 3) betydande variation avseende hur många kvinnor i de olika landstingen som opererades 2007.

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 närmare 50 procent i dagkirurgi, medan i andra operationerna utförs i princip uteslutande inom slutenvården.

En operation i öppenvård kostade enligt KPP-databasen 15 100 kr 2007, medan slutenvårdsoperationen kostade 33 300 i genomsnitt. Påtagliga kostnadsreduceringar kan därför ske i de landsting som har en hög slutenvårdsandel.

Öppna jämförelser 2008

– jämförelser mellan landsting

I denna rapport publicerar Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans lätt tillgängliga och överskådliga jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Två rapporter har tidigare publicerats, 2006 och 2007.

Jämförelserna baseras på 102 indikatorer som redovisas under rubrikerna medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. För varje indikator presenteras diagram där landstingen jämförs med varandra. Vidare finns vissa jämförelser av utvecklingen över tid. Vissa data presenteras även på sjukhusnivå, dock utan anspråk att utgöra egentliga kvalitetsjämförelser.

Inga slutsatser dras, utan rapporten överlämnas till landstingen och till den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten för vidare analys och diskussion. Rapportens syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn, ge ett sakligt underlag för den offentliga debatten och stimulera hälso- och sjukvården till ökat lärande och förbättrade resultat.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-387-2

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2008-126-21

