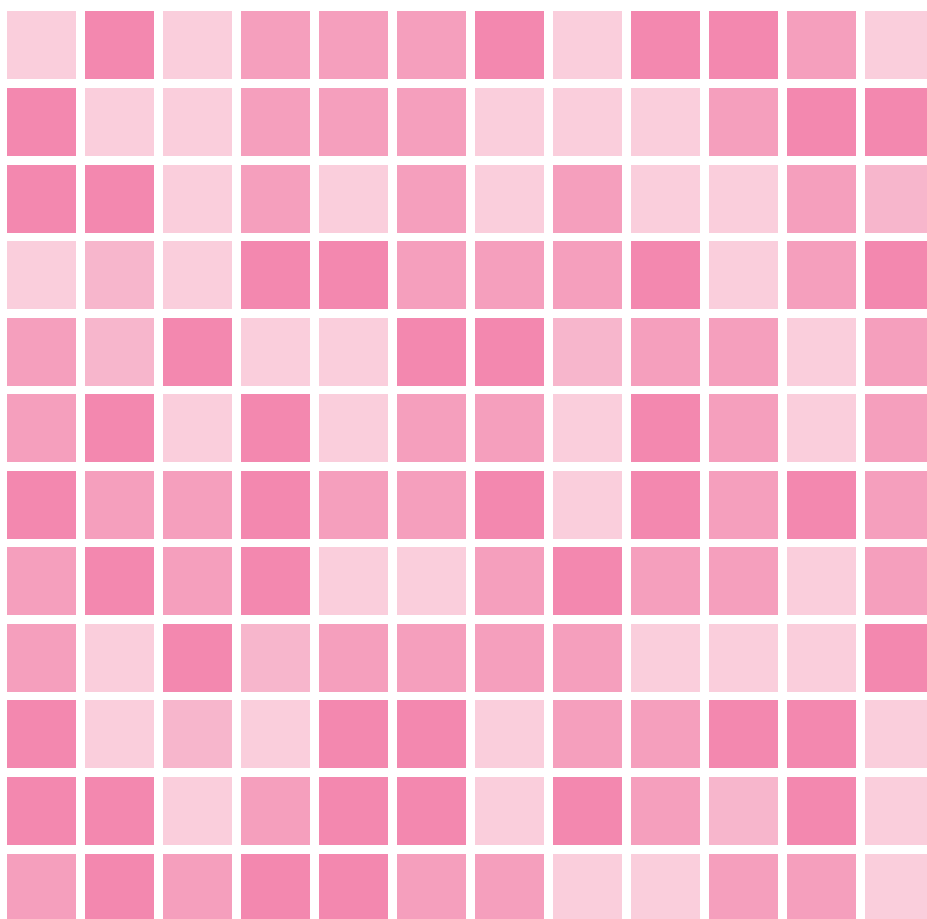


KVALITETSINDIKATORER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

ETT KOMPLEMENT TILL ÖPPNA JÄMFÖRELSE
FRÅN ETT URVAL KVALITETSREGISTER

2013



KVALITETSINDIKATORER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

ETT KOMPLEMENT TILL ÖPPNA JÄMFÖRELSER
FRÅN ETT URVAL KVALITETSREGISTER

2013

Kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården
– Ett komplement till Öppna jämförelser
från ett urval kvalitetsregister
kan beställas eller laddas ner från

Sveriges Kommuner och Landsting
webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-111-2

Sveriges Kommuner och Landsting 2014
Upplaga: 1 500 ex
Tryck: LTAB

FÖRORD

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ger tillsammans med Socialstyrelsen ut rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, där ett stort antal kvalitetsindikatorer redovisas.

Projekt som rör utveckling av kvalitetsindikatorer och de datakällor som ligger till grund för indikatorer pågår såväl inom ramen för SKL:s organisation för arbetet med öppna jämförelser, som inom kansliet för Nationella Kvalitetsregister. Nationella Kvalitetsregistren är en viktig källa för utvecklingen av öppna jämförelser. I denna rapport presenterar SKL därför ytterligare kvalitetsindikatorer baserade på dem. Syftet är både att presentera underlag för att förbättra vården och att understödja utveckling av kvalitetsindikatorer och att etablera en öppen publicering av dem.

Projektledare vid SKL har Katarina Wiberg Hedman varit. Merparten av det praktiska arbetet med att sammanställa rapporten har utförts av Camilla Eriksson, SKL, och Emma Vintemon, som finns både på SKL och på kansliet för Nationella Kvalitetsregister, samt av Fredrik Westander, konsult.

Ett varmt tack riktas till företrädare från kvalitetsregister och andra som medverkat till rapporten genom att lämna data och underlag för texter.

Hans Karlsson

Avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

INNEHÅLL

INLEDNING	7
REDOVISNING AV KVALITETSINDIKATORER	8
SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT – SEPHIA, SWEDEHEART	
1 Deltagande i uppföljning	8
2 Deltagande i program för fysisk träning	10
3 Rökstopp efter hjärtinfarkt	12
4 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol	14
5 Måluppfyllelse för blodtryck	16
DIAGNOSTIK AV HJÄRTSVIKT – RIKSSVIKT	
6 Ekokardiografi vid hjärtsvikt	18
7 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt	20
BEHANDLING AV FETMA HOS BARN – KVALITETSREGISTRET BORIS	
8 Behandlingsresultat efter ett år	22
9 Mätning av fasteblodsocker	22
DEMENS SJUKDOM – SVEDEM	
10 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos	24
11 Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom	25
VÅRD VID ÄTSTÖRNING – RIKSÄT	
12 Fri från ätstörningsdiagnos efter behandling	27
13 Förbättrad funktionsförmåga vid ätstörning	28
BIPOLÄR SJUKDOM – KVALITETSREGISTRET BIPOLÄR	
14 Deltagande i patientutbildning	29
15 Behandling med litium	30
16 Förbättrad funktionsförmåga efter behandling	31

RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD – KVALITETSREGISTRET RÄTTSPSYK

17	Patientens självrapporterade hälsa	32
18	Förbättrad symtombild	33
19	Förbättrad skuldsituation	34

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM – LUFTVÄGSREGISTRET

20	Spirometri vid KOL	35
21	Tillfrågats om rökning vid KOL	37
22	Dietistkontakt vid lågt BMI	37
23	Influensavaccination vid KOL	38

OPERATION FÖR GIFTSTRUMA OCH PHPT – KVALITETSREGISTRET SQRTPAS

24	Stämbandsförslamning sex veckor efter operation för giftstruma	39
25	D-vitaminbehandling (bisköldkörtelskada) efter operation för giftstruma	41
26	Kvarstående höga kalkvärden (hyperkalcemi) efter operation av PHPT	41

BÄTTRE OMHÄNDERTAGANDE VID ARTROS

– BOA-REGISTRET OCH SVENSKA HÖFTPROTESREGISTRET

27	Artrosskola före höftprotesoperation	43
28	Andel patienter som fullföljer artrosskola	45
29	Hälsorelaterad livskvalitet efter genomgången artrosskola	46
30	Användning av kunskap från artrosskola	47

INDIKATORBESKRIVNING 48

INLEDNING

RAPPORTENS BAKGRUND OCH SYFTE

I december 2013 publicerade Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen den åttonde rapporten av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Ett stort antal kvalitetsindikatorer redovisades. Ändå speglar rapporten bara delar av hälso- och sjukvården. Även på de vårdområden där det finns ytterligare kvalitetsindikatorer tillgängliga är det inte möjligt att i en återkommande tryckt publikation kunna visa alla indikatorer för mer än ett urval aspekter av vårdens kvalitet, eller ens att täcka in alla områden.

Det finns, helt oavsett vilka indikatorer som kan visas i rapporten *Öppna jämförelser*, en förväntan på nationella kvalitetsregister att de skall ha en öppen redovisning av kvalitetsmått. Dessa redovisas som regel i registrets årsrapport eller via hemsidor, men det finns även ett behov av att skapa en lätt tillgänglig publiceringslösning för dessa kvalitetsindikatorer. SKL arbetar med denna och liknande frågeställningar.

Denna rapport är en del i denna ambition. Här har samlats en rad ytterligare kvalitetsindikatorer med nationella kvalitetsregister som källa, utöver de som visades i rapporten *Öppna jämförelser*. Det är inte självklart att SKL under kommande år kommer att publicera en skriftlig extrarapport för dessa och andra indikatorer. I takt med att fler och fler kvalitetsregister öppet vill redovisa kvalitetsmått växer istället behovet av en webbpublicering.

Syftet med denna rapport är snarlikt huvudrapportens: Att främja vårdens förbättringsarbete genom att vara ett underlag för landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvården samt att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn för såväl medborgare som patienter. Flera av indikatorerna är från register där det finns ett behov av bättre täckningsgrad, så ett viktigt syfte med denna rapport är att bidra till ökad täckningsgrad och bättre kvalitet i data för dessa register.

URVAL OCH REDOVISNING AV INDIKATORER

Totalt visas data för 30 kvalitetsindikatorer, hämtade från elva kvalitetsregister. Urvalet av indikatorer är baserat på förslag från kvalitetsregister. Under arbetet med rapporten *Öppna jämförelser* har genom åren kvalitetsregister antingen ombetts lämna förslag på indikatorer att visa eller själva föreslagit lämpliga mått.

Resultatredovisning sker uppdelat per kvalitetsregister. För varje indikator finns värden som presenteras i diagram- eller tabellform. Som stöd för tolkningen av indikatorn finns även en kort beskrivande text. Ytterligare diagram- och datamaterial finns tillgängliga på SKLs hemsida; http://www.skl.se/vi_arbetar_med/oppnajokforelser/halso_och_sjukvard

Indikatorerna presenteras på ett vis snarlikt det i *Öppna jämförelser*, dock utan summerande resultattabla. Det finns även andra skillnader, som regel beroende på tillgång till data eller att patientantalet är litet. Sjukhusredovisning förekommer i lägre utsträckning. Detsamma gäller data för jämförelseår i det publicerade diagrammet. Eftersom patientunderlaget som regel är litet görs ingen konsupplering av data i den tryckta rapporten, och bara undantagsvis i det datamaterial som är tillgängligt på SKLs hemsida.

TOLKNING AV RESULTAT

Jämförelser och diagram presenteras på samma sätt som i huvudrapporten, så att ett bättre resultat medför placering högt i diagrammen. Texterna till varje diagram finns som tolkningsstöd, men generellt skall resultaten tolkas med försiktighet på grund av små tal, lägre och ojämn täckningsgrad samt det faktum att flera indikatorer är förhållandevis nya. Ingen färgkodning görs heller i denna rapport. När målnivåer finns anges dessa i texten.

För ytterligare orientering om tolkningsproblem kan läsaren med fördel läsa det avsnitt i huvudrapporten *Öppna jämförelser* som behandlar frågor om tolkning av kvalitetsjämförelser.

REDOVISNING AV KVALITETSINDIKATORER

SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT – SEPHIA, SWEDEHEART

RIKS-HIA, den del av SWEDEHEART som registrerar uppgifter om bland annat vård vid akut hjärtinfarkt har fram till nu haft ett kvalitetsindex som betonat insatser i det akuta skedet. För flera av de nio kvalitetsmåten i indexet har måluppfyllelsen nu blivit så hög att det inte längre är meningsfullt att främst uppmärksamma dessa mått.

2012 lanserades istället ett nytt kvalitetsindex, där fem av elva indikatorer speglar sekundärprevention. De är alla hämtade från SEPHIA, det register inom SWEDEHEART som speglar sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Alla fem visas här:

- Andel som registrerades i SEPHIA
- Andel som slutat röka
- Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram
- Andel som når behandlingsmål för blodtryck
- Andel som når behandlingsmål för LDL-kolesterol

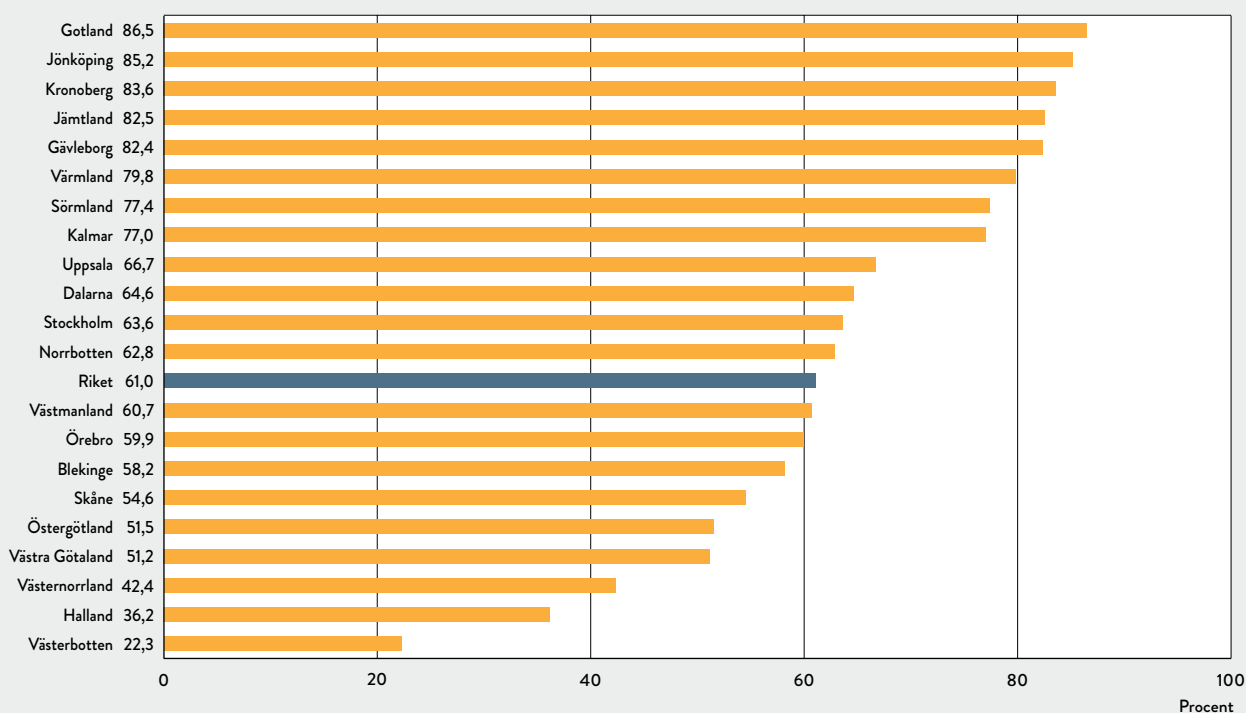
Till SEPHIA rapporteras data för patienter som förekom i RIKS-HIA. Täckningsgraden för SEPHIA, i meningen andelen av alla patienter under 75 år som haft hjärtinfarkt, kan därför bedömas först efter att hänsyn tagits till RIKS-HIAS täckningsgrad. Drygt 70 procent av alla hjärtinfarktfall fanns i RIKS-HIA för 2011.

Till SEPHIA rapporterade 62 av RIKS-HIAs 70 akutsjukhus data för 2012, därtill kommer två ytterligare enheter som bedriver uppföljning efter hjärtinfarkt utan att vara akutklinik. För SEPHIA-aktiva sjukhus var den genomsnittliga täcknings- eller deltagandegraden 78 procent för den första uppföljningen (som sker inom 10 veckor efter utskrivning från sjukhus). Uppföljningsdata registrerade år 2012 för totalt 6 430 patienter, en ökning med 35 procent de senaste fem åren.

1 Deltagande i uppföljning

Mått på deltagande i registeruppföljning (täckningsgrad) är ingen kvalitetsindikator i sig, men ett högt deltagande är

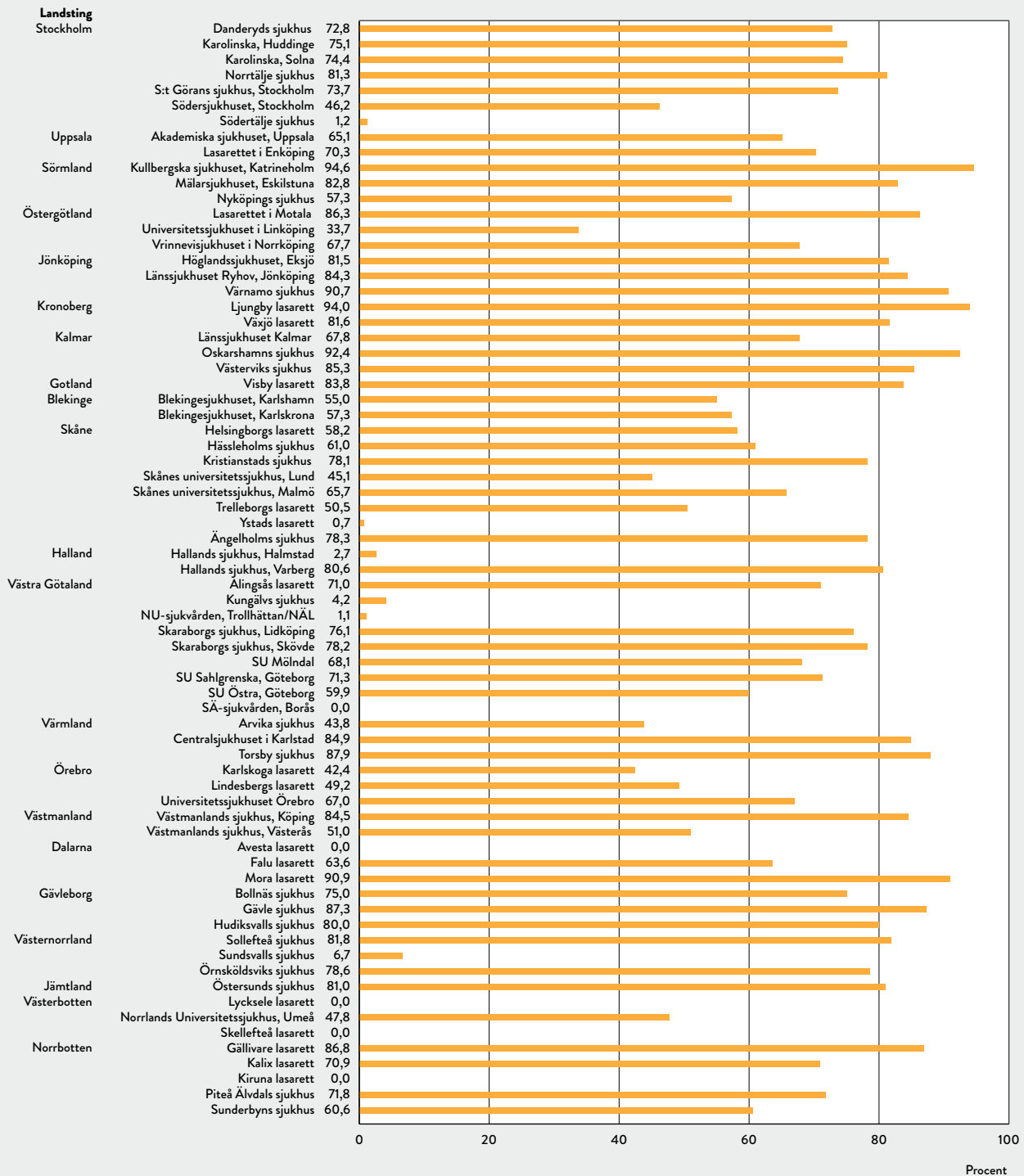
Diagram 1 Andel patienter som deltar i sekundärpreventiv uppföljning efter hjärtinfarkt, 2012.
Totalt Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

**Diagram 1
Sjukhus**

Andel patienter som deltar i sekundärpreventiv uppföljning efter hjärtinfarkt, 2012.
Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

Procent

däremot en förutsättning för att kunna följa upp kvalitet och för att kunna tolka resultaten av kvalitetsjämförelser. Detta är motivet till att måttet ingår i SWEDEHEARTS kvalitetsindex för hjärtinfarktvård. I SEPHIA mäts deltagandegraden för två olika uppföljningar, dels 6–10 veckor efter utskrivning från sjukhus, dels efter 12–14 månader. Här visas deltagandet i den andra uppföljningen.

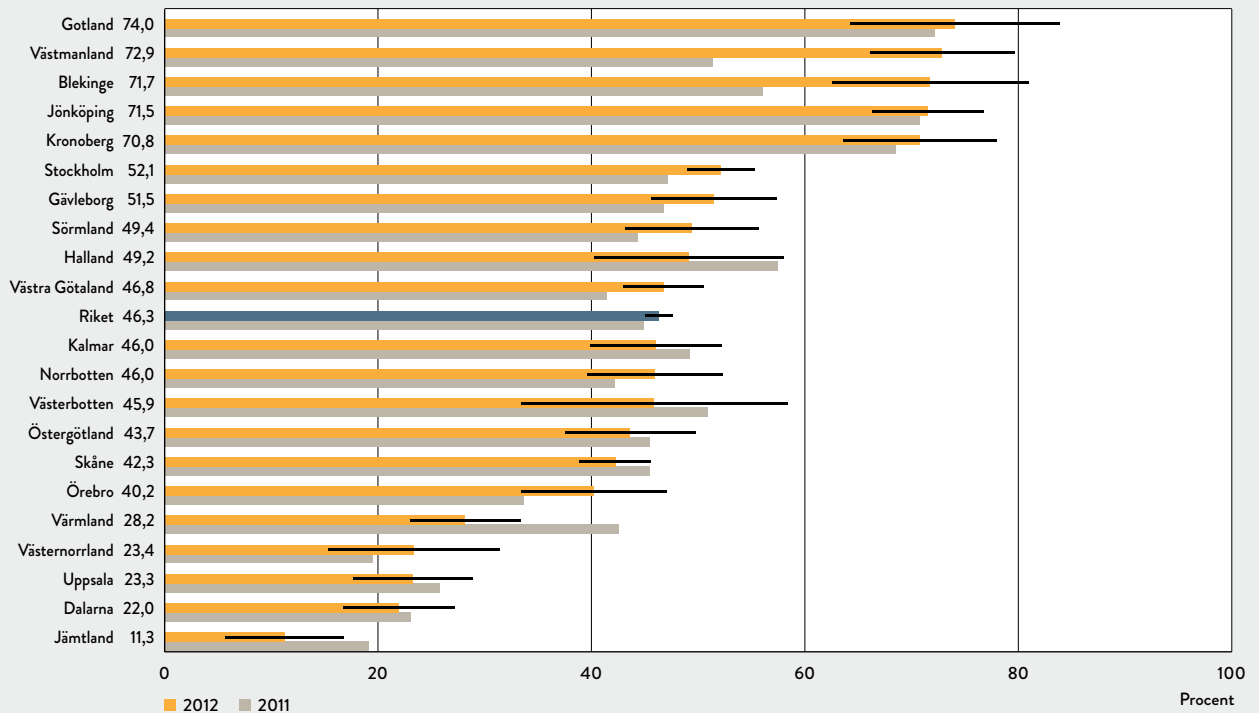
Diagram 1 visar andelen patienter med hjärtinfarkt i RIKS-HIA som deltog i SEPHIAs uppföljning 12–14

månader efter utskrivning från sjukhuset. Enbart patienter som är yngre än 75 år ingår. Avlidna patienter är exkluderade.

I riket var andelen som deltog 61 procent, knappt 6 100 patienter av totalt nästan 10 000 i målgruppen. Det är stora variationer mellan landstingen, med värden från 22 till över 86 procent. I SWEDEHEARTS kvalitetsindex för sjukhusen är gränserna för poäng (således en slags målnivå) satta till 75 respektive 90 procent.

Diagram 2
Totalt

Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2012. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

2 Deltagande i program för fysisk träning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom.

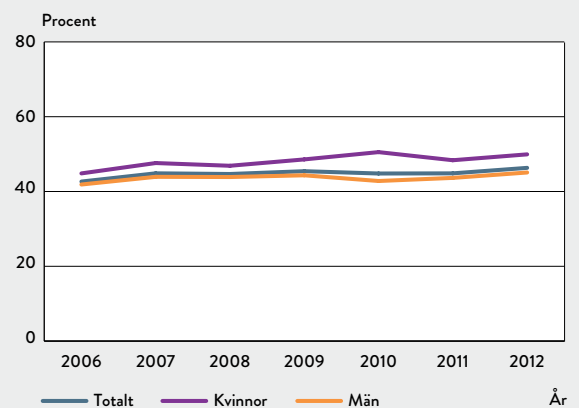
Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom. Ett av flera inslag för att förebygga ny sjukdom är därför fysisk aktivitet och fysisk träning. För sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom är det fysisk träning med tillräckligt hög intensitet som har visat sig vara effektivt. För hjärtrehabilitering innebär detta framförallt träning av kondition för att öka syreupptagningsförmågan och muskelträning för en bättre muskelfunktion.

Diagram 2 visar andelen patienter som inom 12–14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram, i den omfattning som rekommenderas i behandlingsriktlinjer. Jämförelsen baseras på närmare 5 900 patienter yngre än 75 år, varav två tredjedelar var män. I riket hade drygt 46 procent av patienterna deltagit i träningsprogram, med en spridning mellan landsting från 11 till 74 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) 50 respektive 60 procent, men i princip skulle alla patienter dra nytta av deltagande. Fysisk träning är i många landsting och sjukhus därför ett underutnyttjat inslag i sekundärprevention efter hjärtinfarkt.

Diagram 2 – Riket

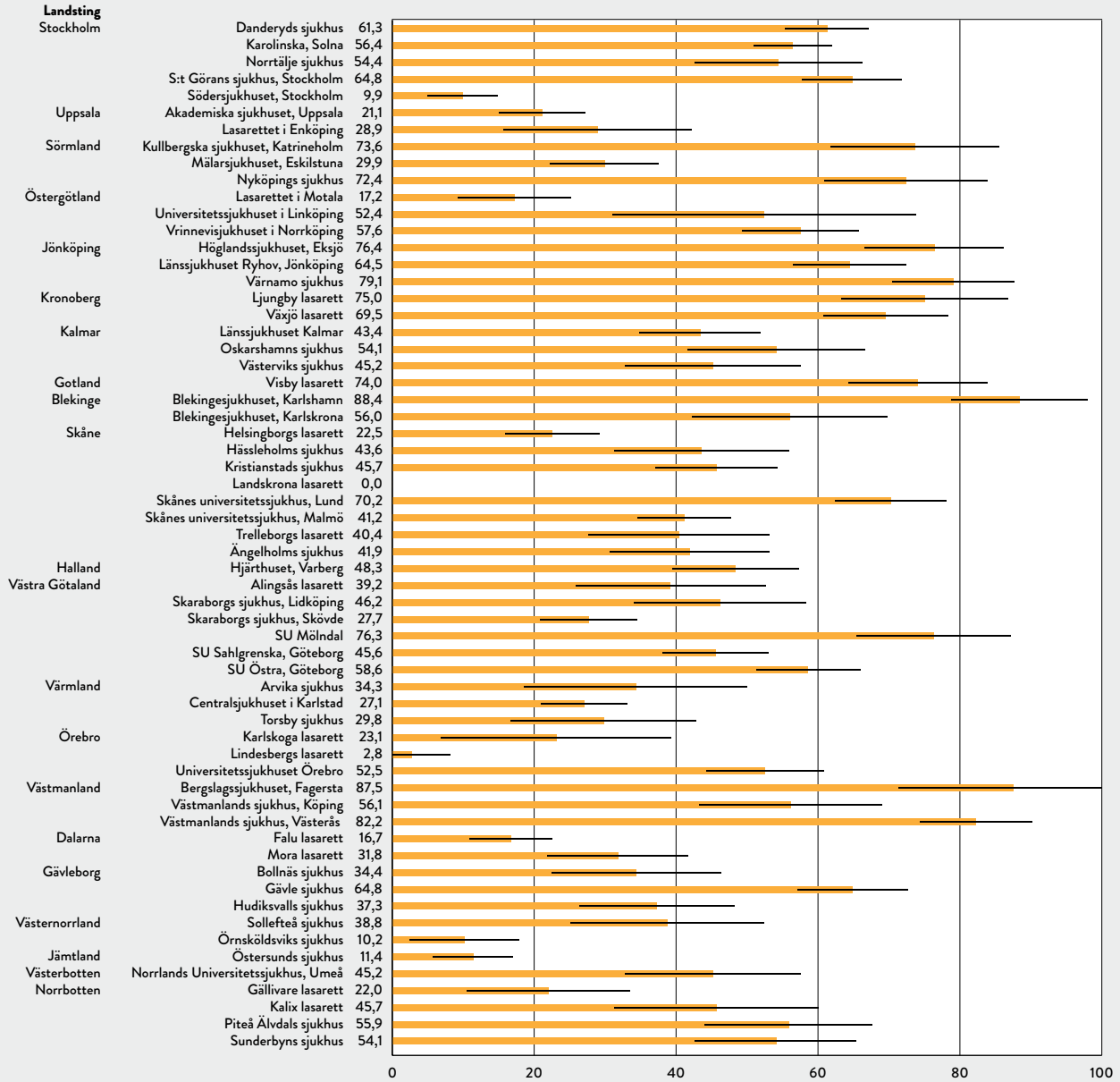
Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

Diagram 2
Sjukhus

Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt, 2012.
Avser patienter yngre än 75 år.

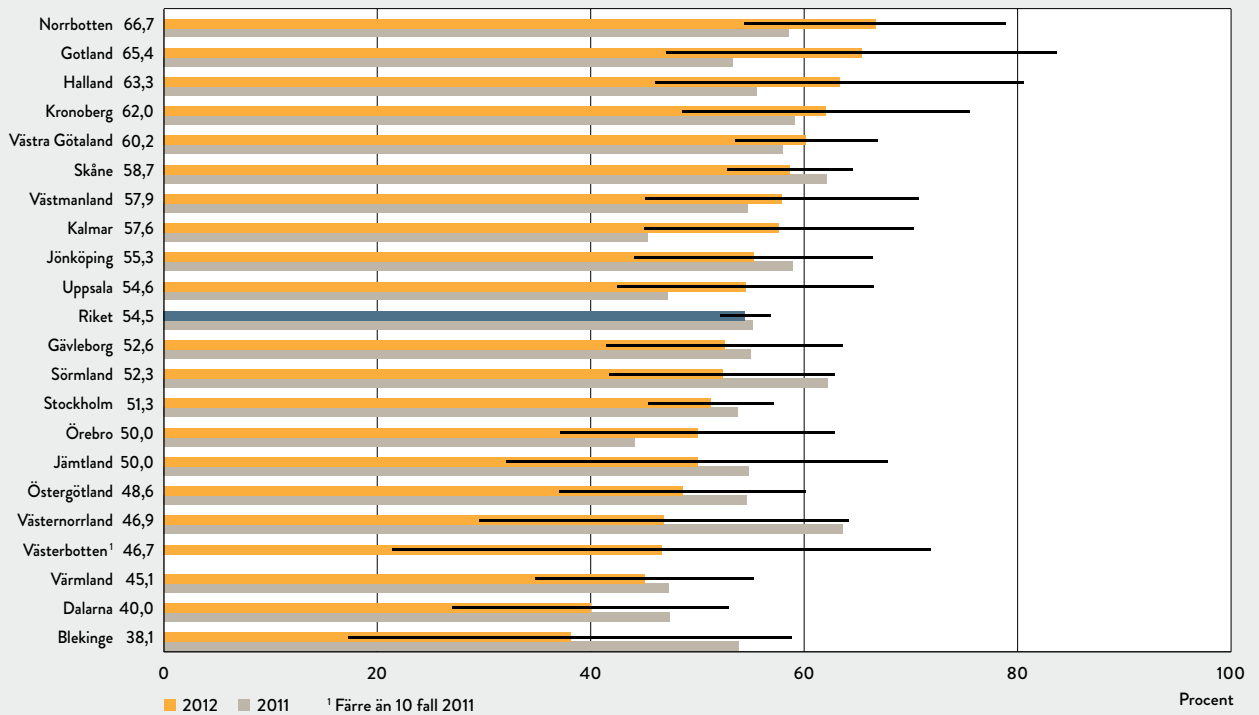


Källa: SWEDEHEART - SEPHIA.

Procent

Diagram 3
Totalt

Andel patienter som slutat röka 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2012. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

3 Rökstopp efter hjärtinfarkt

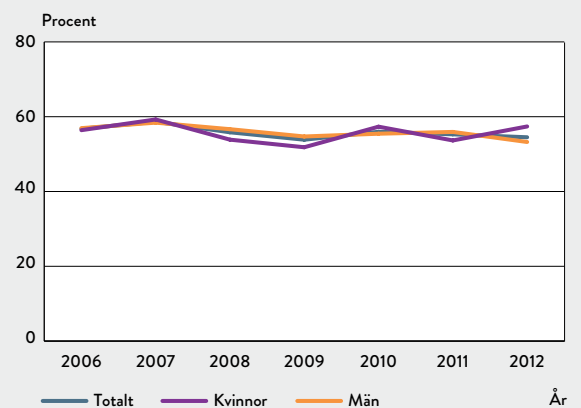
Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. Drygt 30 procent av alla hjärtinfarktpatienter i RIKS-HIA är rökare och lika många har tidigare varit rökare. För den rökande hjärtinfarktpatienten är rökstopp därför en viktig åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Uppgift om rökning fångas vid båda uppföljningstillfällena, utöver vid insjuknandet.

I diagram 3 visas andelen rökande patienter som vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten hade slutat röka. Jämförelsen baseras på drygt 1 700 patienter yngre än 75 år. I riket hade drygt 54 procent slutat röka. Skillnaderna mellan de flesta landsting är jämförelsevis måttliga och varierar från 38 till knappt 59 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 60 respektive 70 procent, vilket innebär att bara få landsting och sjukhus når upp till dem.

Diagram 3 – Riket

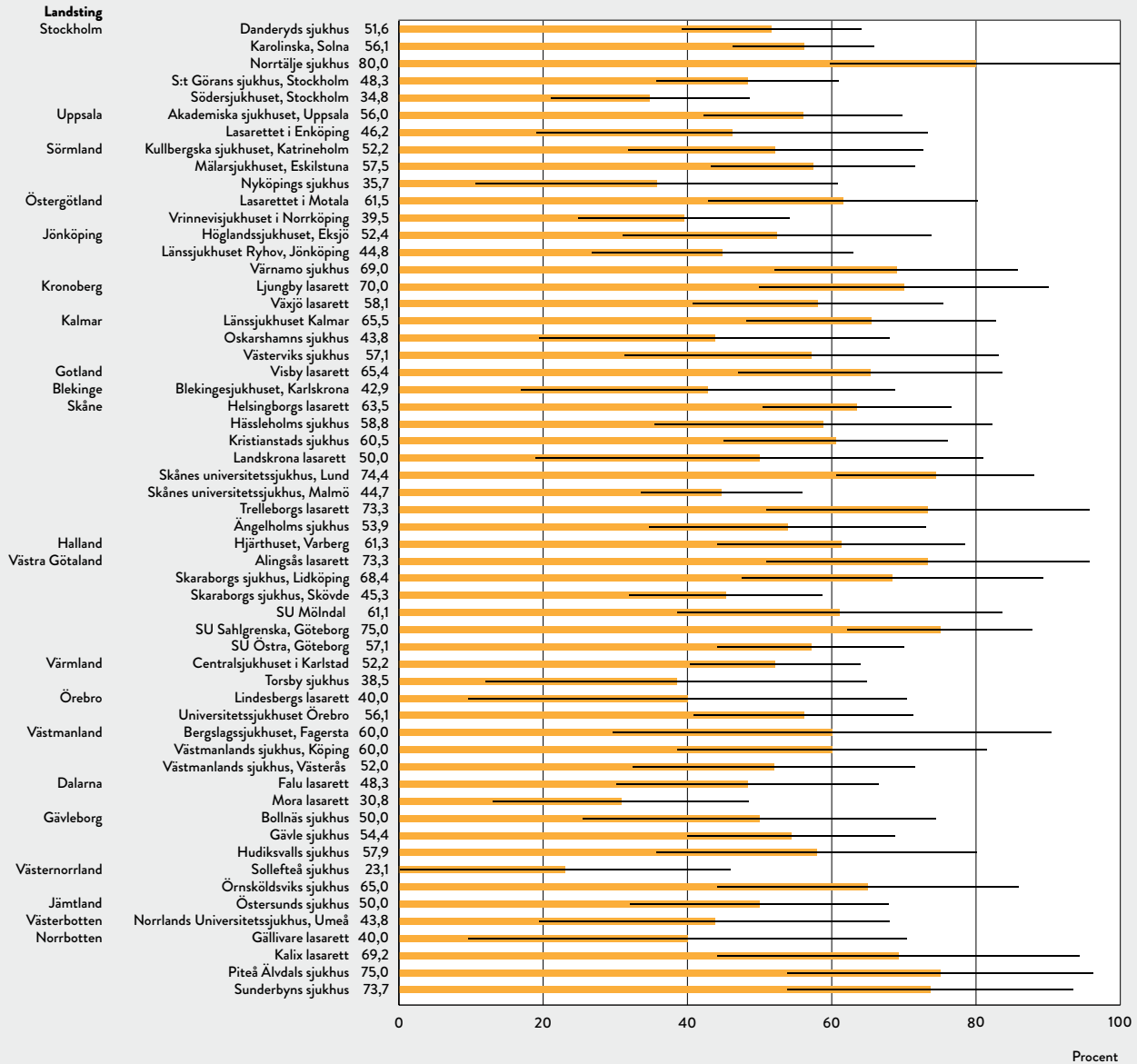
Andel patienter som slutat röka 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

**Diagram 3
Sjukhus**

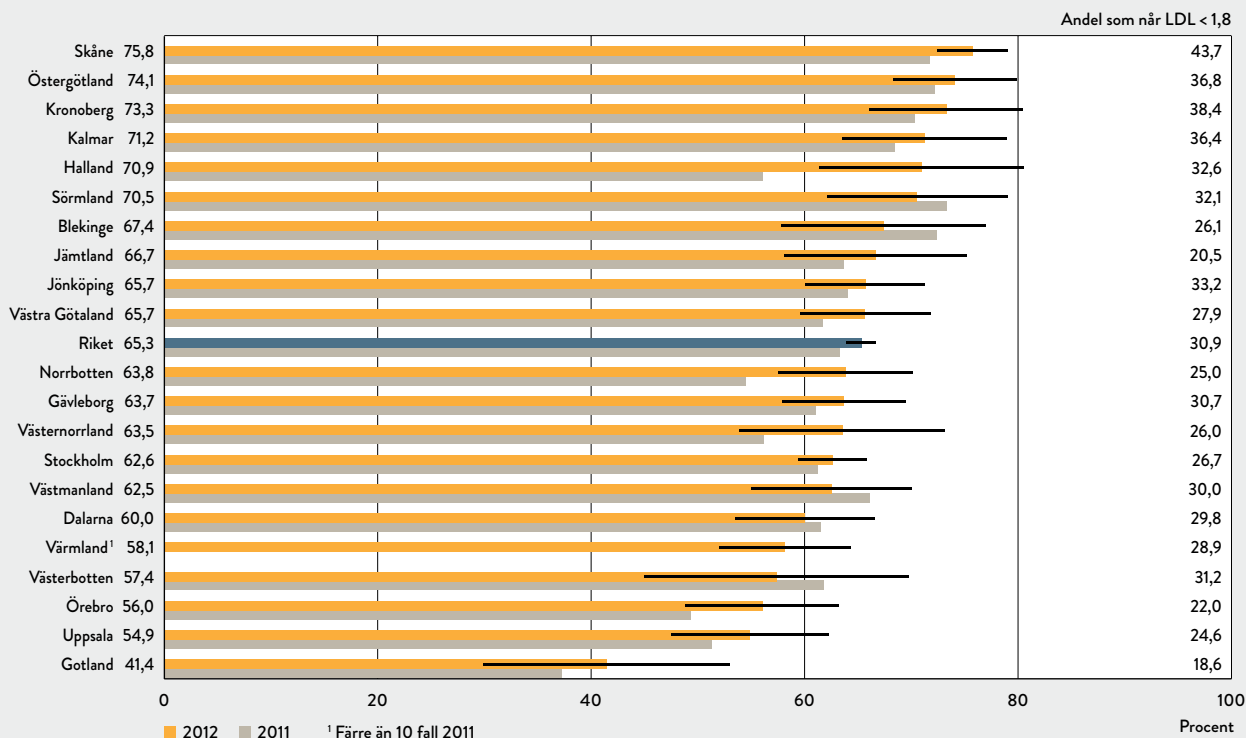
Andel patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt, 2012. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART - SEPHIA.

Procent

Diagram 4 Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2012. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

4 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Efter hjärtinfarkt skall i princip samtliga patienter komma ifråga för blodfettssänkande läkemedelsbehandling. En betydande andel av patienterna förskrivs också dessa läkemedel, vilket visats både i RIKS-HIAs uppföljning och i data från Patientregistret och Läkemedelsregistret. Men blodfetterna påverkas även av andra faktorer, som till exempel kost och fysisk aktivitet.

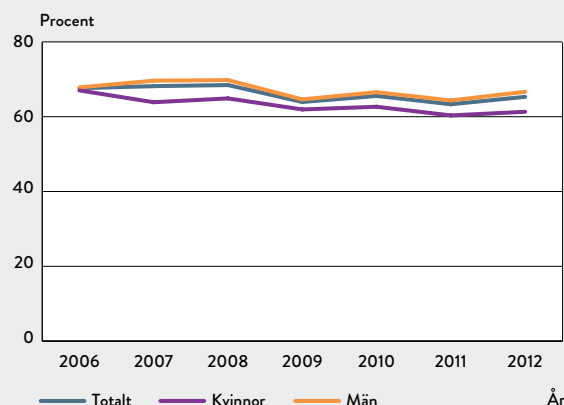
Det är under alla omständigheter viktigt att följa upp resultatet av olika förebyggande åtgärder, inte bara sjukvårdens aktiviteter. SEPHIA mäter därför patienternas LDL-kolesterol vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2008 anges för patienter med hög risk för ny hjärt-kärlsjukdom ett målvärde för LDL-kolesterol på < 2,5 mmol/l.

Diagram 4 visar andelen patienter som hade nått målvärdet för LDL-kolesterol 12–14 månader efter hjärtinfarkten. Jämförelsen baseras på drygt 4 600 patienter. Enbart patienter yngre än 75 år ingår. I riket nådde drygt 65 procent av patienterna det satta målvärdet, med en variation mellan landsting från 41 till närmare 76 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 60 respektive 70 procent. Europeiska riktlinjer har angett en än lägre målnivå för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/l, alternativt 50 procents reduktion från utgångsvärdet), vilket ytterligare illustrerar att

Diagram 4 – Riket

Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.

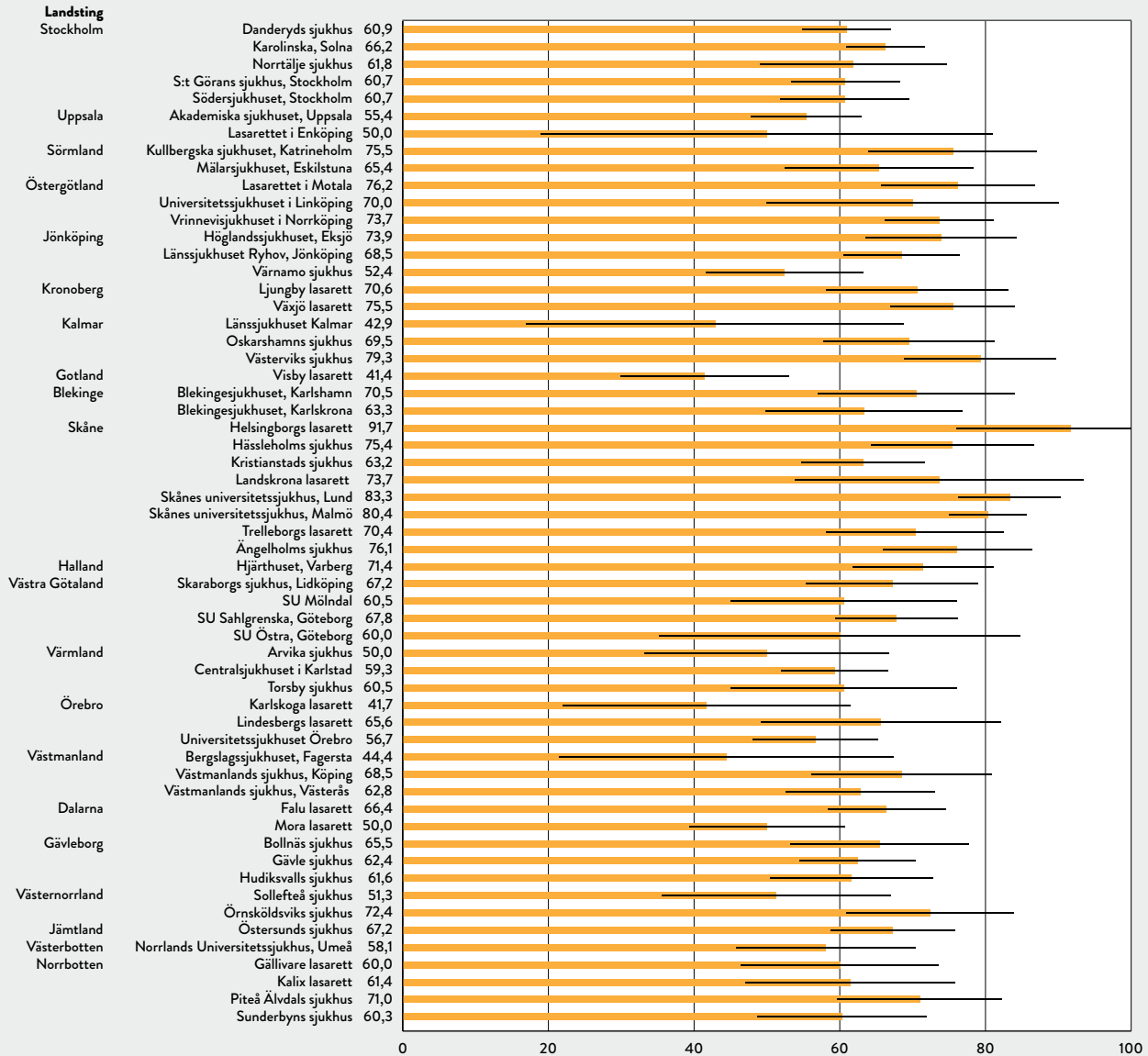


Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

det finns ett förbättringsbehov. Andelen patienter med LDL < 1,8 mmol/l visas i en kolumn till höger i diagrammet. Andelen i riket som når detta behandlingsmål är betydligt lägre, cirka 31 procent.

Diagram 4
Sjukhus

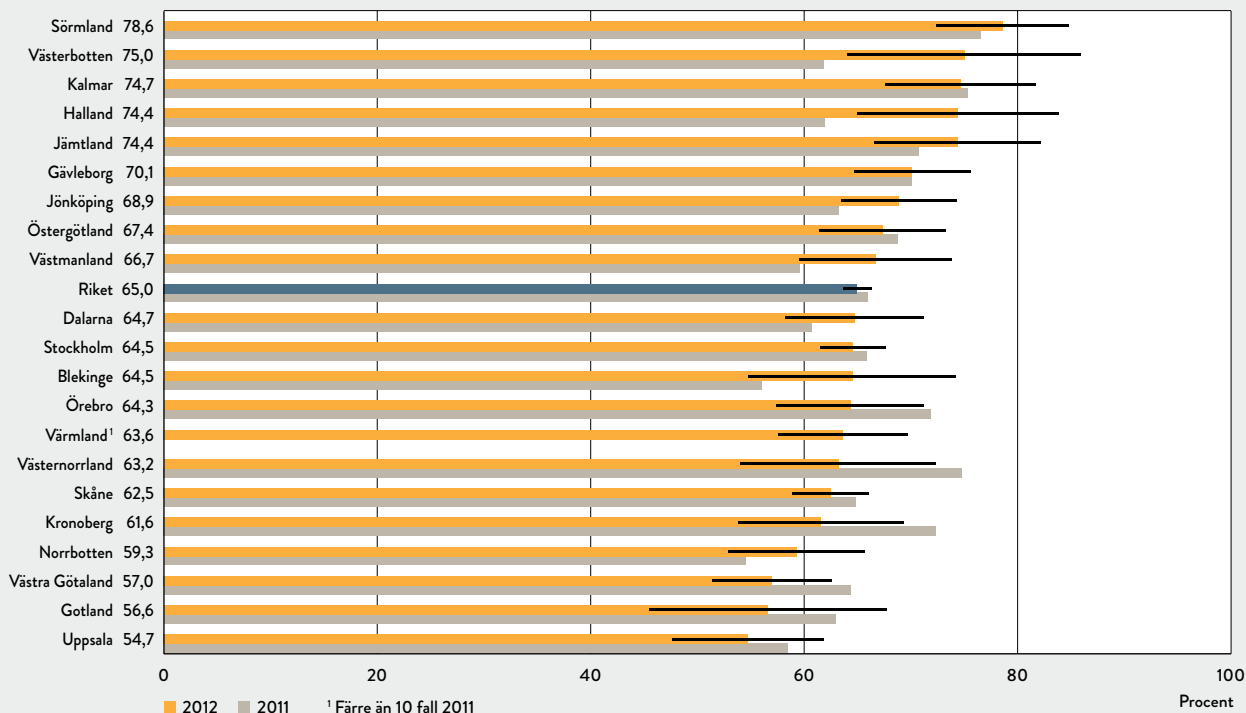
Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 2,5 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2012.
Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

Procent

Diagram 5 Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt 2012. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

5 Måluppfyllelse för blodtryck

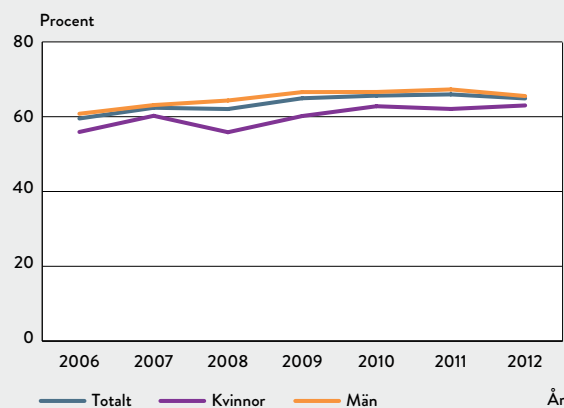
Högt blodtryck är liksom högt LDL-kolesterol en riskfaktor för ny hjärt-kärlsjukdom och blodtrycket kan påverkas dels genom läkemedelsbehandling, dels genom beteendeförändringar avseende bland annat tobaksfrihet, motion, kost och stress. Socialstyrelsens nationella riktlinjer anger målvärdet för systoliskt blodtryck till under 140 mmHg.

Diagram 5 visar andelen patienter som hade nått målvärdet för systoliskt blodtryck 12–14 månader efter hjärtinfarkten. Jämförelsen baseras på knappt 5 000 patienter. Enbart patienter yngre än 75 år ingår. I riket nådde 65 procent av patienterna det satta målvärdet, med en variation mellan landsting från närmare 55 till 79 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) satta till 70 respektive 75 procent. Ungefär en tredjedel av landstingen nådde den lägre poänggränsen. Ingen förändring av graden av måluppfyllelse har kunnat ses de senaste tre åren, vare sig för blodtryck eller LDL-kolesterol.

Diagram 5 – Riket

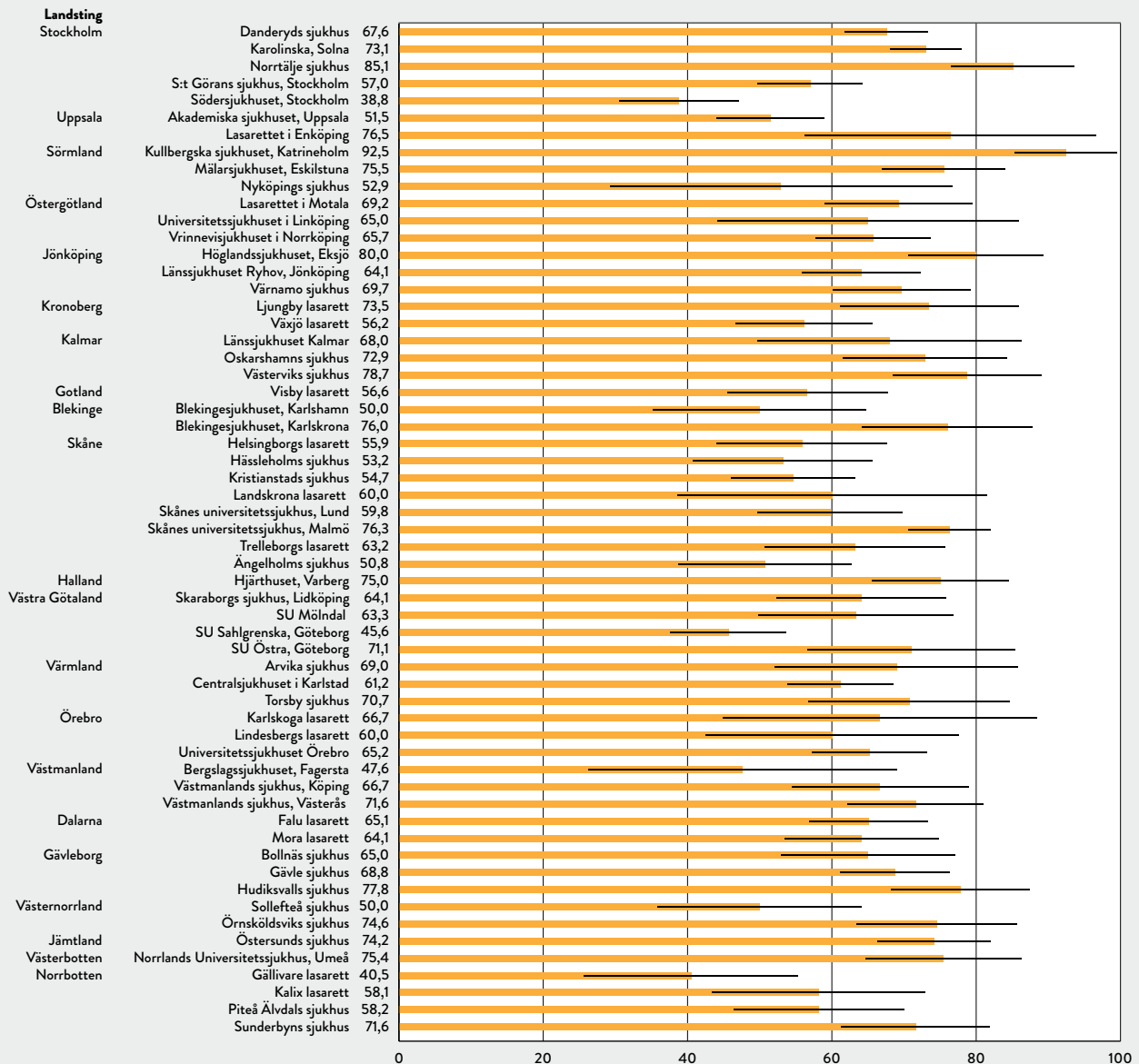
Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

Diagram 5
Sjukhus

Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 månader efter hjärtinfarkt 2012.
Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

Procent

DIAGNOSTIK AV HJÄRTSVIKT – RIKSSVIKT

Det finns i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är en av de vanligaste diagnoserna hos äldre som vårdas på sjukhus. Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom med symtom som trötthet, andfäddhet vid ansträngning, andnöd och hosta på natten och svullna ben.

6 Ekokardiografi vid hjärtsvikt

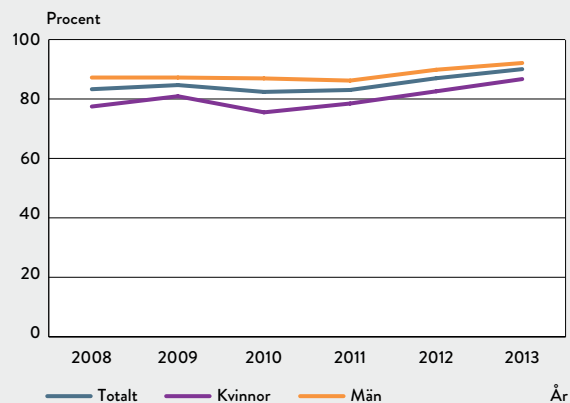
Ekokardiografi, ultraljudsundersökning av hjärtat, skall användas för att diagnostisera och klassificera hjärtsvikt och dess svårighetsgrad. Diagnos byggd enbart på symtom och kliniska fynd ger fel diagnos i cirka hälften av fallen. Det finns nu enighet om att modern diagnostik av hjärtsvikt ska inkludera verifiering av nedsatt hjärtfunktion och ekokardiografi är den vanligast förekommande metoden för detta. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt hög prioritet.

Källan till indikatorn är kvalitetsregistret RiksSvikt. Både sjukhus och primärvård rapporterar data, men få hjärtsviktspatienter från primärvård rapporteras till RiksSvikt; cirka 120 av 1 200 primärvårdsmottagningar rapporterade data 2011.

63 sjukhus eller specialistmottagningar, vilket är över 80 procent, rapporterar till RiksSvikt, men täckningsgraden

Diagram 6 – Riket

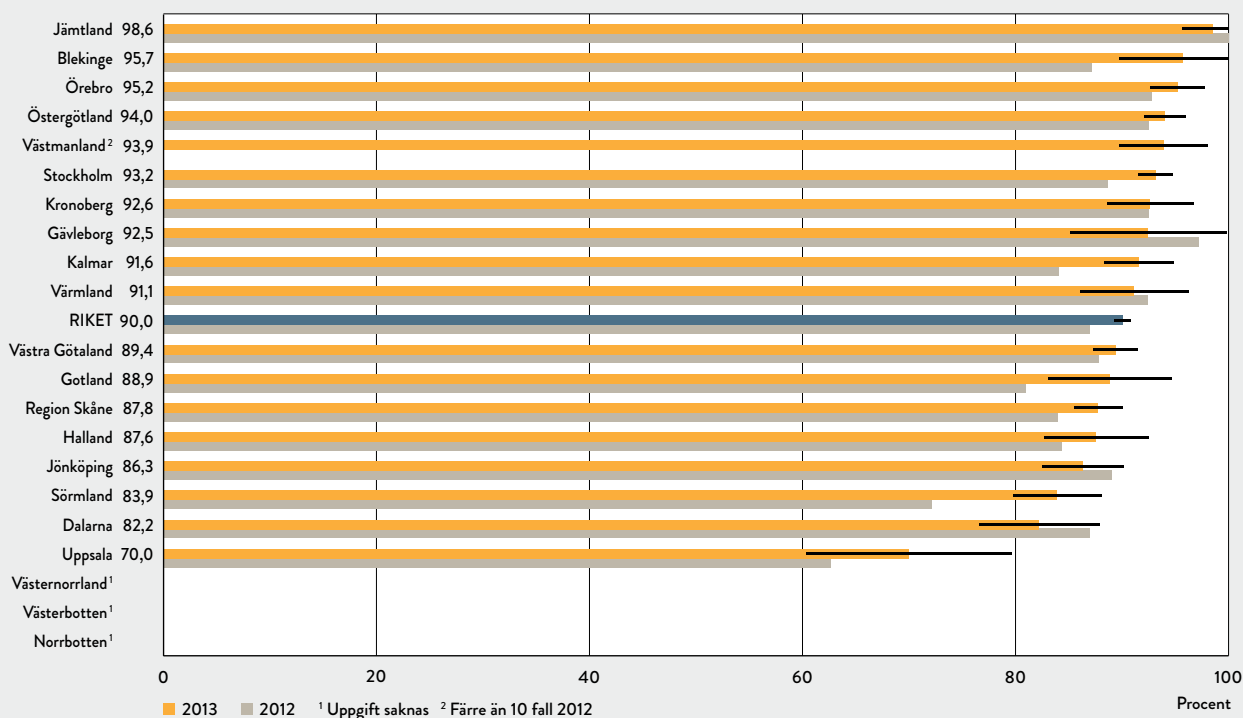
Andel hjärtsviktspatienter som fick sin diagnos med stöd av EKO-kardiografi.



Källa: RiksSvikt.

av avser patienter är lägre. RiksSvikt anger täckningsgraden för 2011 till 66 procent, avseende de sjukhusvårdade patienterna. Det är stora variationer mellan sjukhusen och därmed även mellan landsting. Den ojämna täckningsgraden gör att jämförelser är osäkra.

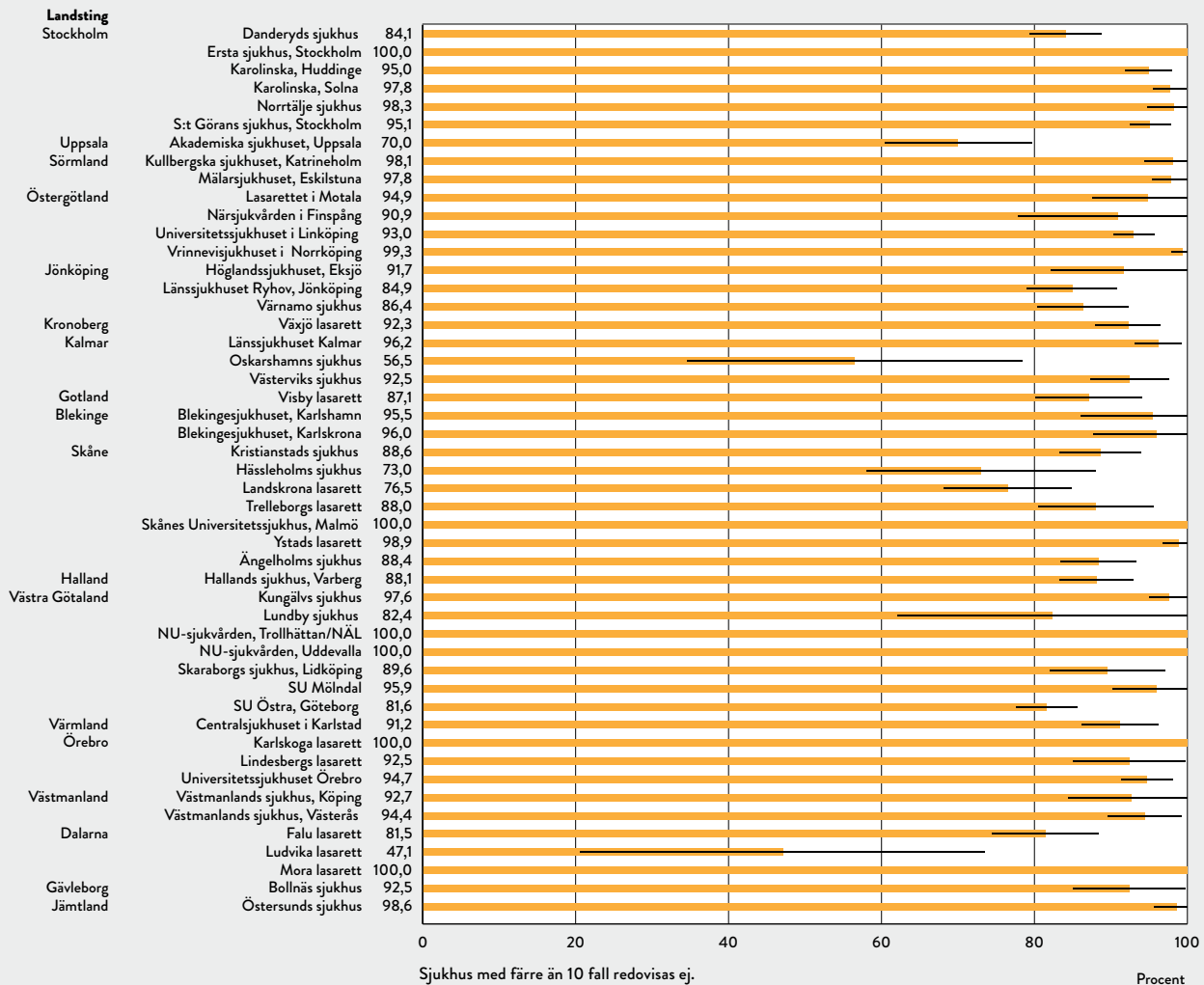
Diagram 6 Andel hjärtsviktspatienter som fick sin diagnos med stöd av EKO-kardiografi, 2013.
Totalt



Källa: RiksSvikt.

Diagram 6
Sjukhus

Andel hjärtsviktpatienter som fick sin diagnos med stöd av EKO-kardiografi, 2013.

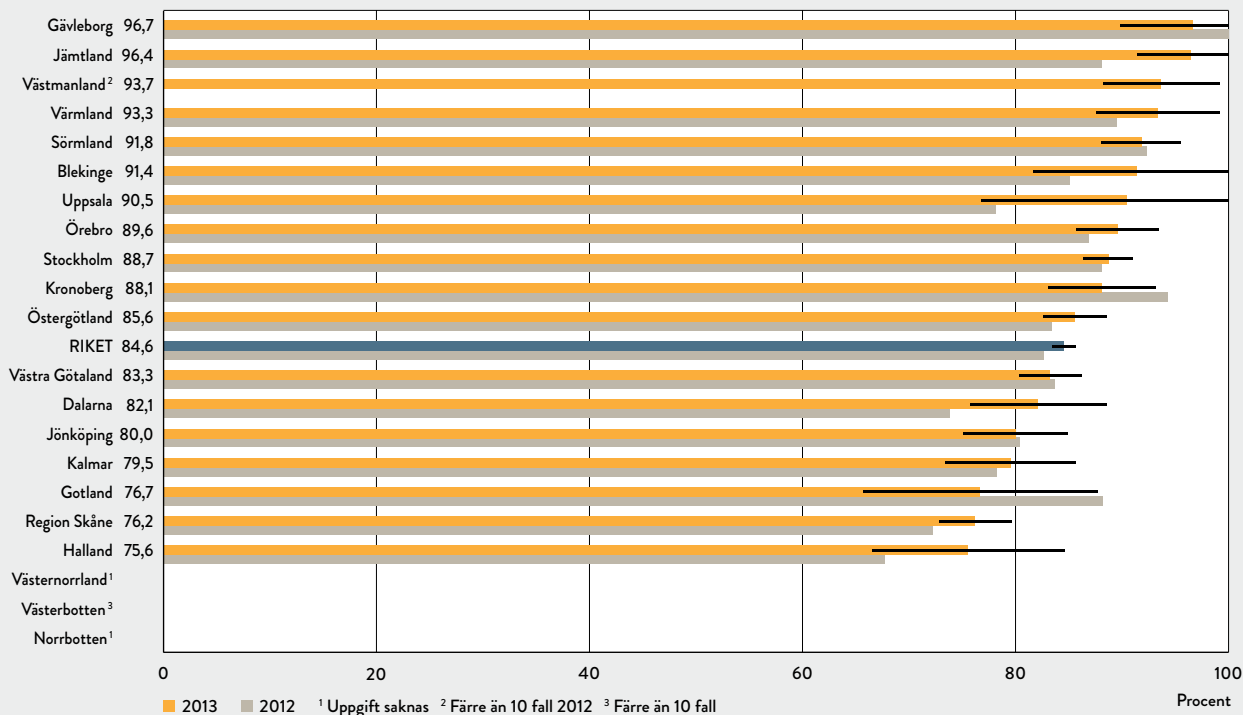


Källa: Riksvikt.

Diagram 6 visar andelen hjärtsviktpatienter som 2013 diagnostiserades med hjälp av ekokardiografi. Jämförelsen baseras på 5 463 nyregistrerade patienter. I riket ekokardiograferades 90 procent av patienterna, en större andel bland män än bland kvinnor. Andelen varierar från 70 till knappt 99 procent mellan de olika landstingen.

Riksvikt anger som ett av flera kvalitetsmål för vården av hjärtsviktpatienter att minst 90 procent av patienterna skall ha undersökts med ekokardiografi när diagnosen sätts.

Diagram 7 Andel patienter med systolisk hjärtsvikt (HF-REF) som ges basbehandling, 2013.
Totalt Med basbehandling avses RAAS-hämmare och betablockad.



Källa: Riksvikt.

7 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

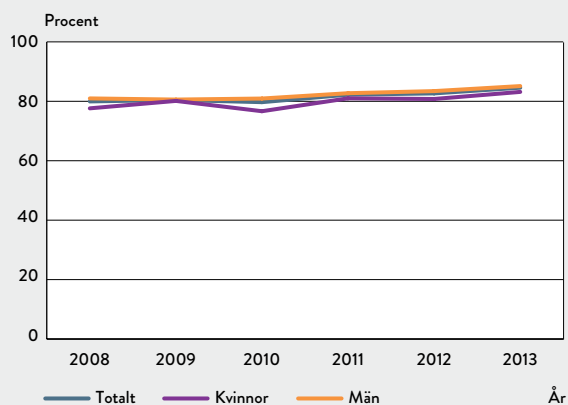
Behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

I princip bör alla hjärtsviktspatienter komma ifråga för behandling, om inga medicinska hinder finnas, men kunskapsstödet för behandlingen är starkast vid så kallad systolisk hjärtsvikt. Av detta skäl visas indikatorn enbart för denna patientgrupp. Indikatorn visar andelen patienter med systolisk hjärtsvikt som under 2013 hade basbehandling, d v s behandling med RAAS-hämmare och betablockad. Jämförelsen baseras på uppgift om 4 129 patienter med registrering under 2013. I riket var andelen med denna läkemedelsbehandling närmare 85 procent, med en variation mellan landsting från knappt 76 till närmare 97 procent.

Kvalitetsregistret Riksvikt har uppgift om vilken typ av hjärtsvikt patienterna har och används därför. Läkemedelsanvändningen registreras i registret. Till skillnad mot när Läkemedelsregistret används för denna typ av analys är det således inte uttagna läkemedel som registreras, utan de som vårdgivaren förskriver.

Diagram 7 – Riket

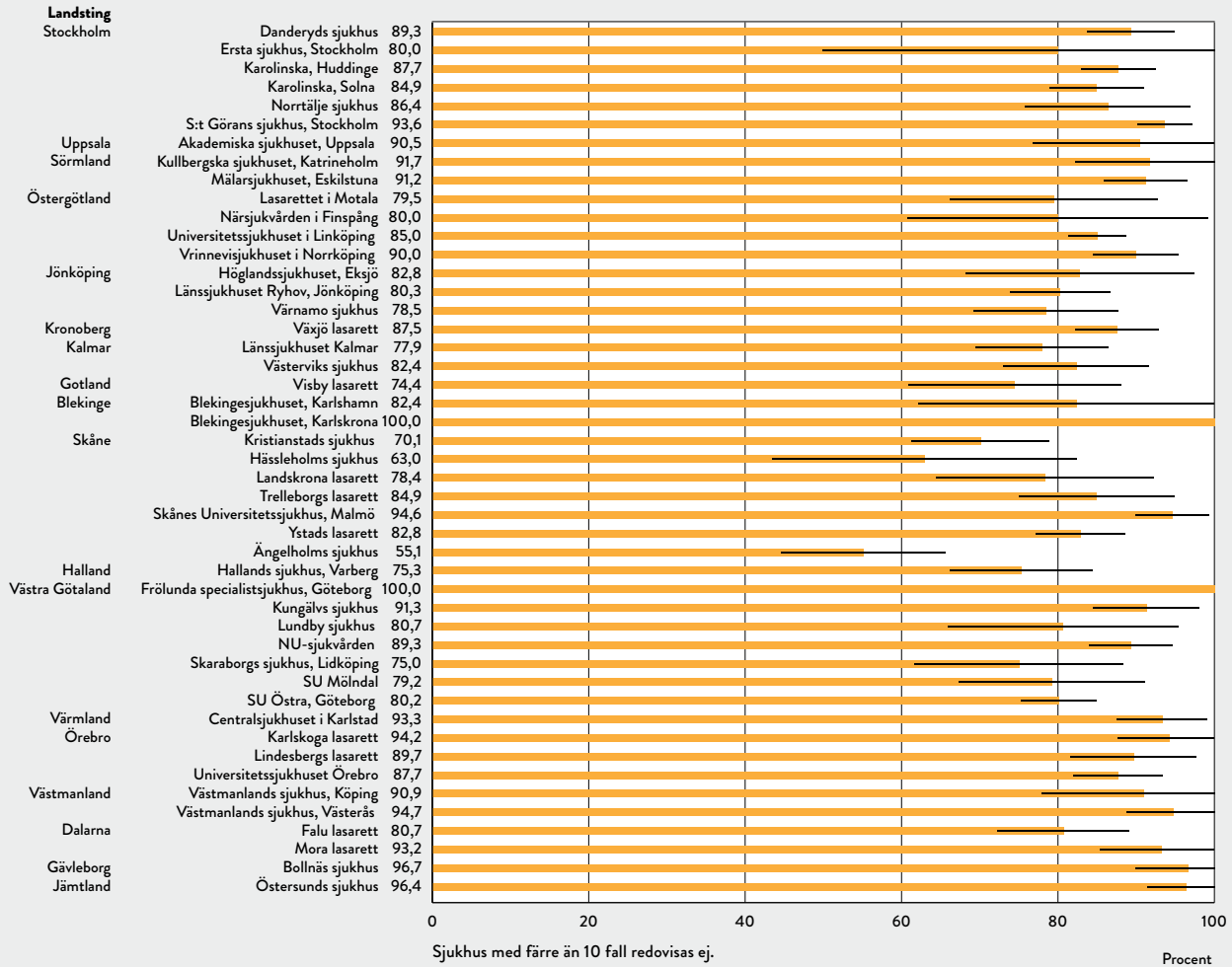
Andel patienter med systolisk hjärtsvikt (HF-REF) som ges basbehandling. Med basbehandling avses RAAS-hämmare och betablockad.



Källa: Riksvikt.

**Diagram 7
Sjukhus**

Andel patienter med systolisk hjärtsvikt (HF-REF) som ges basbehandling, 2013.
Med basbehandling avses RAAS-hämmare och betablockad.



Källa: RiksSvikt.

BEHANDLING AV FETMA HOS BARN – KVALITETSREGISTRET BORIS

Omkring 4–5 procent av alla barn i Sverige lider av fetma. Barnfetma är en sjukdom som obehandlad leder till ökad sjuklighet. Följsjukdomar som cancer, hjärt-kärlsjukdom och diabetes, som oftast kommer först i vuxen ålder, medför att barnfetma leder till en förväntad sänkt livslängd. Fetma i barndomen leder också till ökad risk för sämre social anpassning. Förekomst av fetma bland barn är ojämnt fördelad över landet, orsakerna till detta är inte kända. Sociala faktorer såsom föräldrarnas utbildning och inkomst påverkar risken för fetma bland barn. Det föreligger en betydligt högre förekomst av fetma i områden med lägre inkomst och utbildning.

Beteendebehandling inriktad på att förbättra kosten och öka den fysiska aktiviteten har ofta en gynnsam effekt om den sätts in i tidig ålder. 80–90 procent av 6 åringar har en god effekt under tre år, medan resultaten är nedslående för tonåringar i 15 årsåldern, där bara 10 procent har en bestående viktneigång efter tre års behandling. Målsättningen med behandling är att långsiktigt normalisera vikten och att bibehålla en vikt som inte överskrider gränsen för fetma. Behandlingen är personalkrävande, men relativt billig för yngre barn som inte har några andra komplicerande sjukdomar. Behandling senare i livet är betydligt mer kostsam. Fetmasjukdomen belastar samhällsekonomin påtagligt och kostnaderna ökar i takt med att fetma blir vanligare.

Här visas uppgifter om mätning av fasteblodsocker och viktneigång efter behandling, hämtade från BORIS, det nationella kvalitetsregistret för barnobesitas (barnfetma). Det grundläggande syftet med registret är att långsiktigt följa behandling av barnfetma i landet. Ett annat syfte är att öka kunskapen om vilka behandlingsformer som är bra och vilka som är mindre lämpliga för barn i olika åldrar. Registrering i BORIS avser behandling på barnläkarmottagningar eller barnklinik, inte insatser som ges till exempel i skolhälsovård.

Under de senaste åren har täckningsgraden ökat, både sett till deltagande kliniker och antal patienter. Till Boris rapporterar nu över 80 procent av de barnkliniker som behandlar fetma och mer än 50 procent av landets barnkliniker. Över 40 andra barnmottagningar i landet rapporterar också i BORIS samt enstaka husläkarmottagningar. I registret finns idag över 10 000 barn och unga i åldrarna 4–18 år. Täckningsgrad, i meningen hur stor andel av barn med aktiv behandling som finns i BORIS är svår att beräkna, men skattas i årsrapporten till cirka 60–75 procent. Den relativt höga andelen som registreras är dock inte ett tecken på att många barn får behandling för sin fetma. Andelen barn med fetma som behandlas varierar kraftigt över landet. I vissa områden erbjuds ingen behandling i stort sett alls och i de områden där fetmabehandling prioriterats behandlas omkring 20 procent av barnen med fetma.

8 Behandlingsresultat efter ett år

Diagrammet visar hur mycket de barn som får behandling i genomsnitt minskar sin grad av fetma under ett år. Måttet som används är BMI:sds som tar hänsyn till barnets vikt och längd och normala utveckling. BMI:sds "0" är det BMI:sds som ett barn med medelvikt har, medan BMI:sds 2,3 är den

ungefärliga gränsen för fetma. Endast barn som var under 12 år vid behandlingens start ingår. Jämförelsen baseras på 1 024 barn som följdes upp under mätperioden. Bara landsting med lägst 10 fall redovisas. Relativt få barn finns med i uppföljningen vilket har flera orsaker, den kvantitativt mest betydelsefulla är att registret har en relativt snäv tidsperiod för årskontroller, vilket få kliniker klarar av att leva upp till. En analys hur detta ska förbättras pågår.

Den genomsnittliga sänkningen i riket är 0,27 BMI:sds enheter på ett år. Tyvärr har endast få landsting rapporterat ett så stort antal årsresultat att man kan göra en rimlig jämförelse. Spridningen mellan landstingen är relativt stor, från 0,15 till 0,36. Resultat baserade på mindre än 50 patienter bör tolkas med försiktighet. Behandlingsresultaten är något bättre för pojkar (-0,29 BMI:sds enheter) än för flickor (-0,24) och denna skillnad har varit densamma under de senaste åren. Lika många pojkar som flickor behandlas. Bland vuxna är det, oavsett behandlingsmetod, mer kvinnor än män som söker behandling.

Alla landsting visar sjunkande BMI:sds, vilket tyder på att behandlingen har effekt. Om viktneigången håller i sig under ytterligare ett år så har man en BMI:sds sänkning som medför en betydande minskning i fetmarelaterade riskmarkörer och därmed en minskad risk för framtida sjuklighet. Resultaten ligger något lägre än vad som rapporterats från Tyskland, även om jämförelser är svåra att göra på grund av skillnader mellan länderna i vikt-längdstandarder och BMI:sds mått. Skillnaden mellan länderna liksom den stora spridningen i resultat över landet visar att det finns en stor förbättringspotential.

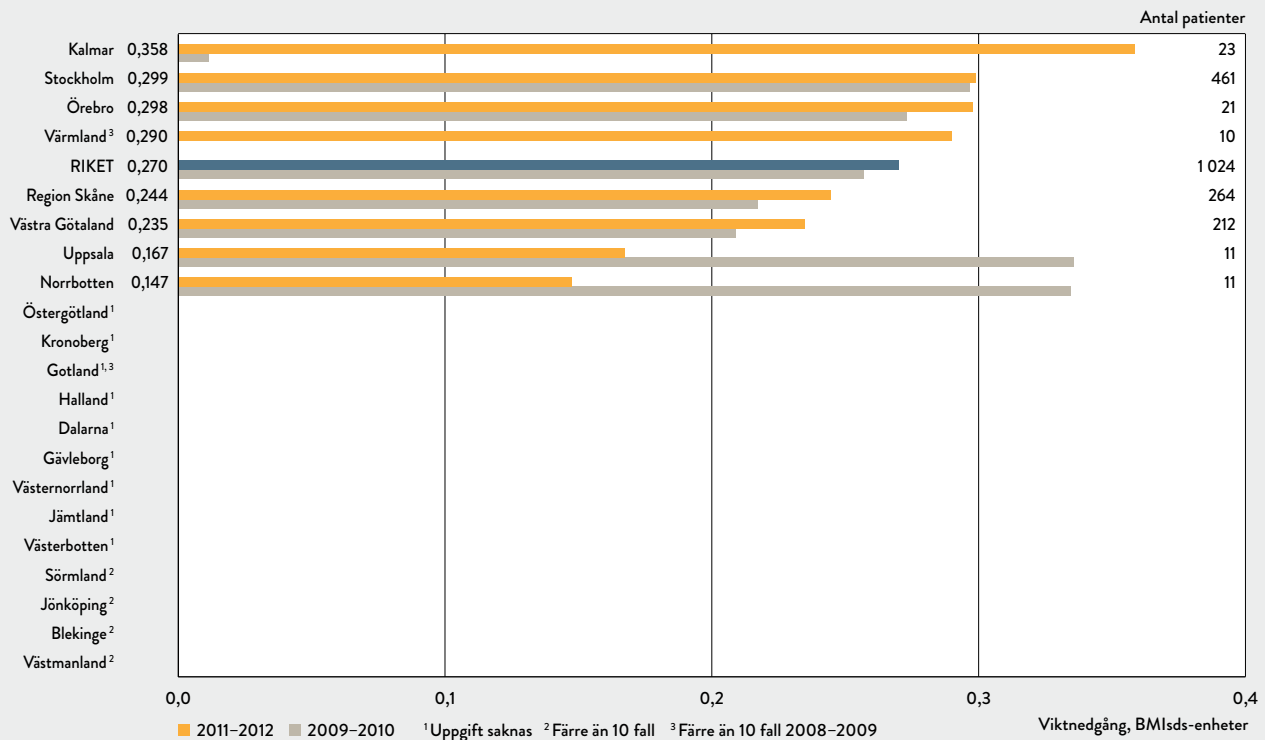
9 Mätning av fasteblodsocker

Barn med fetma löper ökad risk för att få diabetes. Eftersom förhöjt fasteblodsocker är en indikation på ökad risk för utveckling av diabetes är mätning av detta ett viktigt processkvalitetsmått. I Sverige är förekomst av förhöjda fasteblodsocker bland barn med fetma tre gånger vanligare än i Tyskland. Omkring 15 procent av svenska barn med fetma har förhöjda fasteblodsocker. Det är vanligare i tonåren och även bland barn med uttalad fetma, men det förekommer i alla åldrar och alla grader av fetma. Diagrammet visar andelen barn där fasteblodsocker registrerades vid nybesök eller vid årlig kontroll. Jämförelsen baseras på 6 346 patienter.

I riket registrerades uppgift om fasteblodsocker för 25 procent av alla patienter under mätperioden. Det är påtagliga skillnader mellan landstingen och för riket en minskning jämfört med åren dessförinnan. Minskningen kan bero på att fler yngre barn remitteras till fetmabehandling och att man för dessa anser att behovet av provtagning är mindre, eftersom risken för prediabetes ökar något med stigande ålder. Minskningen kan också vara ett resultat av att man inte tar förnyade prover på ett barn som haft en gynnsam viktsutveckling och normala prover tagna tidigare. En mer detaljerad analys krävs således för att man säkert ska kunna bedöma om den sänkta provtagningsfrekvensen avspeglar en försämrad vård.

Diagram 8
Totalt

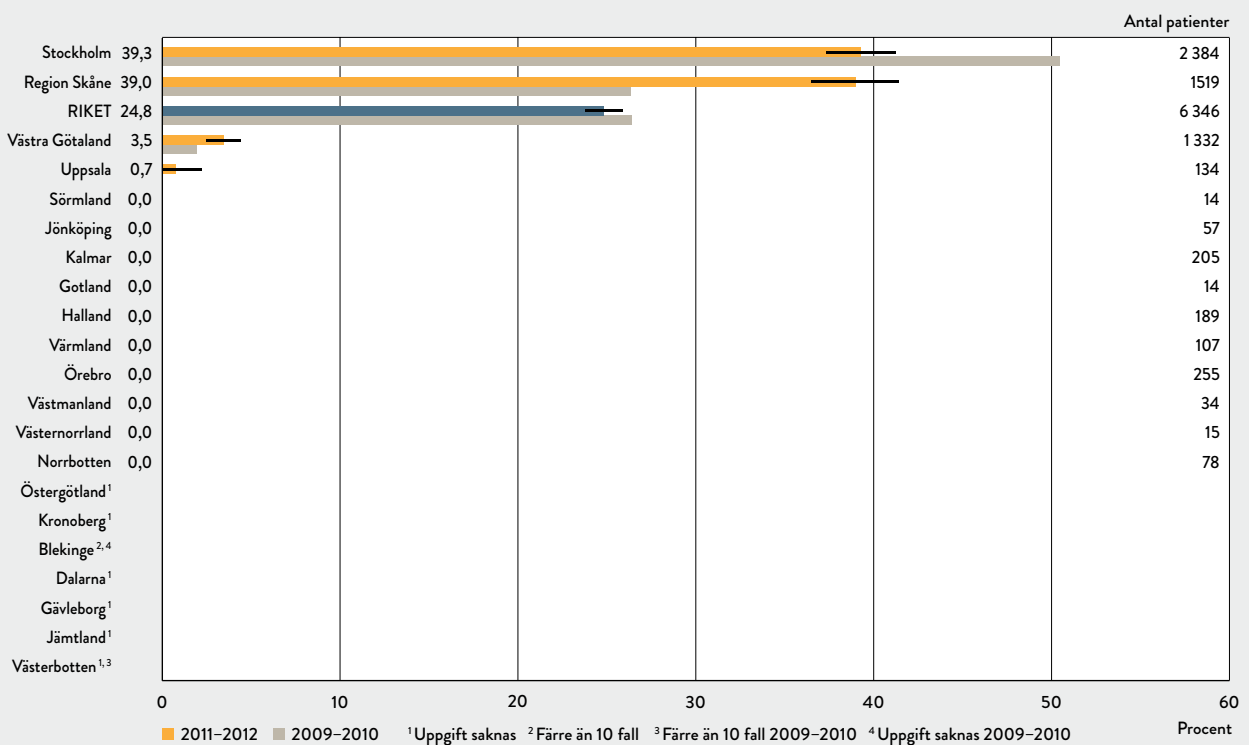
Viktnedgång efter ett års behandling vid svår fetma, 2011–2012.
Avser barn som var < 12 år vid behandlingsstart. Mätperioden avser period för uppföljning.



Källa: BORIS – Barnobesitasregister i Sverige.

Diagram 9
Totalt

Andel barn med redovisat fasteblodssocker vid årskontroll, 2011–2012.



Källa: BORIS – Barnobesitasregister i Sverige.

DEMENS SJUKDOM – SVEDEM

Per år insjuknar ungefär 20 000 personer och totalt är cirka 150 000 personer i Sverige drabbade av en demenssjukdom, där Alzheimers sjukdom är den vanligaste. Sjukdomsfrekvensen ökar med åldern. Nästan hälften av alla som är 90 år och äldre har en demenssjukdom medan cirka 9 000 patienter med demenssjukdom är under 65 år. Minnesstörning är ett vanligt och tidigt tecken vid demens och patienterna försämras med tiden.

Källan till de två mått som här redovisas är kvalitetsregistret SveDem, Svenska Demensregistret. SveDem registrerar patienter i specialiserade enheter, primärvård och i särskilda boenden. I årsskiftet 2012/13 var andelen anslutna specialisterheter 94 procent. 659 vårdcentraler, vilket är cirka 60 procent av alla, registrerade då i SveDem. Det har skett en snabb ökning av anslutna primärvårdsmottagningar. 2012 fanns det totalt 28 722 registrerade patienter i SveDem och under 2012 nyregistrerades nästan 7 300 patienter. Täckningsgrad avseende ny insjuknade är svår att ange. Registret bedömer att den för landsting med bäst täckningsgrad uppgår till 40–50 procent på individnivå.

I de Nationella riktlinjerna för vård och behandling vid demenssjukdom som publicerades av Socialstyrelsen 2010 anges flera kvalitetsindikatorer som kan följas i SveDem. Nedan presenteras två av dessa, som motsvaras av Kvalitetsindikator 2 respektive 3 i SveDems årsrapport. Resultatet visas i två diagram per indikator, dels för primärvård, dels för specialiserad vård.

10 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos

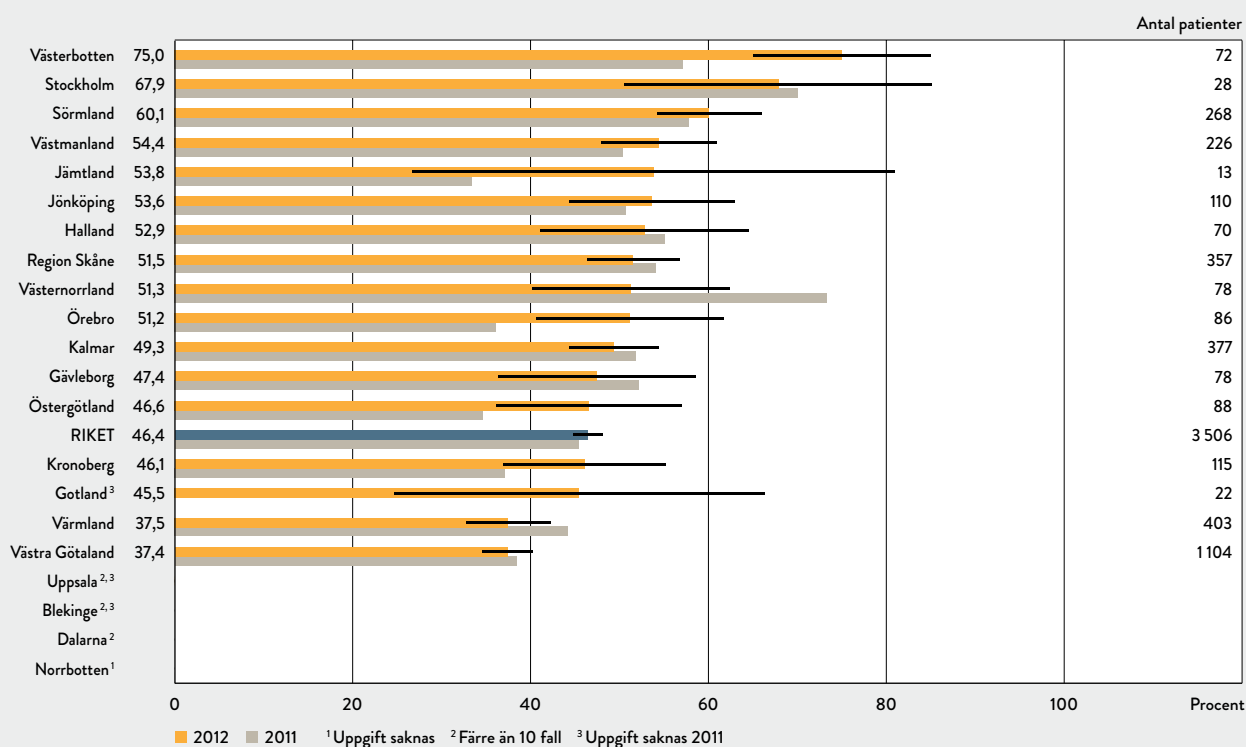
Korrekt diagnos är viktig och medför att patienten lättare får tillgång till olika stödinsatser från samhället. För att ställa en korrekt diagnos måste en demensutredning göras för att undersöka om patientens symtom beror på en demenssjukdom eller inte, för att upptäcka behandlingsbara tillstånd samt ta reda på vilka svårigheter patienten har för att kunna ge adekvat behandling och stöd. Det finns idag inget specifikt test eller undersökningsresultat som ensamt leder till en diagnos. Det råder idag osäkerhet om vilken kvalitet dessa demensutredningar har.

I de nationella riktlinjerna för demenssjukdom har Socialstyrelsen definierat vad som skall ingå i en så kallad basal demensutredning som man rekommenderar att alla patienter med misstänkt demenssjukdom skall genomgå. En demensutredning består av strukturerad anamnes med avseende på kognitiva symtom och funktioner med både patient och anhöriga, kognitiv testning, blodprover och röntgen av hjärnan med datortomografi eller magnetröntgen.

Indikatorn visar andelen demenspatienter som genomgått basal demensutredning. Jämförelsen baseras på 3 506 patienter i primärvård och 3 772 patienter i specialiserad vård som nyregistrerades i SveDem 2012. I riket var andelen i primärvård 46 procent och i specialiserad vård 88 procent. Det finns utrymme för förbättring, då SveDems mål är att minst 90 procent skall ha genomgått en basal demensutredning.

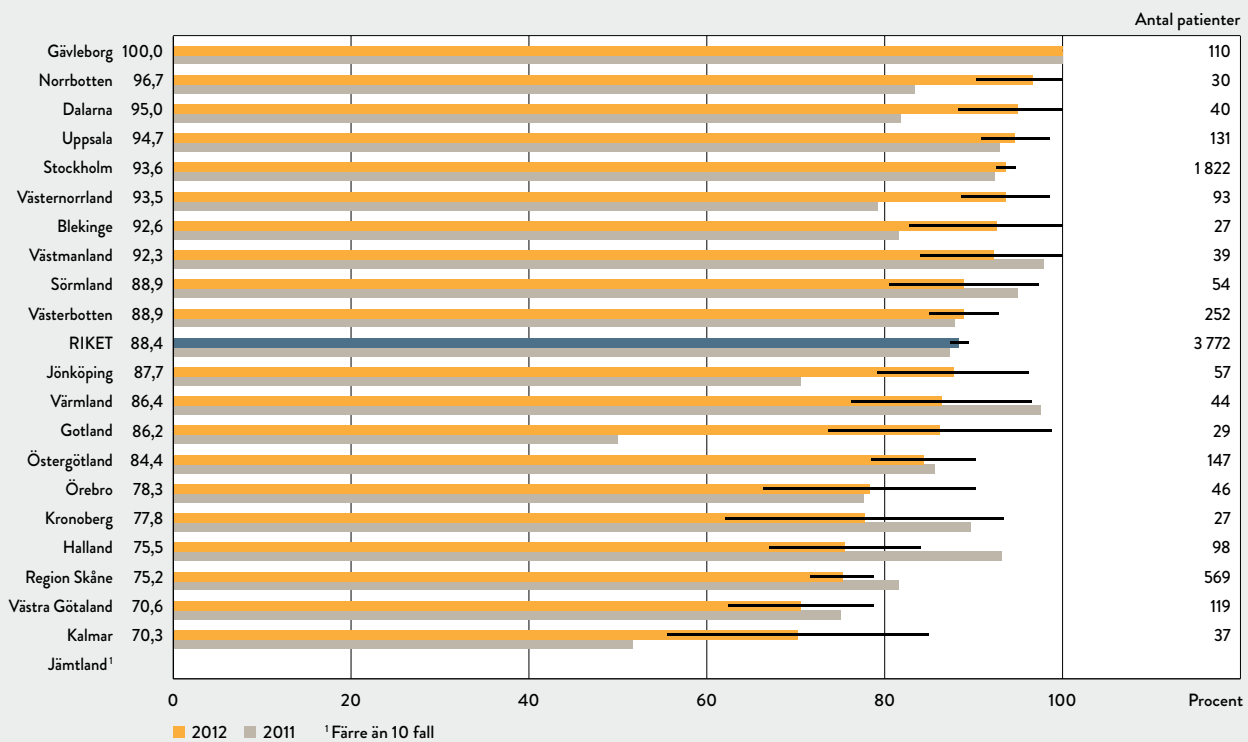
Diagram 10A Andel patienter med demens som genomgått basal demensutredning – primärvård, 2012

Totalt



Källa: SveDem – Svenska Demensregistret.

Diagram 10B Andel patienter med demens som genomgått basal demensutredning – specialiserad vård, 2012
Totalt



Källa: SveDem – Svenska Demensregistret.

En felkälla är att delar av utredningen, eller hela den basala demensutredningen, kan vara gjord innan patienten kommer till specialistkliniken, vilket skall registreras, men kan missas. I princip alla genomgår utredning med blodprover och röntgen av hjärnan. Däremot används klocktestet, som också ingår i rekommendationerna, inte fullt lika flitigt.

11 Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Det finns ingen botande behandling vid Alzheimers sjukdom, som är den vanligaste demenssjukdomen. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom har dock visat sig kunna lindra och stabilisera symptomen en tid. Tillgängliga demensläkemedel idag utgörs av kolinesterashämmare som har indikationen Alzheimers sjukdom av mild till måttlig sjuksgrad samt NMDA-receptorantagonisten memantin, som ges vid måttlig till svår sjuksgrad. Behandling med demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom rekommenderas i de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen.

Diagram 11A och B visar andelen patienter med nydiagnosticerad Alzheimers sjukdom i SveDem under 2012 som ges behandling med demensläkemedel, i primärvård respektive i specialiserad vård. Jämförelsen är baserad på

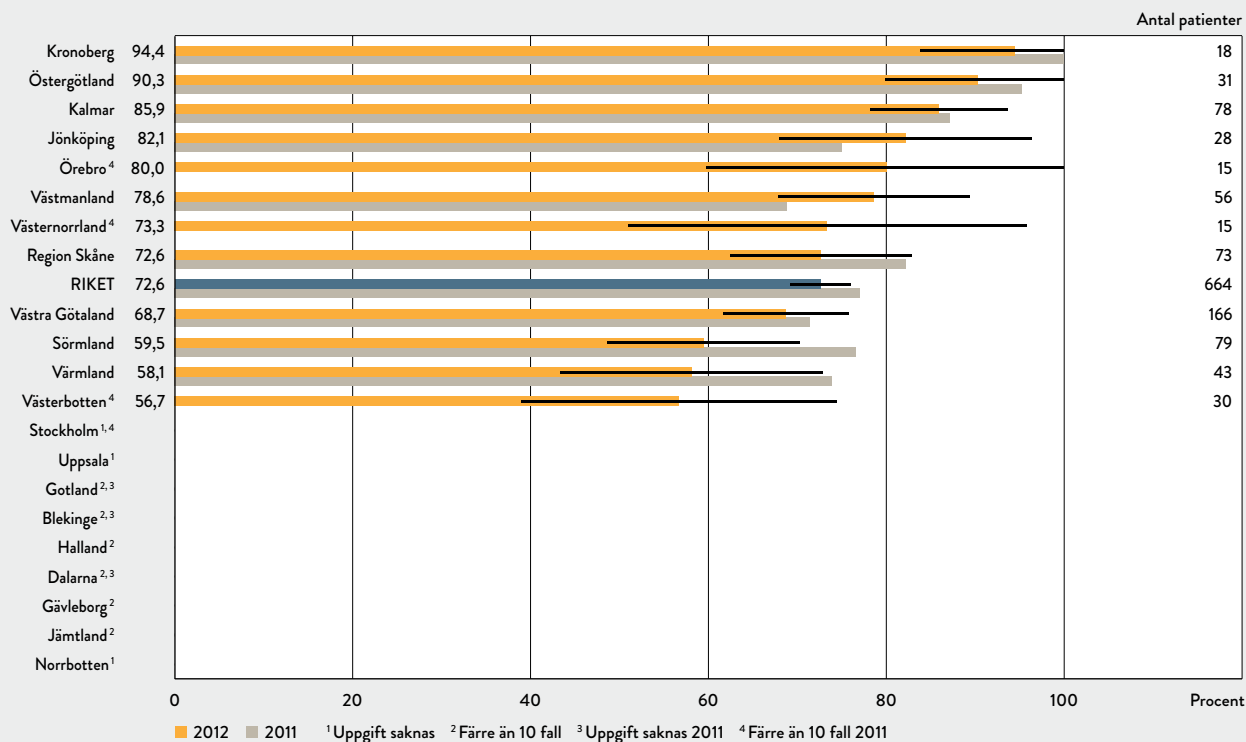
664 primärvårdspatienter och 1 214 patienter i specialiserad vård. I riket behandlades drygt 84 procent (specialiserad vård) respektive knappt 73 procent (primärvård) av alla patienter.

SveDem strävar mot att 80 procent av patienter med Alzheimers sjukdom skall erhålla läkemedelsbehandling. Det finns alltid patienter som av olika skäl inte är lämpliga att behandlas med dessa läkemedel. Man har bedömt att biverkningar och kontraindikationer mot behandlingen utgör cirka 20 procent.

Den höga andelen behandlade patienter avspeglar att följsamheten till riktlinjerna är god för patienter i specialiserad vård. Alla landsting (med flera fall än 10) utom ett har över 70 procent behandlade. För primärvård är variationen mellan landsting större, men täckningsgraden är för liten för att man skall kunna dra starka slutsatser om andelen läkemedelsbehandlade i primärvården generellt.

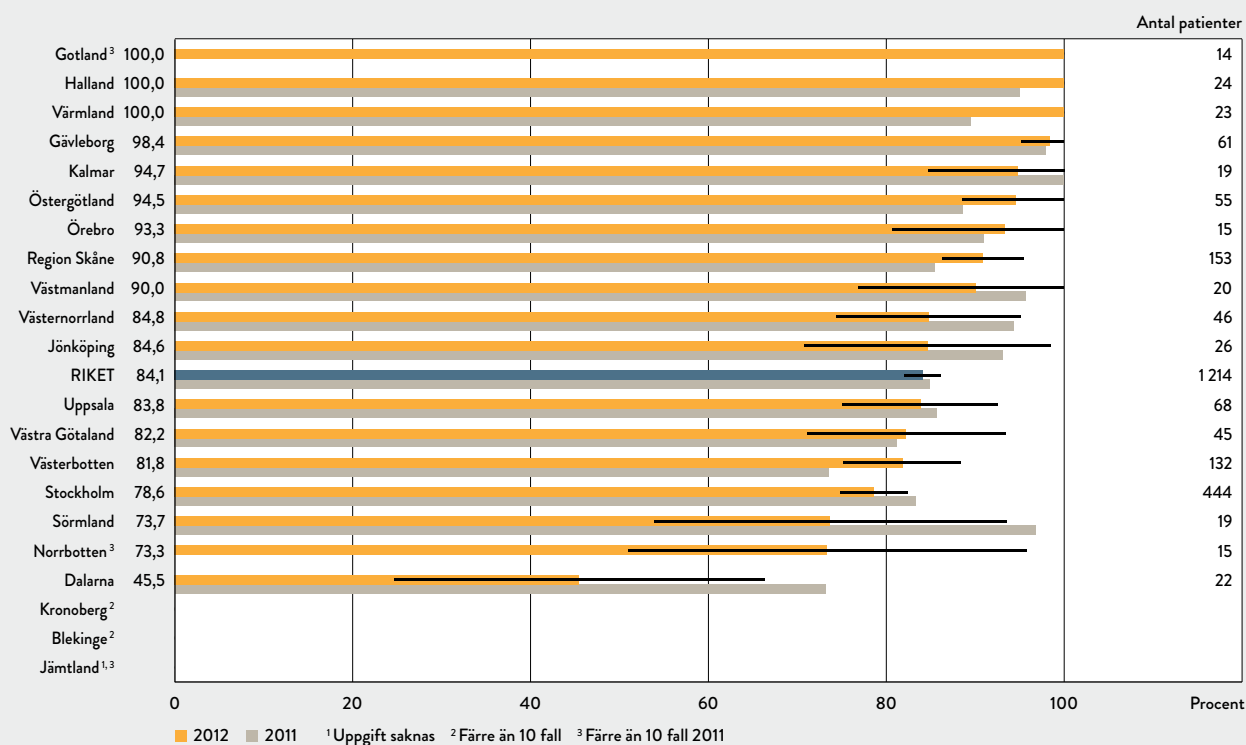
Rapporter har visat att knappt 30 procent av patienter med Alzheimers sjukdom i Sverige behandlas med kolinesterashämmare. Andelen i SveDem ligger således betydligt högre. Detta beror sannolikt dels på att majoriteten av patienterna har en mild till måttlig sjukdom, vilket är en klar indikation för kolinesterashämmare, dels på att SveDem-patienterna till stor del utreds vid specialistenheter där användningen av demensläkemedel sannolikt är högre.

Diagram 11A Andel patienter med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel – primärvård, 2012.
Totalt Avser kolonesterashämmare eller NMDA-antagonist



Källa: SveDem – Svenska Demensregistret.

Diagram 11B Andel patienter med Alzheimers sjukdom som behandlas med demensläkemedel – specialiserad vård, 2012.
Totalt Avser kolonesterashämmare eller NMDA-antagonist



Källa: SveDem – Svenska Demensregistret.

VÅRD VID ÄTSTÖRNING – RIKSÄT

Ätstörningar är vanliga och allvarliga hälsoproblem bland tonåringar och unga vuxna. Centrala symtom är störningar i ätbeteendet i form av t.ex. mycket återhållet ätande och/eller hetsätningar med efterföljande kräkningar, upptagenhet av ätande, kroppsform och vikt och att självkänslan på ett överdrivet sätt beror på vikt och kroppsform. Det finns tre huvudkategorier av ätstörning: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation (UNS). Ätstörningar drabbar oftare flickor och kvinnor än pojkar och män, men flera studier pekar på en ökning bland pojkar och män. Man kan räkna med att 1,5–2 procent av tonårsflickor och unga kvinnor vid en given tidpunkt är drabbade av AN eller BN. Den största gruppen är dock flickor/kvinnor med ätstörning UNS, cirka 3–5 gånger större än AN och BN tillsammans.

Utbudet av behandlingsmetoder varierar mellan enheter. Kliniska riktlinjer understryker vikten av tidig intervention, öppenvårdsbehandling, erbjudande om konkret matstöd, familjebaserade behandlingar för barn/ungdomar och självhjälsbehandling samt kognitiv beteendeterapi för vuxna patienter med bulimi. Samsjuklighet med ångest-, depressions- och andra psykiatriska tillstånd är vanligt. Ofta används läkemedelsbehandling som komplement. Genomsnittlig behandlingstid för patienterna i registret är 11,5 månader.

Här visas två mått som syftar till att spegla kvalitet inom ätstörningsvård, hämtade från kvalitetsregistren RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning. I RIKSÄT

registreras uppgifter om diagnostik och behandlingsresultat vid vård för ätstörning, huvudsakligen vid ätstörningsspecialiserade psykiatriska enheter eller specialiserade team inom allmänpsykiatri.

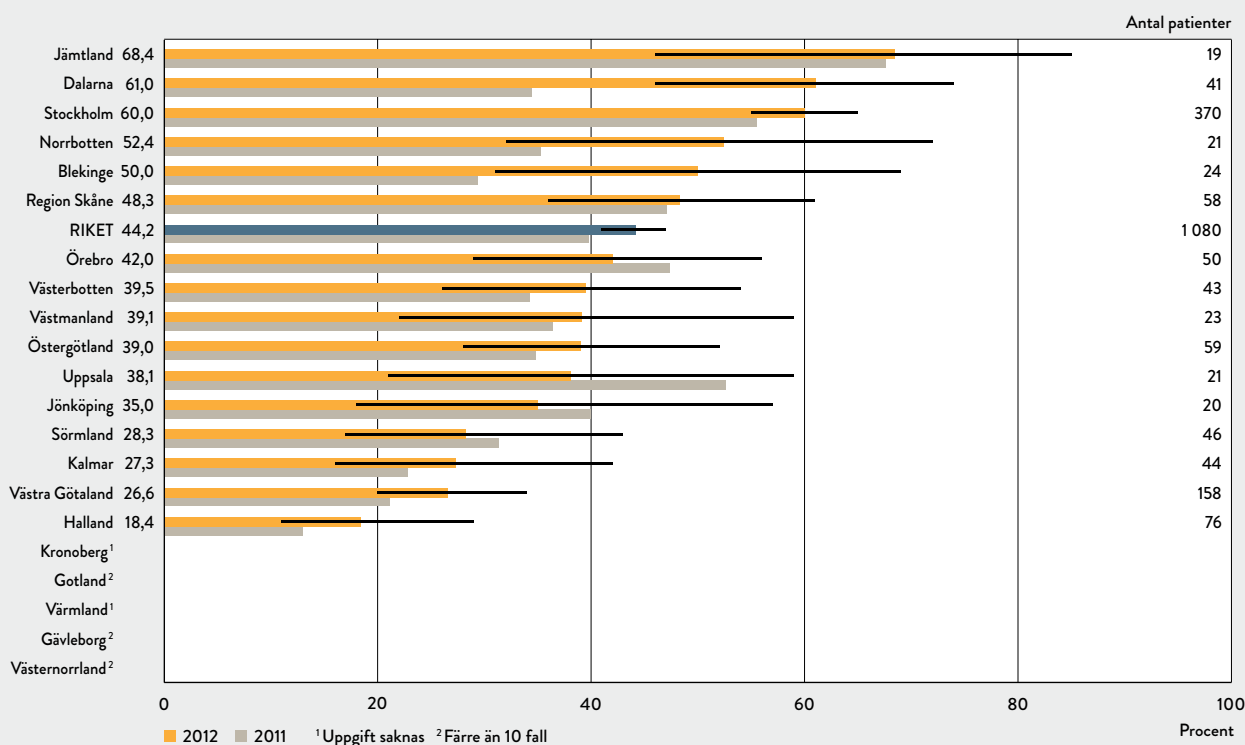
Under 2012 har ansträngningar gjorts att dels öka rapporteringen till registret, dels öka dess praktiska nytta för de rapporterade enheterna, genom att formulera kvalitetsindikatorer till vilka behandlingsmål kan knytas. IT-relaterade förseningar har hämmat vissa enheters rapportering. Alla specialiserade ätstörningsenheter rapporterar till RIKSÄT, med en bedömd täckningsgrad på individnivå på över 90 procent för nyregistreringar, men betydligt ojämnare för uppföljningsregistreringar.

För allmänpsykiatriska enheter är det i nuläget svårare att värdera hur stor andel av patienter som registreras. Arbete med detta syfte pågår. Tillsammans med osäkerhet om sjukdomsförekomst i olika landsting gör detta att landstingens resultat inte kan jämföras med varandra på ett rättvisande sätt. Med denna reservation gjord är det likväl viktigt att visa data.

12 Fri från ätstörningsdiagnos efter behandling

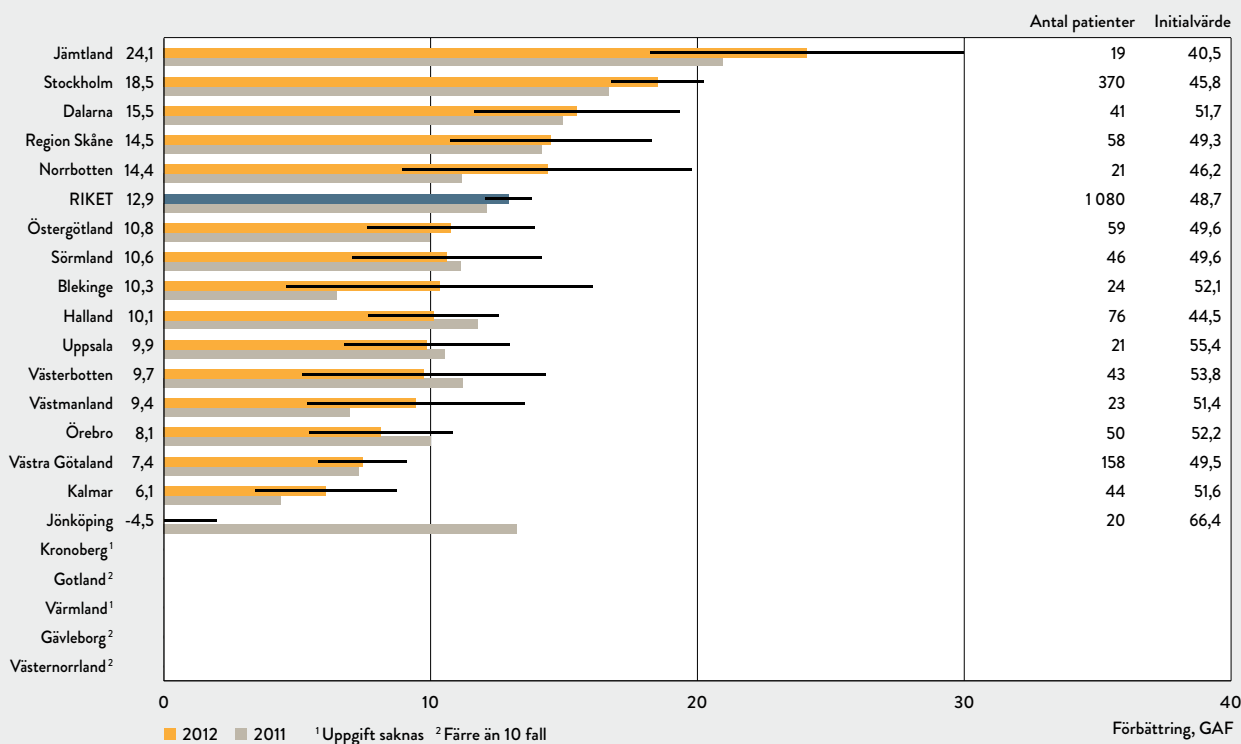
Diagram 12 visar andelen patienter med ätstörning som ett år efter behandlingsstart inte längre uppfyller kriterierna för diagnos, det vill säga att symptomen har minskat så att ätstörningsdiagnos inte längre är tillämplig. Måttet syftar

Diagram 12 Andel patienter med ätstörning som är fria från diagnos ett år efter behandlingsstart, 2012. **Totalt**



Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning.

Diagram 13 Förbättring av GAF-skattad funktionsförmåga vid ätstörning ett år efter behandlingsstart, 2012.
Totalt



Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning.

till att visa hur många patienter som har svarat snabbt på vården och blivit friska. De faktiskt behandlingstiderna kan variera betydligt, och vara både kortare och längre än ett år.

Jämförelsen avser 1 080 patienter som under 2012 varit i behandling under ett år. I riket hade drygt 44 procent av de patienter som registrerats och följts upp blivit diagnosfria efter ett års behandling.

RIKSÄT har som målnivåer att andelen diagnosfria efter ett år bör vara 38 procent för barn och ungdomar, samt 34 procent för vuxna.

13 Förbättrad funktionsförmåga vid ätstörning

Ett sätt att mäta patientens förbättring är att använda GAF, som är ett skattningssinstrument för patientens funktionsförmåga. GAF utläses Global Assessment of Functioning och har en numerisk skala som används för att vid psykisk ohälsa subjektivt skatta vuxna patienters förmåga i olika avseenden – social, yrkesrelaterad och psykologisk funktionsförmåga. Den syftar till att beskriva eller bedöma hur väl patienten kan hantera olika situationer och problem i det dagliga livet. Det är behandlarens bedömning, inte en patientskattning av förmågan.

Det förs diskussioner om GAF är ett lämpligt instrument att använda vid ätstörning eftersom ätstörningspatienter ofta har en "ojämn" funktionsförmåga. De kan fungera olika väl i olika sammanhang. GAF-värdet kan variera mellan 1–100 och måttet här redovisar den genomsnittliga förändringen mellan två mätningar. Ett högt värde anger en stor förbättring.

Diagram 13 visar patienternas genomsnittliga förbättring i GAF-poäng ett år efter behandlingsstart. Jämförelsen baseras på 1 080 patienter som under mätperioden 2012 hade varit i behandling i ett år.

I riket har en förbättring med knappt 13 GAF-skalsteg skett, ett år efter behandlingsstart. RIKSÄT har angett målnivåer avseende funktionsförbättring, 18 GAF-poäng för barn och unga respektive 15 poäng för vuxna. Det initiala GAF-värdet anges till höger i diagrammet, där ett lågt värde betyder att funktionsförmågan var låg. Jönköping redovisas i stapeldiagrammet med ett 0-värde, men den registrerade förändringen är negativ. Detta beror sannolikt på en förbättrad registrering.

För både 12 och 13 gäller att redovisning för landsting baseras på klinikkens lokalisering, inte patientens hemort.

BIPOLÄR SJUKDOM – KVALITETSREGISTRET BIPOLÄR

Här visas tre kvalitetsindikatorer för god vård vid bipolär sjukdom, hämtade från Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

Bipolär sjukdom innebär att stämningsläget periodvis förskjuts i sjuklig riktning. Perioder av mani följs ibland av depression, men sjukdomen har skiftande uttrycks sätt med ett spektrum av bipolära syndrom.

Manier kan vara så svåra att patienterna drabbas av en psykos och tappar verklighetsförankringen. En akut mani kan yttra sig som kraftig upprymdhet, men det förekommer även uppvarvning i samband med irritation (mix-skov). Tillståndet är allvarligt och kräver ofta slutenvård. Mildare manier, så kallad hypomani, har samma symtom men är mindre allvarliga och kräver inte slutenvård.

Vid en depression är stämningsläget istället sänkt. Sömnbrevet kan vara ökat, men sömnsvårigheter kan förekomma. Bipolär sjukdom medför en kraftig överrisk för självmord och är även förknippat med överdödlighet i somatiska sjukdomar.

Beroende på sjukdomsdefinition beräknas att mellan 2–4 procent av befolkningen drabbas under sin livstid. Sjukdomen debuterar ofta runt 20-årsåldern. Den bipolära sjukdomen är livslång och målet med behandlingen är att patienten ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Riktlinjer för behandling finns i Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depressions- och ångestsyndrom från 2010.

Trots markant ökning av täckningsgraden under 2013 varierar registreringen fortfarande mellan landstingen. Detta gör att landstingens resultat inte kan jämföras med varandra på ett rättvisande sätt. Antalet ny- och uppföljningsregistreringar ökar dock, både på länsnivå och på enhetsnivå.

14 Deltagande i patientutbildning

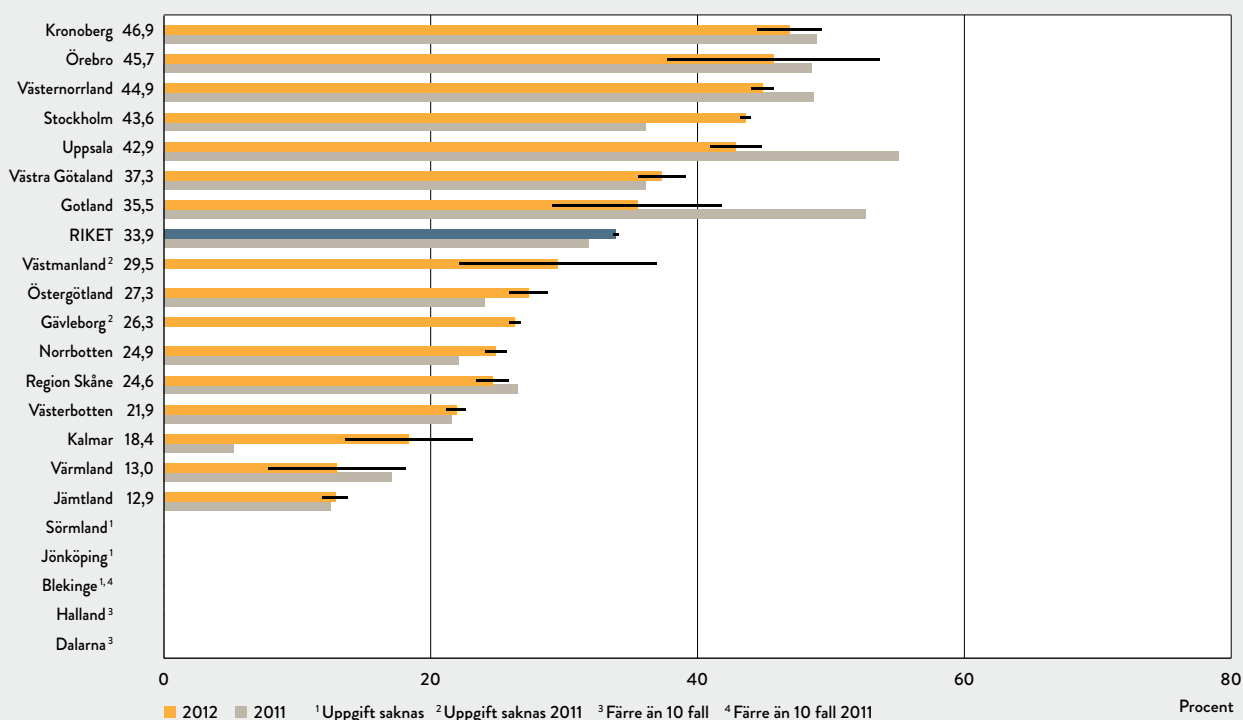
Patientutbildning rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer som ett komplement till återfallsförebyggande läkemedelsbehandling.

Syftet med patientutbildning är att öka patientens kunskap om sin bipolära sjukdom. Den ska även stärka patientens kompetens i att bemästra sin sjukdom, känna igen tidiga tecken på återfall och på så vis förkorta eller förhindra tid i slutenvård genom tidiga ingripanden.

Utbildningen sker i grupp och vid fall där patientunderlaget är litet (t ex på BUP-enheter eller allmänpsykiatriska mottagningar med få patienter i upptagningsområdet) ges utbildningarna mer sällan. Dock bör patientutbildning ske så snart som möjligt efter att diagnos är satt för att underlätta anpassning till sjukdomen samt för nå bättre följsamhet till medicinering.

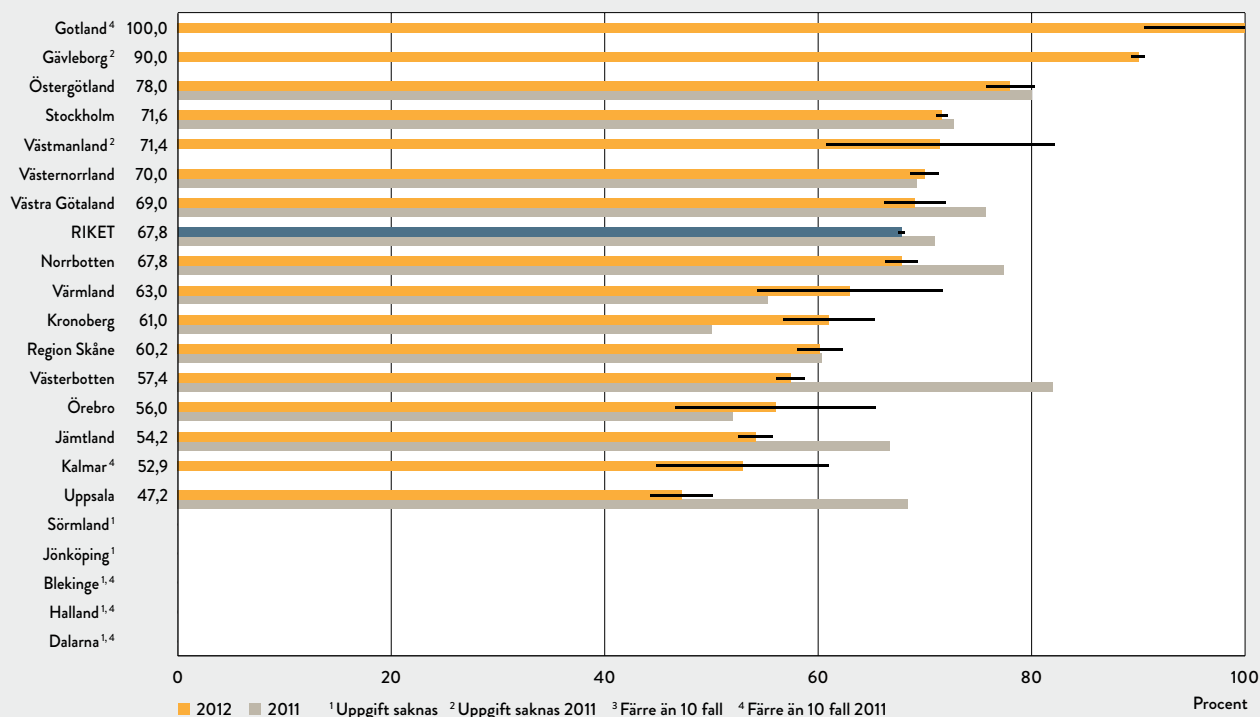
BipolärRs användare beslutade vid ett nationellt möte 2011 att målsättningen var att fördubbla andelen patienter i

Diagram 14 Andel patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning, 2012.
Totalt



Källa: Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

Diagram 15 Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 som ordinerats Litium vid första uppföljningsbesöket, 2012.
Totalt



Källa: Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

registret som genomgått patientutbildning till 2015. Registrats aktuella målsättning är att 45 procent av alla patienter i registret år 2015 ska ha genomgått patientutbildning.

I diagram 14 visas andelen patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning de senaste tio åren. Jämförelsen baseras på 4 379 patienter med en registrering i registret under 2012. I riket var andelen som deltog i patientutbildning knappt 34 procent, med en variation mellan landsting från 13 till 47 procent.

15 Behandling med litium

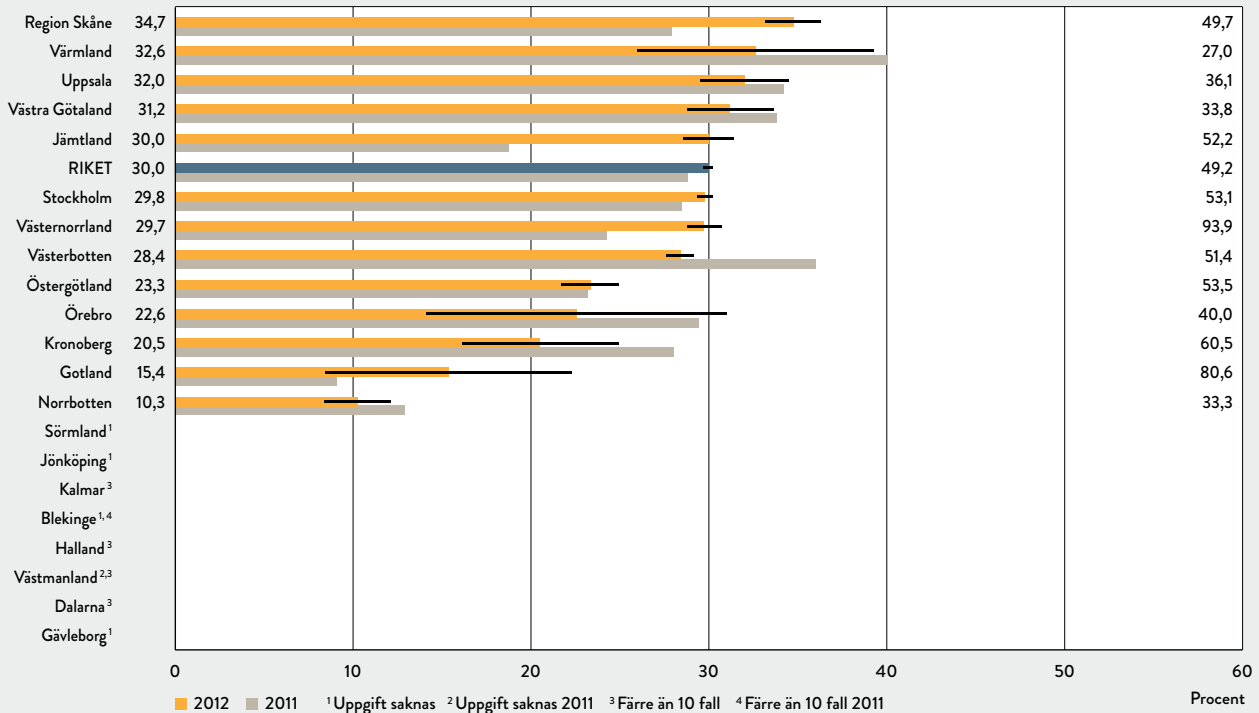
Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar som förstahandsval behandling med läkemedlet litium i syfte att förebygga återfall hos patienter med bipolärt syndrom. De senaste åren har förskrivningen av litium minskat bland patienter registrerade i Bipolär, dock ej mellan 2010 och 2011. BipoläRs kvalitetsindikator för litium uppmäter andel patienter med bipolärt syndrom typ I som vid första uppföljningsregistreringen förskrivits litium. BipoläRs målnivå är 70 procent.

Diagram 15 visar andelen patienter med bipolärt syndrom typ 1 som förskrevs litium under mätperioden. Jämförelsen baseras på 1 837 patienter.

I riket var andelen med bipolärt syndrom typ 1 som förskrevs litium knappt 68 procent, med en variation mellan landsting från 47 till 100 procent.

Diagram 16 Andel patienter med förbättrad (minst + 5 GAF-poäng) funktionsförmåga, 2012.
Totalt

GAF > 68



Källa: Bipolär – Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

16 Förbättrad funktionsförmåga efter behandling

Liksom RIKSÄT använder Bipolär GAF som skattningssinstrument för att bedöma utvecklingen av patientens funktionsförmåga i olika avseenden. GAF-skattningen innehåller flera dimensioner och resulterar i ett numeriskt värde mellan 0–100, där ett högt värde anger bättre funktionsförmåga.

Diagram 16 visar andelen patienter som vid uppföljningsregistrering år 2012 förbättrats med 5 poäng eller mer

på GAF funktionskattning, jämfört med närmast gjorda tidigare registrering (uppföljning eller nyregistrering). Jämförelsen baseras på 2 887 patienter. I riket hade 30 procent av patienterna förbättrats med 5 eller fler GAF-poäng, med en variation mellan landsting från nio till 40 procent.

Till höger i diagrammet redovisas andelen uppföljningsregistrerade patienter som har GAF funktionskattningar på > 68 poäng. Detta är ett kompletterande resultatmått. År 2012 var riksgenomsnittet i Bipolär 49 procent. På länsnivå varierade värdena från 27 till 94 procent.

RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD – KVALITETSREGISTRET RÄTTSPSYK

Cirka 1 900 individer vårdades under 2011 i rättspsykiatrisk vård, varav en mycket hög andel utgörs av män. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället utan att återinsjukna eller återfalla i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet.

Vårdtiden är ofta lång, i snitt runt fem år. Det medför att förtroendefulla behandlingsrelationer kan byggas upp mellan patienter och personal. Att vården bedrivs under tvång ställer samtidigt särskilda krav när det gäller att få patienten delaktig. Det är en grannliga uppgift att bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De olika verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet.

I rapporten Öppna jämförelser visas två indikatorer om rättspsykiatrisk vård. De speglar dels återfall i brottslig gärning under pågående vård, dels förekomsten av fetma bland rättspsykiatrins patienter. Här visas tre ytterliga kvalitetsindikatorer för denna del av hälso- och sjukvården.

Källan är kvalitetsregistret RättspsyK. Från 2013 rapporterar alla enheter till registret. Täckningsgraden är cirka 90 procent. Redovisning per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patienternas hemort.

17 Patientens självrapporterade hälsa

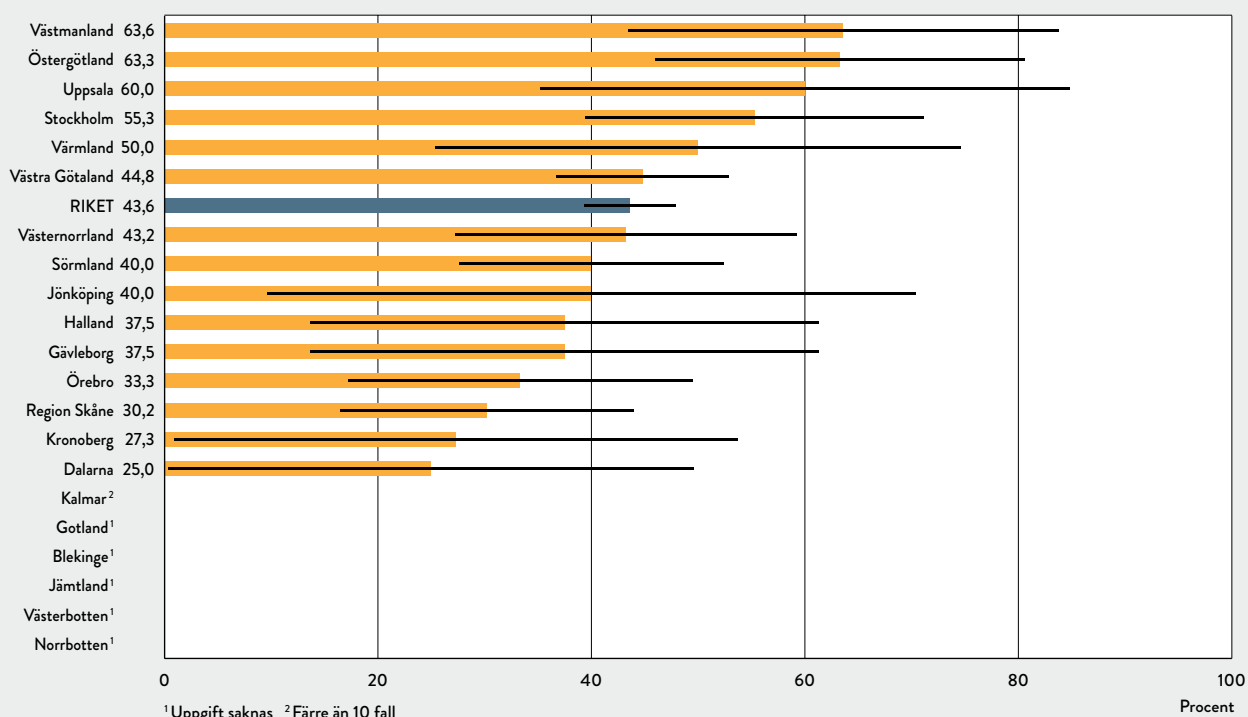
Patientgruppen har ofta komplexa vårdbehov med flera psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd. Det är känt att i gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet med överdödlighet som följd.

Syftet med denna indikator är att få en bild av patientens upplevda hälsa. Ett av de centrala och uppenbara uppdragen i vården är att vidmakthålla eller förbättra patientens hälsa såväl psykiskt som somatiskt. Centralt i det arbetet är patientens egen uppfattning om sin hälsa. Mätningen sker genom att patienten sätter ett kryss på en visuell analog skala (VAS-skala), som sträcker sig från 0 till 100, från ”dålig” till ”mycket bra”.

Genom indikatorn får verksamheten ännu en dimension till patientgruppens självrapporterade hälsotillstånd. Möjligheten att jämföra olika enheters utfall ger också underlag för en reflexion kring hälsobegreppet. Även skillnader mellan könen är viktiga att studera.

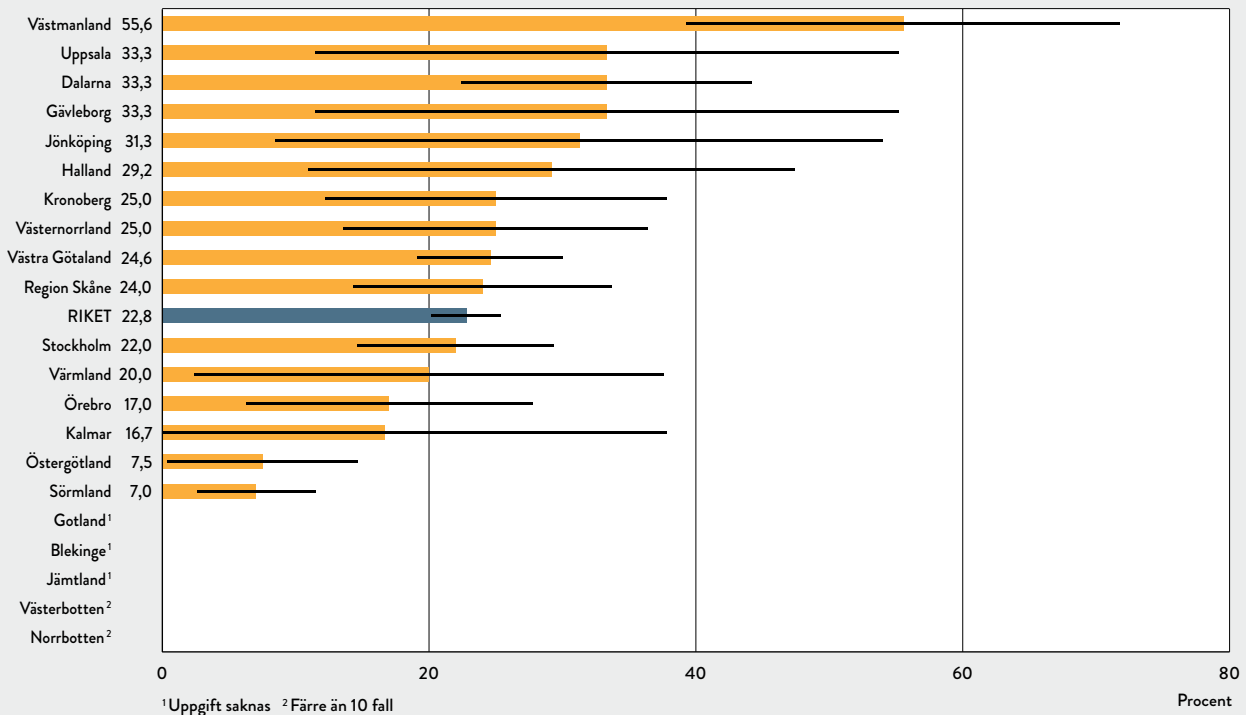
En svaghet i indikatorn är att den förutsätter att patienten i sin sjukdom kan tolka en VAS-skala. Här finns en risk att patienten sätter sitt kryss utifrån vad denna uppfattar att personalen vill. Dock är erfarenheten den att det ofta uppstår ett bra samtal kring patientens hälsa och att patienten uttrycker att det känns bra att frågan uppmärksammas och att kunna föra ett samtal om sin hälsa. I själva mättillfället sker alltså ofta ett informationsutbyte som kan användas i den fortsatta vården.

Diagram 17 Andel patienter vars självrapporterade hälsa förbättrats det senaste året, 2012.
Totalt



Källa: RättspsyK.

Diagram 18 Andel patienter vars symtombild förbättrats det senaste året, 2012.
Totalt



Källa: RättspsyK.

Diagram 17 visar andelen patienter vars självrapporterade hälsa förbättrats det senaste året. Jämförelsen baseras på 509 patienter. I riket är andelen närmare 44 procent, med en spridning mellan landstingen från drygt 25 till knappt 64 procent. Det finns ett betydande bortfall i registreringen av denna uppgift.

18 Förbättrad symtombild

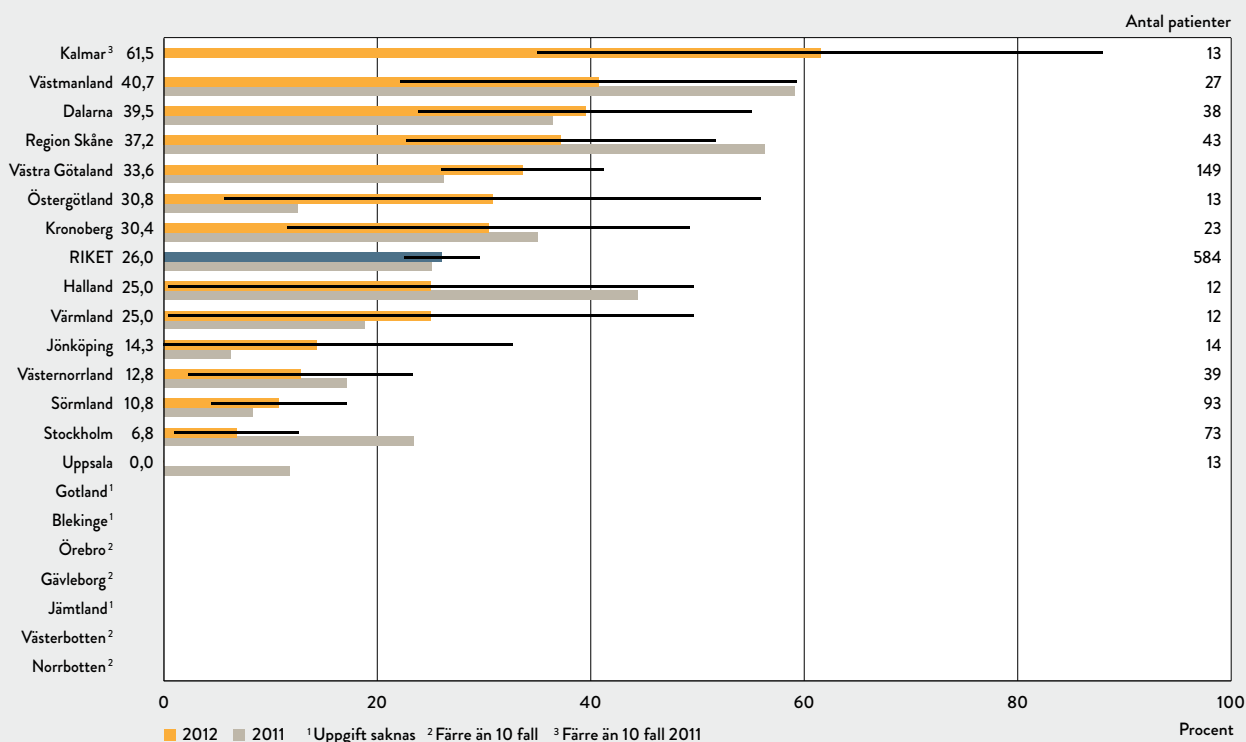
Syftet med indikatorn är att kunna följa hur väl verksamheten lyckas förbättra patientens symtombild. Ett uppenbart syfte med vården är att behandla patientens sjukdom och därmed mildra patientens symtom.

Det finns därför ett stort intresse för att kunna se utvecklingen i detta avseende i den egna verksamheten och även att kunna jämföras med övriga landet. Även skillnader mellan könen är intressanta att få ökad kunskap om.

Indikatorn mäts genom att kliniskt verksam personal utifrån en sjugradig skala bedömer hur svåra symtom patienten har. En svaghet i indikatorn är att bedömningen inte är objektiv. För att öka samsynen kring hur olika svårighetsgrader av symtom kan bedömas har en film tagits fram där olika svårighetsgrader åskådliggörs. Filmen är tänkt att användas som underlag för diskussion i teamet i samband med att indikatorn ska bedömas vid inrapportering till kvalitetsregistret.

I diagram 18 visas andelen patienter som vid mättillfället 2012 bedömdes ha en förbättrad symtombild. Jämförelsen baseras på 987 patienter, för vilka en bedömning gjorts. I riket var andelen med förbättrad symtombild knappt 23 procent, med en spridning mellan landstingen från sju till närmare 56 procent.

Diagram 19 Andel patienter vars skuldsituation förbättrats det senaste året, 2012.
Totalt



Källa: RättspsyK.

19 Förbättrad skuldsituation

Syftet med indikatorn är att rikta uppmärksamhet mot patientens ekonomi under vårdtiden. Genom att patienten får betala vårdavgift finns det en risk att skuldbördan växer om inte åtgärder sätts in i tid. Vårdtiderna är ofta långa och en anseilig skuld kan hinna byggas upp. Det är uppenbart att en ekonomi i balans är en central förutsättning för att patienten ska ha förutsättningar att leva ett så normalt liv som möjligt i samhället efter utskrivning. Detta kan vara avgörande för att patienten efter utskrivning exempelvis ska kunna hyra en lägenhet.

Med hjälp av indikatorn kan den enskilda enheten se hur väl man lyckas med att hantera skuldsituationen. Samtidigt ges möjlighet att jämföra olika kliniker, vilket ger möjligheter att utveckla framgångsrika arbetssätt genom att goda exempel kan identifieras.

En svaghet i indikatorn är tolkningsproblem kring hur skuldsituationen förändrats sedan förra skattningstillfället. Förutsatt att patienten har en skuldsituation används i registret en gradering i tre steg: Skuldsituationen kan ha förbättrats, vara oförändrad eller ha försämrats. Goda förutsättningar för en ökad samsyn har dock skapats genom diskussioner vid de båda årliga nationella mötena som hålls i registret.

Diagram 19 visar andelen patienter med förbättrad skuldsituation sedan tidigare mättillfälle. Jämförelsen baseras på 584 patienter. Enbart patienter som har ekonomisk skuld ingår. Antalet fall per landsting visas i kolumn till höger i diagrammet. I riket hade 26 procent en förbättrad skuldsituation.

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM – LUFTVÄGSREGISTRET

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är som namnet antyder en kronisk progredierande sjukdom som drabbar såväl luftrör som lungor med en luftrörsförträngning och skadad lungvävnad (emfysem) som följd. Sjukdomen indelas i fyra olika stadier beroende på grad av lungfunktionsinskränkning. Man räknar med att mellan 500 000 och 700 000 individer, cirka 5–8 procent av befolkningen, är drabbad av sjukdomen men andelen som fått en korrekt ställd diagnos är mindre än 20 procent. Mörkertalet är sålunda mycket stort.

Sjukdomen innebär inte sällan en förtida död. KOL är den enda dödliga folksjukdom där dödligheten fortfarande ökar i Sverige, framförallt bland kvinnor. En betydande andel har andra samtidiga sjukdomar som ytterligare försämrar prognosen, till exempel hjärt-kärlsjukdom, diabetes, osteoporos, depression/ångest, sömnapnesyndrom och lungcancer.

De flesta patienter med KOL har sin regelbundna kontakt med primärvården, men vid en alltmer avancerad sjukdom så kräver sjukdomen ofta inläggande vård på grund av försämringsskov, så kallade exacerbationer. Därför kommer dessa patienter inte sällan i kontakt med såväl medicin-, lungmedicin- som intensivvårdskliniker och vid komplikationer även andra enheter som exempelvis kardiologi- och ortopedikliniker. 2011 slutenvårdades enligt Patientregistret cirka 10 700 personer med diagnosen KOL, totalt knappt 18 000 vårdtillfällen.

Rökning är den enskilt största riskfaktorn för att både drabbas av sjukdomen och för att försämrats i sin sjukdom. Lågt BMI är också en viktig prognosfaktor, där ett sjunkande BMI (< 22 kg/m²) innebär ökad risk för död. Det finns vetenskapligt stöd för att patienter med två eller flera försämringsskov per år har en snabbare försämring av sin lungfunktion och en försämrad livskvalitet. Därför är det viktigt att minska risken för att dessa ska inträffa. Ett enkelt sätt är att årligen vaccinera patienter mot influensa och att se till att de har ett fullgott vaccinationskydd mot pneumokockinfektioner. Ett annat sätt är att se till att patienterna har en adekvat medicinering i syfte att minska risken för försämringsskov.

För KOL-vården har tidigare framarbetade kvalitetsindikatorer legat till grund för de variabler som finns i kvalitetsregistret Luftvägsregistret/RiksKOL. Socialstyrelsen publicerade 2004 Nationella riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Dessa är nu under revidering där en preliminär version beräknas bli publicerad under 2014. Läkemedelsverkets rekommendationer,

publicerade 2009, är i nuläget det vägledande dokumentet för god KOL-vård.

Fyra indikatorer för KOL-sjukvård redovisas. Indikatorerna är alla processmått, och visar andelen patienter som fått sin diagnos genom lungfunktionsmätning (spiro-metri), tillfrågats om rökvanor, vid undervikt (BMI < 22) erhållit dietistkontakt och som vaccinerats mot influensa.

Samtliga är baserade på data från kvalitetsregistret Luftvägsregistret. Registret har funnits sedan 2009 och samlar data från såväl primärvård som sjukhuskliniker. Deltagandegraden i termer av andel rapportering mottagningar bedöms av registret år 2011 vara cirka 27 procent för primärvården och cirka 50 procent för lungmedicinska enheter. Vid årsskiftet 2011/2012 hade cirka 5 000 patienter totalt rapporterats till registret medan det för 2011 fanns registreringar för cirka 3 000 patienter. Någon jämförelse av täckningsgrad med Patientregistret har inte gjorts, då kvalitetsregistret behöver öka såväl antalet rapportering enheter som antalet patienter för att detta skall vara meningsfullt. Den i nuläget låga och varierande täckningsgraden gör att registret inte kan anses ge en säkerställt representativ bild av KOL-vården. Dock ger det en viss information om hur delar av KOL-sjukvården i Sverige ser ut idag.

20 Spirometri vid KOL

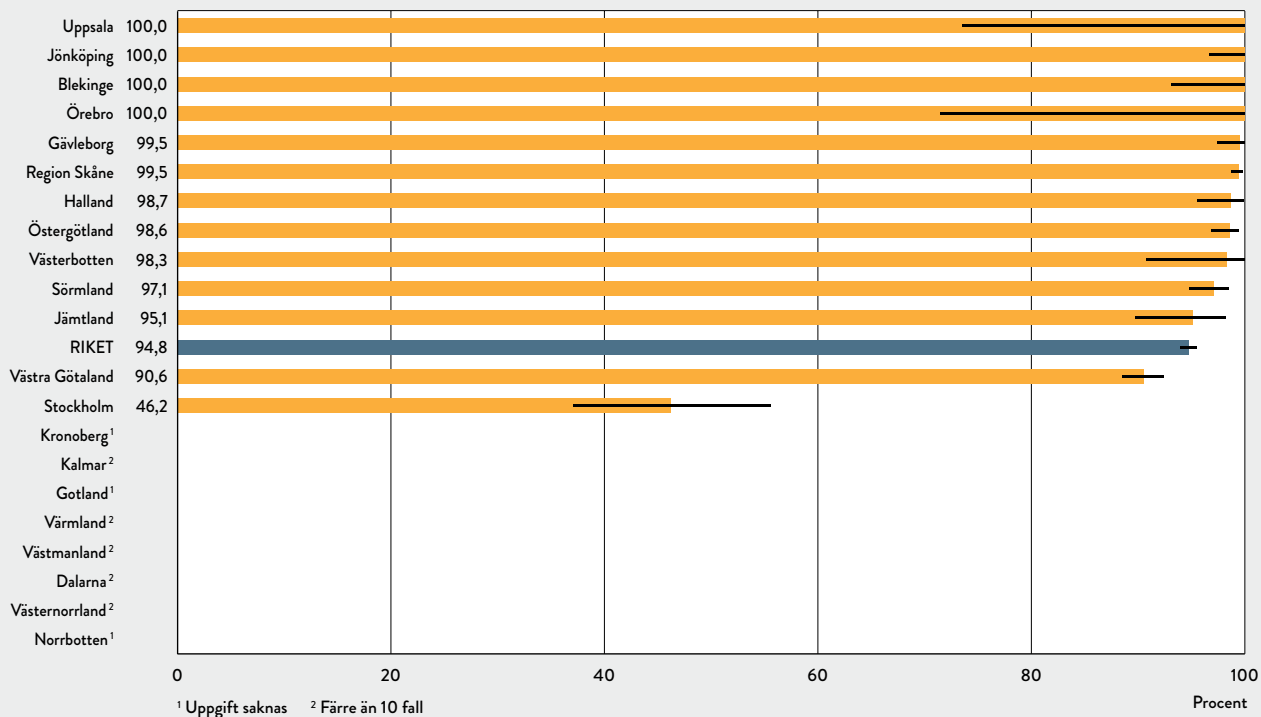
Spirometriundersökning innebär att man mäter lungornas funktion och med vars hjälp man kan fastställa hur svår KOL-sjukdom patienten har, i en klassificering i fyra sjukdomsstadier, som svarar mot olika nivåer på lungfunktion. Spirometri är nödvändig för att fastställa diagnosen KOL och används löpande för att följa sjukdomsutvecklingen, och är därmed ett viktigt underlag för beslut om behandling. Luftvägsregistret mäter om spirometri utfördes vid de registrerade besöken.

Diagram 20 visar andelen KOL-patienter som utfört spirometriundersökning under 2012. Jämförelsen baseras på 3 505 registrerade patienter. I riket hade 95 procent av KOL-patienterna utfört spirometri, med en spridning mellan landsting från 46 till 100 procent. Bara landsting med minst tio inrapporterade KOL-patienter under 2012 redovisas.

De enheter som deltar i registret hörsammar troligen rekommendationer för KOL-vård i högre grad än övriga, generellt sett. Man kan därför förmoda att andelen som utfört spirometri är högre bland de patienter som rapporteras till Luftvägsregistret, än vad den är bland andra KOL-patienter.

Diagram 20 Andel patienter som utfört spirometri vid registrerat besök, 2012.

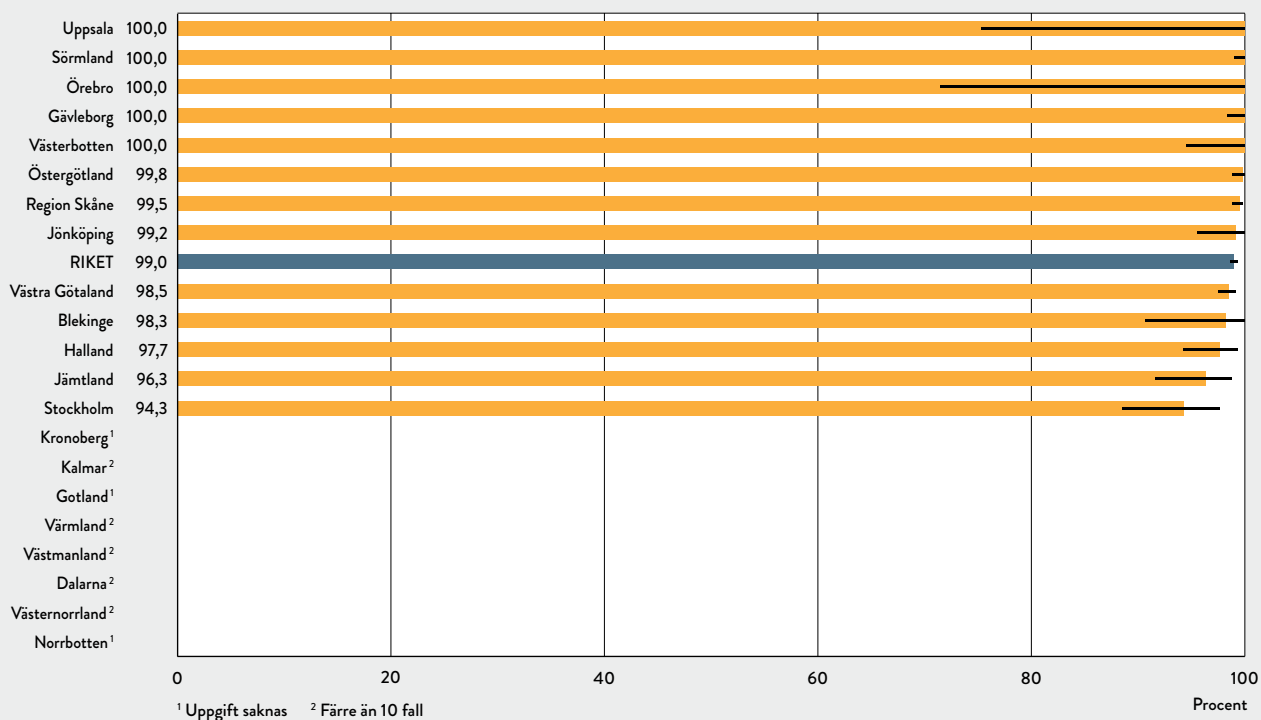
Totalt



Källa: Luftvägsregistret.

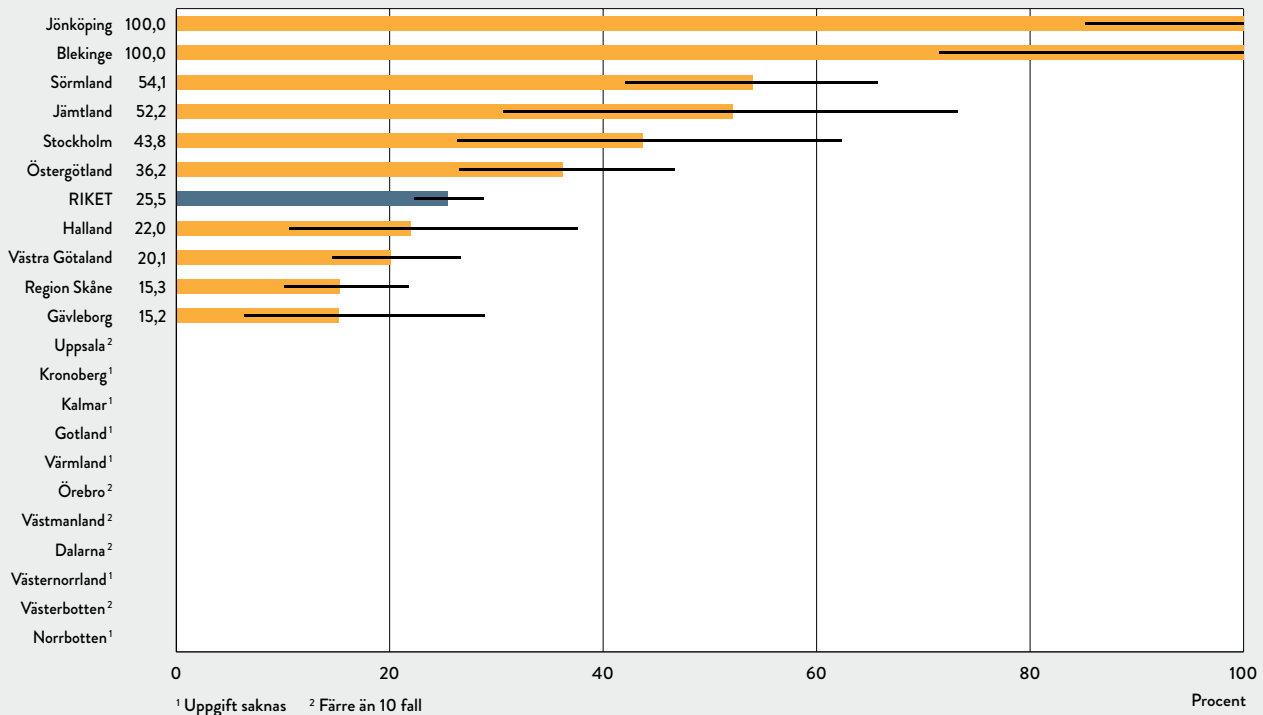
Diagram 21 Andel KOL-patienter som tillfrågats om rökvanor, 2012.

Totalt



Källa: Luftvägsregistret.

Diagram 22 Andel patienter med KOL och med BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt, 2012.
Totalt



Källa: Luftvägsregistret.

21 Tillfrågats om rökning vid KOL

Hos majoriteten av patienter med KOL är rökning orsaken till sjukdom. Andelen rökare i befolkningen var 2011 elva procent och sjunker kontinuerligt, medan andelen rökare bland KOL-patienter är drygt 34 procent. Det är viktigt att klarlägga patientens rökvanor och att understödja patienten att sluta röka. Ett rökstopp gör att sjukdomsutvecklingen avstannar. Om rökstoppet sker tidigt i sjukdomsförloppet kan stoppet innebära att patienten aldrig behöver få några symtom av sin sjukdom.

Diagram 21 visar andelen KOL-patienter som tillfrågats om sina rökvanor under 2012. Jämförelsen baseras på 3 742 patienter med ett registrerat besök under 2012. I riket uppgår andelen som tillfrågats om rökvanor till 99 procent.

Andelen patienter som tillfrågats om rökvanor bör vara 100 procent, med anledning av den nära kopplingen mellan KOL-sjukdomen och prognos vid fortsatt rökning samt med anledning av den risk för återfall i rökning som alltid finns oavsett tidigare rökstopp.

Luftvägsregistret mäter även andelen rökare som erbjudits rökavvänjning och andelen patienter som slutat röka, men för dessa båda mått är antalet patienter som underlag för jämförelser färre (eftersom inte alla KOL-patienter är rökare). Dessa mått visas dock i kvalitetsregistrets årsrapport för 2012.

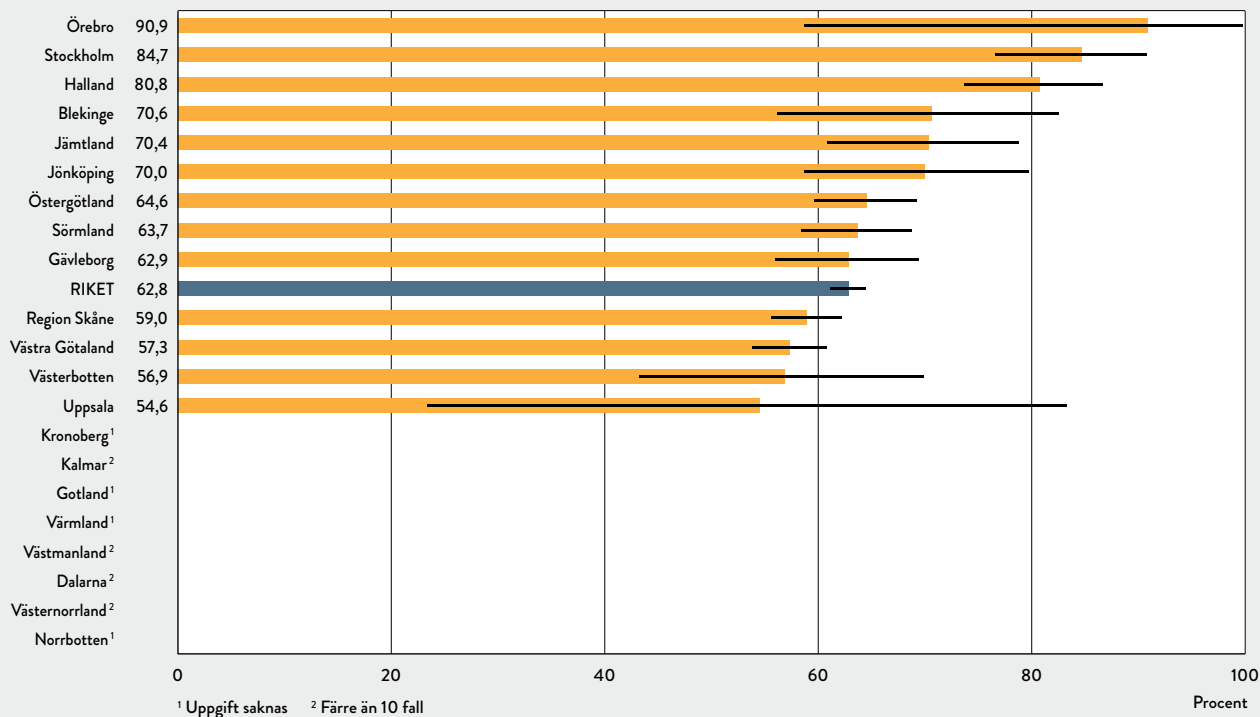
22 Dietistkontakt vid lågt BMI

Låg kroppsmassa är särskilt ogynnsamt hos patienter med KOL. Redan vid ett BMI < 22 kan man se en försämrad prognos och med ytterligare lägre BMI en ökad risk för död. Drygt var femte patient i Luftvägsregistret har BMI under 22, vilket innebär undernäring, malnutrition. Det är viktigt att tidigt identifiera undernäring och försöka förebygga en försämring hos dessa patienter. Att förebygga är enklare än att häva en redan uppkommen svår malnutrition. Enligt behandlingsriktlinjer för KOL-sjukvård skall patienter med BMI < 22 erbjudas dietistkontakt, i syfte att klarlägga behov av och förändra kost- och näringsintag. Uppgift om detta registreras i Luftvägsregistret.

Diagram 22 visar andelen patienter med KOL och BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt under 2012. Jämförelsen baseras på uppgifter om 707 patienter. Enbart landsting med fler än 10 fall redovisas. Från sex landsting saknas uppgift helt. I riket uppgår andelen som erbjudit dietistkontakt till 25,5 procent, med en variation mellan de redovisade landstingen från 15 till 100 procent. Andelen som erbjuds dietistkontakt är i riket betydligt högre vid specialiserade mottagningar än i primärvård.

BMI är en mycket viktig prognostisk faktor vid KOL. Därför är det inte tillfredsställande att enbart 25 procent av patienter med undervikt och KOL erbjuds dietistkontakt. Andelen borde vara betydligt högre. En orsak kan vara att tillgången till dietist inom primärvården brister. Detta är något som bör uppmärksammas.

Diagram 23 Andel patienter med KOL som vaccinerats för influensa, 2012.
Totalt



Källa: Luftvägsregistret.

23 Influensavaccination vid KOL

En person med nedsatt lungfunktion som drabbas av en svårartad infektion löper större risk att få svårare komplikationer än vad en frisk person gör. Därför rekommenderas personer med KOL att oavsett ålder vaccinera sig dels mot influensa varje år, dels mot pneumokockinfektioner (som orsakar lunginflammation) två gånger med fem års mellanrum. Här visas uppgifter enbart om vaccination mot influensa.

Diagram 23 visar andelen patienter med KOL som vaccinerades mot influensa 2012. Jämförelsen baseras på 3 238

personer. I riket var andelen knappt 63 procent, med en variation mellan de redovisade landstingen mellan drygt 54 och knappt 91 procent.

Luftvägsregistret har satt som mål att 80 procent av patienterna skall vaccineras. Tre av de redovisade landstingen når detta mål, medan övriga inte gör det, men har olika långt kvar till målnivån.

Årlig influensavaccination är en enkel och billig förebyggande behandling vid KOL. Det bör därför vara möjligt för landstingen att kraftsamla och med olika åtgärder se till så att andelen som vaccineras höjs.

OPERATION FÖR GIFTSTRUMA OCH PHPT – KVALITETSREGISTRET SQRTPAS

I storleksordningen 200 000 personer i Sverige har någon form av sköldkörtelrubbnig. Kvinnor drabbas betydligt oftare än män. Det finns sannolikt betydande mörkertal, bland annat som följd av att symtomen är diffusa.

Sköldkörteln sitter på framsidan av halsen och har funktionen att styra ämnesomsättningen i kroppen genom att utsöndra sköldkörtelhormon. Struma är en gemensam benämning på alla former av förstörd sköldkörtel, men är inte en sjukdom i sig. Hypertyreos eller giftstruma är ett tillstånd där sköldkörteln producerar för mycket sköldkörtelhormon, vilket resulterar i för hög ämnesomsättning.

Symtomen kommer ofta smygande och kan lätt blandas ihop med tecken på stress. Tecken på hypertyreos kan vara att man svettas och känner sig varm, är trött eller har hjärtklappning och högre puls. Att man går ner i vikt, lätt blir irriterad, arg och gråter, känner muskelsvaghet eller är lös i magen är några ytterligare av flera förekommande symtom.

Hypertyreos eller giftstruma kan behandlas med läkemedel, med radioaktivt jod eller genom operation, då oftast hela eller större delen av sköldkörteln tas bort. Vilken av behandlingarna man väljer beror bland annat på typ av hypertyreos, patientens ålder och om patienten har någon annan sjukdom eller är gravid.

Primär hyperparathyroidism (PHPT) innebär att en eller flera av de fyra bisköldkörtlarna producerar för mycket bisköldkörtelhormon, vilket leder till kalköverskott i blodet, så kallad hyperkalcemi. PHPT leder på sikt till urkalkning av skelettet. Man kan också få mer diffusa symptom som trötthet, anorexi, illamående och muskelsmärter. PHPT leder också till ökad sjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar. PHPT är en vanlig sjukdom, som i Sverige drabbar cirka en procent av befolkningen. Bland kvinnor i åldern 50–75 år är förekomsten två-tre procent. Den rekommenderade behandlingen vid symtomgivande PHPT är operation, där en eller flera av bisköldkörtlarna opereras bort.

Här visas tre kvalitetsindikatorer som avser operationer dels vid PHPT, dels av patienter med Graves sjukdom, som är den vanligaste formen av giftstruma. Enbart primäroperationer och vid icke-ärfvlig sjukdom (avser PHPT) ingår, eftersom detta gör att den studerade patientgruppen blir mer enhetlig och därmed gör jämförelser mellan landsting och mellan sjukhus meningsfull. Alla tre måtten är resultatmått.

Källan till indikatorerna är Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SQRTPA,

som varit i drift sedan 2004. Registret är ett åtgärdsregister som utgår från kirurgisk behandling av sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjuresjukdom.

2011 registrerades data för knappt 2 900 operationer. 31 av 38 kliniker som utför sköldkörtelkirurgi rapporterade 2011 till registret, medan motsvarande uppgift för bisköldkörtelkirurgi var 28 av 30. Täckningsgrad avseende antalet operationer 2011 var 93 procent (sköldkörtel) respektive 94 procent (bisköldkörtel). Datakvalitet i registret studeras sedan 2006 och tyder på god datakvalitet – ej registrerade eller felregistrerade patienter är färre än fem procent av alla.

Utöver uppgifter i samband med operationen och tiden fram till utskrivning från sjukhus, registreras data från två uppföljningstillfällen, dels vid upp till sex veckor, dels vid 6–12 månader efter operationen. Utöver komplikations- och resultatmått som de som här redovisas, skall registret även påbörja mätning av patientrapporterade utfall, så kallade PROM.

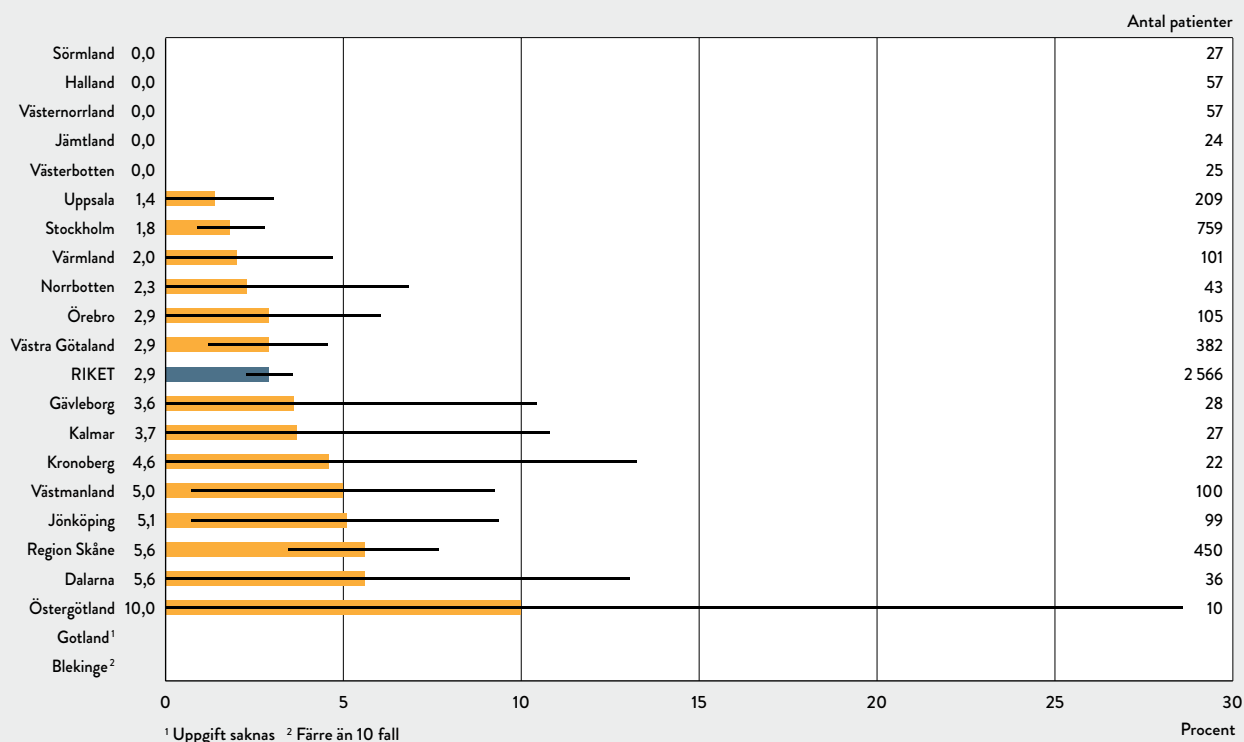
24 Stämbandsförlamning sex veckor efter operation för giftstruma

En sällsynt men allvarlig komplikation efter operation vid Graves sjukdom är stämbandsförlamning. Stämbandsnerverna löper mycket nära sköldkörteln och kan påverkas när denna opereras bort. Stämbandsförlamning är oftast övergående och patienten kan få tillbaka en god röstfunktion med stöd av logopedisk eller foniatrisk kompetens.

Diagram 24 visar andelen patienter som sex veckor efter operation för giftstruma hade stämbandsförlamning. Jämförelsen baseras på 2 566 patienter som opererats under perioden 2004–2012. Enbart förstagångsoperationer ingår. I riket är andelen patienter med stämbandsförlamning 2,9 procent, vilket motsvarar 75 fall. Trots att antalet fall av stämbandsförlamning är litet är det ett viktigt kvalitetsmått för klinikerna att följa.

Även den så kallade oddskvoten visas, men då per klinik – se tabell 24. Oddskvoten är ett mått på risken att drabbas av stämbandsförlamning, där OR större än 1 tyder på högre risk och vice versa. Rankingposition för klinikerna anges, liksom konfidensintervall för denna position. Oddskvoten skiljer sig åt även mellan de sjukhus som har noll fall av stämbandsförlamning, eftersom de opererat olika många patienter.

Diagram 24 Andel patienter med stämbandsförlämning 6 veckor efter operation för giftstruma, 2004–2012. **Totalt**

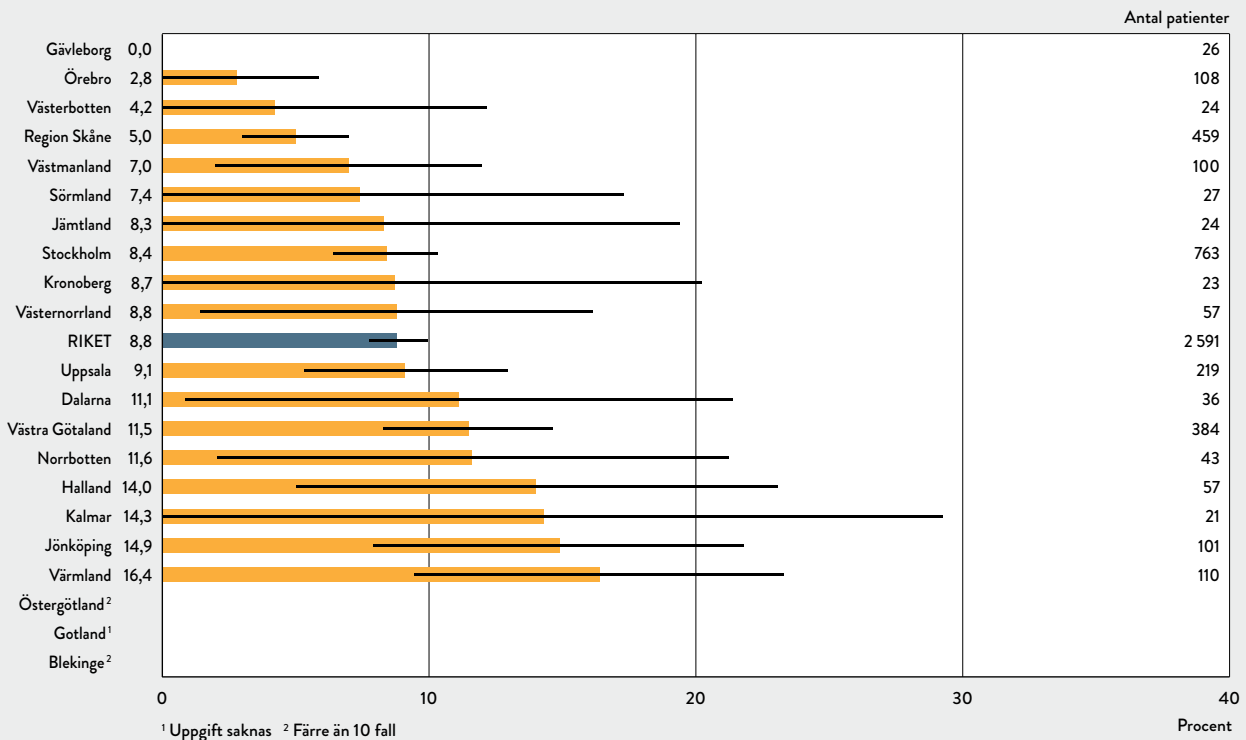


Källa: Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi.

Tabell 24 Risk för stämbandsförlämning 6 veckor efter operation för giftstruma – oddskvot per klinik, 2004–2012. **Sjukhus**

Sjukhus	Antalet fall	Oddsquot (OR)	95% KI för OR	Rank	95% KI för rank
Karolinska, Solna	679	0,67	0,34–1,32	1	1 till 23
Akademiska sjukhuset, Uppsala	212	0,67	0,30–1,49	2	1 till 24
Universitetssjukhuset Örebro	106	0,74	0,30–1,80	3	1 till 25
Hallands sjukhus, Halmstad	47	0,75	0,28–2,03	4	1 till 25
Sundsvalls sjukhus	57	0,76	0,28–2,07	5	1 till 25
Skånes Universitetssjukhus, Lund	280	0,82	0,41–1,65	6	1 till 25
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	30	0,82	0,29–2,32	7	1 till 26
SÄ-sjukvården, Borås	25	0,84	0,30–2,39	8	1 till 26
Centralsjukhuset i Karlstad	121	0,85	0,37–1,99	9	1 till 26
Östersunds sjukhus	24	0,85	0,30–2,44	10	1 till 26
Gävle sjukhus	70	0,86	0,34–2,18	11	1 till 26
Växjö lasarett	13	0,91	0,31–2,67	12	1 till 26
Hallands sjukhus, Varberg	13	0,91	0,31–2,67	13	1 till 26
Kungälv sjukhus	7	0,95	0,31–2,85	14	1 till 26
Blekingesjukhuset, Karlskrona	5	0,96	0,32–2,91	15	1 till 26
Ljungby lasarett	10	0,97	0,32–2,96	16	1 till 26
Sunderbyns sjukhus	43	0,98	0,37–2,59	17	1 till 26
Danderyds sjukhus	28	0,98	0,09–11,30	18	1 till 27
Sahlgrenska, Göteborg	309	1,04	0,55–1,97	19	2 till 26
Länsjukhuset Ryhov, Jönköping	86	1,09	0,44–2,69	20	2 till 26
Falu lasarett	45	1,22	0,48–3,13	21	2 till 27
Västerviks sjukhus	26	1,24	0,15–10,47	22	1 till 27
Universitetssjukhuset i Linköping	17	1,45	0,14–14,73	23	1 till 27
NU-sjukvården, Trollhättan/NÄL	50	1,48	0,60–3,63	24	4 till 27
Västmanlands sjukhus, Västerås	104	1,48	0,68–3,20	25	4 till 27
Kristianstads sjukhus	99	2,23	1,10–4,50	26	9 till 27
Helsingborgs lasarett	145	2,34	1,25–4,39	27	11 till 27

Diagram 25 Andel patienter med D-vitaminbehandling (sköldkörtelskada) 6 veckor efter operation för giftstruma, 2004–2012.



Källa: Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi.

25 D-vitaminbehandling (bisköldkörtelskada) efter operation för giftstruma

När sköldkörteln opererats bort är det vanligt att övergående hypokalcemi (kalköverskott i blodet) uppkommer på grund av påverkan på bisköldkörtelfunktionen. Bisköldkörtelarna bör under en sköldkörteloperation identifieras och sparas på halsen. Om bisköldkörtelfunktionen fungerar sämre ges kalk och eller D-vitamin till patienten, för att höja kalknivån i blodet till normala nivåer. Om behandling med D-vitamin kvarstår sex månader efter operationen tyder detta på att tillståndet inte är övergående. Patienten har då ganska stor risk att behöva ha D-vitamintillskott permanent. Förekomsten av D-vitaminbehandling efter sex månader skall således ses som ett resultat av en komplikation i samband med operationen.

I diagram 25 visas andelen patienter med D-vitaminbehandling sex veckor efter operation för giftstruma. Jämförelsen baseras på 2 591 patienter som opererades under 2004–2012. I riket är andelen patienter knappt nio procent, med en variation mellan landsting från noll till drygt 16 procent. För sjukhus visas oddskvoten (OR) och konfidensintervallgränser för OR – se tabell 25. Vid beräkning av oddskvoten har hänsyn tagits till patienternas kalknivåer före operationen.

26 Kvarstående höga kalkvärden (hyperkalcemi) efter operation av PHPT

Patienter med primär hyperparatyroidism (PHPT) har hyperkalcemi, kalköverskott i blodet som följd av för hög produktion av bisköldkörtelhormon. Om hyperkalcemin finns kvar 6 månader efter operationen är detta ett tecken på att operationen misslyckats. För att hitta de små bisköldkörtelarna krävs stor kirurgisk träning.

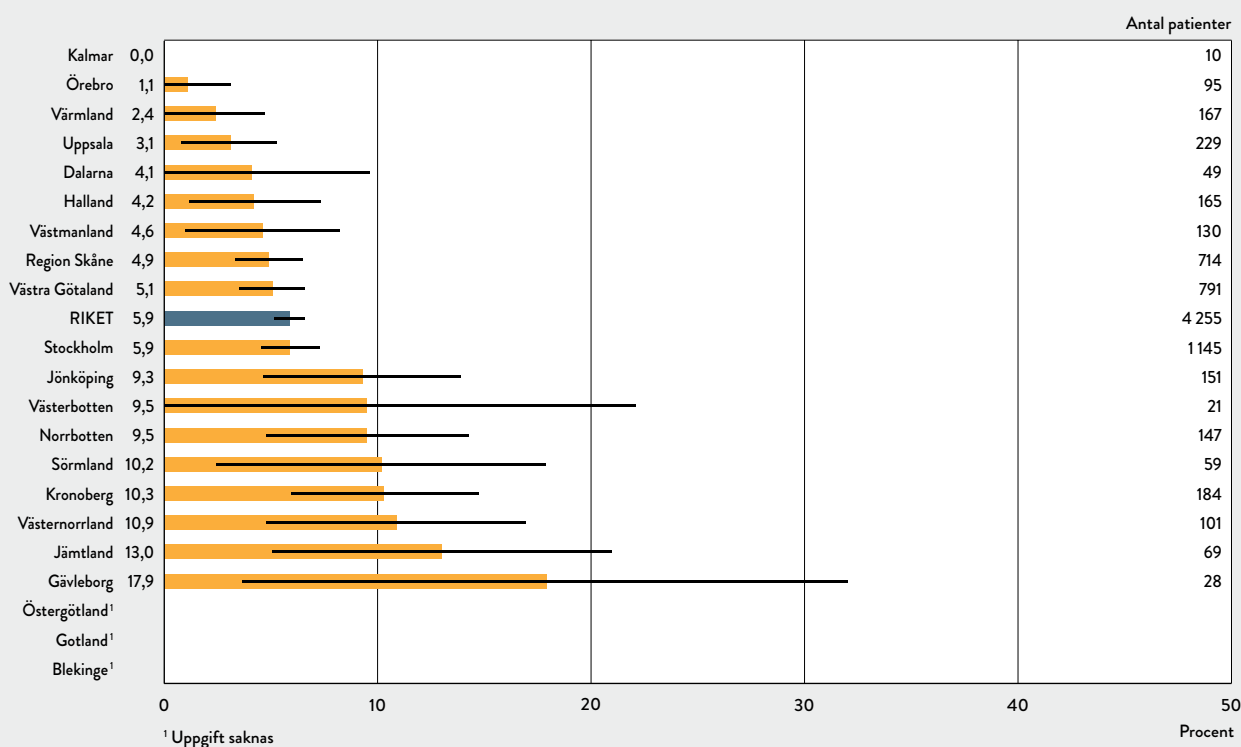
Diagram 26 visar andelen patienter som 6 veckor efter operationen har kvarstående hyperkalcemi. Jämförelsen baseras på 4 255 patienter som opererades 2004–2012. Enbart patienter som genomgått förstagsoperation för icke-ärftlig sjukdom ingår i underlaget för diagrammet för landsting. I riket var andelen med hyperkalcemi 5,9 procent.

Tabell 25
Sjukhus

Risk för D-vitaminbehandling (sköldkörtelskada) 6 veckor efter operation för giftstruma
– oddsquot per klinik, 2004–2012.

Sjukhus	Antal fall	Oddsquot (OR)	KI 95% för OR	Rank	KI 95% för rank
Helsingborgs lasarett	145	0,53	0,28–1,00	1	1 till 21
Gävle sjukhus	70	0,53	0,25–1,13	2	1 till 22
Skånes Universitetssjukhus, Lund	280	0,63	0,38–1,03	3	1 till 21
Universitetssjukhuset Örebro	106	0,64	0,33–1,24	4	1 till 23
Västerviks sjukhus	26	0,72	0,13–4,02	5	1 till 27
Sundsvalls sjukhus	57	0,82	0,39–1,73	6	1 till 25
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	30	0,82	0,37–1,84	7	1 till 26
Hallands sjukhus, Varberg	13	0,83	0,34–2,03	8	1 till 26
Växjö lasarett	13	0,84	0,34–2,03	9	1 till 26
Blekingesjukhuset, Karlskrona	5	0,93	0,37–2,35	10	1 till 26
Ljungby lasarett	10	0,93	0,37–2,36	11	1 till 26
Danderyds sjukhus	28	0,96	0,12–7,66	12	1 till 27
Västmanlands sjukhus, Västerås	104	1,00	0,54–1,83	13	2 till 26
SÄ-sjukvården, Borås	25	1,03	0,46–2,30	14	2 till 27
Östersunds sjukhus	24	1,04	0,46–2,33	15	2 till 26
Kristianstads sjukhus	99	1,09	0,60–1,97	16	3 till 26
Falu lasarett	45	1,10	0,54–2,25	17	2 till 26
Kungälv sjukhus	7	1,11	0,45–2,75	18	2 till 27
Karolinska, Solna	679	1,17	0,80–1,72	19	4 till 26
NU-sjukvården, Trollhättan/NÄL	50	1,2	0,60–2,39	20	3 till 27
Akademiska sjukhuset, Uppsala	212	1,27	0,79–2,06	21	4 till 26
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	86	1,29	0,68–2,43	22	4 till 27
Sunderbys sjukhus	43	1,3	0,64–2,63	23	3 till 27
SU Sahlgrenska, Göteborg	309	1,51	1,03–2,22	24	7 till 27
Hallands sjukhus, Halmstad	47	1,69	0,88–3,23	25	6 till 27
Centralsjukhuset i Karlstad	121	1,74	1,06–2,85	26	8 till 27
Universitetssjukhuset i Linköping	17	2,13	0,34–13,30	27	2 till 27

Diagram 26 Andel patienter med kvarvarande höga kalkvärden 6 veckor efter PHPT-operation, 2004–2012.
Totalt



Källa: Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldkörtel- och binjurekirurgi.

BÄTTRE OMHÄNDERTAGANDE VID ARTROS – BOA-REGISTRET OCH SVENSKA HÖFTPROTESREGISTRET

Kvalitetsregistret *Bättre Omhändertagande av patienter med Artros* (BOA-registret) initierades med anledning av de höga sjukskrivningskostnaderna för artros och kunskapen om att endast en mindre del av alla patienter som opereras på grund av artros har träffat en sjukgymnast vid något tillfälle före operation. Detta trots att information, träning och viktkontroll utgör grunden i artrosbehandling enligt såväl nationella som internationella behandlingsriktlinjer. BOA följer Socialstyrelsens riktlinjer för artros.

Syftet med BOA är att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning i artrosskola, i enlighet med gällande behandlingsriktlinjer, och att kirurgiska ingrepp endast ska övervägas i de fall då icke-kirurgisk behandling inte ger tillfredsställande resultat. Målet är att minska sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning till följd av artros, samt att öka livskvalitet och aktivitetsnivå hos patienter med artros i främst höft och knä. Patienter med artros ska få ett likvärdigt omhändertagande vid den första kontakten med sjukvården, oavsett var den sker. Patienter med besvär från höft eller knä kan söka sjukgymnast direkt, utan föregående läkarbesök.

2012 års registrering omfattar 197 enheter och totalt 14 705 patienter. Samtliga landsting har sedan 2012 enheter

som rapporterar till registret. Då årsrapporten sammanställdes (april 2013) var 296 enheter anslutna till registret.

Här visas fyra indikatorer om artrosskola, varav den första är hämtad från Svenska höftprotesregistret, medan de tre övriga är från BOA-registret.

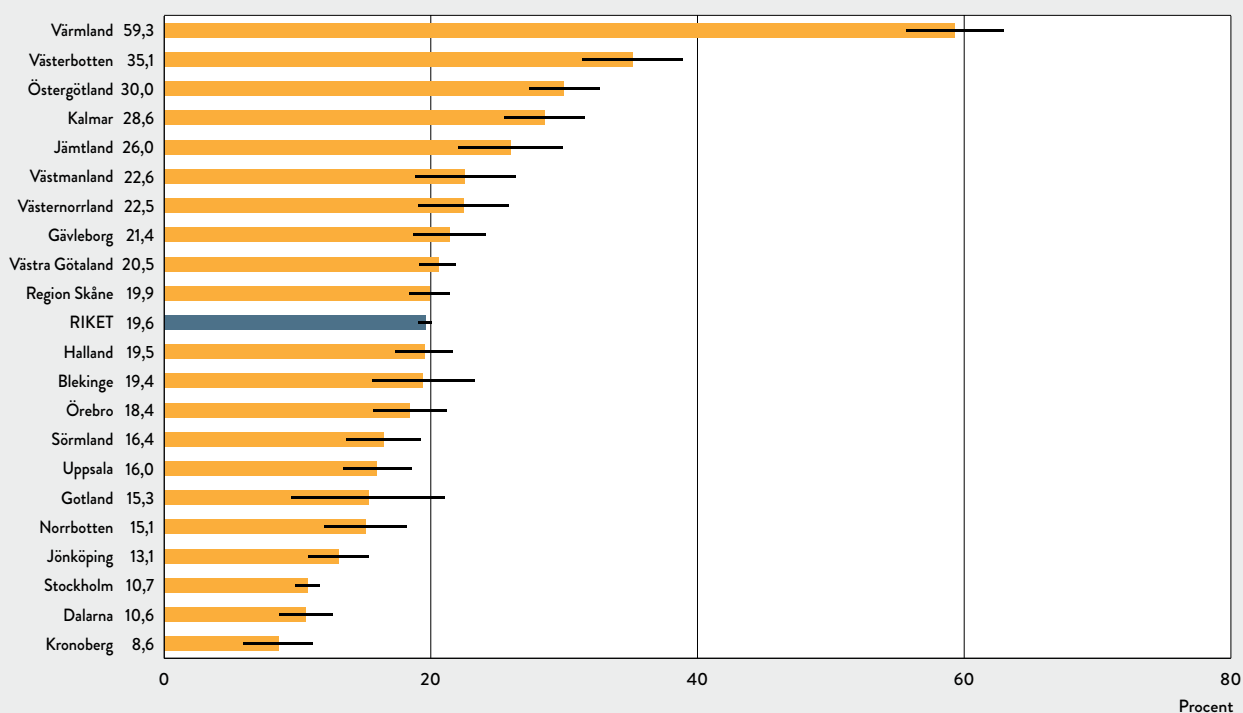
27 Artrosskola före höftprotesoperation

Det är önskvärt att patienterna genomgår artrosskola för att genom träning och råd se om operation kan undvikas eller skjutas fram i tiden, och även för att förbereda sig för en eventuell operation och för att underlätta den rehabilitering som följer på en operation.

I enkät från Svenska Höftprotesregistret tillfrågades de opererade patienterna om de varit i kontakt med sjukgymnast innan operationen och/eller om de genomgått artrosskola innan. Det kan råda osäkerhet om vad en artrosskola innebär, liksom att sjukgymnastisk behandling kan ske utan att det kallas för artrosskola.

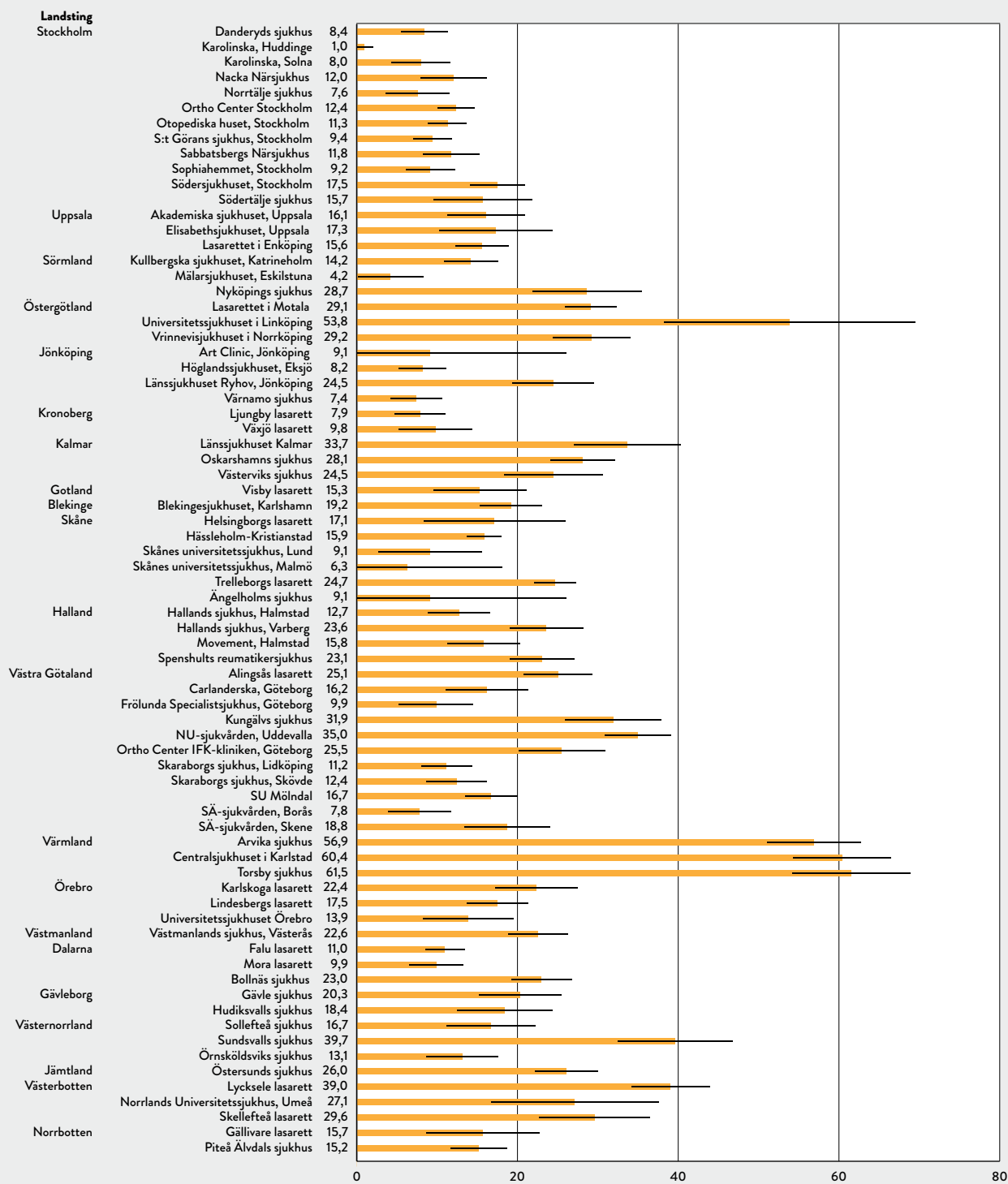
Indikatorn visar hur stor andel av de opererade som uppgav att de gått artrosskola. Jämförelsen baseras på 23 264 patienter som opererades under 2011–2012. I riket var andelen närmare 20 procent.

Diagram 27 Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola, 2011–2012.
Totalt



Källa: Svenska höftprotesregistret.

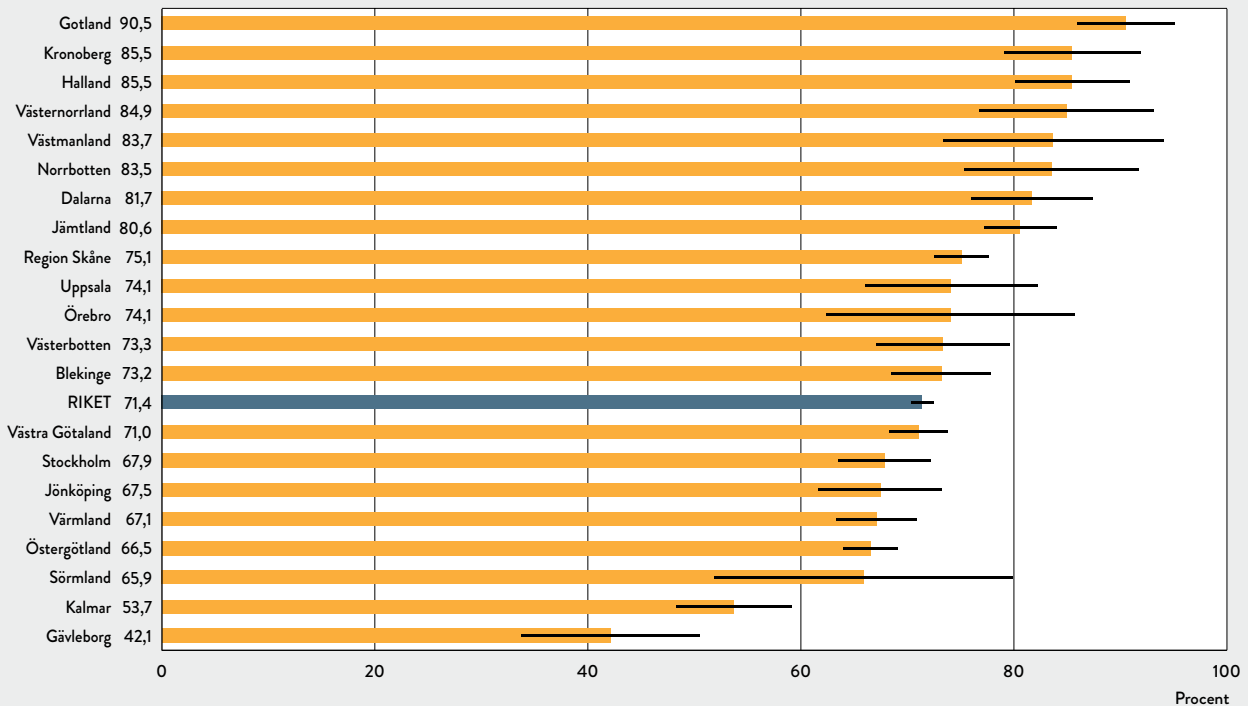
Diagram 27 Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola, 2011–2012.
Sjukhus



Källa: Svenska höftprotesregistret.

Procent

Diagram 28 Andel patienter som fullföljer artrosskola, 2012.
Totalt



Källa: BOA-registret – Bättre Omhändertagande av patienter med Artros.

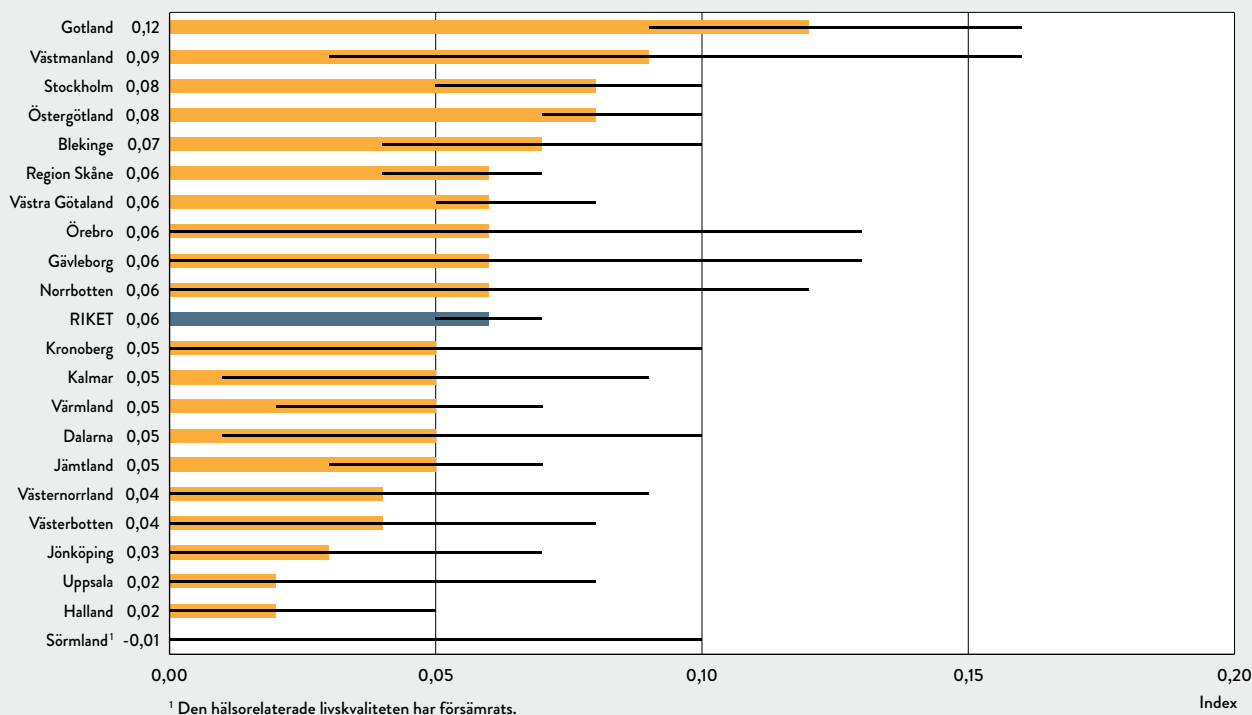
28 Andel patienter som fullföljer artrosskola

Alla patienter som bedöms ha nytta av artrosskola träffar sjukgymnast för ett individuellt besök före artrosskolan. Detta är en del i ställandet av diagnos och uteslutandet av andra orsaker än artros till knä- eller höftbesvär. Själva artrosskolan består av tre tillfällen och innefattar information om vad artros är, riskfaktorer, tillgängliga behandlingar samt egenvårdstips. Skolan leds av en sjukgymnast och i vissa fall medverkar även arbetsterapeut. Ett av tillfällena innehåller en träff med en "expertpatient" som genomgått en speciell utbildning för att kunna tala om hur det är att leva med artros.

Efter teoridelen erbjuds patienten ett individuellt utprovat träningsprogram, samt möjlighet att tillsammans med andra genomföra detta regelbundet under handledning av sjukgymnast. Träningsdelen är "frivillig". Tre månader efter första besök eller genomfört träningsprogram sker en uppföljning.

Denna indikator mäter andelen patienter som fullföljer artrosskola. Jämförelsen baseras på 7 329 patienter som påbörjade artrosskola. I riket fullföljde drygt 71 procent av dessa artrosskolans "obligatoriska" inslag.

Diagram 29 Förbättring i hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) 12 månader efter genomgången artrosskola, 2012.
Totalt



Källa: BOA-registret – Bättre Omhändertagande av patienter med Artros.

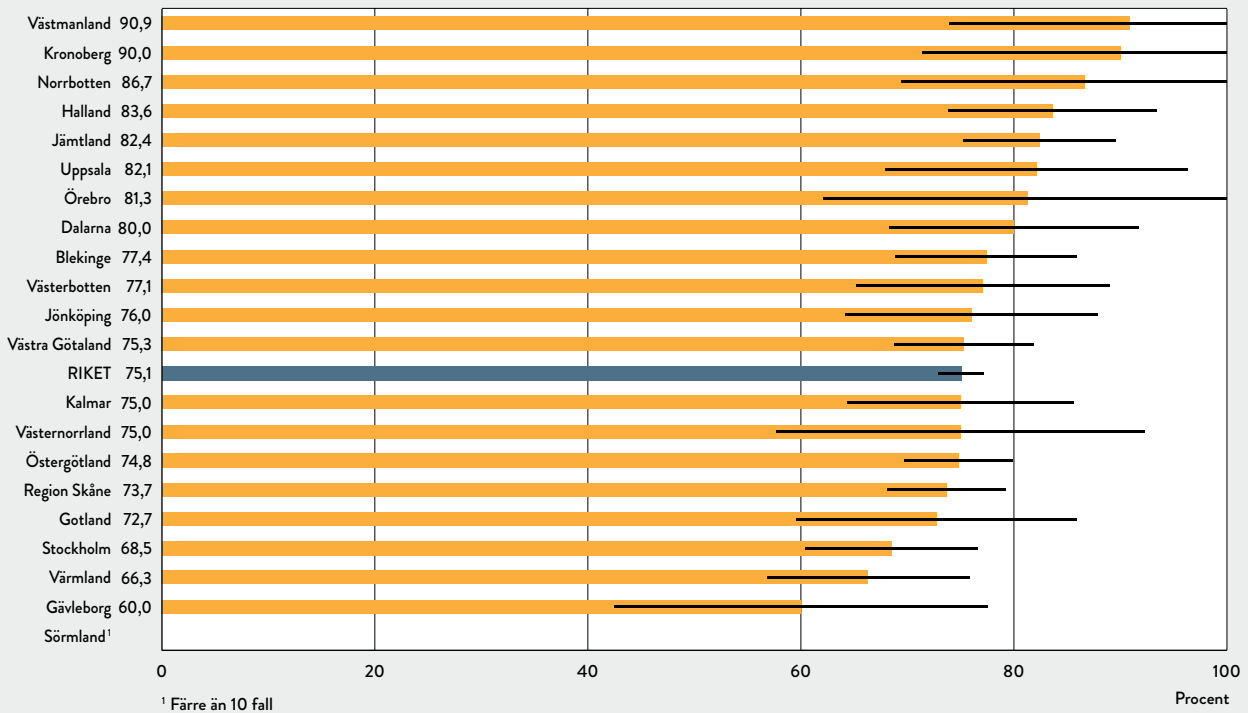
29 Hälsorelaterad livskvalitet efter genomgången artrosskola

EQ5D är ett mått på hälsorelaterad livskvalitet. Patienten svarar på fem frågor om rörlighet, hygien, aktivitet, smärta och oro/nedstämdhet. På varje fråga finns tre svarsalternativ (inga besvär, måttliga besvär, stora besvär) och baserat på svaren kan ett index beräknas som går från 0 till 1, där 0 är lika med "död" och 1 är lika med "full hälsa". Målet för BOA-registret är att nå patienterna innan deras hälsorelate-

rade livskvalitet har påverkats i alltför stor utsträckning och att genom artrosskolan åstadkomma en förändring i EQ5D på 0,1 efter ett år.

Indikatorn visar förbättring i hälsorelaterad livskvalitet, mätt med EQ-5D, ett år efter genomgången artrosskola. Jämförelsen baseras på 5 149 patienter som följdes upp under 2012. I riket var förbättringen i EQ-5D värde 0,06. Detta kan jämföras med BOA-registrets mål på förbättring med 0,1 efter ett år.

Diagram 30 Andel patienter som efter 1 år anger att de minst en gång i veckan tillämpar artrosskolans kunskaper, 2012.
Totalt



Källa: BOA-registret – Bättre Omhändertagande av patienter med Artros.

30 Användning av kunskap från artrosskola

Artrosskolan syftar till att ge patienter kunskap om hur de ska hantera sina besvär för att kunna leva ett gott liv trots artros, oavsett om patienten opereras eller ej. Därför är aktiv och långsiktig användning av kunskapen från artrosskolan viktig.

Denna indikator mäter hur stor andel av patienterna som efter ett år anger att de varje vecka, varje dag eller flera gånger dagligen använder vad de lärt sig i artrosskolan. Jämförelsen baseras på 1552 patienter. I riket uppgav 75 procent av alla som svarade att de använde kunskaperna minst varje vecka.

INDIKATORBESKRIVNING

SEKUNDÄRPREVENTION EFTER HJÄRTINFARKT

1 Deltagande i uppföljning

Mått

Andel patienter med hjärtinfarkt i RIKS-HIA som deltagit i 12–14-månadersuppföljning, procent.

Beskrivning och syfte

Andel av de som skrivs ut i Riks-HIA som följs upp i SEPHIA. Uppföljning 2, räknat per utskrivande sjukhus. Deltagande i uppföljning är en förutsättning för kvalitetsuppföljning av vården.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal uppföljda efter 12–14 månader.

Nämnare: Antal patienter med hjärtinfarkt i RIKS-HIA.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Avlidna patienter exkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

2 Deltagande i program för fysisk träning

Mått

Andel uppföljda som deltagit i fysiskt träningsprogram, procent.

Beskrivning och syfte

Andel uppföljda patienter i SEPHIA som deltagit i fysiskt träningsprogram. Fysisk aktivitet är viktigt för att minska risken för ny hjärtinfarkt.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som deltagit i fysisk träning.

Nämnare: Antal uppföljda patienter.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

3 Rökstopp efter hjärtinfarkt

Mått

Andel rökande patienter som vid 12–14-månadersuppföljningen hade slutat röka, procent.

Beskrivning och syfte

Andel rökande patienter som vid 12–14-månadersuppföljningen hade slutat röka. Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som slutat röka vid uppföljningen.

Nämnare: Antal rökande patienter vid insjuknandet i hjärtinfarkt.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

4 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Mått

Andel patienter som nått målvärdet för LDL-kolesterol vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter, procent.

Beskrivning och syfte

Andel patienter som nått målvärdet för LDL-kolesterol vid 12–14 månadersuppföljningen av hjärtinfarktpatienter.

Målnivån är av Socialstyrelsen satt till < 2,5 mmol/l.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med LDL-kolesterol <2,5 mmol/l.

Nämnare: Antal uppföljda patienter.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

5 Måluppfyllelse för blodtryck

Mått

Andel patienter som nått målnivån för blodtryck vid uppföljningen av hjärtinfarktpatienter, procent.

Beskrivning och syfte

Andel patienter som nått målvärdet för blodtryck vid 12–14 månadersuppföljningen av hjärtinfarktpatienter.

Målnivån är av Socialstyrelsen satt till systoliskt blodtryck < 140 mmHg.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med systoliskt blodtryck <140 mmHg.

Nämnare: Antal uppföljda patienter.

Enbart patienter yngre än 75 år inkluderade.

Datakälla

Swedeheart – SEPHIA

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

DIAGNOSTIK AV HJÄRTSVIKT

6 Ekokardiografi vid hjärtsvikt

Mått

Andelen patienter med hjärtsvikt som diagnostiserades med ekokardiografi (ultraljudsundersökning av hjärtat), procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med hjärtsvikt som diagnostiserades med ekokardiografi (ultraljudsundersökning av hjärtat) och är viktig att följa eftersom diagnosering byggd på enbart symtom och kliniska fynd ger fel diagnos i cirka hälften av fallen. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård har ekokardiografi vid misstänkt hjärtsvikt hög prioritet.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal med angiven grad av dysfunktion.

Nämnare: Antal som besvarat frågan om grad av dysfunktion.

Datakälla

RiksSvikt – Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

7 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

Mått

Andel patienter med systolisk hjärtsvikt (HF-REF) som behandlades med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptblockerare, ARB)

Beskrivning och syfte

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med systolisk hjärtsvikt (HF-REF) som behandlas med RAAS-hämmare

Nämnare: Totalt antal patienter med systolisk hjärtsvikt

Datakälla

RiksSvikt – Nationellt kvalitetsregister för hjärtsvikt

Felkällor

Ojämn rapportering och därmed täckningsgrad. Få patienter som vårdas i primärvård rapporteras till RiksSvikt.

BEHANDLING AV FETMA HOS BARN

8 Behandlingsresultat efter ett år

Mått

Genomsnittlig viktnedgång efter behandling av barn med fetma, BMI:sds.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar hur mycket de barn som behandlas för fetma i genomsnitt minskar sin övervikt under ett år, där behandlingen startat där barnet varit under 12 år.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Viktförändring mäts i BMI:sds, ett mått på relativ viktförändring som är köns- och åldersoberoende. BMI:sds "0" är det BMI:sds som ett barn med medelvikt har. BMI:sds 2,3 är ungefärligen gränsen för fetma.

Patienter registrerade i BORIS under mätperioden som påbörjat behandling före 12 års ålder.

Täljare: Summan av BMI:sds förändringen i gruppen som behandlats.

Nämnare: Antalet behandlade patienter.

Datakälla

BORIS – Barnobesitasregistret

Felkällor

Svårvärderad och varierande täckningsgrad.

9 Mätning av fasteblodssocker

Mått

Andel patienter där fasteblodssocker kontrollerats vid behandling av barn med fetma, procent.

Beskrivning och syfte

Barn med fetma löper ökad risk att utveckla diabetes och indikatorn är därför ett viktigt processmått.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter där fastblodssocker kontrollerats antingen vid inskrivning eller uppföljning.

Nämnare: Antal patienter.

Datakälla

BORIS – Barnobesitasregistret

Felkällor

Svårvärderad och varierande täckningsgrad.

DEMENSJUKDOM

10 Basal demensutredning som underlag för demensdiagnos

Mått

Andelen patienter med demenssjukdom som genomgick basal demensutredning, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med demenssjukdom som genomgått basal demensutredning definierad enligt Socialstyrelsens riktlinjer, med vilket avses strukturerad anamnes, kognitiv bedömning (MMT, klocktest) blodkemi, och CT eller MR. Det finns idag inget specifikt test eller undersökning som ensamt leder till diagnos. Indikatorn är viktig att mäta eftersom diagnosen ligger till grund för patientens möjligheter att få rätt stöd- och vårdinsatser.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som genomgått basal utredning, dvs kognitiv bedömning, strukturerad anamnes, blod-

kemi och CT eller MR, till grund för en demensdiagnos. Utredningen är antingen gjord på egna kliniken eller delvis på annan klinik.

Nämnare: Antal patienter med diagnosticerad demenssjukdom.

Alla patienter som registreras vid sin första demensdiagnos ingår i urvalet. Demensdiagnoser som registreras i SveDem är demens vid Alzheimers sjukdom (tidig respektive sen debut), blanddemens (mix Alzheimers sjukdom och vaskulär demens), vaskulär demens, Lewy body demens, frontotemporal demens, Parkinsons sjukdom med demens, demens UNS och övrig demenssjukdom. Ingen åldersstandardisering är gjord.

Data för landsting avser patientens hemortslandsting.

Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SveDem – Svenska Demensregistret.

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

11 Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Mått

Andel patienter med nydiagnosticerad Alzheimers sjukdom med läkemedelsbehandling, procent.

Beskrivning och syfte

Andelen patienter med nydiagnosticerad Alzheimers sjukdom i SveDem som under mätperioden erhållit behandling med demensläkemedel. Tillgängliga demensläkemedel idag utgörs av kolinesterashämmare som har indikationen Alzheimers sjukdom av mild till måttlig sjukdomsgrad samt NMDA-receptorantagonisten memantin som ges vid måttlig till svår sjukdomsgrad.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som behandlats med demensläkemedel.

Nämnare: Antal nydiagnosticerade patienter under mätperioden i SveDem.

Datakälla

SveDem, Svenska Demensregistret

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

VÅRD VID ÄTSTÖRNING

12 Fri från ätstörningsdiagnos efter behandling

Mått

Andel patienter som inte uppfyller kriterier för ätstörningsdiagnos 12 mån efter behandlingsstart, procent.

Beskrivning och syfte

Andel patienter som inte uppfyller kriterier för ätstörningsdiagnos 12 mån efter behandlingsstart. Måttet syftar till att visa hur många patienter som har svarat snabbt på vården och blivit friska.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter fria från ätstörningsdiagnos 12 månader efter behandlingsstart.

Nämnare: Antal uppföljda patienter 12 månader efter behandlingsstart.

Datakälla

RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningar

Felkällor

Stor variation i bortfall vid 1-årsuppföljningar mellan regionerna gör siffrorna osäkra.

13 Förbättrad funktionsförmåga vid ätstörning

Mått

Genomsnittlig förbättring i GAF-poäng 1 år efter behandlingsstart.

Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att mäta förbättringen hos patienter med ätstörningsdiagnos 1 år efter behandlingsstart.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Förändring i GAF-poäng.

Nämnare: Antal behandlade patienter.

Datakälla

RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningar

Felkällor

Stor variation i bortfall vid 1-årsuppföljningar mellan regionerna gör siffrorna osäkra.

BIPOLÄR SJUKDOM

14 Deltagande i patientutbildning

Mått

Andel patienter med bipolär sjukdom som deltagit i patientutbildning, procent.

Beskrivning och syfte

Syftet med patientutbildning är att öka patientens kunskap om sin bipolära sjukdom. Den ska även stärka patientens kompetens i att bemästra sin sjukdom, känna igen tidiga tecken på återfall och på så vis förkorta eller förhindra tid i slutenvård genom tidiga ingripanden.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som deltagit i patientutbildning.

Nämnare: Antal patienter registrerade under mätperioden.

Datakälla

Bipolär

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

15 Behandling med litium

Mått

Andelen patienter med bipolärt syndrom typ 1 som förskrevs litium under mätperioden, procent.

Beskrivning och syfte

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar som förstahandsval behandling med läkemedlet litium i syfte att förebygga återfall hos patienter med bipolärt syndrom.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vid första uppföljningsregistreringen förskrivits litium.

Nämnare: Antal patienter som genomfört första uppföljning.

Datakälla

Bipolär

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

16 Förbättrad funktionsförmåga efter behandling

Mått

Andel patienter som vid uppföljningsregistrering förbättrats med 5 poäng eller mer på GAF funktionsskattning, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att beskriva hur väl patienten kan hantera olika situationer i det dagliga livet. Bedömes av behandlaren, ej patienten själv.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som förbättrats med 5 poäng eller mer vid uppföljning.

Nämnare: Antal uppföljda patienter.

Datakälla

Bipolär

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

17 Patientens självrapporterade hälsa

Mått

Genomsnittliga värdet för självrapporterad hälsa enligt VAS-skalan.

Beskrivning och syfte

Ett av de centrala uppdragen i rättspsykiatrisk vård är att vidmakthålla eller förbättra patientens hälsa såväl psykiskt som somatiskt. Syftet med denna indikator är att få en bild av patientens upplevda hälsa.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Patienterna skattar sin hälsa på en skala från 0–100. Genomsnittliga värdet presenteras.

Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Felkällor

Patienterna kan i sin sjukdom eventuellt ha svårigheter att tolka en VAS-skala.

18 Förbättrad symtombild

Mått

Andelen patienter som vid mättillfället bedömdes ha en förbättrad symtombild, procent.

Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att kunna följa hur väl den rättspsykiatriska verksamheten lyckas förbättra patientens symtombild. Ett uppenbart syfte med vården är att behandla patientens sjukdom och därmed mildra patientens symptom.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med förbättrad symtombild jämfört med tidigare.

Nämnare: Totalt antal patienter.

Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Felkällor

Subjektiv tolkning av patientens symptom.

19 Förbättrad skuldsituation

Mått

Andel patienter med förbättrad skuldsituation, procent.

Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att rikta uppmärksamhet mot patientens ekonomi under vårdtiden. En ekonomi i balans är en central förutsättning för att patienten ska ha förutsättningar att leva ett så normalt liv som möjligt i samhället efter utskrivning.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med förbättrad skuldsituation sedan tidigare mättillfälle.

Nämnare: Antal patienter med minst 2 mättillfällen.

Datakälla

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Felkällor

Tolkningsproblem kring hur skuldsituationen förändrats.

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM

20 Spirometri vid KOL

Mått

Andel patienter med KOL med utförd spirometri, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med KOL som under mätperioden utfört spirometriundersökning. Spirometriundersökningen är ett viktigt instrument såväl för diagnos-tisering som uppföljning av KOL-sjukdomen för att kunna anpassa behandlingen.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som utfört spirometri.

Nämnare: Alla patienter.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Ojämn täckningsgrad.

21 Tillfrågats om rökning vid KOL

Mått

Andel patienter med KOL som tillfrågats om rökning, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med KOL som tillfrågats om rökvanor under mätperioden. Ett rökstopp gör att utvecklingen av sjukdomen avstannar och det är därför nödvändigt att patienten tillfrågats om sina rökvanor.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som tillfrågats om rökning.

Nämnare: Alla patienter.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

22 Dietistkontakt vid lågt BMI

Mått

Andel patienter med KOL och BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med KOL och BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt. BMI < 22 indikerar att patienten är undernärd vilket bör behandlas för bättre prognos.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med BMI < 22 som erbjudits dietistkontakt.

Nämnare: Alla patienter med BMI < 22.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

23 Influensavaccination vid KOL

Mått

Andel patienter med KOL som vaccinerades mot influensa, procent.

Beskrivning och syfte

Eftersom en person med KOL löper ökad risk att få svårare komplikationer efter infektioner så rekommenderas vaccination mot influensa. Indikatorn visar andelen patienter med KOL som vaccinerats mot influensa.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter vaccinerade mot influensa.

Nämnare: Alla patienter.

Datakälla

Luftvägsregistret

Felkällor

Låg täckningsgrad.

OPERATION FÖR GIFTSTRUMA OCH PHPT

24 Stämbandsförlamning efter operation för giftstruma

Mått

Andel patienter behandlade för giftstruma (Graves sjukdom) med stämbandsförlamning sex veckor efter behandling, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter en av de två viktigaste komplikationerna till kirurgisk behandling av Graves.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Alla förstagångsopererade patienter med Graves sjukdom under mätperioden. Procentuell andel med stämbandsförlamning efter 6 veckor. Separat analys är gjord för att korrigera för bortfall och detta har inte påverkat resultatet.

Täljare: Antal förstagångsopererade patienter med stämbands pares efter 6 veckor.

Nämnare: Totala antalet förstagångsopererade patienter.

Datakälla

Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldskörtel- och binjurekirurgi

25 D-vitaminbehandling (bisköldkörtelskada) efter operation för giftstruma

Mått

Andel patienter med D-vitaminbehandling (sköldkörtelskada) sex veckor efter operation för giftstruma, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn mäter en av de två viktigaste komplikationerna till kirurgisk behandling av giftstruma är således ett mått på resultat.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Alla förstagångsopererade patienter vid Graves sjukdom under mätperioden ingår.

Täljare: Antalet förstagångsopererade patienter med D-vitaminbehandling efter 6 veckor.

Nämnare: Totala antalet förstagångsopererade.

Datakälla

Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldskörtel- och binjurenkirurgi

26 Kvarstående höga kalkvärden (hyperkalcemi) efter operation av PHPT

Mått

Andel patienter behandlade för primär hyperparathyroidism (PHPT) som 6 veckor efter behandling har höga kalkvärden, procent.

Beskrivning och syfte

Kvarstående hyperkalcemi efter 6 veckor indikerar misslyckad operation

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Patienter opererade och registrerade i kvalitetsregistret under mätperioden. Enbart förstagångsopererade och patienter med icke-ärfvlig PHPT ingår.

Täljare: Antal patienter med kvarstående hyperkalcemi 6 veckor efter PHPT-operation.

Nämnare: Totalt antal operationer för PHPT.

Datakälla

Skandinaviska kvalitetsregistret för sköldkörtel-, bisköldskörtel- och binjurenkirurgi

Felkällor

94 % av alla PHPT-operationer utförs av kliniker anslutna till registret.

BOA-REGISTRET SAMT SVENSKA HÖFTPROTESREGISTRET

27 Artrosskola före höftprotesoperation

Mått

Andel patienter som uppger att de gått artrosskola av de som höftprotesopererats.

Beskrivning och syfte

Innan ställningstagande till höftprotesoperation görs skall patienten erbjudas adekvat information och träning i artrosskola. Kirurgisk behandling skall bara genomföras när icke-kirurgisk behandling inte gett tillfredsställande resultat. Patienter som höftprotesoperats erbjuds besvara enkätfråga om bland annat genomgången artrosskola.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal höftprotesopererade som anger att de någon gång genomgått artrosskola.

Nämnare: Höftprotesopererade patienter som besvarade enkätfråga om artrosskola.

Datakälla

Svenska höftprotesregistret

Felkällor

Det kan råda osäkerhet om vad artrosskola innebär, liksom att sjukgymnastisk behandling kan ske utan att det kallas artrosskola.

28 Andel patienter som fullföljer artrosskola

Mått

Andelen patienter som fullföljt artrosskola av alla som registrerats för ett första besök.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som fullföljt artrosskola av alla som registrerats för ett första besök. Att fullfölja artrosskola innebär att patienten fullföljt artrosskola och är uppföljda av sjukgymnast efter tre månader.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som fullföljt artrosskola inkl tre-månadersuppföljning hos sjukgymnast.

Nämnare: Totalt antal patienter som påbörjat artrosskola.

Datakälla

BOA-registret

Felkällor

Varierande täckningsgrad.

29 Hälsorelaterad livskvalitet efter genomgången artrosskola

Mått

Förändring i hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) efter genomgången artrosskola.

Beskrivning och syfte

Förändring i hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) efter genomgången artrosskola. EQ5D index går från 0 (sämst) till 1 (full hälsa). Målet är att EQ5D ska förändras med 0,10 efter ett år. På grund av begränsat antal observationer efter ett år redovisas resultat efter tre månader och för det totala antalet personer som gått artrosskola (ej uppdelat på höft och knä).

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Endast patienter med parade data från första besök och tre månaders uppföljning ingår. Resultatet avser patienter med höft och/eller knäartros som genomgått artrosskola och registrerats i BOA-registret under mätperioden.

Täljare: Summan av alla differenser av EQ5D-värden före och efter artrosskola

Nämnare: Antal patienter för vilka det finns EQ5D-värden före och efter artrosskola

Datakälla

BOA-registret

Felkällor

Ojämn registrering i landstingen; vissa landsting har få patienter.

30 Användning av kunskap från artrosskola

Mått

Andel patienter som anger att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan efter ett år.

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter som anger att de använder vad de har lärt sig i artrosskolan efter ett år.

Artrosskolan syftar till att ge patienter kunskap om hur de ska hantera sina besvär för att kunna leva ett gott liv trots artros.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som svarar att de använder det de har lärt sig i artrosskola varje vecka, varje dag eller flera gånger dagligen vid ettårsuppföljning.

Nämnare: Totalt antal patienter som fullföljt ettårsuppföljning i artrosskolan.

Datakälla

BOA-registret

Felkällor

Litet antal patienter och varierande täckningsgrad mellan landsting.

KVALITETSINDIKATORER I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

I november 2013 kom den sjunde publikationen i rapportserien *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Rapporten innehåller 169 indikatorer som speglar olika aspekter av hälso- och sjukvården. Ändå saknas kvalitetsindikatorer på viktiga områden inom hälso- och sjukvården.

Denna rapport innehåller ytterligare ett 30-tal kvalitetsindikatorer från ett urval kvalitetsregister, som komplement till Öppna jämförelser. Det övergripande syftet är detsamma som i huvudrapporten Öppna jämförelser, men rapporten ska även ses i ljuset av SKL:s uppgift att uppmärksamma och stötta indikatorutvecklingen inom de nationella kvalitetsregistren.

Flera av indikatorerna är från register där det är önskvärt med en ökad rapportering och en bättre täckningsgrad.