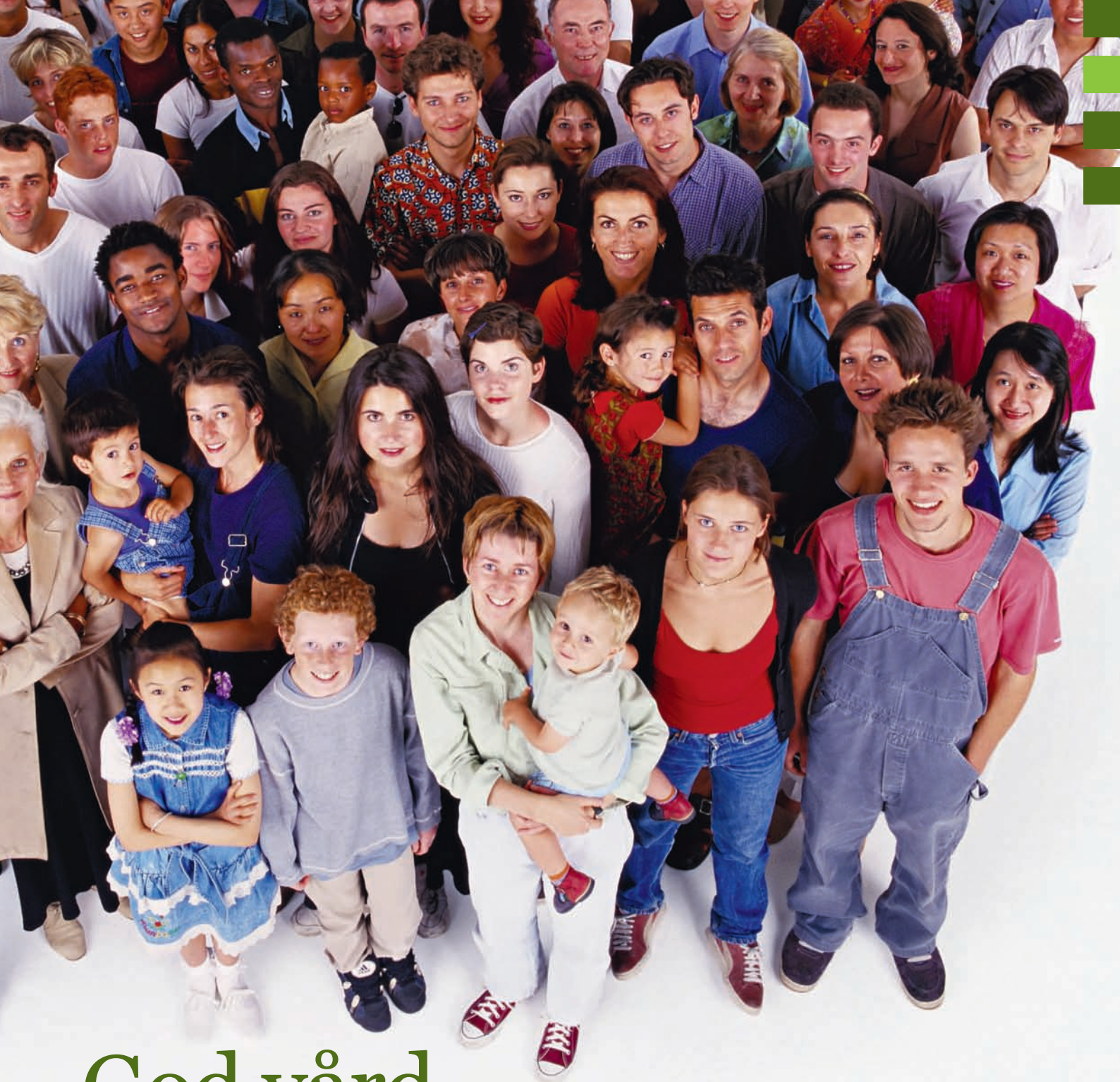




God vård i Stockholm 2010

*– en uppföljning av vårdens resultat
i Stockholms läns landsting*

Nadja Bogestam
Birger Forsberg
Carin Bokedal
Birgitta Almgren

HSN-förvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00



Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Rapportnummer: 2010:2

ISBN: 978-91-979060-7-4

Omslagsfoto: Elie Bernager/Stone Baksidan, ovan från vänster: Bengt Af Geijerstam/Scanpix, Bengt Olof Olsson/Scanpix, Johan Markusson/Scanpix och Maria Annas/Scanpix.

Design: Alenäs Grafisk Form

Tryckeri: EO Grafiska, Stockholm 2011

God vård i Stockholm 2010

*– en uppföljning av vårdens resultat
i Stockholms läns landsting*

Nadja Bogestam
Birger Forsberg
Carin Bokedal
Birgitta Almgren

Innehållsförteckning

Sammanfattning	06
Förord/Inledning	10
Metod	11
Hälsoläge i befolkningen	17
Barn och ungdomars hälsa	22
Äldre	29
Graviditet, förlossnings- och nyföddhetsvård	38
Cancer	49
Hjärtsjukdom	58
Stroke	65
Ortopedisk sjukdom	74
Diabetes	83
Astma/Kronisk obstruktiv lungsjukdom	87
Psykisk ohälsa	89
Källförteckning	98
Bilagor.....	101

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultat av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet utifrån Socialstyrelsens sex kvalitetsperspektiv, för Stockholms läns landsting (SLL). Rapporten ges ut för andra året i rad och utgör en del av den årliga uppföljningen och utvärderingen av hälso- och sjukvården. Samtidigt presenteras en motsvarande rapport *Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser* med särskilt fokus på barn och ungdomar. Syftet är att följa upp hälso- och sjukvården. Tanken är också att rapporten ska utgöra en plattform för utveckling och förbättring. Vi har valt ut ett antal indikatorer för att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet på systemnivå. I många fall finns inte målnivåer (dvs riktlinjer på vad som är ”tillräckligt bra”). Därför har jämförelser gjorts över tid eller med riket. Nästa steg i analysen är att dra slutsatser för vilka implikationer resultaten kan få i ett styrningsperspektiv och att arbeta vidare med att sätta målnivåer.

Genomgången visar att SLL i många avseenden presterar i nivå med riket som helhet. Jämförelserna visar samtidigt att förbättringspotentialen är betydande inom flera områden. Detta kan inspirera till fortsatt arbete med tillgänglighet och kvalitet inom bland annat förebyggande hälso- och sjukvård. Nedan sammanfattas några av resultaten för respektive kvalitetsområde.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet som ska baseras på evidens och beprövad vetenskap. Det är därför viktigt att följa hur pass kunskapsbaserad hälso- och sjukvården är.

Det är positivt att andelen rökande mödrar fortsätter att minska. Det är emellertid oroande att det fortfarande är vanligast med rökning bland de yngre barnaföderna. Överviktiga mödrar blir allt vanligare. Detta ökar risken för komplikationer och skador bland nyfödda. Förstärkta insatser för att minska andelen överviktiga och ytterligare minska andelen rökare bland unga mödrar behövs. Mödravården har en central roll i detta. Rökstopp är den viktigaste åtgärden för att minska riskerna också för diabeteskomplikationer. I Stockholm uppgår andelen diabetiker som slutat röka till 17 procent, vilket är bland det högsta resultatet i riket. Andelen har dock inte minskat, så det finns ett ökat behov av rådgivning för dessa patienter.

Preventivt arbete är av stor vikt för cancersjukvården. När det gäller bröstcancervården finns en väl sammanhållen vårdkedja och kunskapsbaserade riktlinjer. Mammografiscreeningen är väl utbredd i länet. Men ännu finns ingen organiserad screening för prostatacancer eller lungcancer.

När det gäller indikatorer för kunskapsbaserad hjärtsjukvård ses överlag

en svagt positiv utveckling över tid. Trombolysbehandling, blodförtunnande och blodtryckssänkande behandling är exempel på kunskapsbaserad vård inom strokevården. SLL ligger i paritet med riket, men bättre resultat borde kunna uppnås både för enskilda sjukhus och för landstinget som helhet. Landstingets arbete med rökstopp vid stroke måste också förstärkas för bättre resultat.

Stockholms län ligger bland de sämre i riket gällande läkemedelsbehandling av äldre med osteoporos vid frakturer. Vad gäller komplikationer efter höft- och knäoperationer ligger både länet och riket väldigt bra till internationellt.

Säker hälso- och sjukvård

Patientsäkerhetsfrågorna har prioriterats allt mer under senare år. Det behövs fortfarande förbättringar på många håll. Vårdrelaterade infektioner är ett av de största hoten mot patientsäkerheten. Ungefär en av tio patienter över 75 år får en sådan infektion i riket och Stockholm. Vårdrelaterade infektioner utan hänsyn till ålder är högre i Stockholm än i riket. Att minska antalet vårdrelaterade infektioner är en av de viktigaste utmaningarna för vården framöver. Det kan reducera antalet slutenvårdstillfällen och bidra till förbättrad livskvalitet och lägre mortalitet.

Det är glädjande att andel äldre med många läkemedel och riskfyllda läkemedelskombinationer minskar, kanske till följd av att andelen läkemedelsgenomgångar bland äldre ökat. En fortsatt utmaning är att minska andelen patienter med polyfarmaci och riskfyllda läkemedelskombinationer.

För att reducera andelen trycksår och fallskador, vilka uppgår till 7 respektive 11 procent bland geriatrikpatienter där risk för fall förelegat, har landstinget i samverkan med kommunerna arbetat fram ett regionalt vårdprogram för fallprevention och även satsat på ett särskilt program kallat "TUFF" som står för trycksår, undernäring, fall och förebyggande.

Andel perinealbristningar vid förlossning varierar inom landet och Stockholms län har flest andel bristningar i riket, 4,6 procent jämfört med 3,8 procent. När det gäller barns vitalitet vid födelse som bedöms via apgar-poäng ligger länet däremot mycket bra till. Andel bröstcancerpatienter som omopererats på grund av komplikationer har minskat i länet och ligger lägre än i riket och andel omopererade efter hjärtkirurgi är mycket låg. Att som strokepatient få vård på en stroke-enhet innebär en säkrare vård, men Stockholms län ligger lägst i landet gällande andel vårdade på stroke-enhet.

Inom psykiatri satsas det nu särskilt på att minska antalet självmord. Landstinget har tagit fram ett åtgärdsprogram som långsiktigt syftar till att få bort självmord ur samhället – en "Nollvision för suicid".

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

De flesta äldre, 90 procent, anser sig ha tillgång till den vård de behöver och 77 procent av de äldre känner förtroende för vården. När det gäller patientfokuserad vård är det viktigt med en individuellt utformad vårdplan inom fyra dagar. En hög andel äldre i SLL, 95 procent, har en sådan plan vilket är tillfredsställande.

Över 80 procent av besökare till MVC anser att de fått tillräcklig information om sin graviditet, känner förtroende för sin barnmorska och kan rekomen-

dera mottagningen till andra. Dessa resultat för MVC förbättras för varje år.

Av patienter och anhöriga som svarat på enkät om strokevården är 90 procent nöjda eller mycket nöjda med vården.

Effektiv hälso- och sjukvård

Återinläggningar bland äldre kan ses som en indikator på att patienten inte fått den vård den var i behov av. Ungefär 1,2 procent av patienter över 75 år blir återinlagda till slutenvård inom 7 dagar. Det är en liten minskning från föregående år. Andel direktinläggningar till geriatriken har ökat och är uppe på 13 procent, men bör öka ytterligare för att ge äldre bästa möjliga vård.

När det gäller förlossningsvården har Stockholms län högre andel kejsarsnitt jämfört med riket, 20,4 procent jämfört med 17,2.

Andel återinskrivna 30 dagar efter hjärtinfarkt har minskat, men är fortsatt något högre för Stockholms län än för riket. När det gäller personer som vårdats tre eller fler gånger för hjärtsvikt eller förmaksflimmer ligger dock länet bättre till än riket. Rökstopp efter hjärtinfarkt minskar risken för återinsjuknande och för tidig död. Här ligger länet trea från botten i riket. De samlade resultaten från olika verksamheter visar att SLL överhuvudtaget bör förbättra sitt rökavvänjningsarbete för alla patientkategorier. Andelen patienter som når målet för LDL-kolesterolnivå efter hjärtinfarkt är ett bra mått på preventiva insatser. Cirka 70 procent uppnår önskad nivå inom länet, vilket är något lägre än för riket i övrigt.

Allt fler diabetespatienter når behandlingsmålet för långtidsblodsocker, blodtrycks- och blodfettssänkande behandling. Arbetet måste fortsätta för att förebygga diabeteskomplikationer.

Jämlik hälso- och sjukvård

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Skillnader i hälsa och vårdkonsumtion kan skilja sig bland annat utifrån socioekonomiska förhållanden, kön, ålder och födelseland. Det finns även geografiska skillnader i praxis, både i landet och inom länet. Att minska skillnader i livslängd och sjuklighet mellan olika grupper är framöver en av de viktigaste utmaningarna för sjukvården och landstinget som helhet.

Vi har valt ett antal indikatorer för att bedöma om vården är jämlik. En del indikatorer påvisar skillnader som direkt kan kopplas till ojämlikt bemötande eller behandling, andra påvisar skillnader som behöver utredas mer och bland annat relateras till vårdbehov för att en faktisk ojämlikhet skall kunna påvisas.

Bland geografiska skillnader kan nämnas att andel höftfrakturer som opereras inom 24 timmar och med relevant operationsteknik varierar mycket mellan de olika sjukhusen. Skillnader inom länet finns vidare när det gäller tugg-, hörsel- och synförmågor bland äldre. Andel direktinläggningar till geriatriken och andel förlossningspatienter som hänvisats till förlossningsklinik som de inte själva valt, varierar inom länet. Antal personer som vårdats tre eller fler gånger för hjärtsvikt eller förmaksflimmer varierar också mellan sjukhusen.

Äldre kvinnor har fler läkemedel och fler potentiellt riskfyllda interaktioner samt färre läkemedelsgenomgångar än äldre män. Män har vidare fler vårdkontakter än kvinnor under sista levnadsåret. Det finns också påtagliga könskillnader för implantation av defibrillator där kvinnor behandlas i betydligt

lägre grad än vad männen gör. Var och en av dessa indikatorer måste bedömas i förhållande till de faktiska behoven i respektive grupp.

Många cancerformer har generellt sett bättre prognos bland patienter som lever under bättre socioekonomiska förhållanden. Dödligheten bland vårdade inom psykiatrin är betydligt högre än för den övriga befolkningen.

Hälsa- och sjukvård i rimlig tid

Geriatriska vårdgivare har i 99 procent av akutfallen erbjudit vård inom sex timmar, vilket är positivt. Väntetider inom cancervården till behandlingsbeslut för lungcancerpatienter är längre i Stockholms län än i riket i övrigt, medan väntetiden för bröstcancerpatienter är kortare i länet än i riket. Väntetider inom hjärtsjukvården är kortare i länet än i riket och har minskat under senare år.

För att strokesjukvård ska vara framgångsrik skall den ges snabbt. Trots detta är det bara strax över 60 procent som inkommer till sjukhus inom 3 timmar från insjuknande. Här måste ytterligare åtgärder vidtas för att öka den andelen. Samtidigt har tiden för insättande av propplösande behandling nu förlängts till 4,5 timmar, vilket kommer att förbättra utgången för många patienter.

Andelen väntande på besök till ortopedisk mottagning samt till operation av knäleds- och höftledsartros har minskat under senare år, men inget sjukhus i länet klarar att ge behandling inom vårdgarantin. Andelen väntande till vuxenpsykiatrisk mottagning har ökat medan väntande till BUP har minskat.

Vården måste bli bättre på att klara efterfrågan på planerad vård utan att göra avkall på tillgänglighet och kvalitet i den akuta vården. Flaskhalsarna måste också lösas utan att andra angelägna behov inom vården trängs undan.

Förord/Inledning

Rapporten "God vård i Stockholm – En uppföljning av vårdens resultat i Stockholms läns landsting" är en fördjupad analys med avsikt att belysa vårdens resultat i landstinget med fokus på de sex kvalitetsområdena som ingår i begreppet "God Vård" från Socialstyrelsen. Rapporten publiceras för andra året i rad. Samtidigt presenteras en motsvarande rapport *Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser*, med fokus på barns och ungdomars hälsa i åldrarna 0-17 år. *Barnrapporten 2009* som publicerades 2009 hade fokus på åldersgruppen 0-6 år. Rapporterna utgör ett komplement till årsbokslutet för 2009.

I rapporten redovisas resultat för olika indikatorer för de största behovs- och diagnosgrupperna. Innehåll och indikatorer utvecklas varje år för att på bästa sätt följa utvecklingen av prioriterade områden.

Rapporten syftar till att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn samt att utgöra ett underlag för ledning och styrning.

Rapporten är skriven av Nadja Bogestam, Birger Forsberg, Birgitta Almgren och Carin Bokedal (Barns och ungdomars hälsa) på Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting. Ett flertal medarbetare, inklusive de medicinskt sakkunniga, på HSN-förvaltningen har varit involverade i framtagandet av rapporten. Vi vill särskilt tacka Sten Holm på Medicinskt Kunskapscentrum (MKC) samt Jan Adolfsson och Sven Törnberg på Onkologiskt centrum i Stockholm för deras bidrag.

Vår förhoppning är att denna rapport ska ge ökad kunskap, stimulera diskussionen om den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården i Stockholms län och därigenom bidra till god vård och bättre hälsa för befolkningen.

Stockholm december 2010

Catharina Barkman

Utvecklingschef

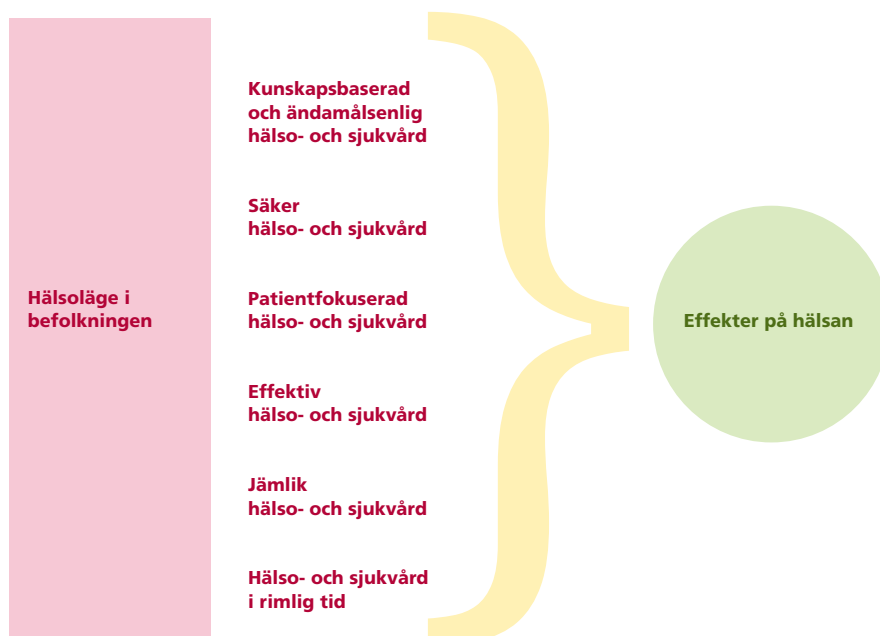
Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Stockholms läns landsting.

Metod

Rapporten utgår från den struktur som finns i den *Övergripande uppföljningsmodellen* (ÖGUM), vilken tidigare har fastlagts av landstingsfullmäktige. De kvalitetsområden som är utgångspunkten i rapporten är också i huvudsak överensstämmande med dem som Socialstyrelsen fastställt skall ingå i begreppet "God Vård".

Figur 1: Den övergripande uppföljningsmodellen (ÖGUM)



Utgångspunkten för rapporten är en beskrivning av det allmänna hälsoläget i befolkningen. Därefter beskrivs åtta av de största diagnosgrupperna samt grupperna barn och ungdomar, äldre och gravida/förlossning/nyföddhetsvård. De sju största diagnosgrupperna har valts ut efter kriterierna störst kostnad och mest slutenvård (ICD10-diagnosområden). Dessa grupper är cirkulationsorganens sjukdomar som indelas i grupperna hjärtsjukdom och stroke, cancersjukdomar där bröst- prostatacancer- och lungcancer beskrivs, psykisk ohälsa, ortopediska sjukdomar, diabetes och andningsorganens sjukdomar.

Första steget har varit att ta fram en behovsbeskrivning för respektive grupp där sjukdomsförekomst, sjukdomsutveckling, prevention och behandlingsmöjligheter beskrivs. Därefter beskrivs vårdens resultat för respektive behovs- och diagnosgrupp utifrån sex perspektiv på God vård samt utifrån effekter av vården.

Begreppet God vård

God vård som begrepp lanserades av Socialstyrelsen 2005. Man beslutade att God vård karakteriseras av sex kvalitetsområden: om hälso- och sjukvården kan anses vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. De sex kvalitetsområdena kompletterar och samverkar till stor del med varandra. I vissa avseenden kan målen dock överlappa och ibland till och med konkurrera med varandra. Nedan beskrivs kort de kvalitetsområden som ingår i begreppet God vård.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Säker hälso- och sjukvård	Patient-fokuserad hälso- och sjukvård	Effektiv hälso- och sjukvård	Jämlik hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård i rimlig tid
Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att bemöta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt	Vårdskador förhindras genom ett aktivt risk-förebyggande arbete	Vårdskador förhindras genom ett aktivt risk-förebyggande arbete	Tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål	Vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla	Ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av

Ett sätt att indirekt få en uppfattning om sjukvårdens effekter på befolkningens hälsa är att följa indikatorer som på olika sätt mäter hur väl sjukvården fungerar inom dessa områden. Det kan antas att om sådana indikatorer visar tillfredsställande värden, så har sjukvården också positiva hälsoeffekter.

Jämlik vård redovisas, förutom som eget kvalitetsområde, även för övriga mått där resultat finns tillgängligt uppdelat på män och kvinnor samt annan relevant fördelning för att mäta jämlik vård.

Utöver dessa kvalitetsområden ingår i rapporten även begreppet **effekter av vården** som förvaltningen anser vara ytterligare ett perspektiv för att mäta God Vård. Med effekter av vården avses dess betydelse för förbättring av hälsa, livskvalitet och överlevnad som vården innebär.

Indikatorer

För vart och ett av områdena inom God Vård är avsikten att utveckla indikatorer som inom ramen för vad som är möjligt med befintliga data, på bästa möjliga sätt beskriva och följa landstingets prestationer inom dessa områden. Vilka indikatorer som ligger under respektive område är en subjektiv bedömning och ibland kan indikatorer passa in under flera rubriker.

Det finns en mängd olika definitioner av begreppen indikator och kvalitetsindikator. Dessa definitioner är ofta kopplade till indikatorernas syfte och användningsområden. Enligt Nationalencyklopedin är en kvalitetsindikator:

En mätbar variabel inom vården som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet som risk för trycksår och risk för fallskador. Med hjälp av indikatorer kan man identifiera förhållanden och områden som bör studeras närmare när det gäller orsakssamband och möjligheter till förbättring.

Det finns vissa krav på indikatorer, dessa är:

- Vetenskaplig rimlighet (validitet) som innebär att indikatorn bygger på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård. Indikatorn kan också anses som valid om det råder professionell konsensus om att indikatorn speglar god vård.
- Vikt (relevans) innebär att indikatorn belyser områden som av olika skäl är viktiga för hälso- och sjukvårdens olika intressenter och där bibehållen eller förbättrad kvalitet är önskvärd.
- Mätbarhet innebär att indikatorn kan beskrivas så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt, det vill säga att termer och begrepp samt population och mätperiod som ingår i indikatorn kan definieras. Det finns ett tillförlitligt system för att fånga de data som krävs.
- Tolkningsbarhet och entydighet innebär att indikatorn kan, då det är relevant, standardiseras beträffande bakgrundsfaktorer, vilka kan påverka mätningens resultat. Möjliga felkällor kan identifieras och beskrivas så att de kan beaktas vid tolkning och analys.

Många av de indikatorer som ingår i rapporten ingår även i Socialstyrelsens och SKL:s nationella rapportserie "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet". I God vård i Stockholm har vi dock fokuserat på Stockholm län samt lyft in ett antal övriga indikatorer som anses vara relevanta. Val av indikatorer bygger också på tillgång till data. För vissa indikatorer finns ännu inga resultat att redovisa. Detta gäller till exempel för många av resultaten avseende astma och KOL-patienter där det nationella kvalitetsregistret nyligen har startats. Vi har ändå valt att ta med dessa indikatorer för att belysa vad som behöver följas upp.

Indikatorerna jämförs över tid och med riket i den mån detta har varit möjligt. Jämförelse mellan sjukhus och kommuner förekommer på vissa ställen. Könsuppdelade data har tagits fram där de finns tillgängliga. Ambitionen har varit att använda så färsk data som möjligt. För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används 2009 års data, och för ett antal indikatorer även data från 2010. För de indikatorer där fallen och/eller kvalitetshändelserna (dödsfall, infektion, omoperation etc.) är få, bör längre tidsperioder användas. Annars skulle den statistiska osäkerheten vara för stor och de årliga resultaten variera beroende på slumpen. Vissa indikatorer mäter dessutom långtidseffekter, som huruvida en omopererad höftprotes sitter kvar och fungerar efter tio år. Då måste med nödvändighet operationer utförda flera år tillbaka i tiden ingå i jämförelsen. Många gånger släpar statistiken efter varför ibland data från 2008 är den senaste som finns att tillgå. Inga statistiska analyser har utförts i kring hur resultaten skiljer sig åt.

Indikatorerna utvecklas för varje år vilket innebär att måtten ändras, tas bort och nya tillkommer för att hela tiden sträva efter så relevanta och mätbara mått som möjligt.

Datakällor

För att genomföra denna analys har resultat sammanställts från ett flertal källor så som kvalitetsregister, patientregister, patientenkäter, VAL, kvalitetsbokslut med mera. Källor finns angivna i bilaga 1 för respektive indikator.

Många indikatorer kommer från ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”. Nedan presenteras kort vilka datakällor som ingår i rapporten.

Nationella hälsodataregister och dödsorsaksregistret

Individbaserade uppgifter om hälso- och sjukvården finns samlat på nationell nivå samlat i Socialstyrelsens Hälsodata- och Dödsorsaksregister. Samtliga dessa register har god täckningsgrad och håller hög statistisk kvalitet. De register som används i rapporten är:

- Patientregistret
- Cancerregistret
- Medicinska födelseregistret
- Läkemedelsregistret
- Dödsorsaksregistret
- Abortregistret

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister har utvecklats för att fylla det tomrum som avsaknaden av detaljerade uppföljningssystem inom hälso- och sjukvård inneburit. I kvalitetsregistren registreras uppgifter om enskilda patienters problem, insatta åtgärder och resultat på ett sådant sätt, att data kan sammanställas för samtliga patienter och analyseras på nationell, regional och enhetsnivå. Det är stora variationer, från 20 till 98 procent, i täckningsgraden mellan olika nationella kvalitetsregister. Vi har försökt att inte ta med data från kvalitetsregister med låg täckningsgrad, men i de fall de ändå förekommer, poängteras detta i rapporten. Följande kvalitetsregister har används i rapporten:

- Nationella bröstcancerregistret
- Nationella diabetesregistret
- Nationella höftfrakturregistret (RIKSHÖFT)
- Nationella prostatacancerregistret
- Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård (RättsPsyK)
- RIKS-HIA
- Riks-Stroke
- Rikssvikt
- RIKSÄT
- SCAAR
- SEPHIA
- SWEDEHEART
- Svenska demensregistret
- Svenska hjärtkirurgiregistret
- Svenska höftprotesregistret
- Svenska knäprotesregistret
- Svenska pacemaker och ICD-registret

Befolkningsundersökningar

- Folkhälsoenkät
- Patientenkäter
- Vårdbarometern (telefonintervjuer)

Övriga datakällor

- Centrala väntetidsregistret (CVR)
- Landstingets smittskyddsenhet
- Onkologiskt Centrum Stockholm
- VAL-databasen – består av ett antal statistikdatabaser innehållande data som hämtas från andra system och databaser inom landstinget.
- WIM-enkät – Webb rapporterad inrapporteringsmall (En del av avtalsuppföljning)
- Väntetider i vården

Avgränsning

Rapporten koncentrerar sig på behov och resultat för de största diagnosgrupperna samt några större behovsgrupper. De största diagnosgrupperna är cancer, hjärtsjukdom, stroke, ortopedi, diabetes, astma, kol samt psykisk ohälsa. Behovsgrupperna är barn och ungdomar, äldre samt gravida/förlossning/nyföddhetsvård. Genom att följa upp vårdkvaliteten för dessa diagnoser och behovsgrupper täcks en stor del av sjukvården in.

Analyserna bygger på data som finns tillgängliga. Rapporten återspeglar tillgången på data – där det finns mer data, finns det också mer att rapportera. Detta behöver inte betyda att områden och insatser som rapporteras nödvändigtvis är de högst prioriterade eller mest angelägna att följa, men det är de stora folksjukdomarna som varit i fokus när arbetet med kvalitetsuppföljning vuxit fram i landet. Områden som hjärtsjukdom och stroke är exempelvis väl kartlagda sedan länge genom kvalitetsregistren.

Begreppet God vård är allomfattande och kan endast delvis göras rättvisa i en rapport som denna. Framöver bör ett antal insatser och verksamheter inom hälso- och sjukvården följas och kartläggas på samma noggranna sätt som idag sker med några av de högt prioriterade verksamheter som presenteras i rapporten.

Tolkning av resultat

Att mäta och jämföra kvalitet är inte enkelt. Att ett sjukhus har sämre värde behöver inte betyda att vårdkvaliteten är sämre. Bristfälliga och felaktiga kod-sättningar och inregistreringar ger upphov till fel vilket kan förmedla felaktiga intryck av vården. Även om resultaten inte är statistiskt säkerställda anser förvaltningen att det är värdefullt att redovisa dessa.

Rikets genomsnitt skall inte ses som en norm för det acceptabla eller det medelgoda resultatet. Utfallet måste bedömas utifrån bredare aspekter för att inte feltolkas. Rikets genomsnitt är bara ett sätt att illustrera hur landstingen i snitt ligger till.

Kvalitetsregisters täckningsgrad varierar. Även om ett register har god täckningsgrad i meningen att alla de flesta sjukhus/kliniker är med, så är registrets data ändå inte säkert representativa för hela den aktuella patientgruppen eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan sjukhus, så kan det inte uteslutas att detta påverkar utfallet. Vi saknar information om vården för de patienter som inte rapporteras in. Om dessa får annan vård eller annat resultat än de rapporterade patienterna, blir det redovisade utfallet snedvridet.

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

Stora landsting som Stockholm är statistiskt sett säkrare och stabilare över tid än de mindre landstingen vilket är viktigt att tänka på vid jämförelse med andra landsting. En annan aspekt är att Stockholm, Västra Götaland och Skåne tenderar att hamna nära rikets värden. Detta beror på att de utgör en större del av riket än övriga landsting och därmed påverkar rikets medeltal mer än andra.

Hälsoläge i befolkningen

Befolkningen lever allt längre

Hälsan för befolkningen i Stockholms län har som helhet utvecklats mycket positivt de senaste decennierna. Den förväntade livslängden vid födseln har sedan 1990 till år 2009, ökat från 74,3 till 79,1 för män och från 80,6 år till 83,4 för kvinnor. Den utveckling som setts under hela 1900-talet mot bättre hälsa har fortsatt under 2000-talet. Vilka faktorer som bidrar till denna positiva hälsoutveckling är inte helt klarlagt, men förbättringar av folkhälsan sätts som regel i samband med övergripande samhällsförändringar såsom bättre levnadsstandard och minskad exponering för ohälsorisker. Ju mer utvecklat samhället blir desto större betydelse tycks dock de individuella levnadsvanorna ha för den egna hälsoutvecklingen. Sjukdomar som uppstår och ofta förvärras av ohälsosamma levnadsvanor blir vanligare med samhällsutvecklingen. Samtidigt minskar infektionssjukdomar i betydelse. Då tar exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar över som framträdande orsaker till ohälsa och förtida död. För dessa spelar riskfaktorer som rökning, alkohol, otillräcklig fysisk motion och dåliga kostvanor stor roll. När befolkningens medellivslängd ökar med förbättrad ekonomisk och social utveckling får också cancersjukdomar en växande betydelse. Aktuell forskning visar att dessa sjukdomar liksom hjärt-kärlsjukdomar kan påverkas av kost, rökstopp och fysisk aktivitet. För att förebygga dagens stora folksjukdomar krävs alltså väl så mycket insatser av individen som av samhället. Samhället kan dock på olika sätt stödja individen genom att skapa förutsättningar för ett hälsosamt liv och för att minska exponeringen för riskfaktorer för ohälsa på arbetsplatser och i samhället i övrigt. Struktur och breda samhällsförhållanden spelar fortsatt stor roll för ohälsoriskernas fördelning i befolkningen. Stora skillnader i hälsotillstånd råder fortfarande mellan olika socioekonomiska grupper och mellan olika områden i Stockholms län där förväntad medellivslängd skiljer sig åt i upp till 5 år. Landstinget arbetar allt aktivare för att följa och i möjligaste mån utjämna dessa skillnader. Verktögen och metoderna för att nå dit är dock ännu ej fullt utvecklade.

Inom beställarorganisationen HSN förvaltningen har man börjat använda det sociodemografiska områdesindelningssystemet Mosaic utvecklat av Experian AB, som klassificerar och grupperar bostadsområden till "livsstilstyper" efter geografiska, socioekonomiska och demografiska förhållanden. En egen Stockholmsmosaic har skapats där alla basområden i Stockholm har mosaicats. Genom detta går det att enkelt koppla ihop vårdkonsumtion och Mosaic vilket möjliggör helt nya vårdkonsumtionsanalyser på områdesnivå.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till folkhälsans utveckling

Hälso- och sjukvården tillmäts en betydelsefull roll i förmedlingen av kunska-

per till samhället och individen om sambandet mellan samhälle, levnadsvanor och ohälsa. Sjukvården kan också påtala för enskilda när de ligger i riskzonen för att utveckla ohälsa. Denna förebyggande roll för hälso- och sjukvården är dock ännu begränsad och dess effekter på befolkningens hälsa går i nuläget inte att belägga. Inom Stockholms läns landsting lyfts idag hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande betydelse fram allt mer. Kunskapsförmedlingen från hälso- och sjukvården kan ske i mötet med patienten, men också på andra arenor som det civila samhället, media och den offentliga debatten.

Hälso- och sjukvårdens bidrag till den totala folkhälsoutvecklingen har uppskattats till omkring 10–15 procent av totala hälsoläget. Andra faktorer såsom socioekonomi, utbildning, levnadsvanor och samhällsstruktur spelar större roll för folkhälsan. De olika faktorernas bidrag till hälsans förbättring varierar dock över tiden och med den epidemiologiska situationen i befolkningen. Över året har 8 av 10 stockholmare kontakt med sjukvården i länet. Denna kontakt ger möjligheter att arbeta brett mot den samlade befolkningen för att förbättra folkhälsan genom information om hälsostödjande levnadsvanor. De flesta av dem som besöker vården söker för lättare åkommor och sjukvårdens insatser är i de fallen inte nödvändigtvis av avgörande betydelse för folkhälsans utveckling. Icke desto mindre är de viktiga för dem som får hjälp. Vårdbarometern, som bygger på telefonintervjuer med patienter om deras upplevelser av vården, har visat att 84 procent av patienterna som besökt sjukvården i SLL, anser att de fått den hjälp de förväntat sig vid besöket.

För dem som lider av svåra eller kroniska sjukdomar är sjukvården mycket viktig. Där leder kontakten med sjukvården många gånger till vunna levnadsår. Det har uppskattats att sjukvården idag bidrar med 2–3 års förlängning av medellivslängden. En del av denna förlängning beror på livsavgörande insatser bland annat för personer med sjukdomar som diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom, högt blodtryck och hjärtinfarkt. Ett sätt att säkra att sjukvården verkligen bidrar positivt till hälsoutvecklingen är att arbeta mycket aktivt med vårdprogram, så att det ständigt är den bästa möjliga vård som ges. Inom Stockholms läns landsting är sådant arbete väl etablerat sedan många år.

Hälso- och sjukvården viktig för trygghet och livskvalitet för alla

Hälso- och sjukvården handlar dock inte bara om direkta hälsoeffekter utan även om att skapa trygghet i befolkningen genom att människorna känner att de har tillgång till god vård när den behövs. Faktorer som tillgänglighet och bemötande är viktiga för att skapa denna känsla. Landstingen följer kontinuerligt genom bland annat Vårdbarometern hur väl sjukvården lever upp till de krav som allmänheten ställer på "sin" sjukvård. Informationen visar att förtroendet för vårdcentraler och motsvarande vårdinrättningar i Stockholms län är i paritet med det som gäller för riket som helhet. Vid fråga om förtroendet för husläkarmottagningar är andelen med stort förtroende, 59 procent, samma som för riket. Vad gäller förtroendet för sjukhus är motsvarande siffra för Stockholms län 72 procent, medan den är 73 procent för hela riket. De högsta värdena i landet är 68 procent för husläkarmottagningar respektive 81 procent för sjukhus, ett faktum som visar att visst förbättringsutrymme finns inom SLL. Vad gäller tillgänglighet så ansåg 89 procent av de tillfrågade i Stockholms län i den senaste undersökningen att väntetiden till besök på vård-

central var rimlig, jämfört med 86 procent i riket. Denna andel har ökat både för Stockholm och för riket som helhet. Tillgängligheten till telefonrådgivning ansågs vara god, av 65 procent inom SL, mot 60 procent för riket. 93 procent av patienterna som sökte husläkare i mars 2009 fick träffa en läkare inom 7 dagar. Ungefär var sjätte patient fick dock vänta mer än 90 dagar på besök i somatisk specialistvård.

Åtgärdbar sjuklighet och dödlighet

Sjukvårdens direkta effekter på folkhälsan är svåra att utläsa och kräver särskilda studier för att beläggas. Ett sätt att indirekt få en uppfattning om hur väl sjukvården lyckas i sitt uppdrag att i linje med hälso- och sjukvårdslagen ge god vård på lika villkor, är att följa vissa indikatorer på sjukvårdens innehåll och utfall. Socialstyrelsen har definierat ett antal sjukdomar och tillstånd som betraktas som åtgärdbara, antingen genom hälsopolitiska insatser i samhället eller genom insatser i sjukvården. Tanken med att lyfta fram dessa tillstånd är att skapa en uppfattning om hur bra samhället och sjukvården är på att förebygga sådant som människor egentligen inte skulle behöva dö av. Dödlighet i de identifierade tillstånden är tänkt som en indikator på det förebyggande arbetets effektivitet och på sjukvårdens förmåga att ta hand om patienter med tillstånd för vilka sjukvården har stor betydelse. De hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfallen är relaterade till rökning, matvanor och alkoholintag.

En analys av dödligheten i Stockholm län 2008 visar att det dog 1 214 människor i länet av tillstånd som bedöms som åtgärdbara (tabell 1). (Siffran inkluderar inte dödsfall till följd av olyckor, våld eller självförvållad skada.) Av dessa dog 41 procent av sjukdomar eller tillstånd som betraktas som åtgärdbara med sjukvårdsrelaterade insatser och 59 procent av sjukdomar eller tillstånd som anses kunna förebyggas med hälsopolitiska insatser. Den enskilt mest betydelsefulla sjukdomen för död i åtgärdbara tillstånd var lungcancer.

Tabell 1: Absolut antal individer i Stockholms län som dött av sjukdom eller tillstånd som anses kunna förhindras av sjukvårdsinsatser eller hälsopolitiska åtgärder år 2008.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	Män	Kvinnor	Kvot män/kvinnor	Totala antalet fall	Andel av alla (%)
Diabetes	87	40	2,1	127	10,5
Sjukdomar i hjärnans kärl	205	143	1,4	348	28,7
Malign tumör i livmoderhalsen	0	24	-	24	2,0
Totalt	292	207	1,4	499	41,1

Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	Män	Kvinnor	Kvot män/ kvinnor	Totala antalet fall	Andel av alla (%)
Lungcancer	252	268	0,9	520	42,8
Cancer i matstrupe	49	11	4,3	60	4,9
Levercirros	91	44	2,0	135	11,1
Totalt	392	323	1,2	715	58,9

All åtgärdbar dödlighet, individer	Män	Kvinnor	Kvot män/ kvinnor	Totalt	Andel av alla (%)
Totalt	684	530	1,3	1214	100

Källa: HSN förvaltningen, SLL 2010

För att ge en uppfattning om de åtgärdbara dödsfallens betydelse återges i tabell 2 incidensen för dessa tillstånd per 100 000 individer i länet. Omkring 25 personer per 100 000 invånare dog av åtgärder som anses ha kunnat förhindras inom sjukvården och omkring 36 personer av åkommor som skulle ha kunnat förebyggas med hälsopolitiska åtgärder. Den totala åtgärdbara dödligheten utgjorde 7,8 procent av den samlade dödligheten i länet under 2008.

Tabell 2: Incidens i hela befolkningen i Stockholms län av dödsfall till följd av sjukdom eller tillstånd som anses kunna förhindras av sjukvårdsinsatser eller hälsopolitiska åtgärder. (Antal insjuknade per 100 000 invånare)

	Incidens per 100 000 personer
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	25,4
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	36,4
Totalt	61,8

Källa: HSN förvaltningen, SLL 2010

Data i tabell 1 visar att männen har högre risk att dö av sjukvårdsrelaterad dödlighet i de två tillstånden, diabetes och sjukdomar i hjärnans kärl, för vilka jämförelser kan göras mellan män och kvinnor. Resultaten är en följd både av risken att få sjukdomarna och risken att dö i dem. Det går alltså inte att dra slutsatsen att sjukvården är sämre för män än kvinnor för de nämnda sjukdomarna, eftersom sjukdomarna kan vara vanligare bland män än bland kvinnor. För diabetes vet vi att män generellt har en något sämre prognos än kvinnor.

Skillnader i könsrelaterad dödlighet har många orsaker. De skillnader som dokumenteras får därför i första hand ses som en signal till sjukvården att vara uppmärksam på eventuella skillnader i behandling mellan män och kvinnor. Det behövs kompletterande information för att belägga om en man som får diabetes eller sjukdom i hjärnans kärl har högre risk än en kvinna att dö i dessa sjukdomar till följd av skillnader i den sjukvård som ges.

Vad gäller hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet väcker den högre dödligheten i lungcancer bland kvinnor jämfört män, en del frågor. Även om lungcancer har ökat bland kvinnor på senare år så att sjukdomen snart är lika vanlig bland kvinnor som bland män, så är den ännu något vanligare bland män. Således är det sannolikt inte den bakomliggande sjukligheten som kan förklara skillnaden i dödlighet. Cancer i matstrupen är ungefär 3 gånger så vanlig bland män. Dödligheten i sjukdomen är hög och följer sjukligheten. Männerna hade dock 4,3 gånger så hög risk som kvinnorna att dö av matstrupscancer. Som framgår av tabell 1 är sjukdomen dock ovanlig och variation i dödlighet över åren kan förekomma utan att den behöver återspegla förändringar i omhändertagandet. Det är först när man ser en tydlig och ihållande trend i skillnader i dödlighet mellan olika grupper som man bör misstänka systemfel, snarare än slumpmässig variation i utfallet.

Skillnad i levercirrosdöd mellan könen kan till stor del förklaras av att levercirros är vanligare bland män än bland kvinnor. Den dominerande orsaken till levercirros, eller fettlever, i Sverige är överkonsumtion av alkohol.

Sammanfattningsvis, kan man konstatera att dödligheten i de sjukdomar som här diskuterats som möjliga att förebygga utgör ungefär 8 procent av den totala dödligheten. Den vanligaste åkomman bland dem är lungcancer, följt av sjukdomar i hjärnans kärl. Båda dessa sjukdomsgrupper är starkt relaterade till rökning, varför data starkt talar för ökat stöd till insatser för prevention av rökning och rökavvänjning. Ytterligare faktum som kan stödja denna slutsats är att sammanställningen ovan inte omfattar andra hjärt-kärlsjukdomar, vilka orsakar en betydande del av samtliga dödsfall. De flesta av dessa sjukdomar har tydliga kopplingar till rökning.

Andra förändringar i levnadsvanorna som kan förväntas ha inverkan på ovanstående dödlighet är fysisk motion och förbättrade kostvanor. Sådana förändringar har också visats kunna påverka andra folksjukdomar, såsom cancer och hjärtsjukdom positivt. Då förväntningarna framöver är högt ställda på hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande arbete är det av vikt att fortlöpande följa sjukdomsbördan för de stora folksjukdomarna, eftersom den i viss mån kommer att återspegla hur pass framgångsrik hälso- och sjukvården är i det förebyggande och hälsoupplysande arbetet.

Ser vi till Öppna Jämförelser (ÖJ) resultat så definieras hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet där något bredare än i ovanstående analys. I ÖJ är den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten för Stockholm 46,3 per 100 000 invånare i åldern 1–79 år mot 44,1 för riket. Jämfört med tidigare år har Stockholms värde sjunkit från 50,7. För kvinnor är resultatet 36,7 och för män 57,4 i Stockholms län. I båda fallen finns Stockholm med bland de landsting som har högre dödlighet än riket som helhet.

Den sjukvårdsrelaterade dödligheten uppskattas i Öppna Jämförelser till 41,6 per 100 000 invånare i åldern 1–79 år för Stockholm, jämfört 45,8 för riket som helhet. Även här skiljer det sig markant mellan kvinnor (33,9) och män (50,9). Stockholm har låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i jämförelse med övriga landet.

Barns och ungdomars hälsa

Nedanstående text är till största delen ett sammandrag från rapporten *Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser* som handlar om hälsoläget hos barn och ungdomar i åldrarna 0–17 år. Rapporten är en fördjupad uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och publiceras samtidigt som denna rapport. I *Barnrapporten 2009*, publicerad 2009 med fokus på 0–6 åringar, gjordes ett första försök att beskriva hälsoindikatorer och hälso- och sjukvårdens resultat utifrån kvalitetsregister och vårdregister. Dessa beskrivningar har vidareutvecklats i rapporten om *Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser*.

I december 2009 fanns det 438 897 barn och ungdomar 0–17 år i Stockholms län, och till år 2013 beräknas antalet barn och ungdomar i dessa åldrar totalt att öka med 4 procent. Hur hälsan utvecklas och vilket resultat sjukvårdens insatser ger för denna grupp är av stor vikt. En god hälso- och sjukvård under foster- och nyföddhetsperioden, barndomen och ungdomsåren är en av flera faktorer som påverkar hälsan senare i livet.

Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Nyföddhetsvård

De senaste 10 åren (2000–2009) har fruktsamhetstalet ökat inom Stockholms län med cirka 31 procent, vilket i sin tur ger ett ökat behov av att ta hand om nyfödda som behöver sjukhusvård, exempelvis barn som föds för tidigt eller som har kraftig undervikt. År 2000–2008 var länssnittet 3,1 procent för andelen födda barn med låg födelsevikt (under 2 500 gram).

Ju tidigare i graviditeten ett barn föds och ju sjukare barnet är, desto svårare blir det för barnet att ammas och för mamman att upprätthålla mjölkproduktionen. Här måste personalen ge mamman mycket hjälp och stöd för att hon ska kunna fortsätta med amningen.

Andelen barn yngre än 34 veckor som vårdats vid neonatalenhet och som helt eller delvis ammas när de skrivs ut till hemmet var i Stockholms läns landsting 81,7 procent under 2008–2009. Riksgenomsnittet ligger på 76,8 procent.

Ögonsjukdomen ROP¹ och hjärnblödningar hos nyfödda barn drabbar framför allt de barn som föds mycket för tidigt. Ju tidigare de föds, desto högre är risken. ROP grad 3 och 4 leder till grav synnedsättning eller blindhet. Hjärnblödning av grad 3 och 4 ökar risken för att barnen ska få framtida neurologiska men. Andelen av det totala antalet mycket för tidigt födda barn i Stockholms läns landsting

¹ Retinopathy of prematurity (ROP) är näthinneförändringar hos underburna barn (beroende på påverkan på omogna näthinnekärl som kan resultera i avlossning av näthinnan). Etiologin är multifaktoriell (bl.a. associerad till syrgasbehandling), och ROP drabbar framför allt de mest omogna och sjuka barnen.

som vårdats vid neonatalenhet och som utvecklat ROP grad 3–4 var 3,0 procent 2008–2009. Riksgenomsnittet var 2,6 procent. (Källa: PNQ²).

Barnhälsovård

Amningen är en skyddsfaktor för såväl barnet som mamman. Det är därför önskvärt att så många barn som möjligt ammas. WHO rekommenderar att barnet får enbart bröstmjolk de första 6 månaderna och därefter bröstmjolk med tillskottsnäring.

Trenden under de senaste 10 åren är att andelen barn som enbart ammas vid 1 veckas ålder minskar. Det betyder att fler barn får modersmjölksersättning under den första levnadsveckan. Detta rapporteras även från andra landsting och på nationell nivå. Jämfört med barn födda 2004 ses samma nedåtgående trend som vid 1 veckas ålder, med en minskning med 7 procent vid 4 månaders ålder respektive 5,5 procent vid 6 månader.

Passiv rökning är en påverkbar miljöfaktor som har stor betydelse för barns hälsa. Andelen barn som exponerats för tobaksrök i hemmet sjönk fram till 2005. Därefter har minskningen planat ut. Av barn födda 2008 var cirka 12 procent utsatta för passiv rökning i hemmet under det första levnadsåret. De stora lokala skillnaderna mellan olika kommuner och stadsdelar kvarstår.

Barnhälsovården arbetar sedan 2006 efter ett vårdprogram för prevention av övervikt och fetma. Hälsosamtalen med föräldrarna ska bygga på motiverande samtalsmetodik, och information om kost och rörelsebehov hos barn påbörjas redan under barnets första levnadsår.

Av pojkarna födda år 2004 hade 7,8 procent övervikt och 1,4 procent fetma, medan 10,9 procent av flickorna hade övervikt och 2,3 procent hade fetma. I områden med fortsatt hög förekomst av övervikt och fetma bör metoder utvecklas och insatser förstärkas för att önskat resultat ska nås. I Stockholms län fanns 396 barn med fetma i årskullen födda 2004. Dessa barn behöver fortsatt stöd och hjälp på barnläkarmottagningar och barnkliniker.

BVC-sjuksköterskorna i länet undersökte 93 procent av de 25 322 fyraåringar som var födda 2004 och inskrivna på BVC. Av de undersökta fyraåringarna klarade 89 procent de tre momenten (imitera kors, räkna tre föremål och rita huvudfoting) som ingår i utvecklingsbedömningen vid 4 års ålder. Andelen barn som inte klarade något av de tre momenten var totalt 1 procent i länet, men den varierade från 0 till 3,2 procent i länets kommuner och stadsdelar.

BORIS

BORIS (BarnObesitasRegister i Sverige) är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att bidra till en ökad kvalitet vid behandling av barnfetma samt att barnfetmavården generellt bedrivs kostnadseffektivt och på en adekvat vårdnivå. Det stigande antalet barn som får fetmadiagnos avspeglar ett förbättrat omhändertagande av dessa barn inom länet, eftersom tillgängliga data talar för att antalet barn med fetma inte ökat i länet. Sammantaget tyder dock dessa data på att endast en minoritet av de omkring 7 000 barn med fetma som beräknas finnas i länet får behandling för fetma inom sjukvården. Detta är allvarligt med tanke på barnfetmans effekter på framtida hälsa och livskvalitet.

² Nationellt PerinataltKvalitetsregister (PNQ)

Barn med diabetes

NDR, Nationella Diabetesregistret, är ett välfungerande nationellt kvalitetsregister. Registret tillåter longitudinell uppföljning av enskilda klinikers resultat och identifiering av goda exempel, och det ger ökad statistisk styrka för utvärderingar av olika aspekter av vården som inte kan analyseras på klinisk nivå. Den genomsnittliga blodglukosnivån (den metabola kontrollen) kan skattas genom mätning av HbA1c i procent. Trots en viss försämrad metabol kontroll på riksnivå det senaste året, visar data från registret att medelvärde för HbA1c hos barn och unga med diabetes i Stockholms län har sjunkit något.

Det heltäckande nationella kvalitetsregistret med öppna jämförelser är ett viktigt verktyg vid kontinuerligt förbättringsarbete. Barnregistret fokuserar på identifierade kvalitetsindikatorer och på följsamhet och måloppfyllelse enligt nationella riktlinjer, eftersom komplikationer är ovanliga hos unga.

Psykisk ohälsa bland barn och unga

Enkätundersökningar och information från vårdregister visar att allt fler unga kvinnor anger psykiska problem och har kontakt med psykiatrisk vård. Ett oroande tecken är också att självmordsförsöken ökat bland unga kvinnor i åldrarna 13–17 år. Stockholms läns landsting (SLL) antog 2006 en nollvision för självmord och 2008 antog SLL en strategi för att förverkliga visionen. En av ansatserna i strategin är att ta fram en struktur för att höja kompetensen bland vårdpersonal och för samverkan mellan olika aktörer. För att förverkliga detta startades modellprojektet Noll självmord i Stockholms län i ett avgränsat geografiskt område i länet, nämligen stadsdelarna Södermalm, Årsta-Enskede-Vantör, Skarpnäck och Farsta. Projektet är ett samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, NASP (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet) samt Stockholms Socialtjänst- och Arbetsmarknadsförvaltning. Erfarenheterna och resultaten från utbildningen i suicidpreventivt arbete för primärvården, socialtjänsten, allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri kommer att användas och implementeras i övriga delar av Stockholms läns landsting.

Psykofarmakaförbrukningen har också ökat bland barn och unga, och år 2009 hade sådana läkemedel hämtats ut till cirka 3 procent av flickorna i åldern 13–17 år och till 4 procent av pojkarna i åldern 13–17 år (antidepressiva, lugnande medel, sömnmedel, neuroleptika, ADHD-mediciner). Framför allt har förbrukningen av ADHD-läkemedel ökat (till cirka 2,5 procent av alla pojkar i åldern 13–17 år). Antidepressiv medicinering är två gånger vanligare bland flickor än bland pojkar.

Medan antalet personer med psykiatrisk vårdkontakt har legat tämligen konstant i övriga åldersgrupper under 2000-talet, har det fortsatt att öka i åldergrupperna 13–17 år samt 18–24 år. År 2009 hade hela 7 procent av länets 13–17-åringar kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. En nyligen utförd undersökning visar att cirka 5 % av flickorna och cirka 7 % av pojkarna i åldrarna 0–17 år hade kontakt med psykiatri (BUP och beroende vård) och/eller hade fått en psykiatrisk diagnos i vården (inom primärvården eller vid barnmedicinsk klinik) år 2009. Av dessa barn hade ungefär två tredjedelar kontakt med BUP. Inte överraskande var det barn med ADHD och AST (neuropsykiatriska tillstånd) som till viss del hade kontakt med andra vårdinstanser än BUP,

medan barn med uppförandestörning, depression, ångest, tvång och fobier samt psykotiska tillstånd till övervägande delen togs omhand inom BUP.

En samhällsekonomisk modell

I en rapport från Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut presenteras en samhällsekonomisk modell för hur värdet av förebyggande insatser kan analyseras. Resultaten tyder på att tidiga insatser kan minska samhällets kostnader för psykisk ohälsa och andra problem senare i livet och att åtgärderna många gånger är samhällsekonomiskt lönsamma.

En granskning av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) visar att få program har vetenskapligt stöd som preventiv insats, och att det saknas underlag för bedömning av hur kostnadseffektiva olika program är för att förebygga psykisk ohälsa hos skolbarn. Det behövs därför mer kunskap om olika insatsers effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa. Fler svenska studier om effekter av generella insatser behöver göras. Det är viktigt att säkerställa att de insatser som görs inom Stockholms läns landsting utvärderas, och att kunskapen omsätts i det praktiska prioriteringsarbetet.

Föräldrastöd

Sex stadsdelar i Stockholms stad och tio kommuner i Stockholms län har tillfrågats om vilka föräldrastödsprogram som erbjuds, var programmen genomförs och hur de finansieras.

Det allra vanligaste programmet var **Örebro preventionsprogram** som används i 14 av de tillfrågade stadsdelarna och kommunerna. Näst vanligast var **Komet** för föräldrar till barn 3–11 år och **Vägledande samspel**, som båda användes i nio av de tillfrågade stadsdelarna och kommunerna. Nästan lika vanligt var **Komet** för föräldrar till barn 12–18 år och **Familjeverkstan**, vilka användes i åtta respektive sju av stadsdelarna och kommunerna. Skolan var det vanligaste forumet för de vanligaste programmen, följt av socialtjänst, familjecentral och förskola.

Finansieringen av föräldrastödsprogrammen var helt kommunal i sju av de tillfrågade stadsdelarna och kommunerna, till stor del i åtta och till viss del i en av stadsdelarna och kommunerna. Kyrkan stod för hela finansieringen i tre stadsdelar och kommuner, medan landstinget finansierade till stor del i en kommun och till viss del i fem av stadsdelarna och kommunerna.

Andelen barn som nås av programmen i de tillfrågade stadsdelarna och kommunerna beräknas i genomsnitt vara 5 procent av det totala antalet barn.

Säker hälso- och sjukvård

Vaccination

Av barn födda 2007 är 98 procent vaccinerade med tre doser mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio, och 97 procent har vaccinerats med tre doser mot *Haemophilus influenzae* typ B. Färre än 1 procent av barnen födda 2007 är helt ovaccinerade mot en eller flera av sjukdomarna, men täckningsgraden varierar i olika områden. I Södertälje, på Södermalm och i Nykvarn är 4–6 procent av tvååringarna ovaccinerade.

I december 2009 var 95 procent av barnen födda 2007 vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR). Anslutningen var under 90 pro-

cent i Rinkeby-Kista (82 procent), Spånga-Tensta (85 procent) och Södertälje (89 procent). Barnhälsovårdsenhet Nord genomför tillsammans med lokala företrädare olika insatser i Rinkeby och Tensta för att öka andelen barn som skyddas mot MPR.

Under totalt 12 intensiva höstveckor och vinterveckor 2009–2010 vaccine-
rades 95 870 barn i åldern 0–5 år mot den nya influensan, under pågående
ordinarie verksamhet.

Läkemedelsbehandling

Trots en ökad medvetenhet om antibiotikaresistens har förskrivningen av antibiotika ökat stadigt fram till och med 2007. Sedan dess har dock förskrivningen minskat i samtliga åldersgrupper. Socialstyrelsens och SKL:s *Öppna jämförelser* (2009) visar att SLL är det landsting som har den högsta antibiotikaanvändningen hos barn. Bland barn i åldrarna 0–6 år var det i SLL 32,1 procent av flickorna och 34,3 procent av pojkarna som fick antibiotika uthämtade på minst ett recept under 1 år. Motsvarande siffror för riket var 28,3 procent respektive 30,3 procent.

Strama och Stockholms Läns Läkemedelskommitté arbetar nu aktivt för att minska antibiotikaförskrivningen i länet och öka andelen penicillin V (pcV). Det är viktigt att i första hand använda rekommenderade läkemedel. Överdri-
ven användning av bredspektrumantibiotika bidrar till att öka antibiotikare-
sistensen. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektioner som är orsakade
av bakterier är pcV förstahandsval och bör därmed användas i de flesta fall.
Det är ett smalspektrumantibiotikum som är verksamt mot ett fåtal bakterier
och har mindre påverkan på kroppens normalflora.

Skador

Under perioden 2005–2009 inträffade i Stockholms län totalt 17 091 skador
bland barn i åldrarna 0–19 år som resulterade i inläggning på sjukhus. Fler
pojkar än flickor skadades, och fler skador drabbade barn i de äldre ålders-
grupperna jämfört med de yngre. Oavsiktliga skador, vilka innefattar olycks-
händelser av olika slag, var betydligt vanligare än avsiktliga skador och låg
bakom närmare 80 procent av alla rapporterade skador under den aktuella
perioden.

Bland de oavsiktliga skador som inträffade var fallolyckor den vanligaste
orsaken hos både pojkar och flickor. Inom gruppen avsiktliga skador var själv-
tillfogade skador den vanligaste orsaken bland flickor, medan andra skadeor-
saker dominerade bland pojkar. Orsakerna till skador varierade även kraftigt
med åldern. Fallolyckor var totalt sett den vanligaste skadeorsaken bland barn
upp till 15 års ålder, medan övriga oavsiktliga skador (drunknings-, kvävnings-
och förgiftningsolyckor samt brännskador) tillsammans med självtillfogade
skador var de dominerande skadeorsakerna bland barn i övre tonåren. An-
märkningsvärt är att de självtillfogade skadorna står för hela 20 procent av
samtliga skador i denna åldersgrupp. Stora skillnader mellan könen finns dock
när det gäller skadeorsaker, med exempelvis en betydligt större förekomst av
avsiktliga skador, särskilt självtillfogade skador, bland flickor än bland pojkar.
Detta förhållande blir mycket tydligt då skadeorsaker bland pojkar och flickor
16–19 år studeras separat.

I Stockholms län som helhet rapporterades under den aktuella perioden 35 skador per 1 000 barn. Skadefrekvensen varierade dock något mellan länets kommuner, med exempelvis lägre nivåer på runt 30 per 1 000 barn i några kommuner, och högre nivåer med fler än 40 skador per 1 000 barn på andra håll. I analyser med utgångspunkt från det sociodemografiska områdesindelningssystemet Mosaic har hänsyn tagits till vilken typ av bostadsområde de skadade barnen var bosatta i vid skadetillfället. Analyserna visade att fler skador bland barn förekom i några av områdestyperna än i övriga områdestyper och i länet som helhet. Resultatet kan till viss del relateras till tidigare områdesbaserade studier av skador bland barn, vilka visat att de socioekonomiska förhållandena i närmiljön har betydelse för skador. Det finns en större risk att drabbas av vissa typer av skador i socioekonomiskt svaga områden.

Forskning visar att förebyggande insatser mot skador har effekt. Det finns anledning att anta att vissa åtgärder kan ha större möjligheter att motverka sociala skillnader i skaderisker än andra. Såväl inbyggd säkerhet (t.ex. trafikseparering och säkrare produkter) som förbättringar av den fysiska miljön (t.ex. trafik, bostad eller skola) kan främja säkerheten för alla. När sådana åtgärder inte är tillräckliga krävs att alternativa utjämnande strategier används, och för utformning av sådana krävs en djupare förståelse av de mekanismer som ligger bakom sociala skillnader i skaderisker. Vid sidan av bostadsområde, skola och kamrater som bidrar till barns och ungdomars livsstilsskapande, har den sociala bakgrunden tillsammans med uppväxtförhållanden i stort en avgörande betydelse för barns hälsa.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Tvärprofessionella samverkansgrupper för gravida kvinnor och nyblivna föräldrar med psykisk skörhet/sjukdom

En metod för stöd, utredning och uppföljning är de 35 lokalt förankrade tvärprofessionella samverkansgrupper för gravida kvinnor och nyblivna föräldrar med psykisk skörhet/sjukdom som finns i alla kommuner/stadsdelar inom SLL. I samverkansgruppen ingår representanter från den lokala mödra- och barnhälsovården, barn- och vuxenpsykiatri och socialtjänsten. I vissa grupper ingår även representanter från kvinnokliniken och/eller den lokala beroendemottagningen.

Ett tvärprofessionellt arbete möter på ett bättre sätt patienters behov och är arbetseffektivt för personalen. Det skapar ett professionellt ”hållande” som bidrar till trygghet för både patienter, anhöriga och personal.

Jämlik hälso- och sjukvård

Patientenkätssvar om mödrahälsovård och barnhälsovård

Kvinnor som besöker **mödravårdscentralerna** i länet är som helhet mycket nöjda. Samtidigt visar resultatet skillnader beroende på ålder, utbildning och modersmål. Genomgående tycks behovet hos kvinnor i åldersgruppen 40 år och äldre tillgodoses bättre än för kvinnor i de yngre åldersgrupperna (16–29 år och 30–39 år). Kvinnor som inte har svenska som modersmål uppgav i lägre utsträckning att deras behov blivit tillgodosett, jämfört med kvinnor som har svenska som modersmål. Här finns det möjlighet för verksamheterna att fråga sig hur vården kan utvecklas för att motsvara alla kvinnors behov.

Resultatet visar att majoriteten av föräldrarna som besöker **barnhälso-vården** som helhet är mycket nöjda. Resultatet från enkäten visar genomgående geografiska skillnader. Genom att resultatet är könsuppdelat och variablerna utbildning, ålder och modersmål har lagts till, framträder också skillnader. Skillnader i nöjdhet i besökarnas upplevelse per kön, ålder eller utbildningsnivå kan delvis bero på faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdens påverkan, men de kan även indikera att hälso- och sjukvården inte är jämnt utformad. Trots att de flesta är nöjda, finns det ett genomgående mönster där yngre föräldrar (16–29 år) och föräldrar som svarat att de inte har svenska som modersmål i lägre utsträckning anser att deras behov blivit tillgodosedda vid det senaste BVC-besöket.

Tandhälsa

I Stockholms län har andelen kariesfria treåringar totalt ökat från 93,3 procent år 2004 till 95,9 procent år 2009. År 2009 var andelen kariesfria sidoytor hos 19-åringar högst i Norrmalm (73,3 procent) och Danderyd (72,4 procent), och den var lägst i Rinkeby-Kista (46,3 procent), Botkyrka (48,6 procent) och Skärholmen (49,5 procent).

Effekter av hälso- och sjukvård

Spädbarnsdödlighet

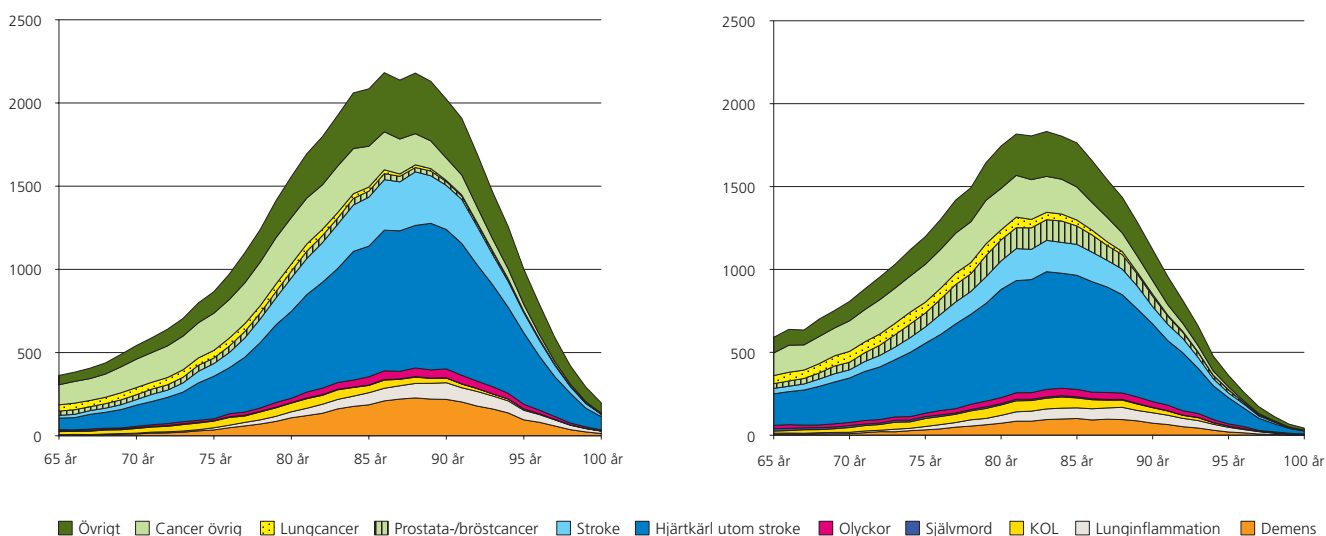
Spädbarnsdödligheten bland pojkar och flickor för Stockholms läns landsting fortsätter att minska. Pojkars spädbarnsdödlighet har minskat från 9,4 per 1 000 levande födda år 1976 till 2,7 per 1 000 levande födda år 2008. Flickors spädbarnsdödlighet har minskat från 6,4 per 1 000 levande födda år 1976 till 2,2 per 1 000 levande födda år 2008.

Äldre

Den äldre befolkningsgruppen utgör den största behovsgruppen inom landstinget. År 2009 var 14,7 procent av alla invånare i Stockholms län 65 år eller äldre, 6,7 procent var 75 år eller äldre. I detta arbete har vi valt att fokusera på invånare 75 år och äldre där så är möjligt, då en stor del av vården koncentreras till denna åldersgrupp. De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i andningsorganen och cancer. Enligt de senaste decenniernas undersökningar om levnadsförhållanden som genomförts av SCB, ökar andelen äldre som rapporterar att de har långvarig sjukdom. Detta är en följd av att andelen äldre blivit fler, men ökningen kan också bero på att människor blivit mer medvetna om sin hälsa, att de diagnostiska möjligheterna har förbättrats och/eller att vården oftare påvisar och behandlar riskfaktorer.

I livets slutskede drabbas de flesta av hälsoproblem vilket ger upphov till efterfrågan på vård och omsorg. Endast en minoritet av de äldre avlider hastigt utan några påtagliga hälsoproblem. Kvinnor har fler hälsoproblem än män och får också sjukdomar i högre åldrar. En orsak till detta är att kvinnorna lever längre. Med stigande ålder ökar också sannolikheten att drabbas av flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet.

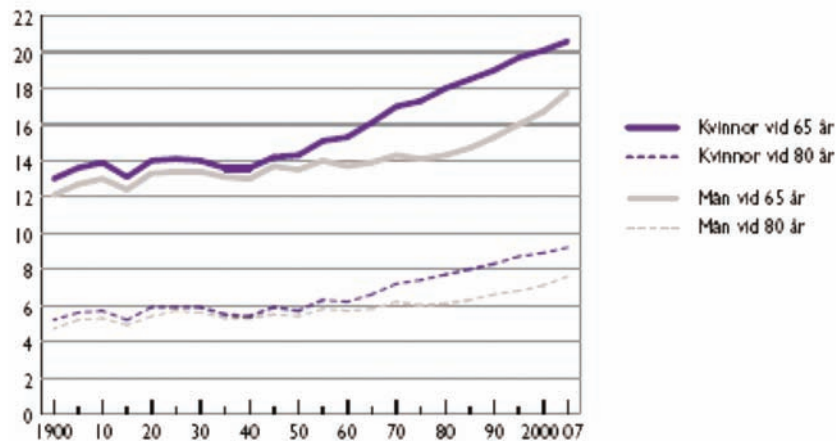
Figur 2: Antal döda efter dödsorsak och ålder. Kvinnor respektive män 65 år och äldre. Genomsnitt för åren 2000–2006.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

De äldres andel i befolkningen har ökat under mer än ett sekel och beräknas fortsätta att öka och stora årskullar når nu pensionsåldern. År 2009 var medellivslängden i riket 83,1 år för kvinnor och 78,9 år för män, i Stockholm var den 83,4 för kvinnor och 79,1 för män. Fram till år 2050 beräknas medellivslängden öka ytterligare, i riket till 86 år för kvinnor och 84 år för män. En åldrande befolkning medför ökade behov av välfungerande hälso- och sjukvård samt social omvårdnad.

Figur 3. Återstående medellivslängd (antal år) vid 65 års ålder och vid 80 års ålder för kvinnor och män i riket. År 1900–2007.



Källa: Befolkningsframskridningar, SCB (Folkhälsorapporten 2009)

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Hälsosamtal

År 2008 fick husläkarmottagningarna i Stockholms län uppdraget att varje år genomföra hälsosamtal med listade patienter som fyller 75 år under kalenderåret. Hälsosamtalen skall utföras av distriktssköterska i samverkan med kommunen. Från april 2009 registreras även erbjudna, men avböjda hälsosamtal. Andelen utförda hälsosamtal på 75-åringar har ökat från 24 procent 2008 till 28 procent 2009. Om man även inkluderar de som erbjudits, men avböjt hälsosamtal uppgår andelen till 37 procent år 2009.

Influensavaccination

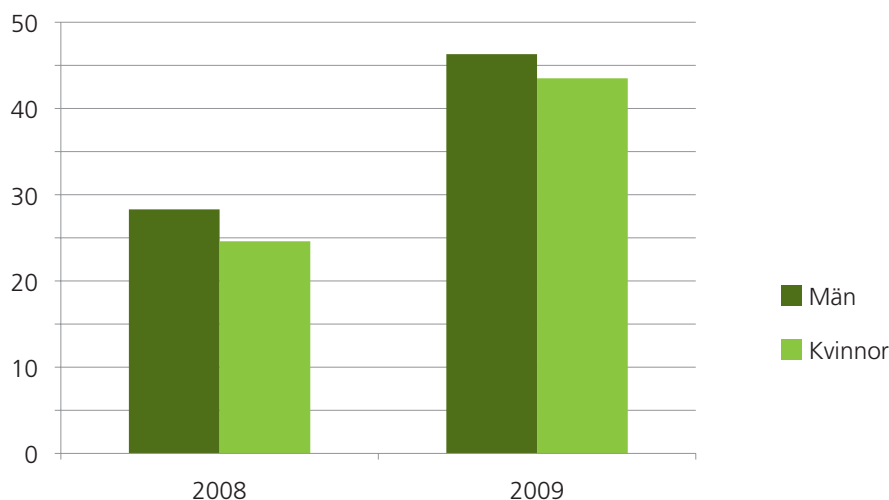
Stockholms läns landsting erbjuder alla över 65 års ålder samt individer i vissa riskgrupper gratis vaccination mot säsongsinfluensa. Flera studier visar att influensavaccinationer i riskgrupper minskar antalet slutenvårdstillfällen inom diagnoser som influensa, lunginflammation med flera och bidrar till en lägre mortalitet. Sedan 1997 rekommenderar därför Socialstyrelsen en årlig influensavaccination för den del av befolkningen som är över 65 år. Andelen influensavaccinerade har stigit något för varje säsong men sjönk under 2009, från 73 till 58 procent, då vaccination mot nya pandemiska influensan, "svininfluensan" tog fart. Under säsongen 2009–2010 vaccinerades 1 087 000 invånare i länet mot "svininfluensan". Det motsvarar ca 55% av befolkningen. Tre av fyra elever i skolorna vaccinerades.

Säker hälso- och sjukvård

Läkemedelsgenomgångar

Med stigande ålder sker förändringar i kroppen, som i många fall kan bidra till en ökad känslighet för läkemedel. Detta tillsammans med en omfattande läkemedelsanvändning, kan innebära en hög risk för läkemedelsbiverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem. Syftet med läkemedelsgenomgångar är att minska antalet olämpliga läkemedel/läkemedelskombinationer och läkemedel med tveksam nytta, att upptäcka eventuella läkemedelsbiverkningar och på så sätt förbättra patientens livskvalitet. I och med införandet av Vårdval Stockholm för såväl husläkarmottagningarna som läkarinsatser i Särskilda boenden (SÄBO) har krav på genomförande av läkemedelsgenomgångar införts. Övergripande riktlinjer för genomförandet av läkemedelsgenomgångar finns framtagna och ska registreras. Alla hemsjukvårdspatienter ska få årliga läkemedelsgenomgångar från 2009 och 2010 är det krav på läkemedelsgenomgångar för alla över 65 år om så önskas. Inom SÄBO har andelen läkemedelsgenomgångar ökat från 28 till 46 procent under 2008–2009 för män och från 25 till 43 procent för kvinnor.

Andel (%)



Figur 4. Andel läkemedelsgenomgångar vid särskilt boende i SLL. År 2008–2009.
Källa: VAL

Läkemedelsbehandling

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan, liksom att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Samtidigt är centrala nervsystemet hos äldre mer känsligt för effekterna av dessa läkemedel. Det innebär en större risk för biverkningar såsom dagtrötthet, fall och störningar av kognitiva funktioner, som minne, orientering i tid och rum, förmåga till abstrakt tänkande och liknande. Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för

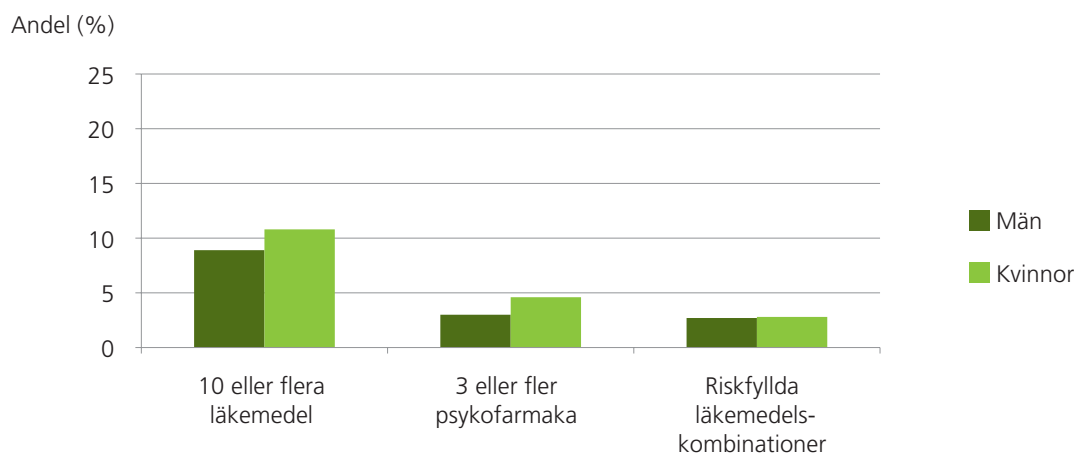
äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling. I riket som helhet är det bara hälften av all användning av sömnmedel som utgörs av personer som är 80 år och äldre. Variationen är stor mellan landstingen, mellan 34–66 procent. I Stockholms län är det 58 procent som använder lämpliga sömnmedel.

Samtidig användning av fler än fem läkemedel, så kallad polyfarmaci, ger ökad risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och läkemedelsorsakad inläggning på sjukhus. Användning av tio eller fler läkemedel kan ses som en avsevärd eller extrem polyfarmaci. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel uppgick till 11,1 procent i riket och 9,9 procent i länet vid mättidpunkten 2008. Andelen är något högre bland kvinnor och mycket hög i gruppen äldre med ApoDos. ApoDos innebär att läkemedel förpackas i dospåsar anpassade efter patients individuella behov och inkluderar kontroller och uppföljning av läkemedelsanvändningen. Ofta är det dock patienter med behov av många läkemedel som får ApoDos. Jämfört med 2007 minskade andelen äldre med tio eller fler läkemedel, från 13,5 till 9,9 i länet år 2008. År 2009 ökade andelen något igen, till 10,2 procent. I riket minskade istället andelen något. Andelen är totalt sett 2009 något lägre än i riket, men i både länet och riket mer vanligt bland kvinnor. Läkemedelsförråd i hemsjukvård/äldreboenden, kan tänkas påverka denna indikator och skillnad mellan olika landsting. Användningen av läkemedel ur läkemedelsförråd registreras inte i läkemedelsregistret, vilket kan leda till att läkemedelsanvändningen i den öppna vården underskattas. Sådana läkemedel används dock sannolikt oftast tillfälligt, i akuta situationer, eller vid korttidsvård på särskilt boende.

Med D-interaktioner menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktioner kan enligt FASS leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller vara i övrigt svåra att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas. Andelen med dessa läkemedelskombinationer har minskat från år 2007 till 2009 från 3,7 till 2,8 procent i Stockholm län. Andelen är ungefär lika i riket och skiljer sig inte nämnvärt sett till kön.

Behandling med flera psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Andelen personer 80 år och äldre med tre eller flera psykofarmaka minskade från 5,2 procent 2007 till 4 procent år 2009. I länet hade 4,6 procent av kvinnorna ett flertal psykofarmaka jämfört med 3 procent av männen. Andelen är något högre i riket.

Figur 5. Fördelning av läkemedel bland äldre i SLL 2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner, tidigare kallad sjukhusinfektion, är ett infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvård eller tandvård. Det gäller oavsett om det sjukdomsalstrande ämnet tillförs i samband med vården eller härrör från patienten själv samt oavsett om infektionstillståndet manifesteras under eller efter vårdtillfället. Förebyggande åtgärder är viktiga för att förhindra uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Det finns också tydliga krav när det gäller basal hygien. Vårdrelaterade infektioner är ett av de största hoten mot patientsäkerheten enligt Socialstyrelsen.

Vid den mätning som genomfördes under våren 2010 framgick att 10,4 procent av patienterna över 75 år hade någon vårdrelaterad infektion. För riket var andelen 10,2 procent. För alla patienter (oavsett ålder) var andelen 11 procent i Stockholm och 8,9 procent i riket. Antalet vårdrelaterade infektioner har minskat för varje mätning vilket innebär ett minskat lidande för patienten, kortare vårdköer men också att resurser frigörs som kan överföras till annan vård. I Stockholms län varierar andelen mellan 4,6–13,6 procent, där S:t Görans sjukhus ligger lägst och Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus ligger högst. Resultaten från Södersjukhuset har förbättrats kraftigt, mycket tack vare ett systematiskt och förebyggande arbete för att förebygga infektioner. Det är urinvägsinfektion, hud- och sårinfektioner och lunginflammation som dominerar bland infektionerna. Infektionerna kan förebyggas genom enkla metoder som att alltid desinfektera händerna med handsprit före och efter kontakt med en patient, samt att använda kortärmat och inte bära ringar och klockor.

Fallskador och trycksår

Patienter som skrivs in hos geriatrisk vårdgivare skall få en trygg och säker vård. För att undvika skador under vårdtiden är det av avgörande betydelse att vårdgivaren systematiskt bedömer om riskfaktorer för fall och trycksår föreligger. Dessa är undvikbara skador som i de fall de uppstår leder till stort lidande

och förlängda vårdtider samt innebär ökade kostnader. Med ett medvetet arbetssätt inkluderande tidig riskbedömning och med tidigt insatta åtgärder kan dessa komplikationer reduceras. För detta finns särskilda riskbedömningsinstrument. Om en patient löper risk för en komplikation ska förebyggande åtgärder sättas in. Det finns ett nationellt kvalitetsregister, Senior alert, som är under utveckling. Registret tar fasta på indikatorer om förebyggande åtgärder för att förhindra undernäring, fall och trycksår. För att registret ska bli användbart måste dock fler vårdgivare än vad som nu är fallet ansluta sig till registret. Hittills är det bara en geriatrisk klinik inom Stockholm län som rapporterar till registret. Övriga vårdgivare väntar på att inrapporteringen ska automatiseras direkt från journalerna. Det finns dock viss information från WIM-enkäter, webbaserade enkäter, som de geriatriska vårdgivarna i länet besvarat.

Stockholms läns landsting har sedan 2008 ett regionalt vårdprogram för fallprevention *"Regionalt vårdprogram fallprevention Stockholms läns landsting 2008"*. Det innehåller kunskaper och riktlinjer som sprids genom landstingets verksamheter. Produktionssamordning (PS) vid Landstingsstyrelsens förvaltning genomförde från 17 november 2009 till mitten av mars 2010 "En TUFF satsning" där TUFF står för trycksår, undernäring, fall och förebygga. Satsningen som riktar sig till alla som arbetar inom närsjukvården i Stockholms län, syftar till att minimera sådana skador. Satsningen består förutom av utbildningen, av verktyg som ska stödja det vardagliga arbetet och kommunikationen.

När det gäller registrerade fall under vårdtiden, då risk för fall förelegat, uppges 11 procent av dem i riskzon på geriatriklinikerna ha fallit. I snitt har 7 procent av dem med risk för trycksår fått registrerade trycksår under vårdtiden (vårdtillfällen med kortare vårdtider än 24 timmar har exkluderats). Man bör dock beakta att goda registreringsrutiner ökar antalet upptäckta fall, således är det inte alltid lätt att tolka dessa siffror korrekt.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Individuella vårdplaner

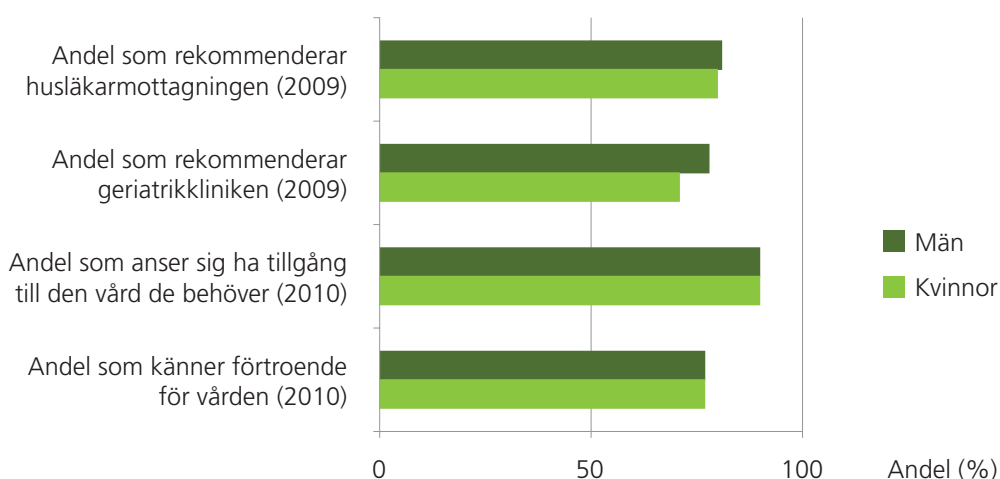
Patienter som vårdas vid geriatrisk klinik är ofta multisjuka och multiviktande. Därför är det av största vikt att planeringen av vården utgår från en helhetssyn och inte enbart fokuserar på medicinska organproblem. En individuellt utformad vårdplan som utgår från olika professioners behovsbedömning är därför ett viktigt planeringsverktyg inom vården. Denna vårdplan skall enligt nuvarande avtal mellan beställare och vårdgivare vara upprättad i samråd med patienten där så är möjligt. Vårdplanen ska ha upprättats inom fyra dagar efter inskrivning och utvärderas eller revideras under vårdtiden. WIM-enkäten³ 2009 visar att i snitt upprättades 96 procent av vårdplanerna inom fyra dagar efter inskrivning. Andel utvärderade och/eller reviderade vårdplaner uppgick till 98 procent. Detta får bedömas som mycket tillfredsställande.

³ WIM-enkät, se metodbeskrivning i inledningen

Vårdbarometern och patientenkäter

Patienternas uppfattning om den erhållna vården har undersökts med hjälp av Vårdbarometern och patientenkäter. I Vårdbarometern framkommer att merparten, 77 procent av de äldre, anser sig ha stort förtroende för vården. Andelen har ökat något de senaste åren. Vidare anser 90 procent sig ha tillgång till den vård de behöver. Svaren skiljer sig inte åt sett till kön. I patientenkäterna svarar drygt 75 procent av patienterna inom geriatriken att de skulle rekommendera geriatrikklíniken, för husläkarmottagningar är andelen 80 procent för samma åldersgrupp. Andelen som rekommenderar geriatrikklíniken har dock ökat sedan 2008–2009, medan andelen som rekommenderar husläkarmottagningen har minskat något för samma period. I båda fallen är utfallen tillfredsställande, men de visar också att ytterligare förbättringar kan åstadkommas.

Figur 6. Svarsresultat bland äldre av patientenkäter och vårdbarometern i SLL. År 2009 respektive 2010.



Källa: Vårdbarometern 2010, Patientenkät Geriatrik och HLM 2009

Effektiv hälso- och sjukvård

Återinläggningar inom 7 dagar

Andel patienter 75 år och äldre som blir återinlagda till slutenvård inom 7 dagar kan vara en indikation på att patienten är i ett skört tillstånd och/eller inte riktigt fått den vård den var i behov av. Under 2009 blev totalt 481 patienter återinlagda inom 7 dagar, vilket motsvarar 1,2 procent av de inskrivna patienterna som var 75 år och äldre. Detta är 0,1 procentenheter lägre än året innan.

Direktinläggningar till Geriatriken

Ett annat sätt att mäta vårdens effektivitet är att mäta andelen vårdtillfällen för patienter som kommer från hemmet direkt till geriatriken eller via akutmottagning direkt till Geriatriken. Det handlar om att ge vård på rätt vårdnivå utan föregående vårdtid på slutenvårdsavdelning. En nyckelperson är ambulanspersonalen och dennes prioritering till rätt vårdnivå. Antalet patienter 65 år eller äldre med behov av vård har ökat. Många patienter är i behov av sluten

somatisk slutenvård, men andelen direktinläggningar från hemmet direkt till geriatriken eller via akutmottagning till geriatriken bör öka, vilket också är ett krav i avtalen i Stockholms län. Under åren 2006 till 2008 minskade andelen från 12,7 procent till 11,2 procent. Under senaste året har andelen dock ökat och var 2009 uppe på 13,2 procent. Andelen skiljer sig dock mellan de geriatriska klinikerna.

Jämlik hälso- och sjukvård

Funktionsförmågor

Folkhälsoenkäten genomförs vart fjärde år. Den senaste folkhälsoenkäten genomfördes 2006. Där kan man bland annat se andel äldre med nedsatt tuggförmåga, som inom länet uppgick till 3,2 procent, andel med nedsatt hörseliförmåga (15,8 procent), nedsatt synförmåga (4,7 procent) och nedsatt rörelseförmåga (25,9 procent). Frågorna om äldre omfattar i enkäten individer mellan 65–84 år i Stockholms läns landsting. Det finns skillnader i resultat mellan kommuner och stadsdelar inom länet. I Rinkeby och Kista uppgår en större andel sämre syn, tandhälsa och rörelseförmåga jämfört med övriga länet medan Katarina-Sofia, Nacka, Vaxholm, Älvsjö, Liljeholmen, Kungsholmen, Östermalm, Norrmalm och Österåker överlag uppgår bättre rörelseförmåga, tandhälsa, hörsel och syn än länet i stort.

Under säker vård framgår också att läkemedelsgenomgångar bland äldre inte är jämlik sett till kön.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Vårdtid på akutmottagningar och direktinläggningar

Andel patienter på akuten som blir färdigbehandlade inom fyra timmar och där geriatrikmottagningar erbjudit vård inom sex timmar efter förfrågan från akuten är två mått på vård i rimlig tid. Dessa frågor har besvarats med hjälp av WIM-enkäter. Andel patienter över 80 år som blir färdigbehandlade på akutmottagning inom fyra timmar har ökat för länet från 57 procent 2008 till 64 procent 2009. Andelen män är något fler än kvinnor. Vårdgivarna inom geriatriken har i 99 procent av fallen erbjudit vård inom sex timmar efter att förfrågan erhållits från akutmottagning. Det är en förbättring från 95 procent år 2008.

Väntetid för demensutredningar

Med stigande ålder ökar andelen äldre med demenssjukdom. Vid 85 års ålder har cirka 25 procent en demenssjukdom och i 90–95-årsåldern är andelen 40–50 procent. Med demenssjukdomarna följer också en ökad risk för andra sjukdomar, så ökar exempelvis risken för fallskador och höftfrakturer. Det kognitiva handikappet medför ofta bristande compliance (i vilken grad medicinska råd följs) med biverkningar och därav orsakad sjukhusvård. Tidig upptäckt är viktigt när det gäller demens. Väntetiderna för utvidgade utredningar på minnesmottagningar är 35 dagar i Stockholms län jämfört med riksgenomsnittet på 41 dagar.

Effekter av vården

Antal vårdkontakter under sista levnadsåret

I medeltal hade patienter som haft kontakt med vården under sitt sista levnadsår 45 vårdkontakter. Män har fler vårdkontakter än kvinnor under dessa 12 månader; 50 i jämförelse med 42 kontakter. Antal vårdkontakter sista levnadsåret har ökat något från 2007 då det låg på 43 kontakter, och det är framförallt männen vars kontakter med vården har ökat. Denna indikator är svår att tolka men det är viktigt att följa antalet vårdkontakter över tid för att se om/hur antalet förändras.

Konklusion

De äldres andel i befolkningen ökar vilket medför ökade behov av en väl fungerande hälso- och sjukvård. Andelen äldre som influensavaccineras ökar medan andelen äldre med många läkemedel och riskfyllda kombinationer minskar. Hälsosamtal och läkemedelsgenomgångar blir allt vanligare och i och med införandet av Vårdval för såväl husläkarmottagningar som läkarinsatser i särskilda boenden har krav på genomförande av läkemedelsgenomgångar införts. Vården har blivit mer effektiv då andelen direktinläggningar till geriatriken har ökat liksom andelen äldre som blivit erbjudna vård inom sex timmar och blivit färdigbehandlade inom 4 timmar. En stor andel äldre anser sig ha tillgång till den vård de behöver och en övervägande majoritet anser sig ha stort förtroende för vården och skulle rekommendera den geriatriska klinik de blivit behandlade på.

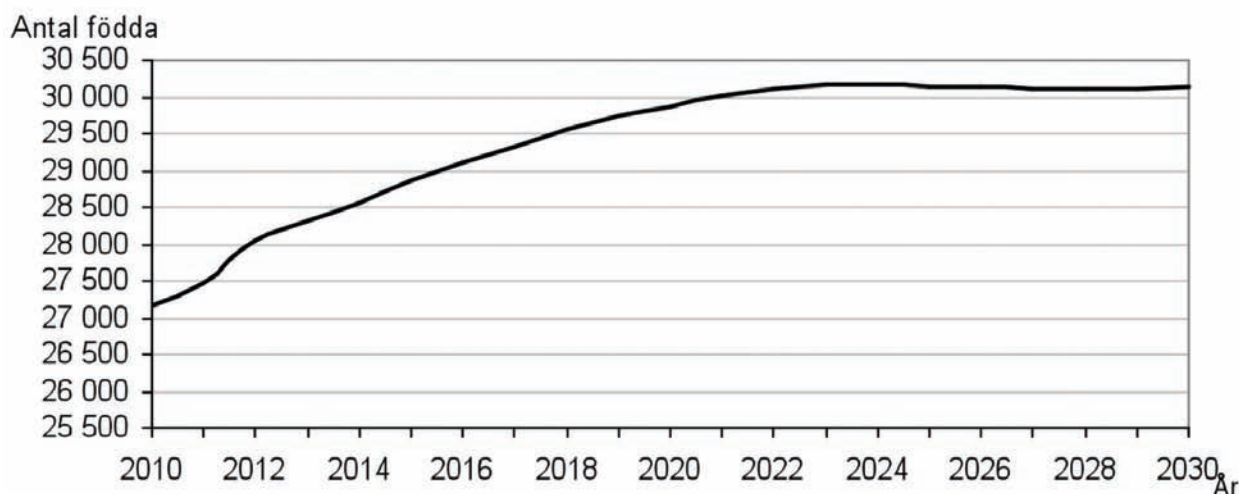
Läkemedelsbehandlingen av äldre är dock inte jämlik då kvinnor har fler läkemedel och riskfyllda interaktioner samt färre läkemedelsgenomgångar än män. Trots Socialstyrelsens rekommendation för zopiklon vid långvarig sömnmedelsbehandling av äldre, är det bara strax över hälften som använder detta sömnmedel.

Socialstyrelsens och SKL:s rekommendation att särskilt uppmärksamma läkemedelsfel i vårdens övergångar har lyfts fram av HSN:s patientsäkerhetskommitté. De äldre kommer därför inom en snar framtid att få sina läkemedel genomgångna oavsett inom vilken vårdgren de befinner sig samt få bättre information om sina läkemedel. En av de viktigaste utmaningarna framöver är att fortsätta minska andelen äldre med polyfarmaci och riskfyllda läkemedelskombinationer samt att minska de vårdrelaterade infektionerna för att reducera antalet slutenvårdstillfällen och bidra till en förbättrad livskvalitet och lägre mortalitet.

Graviditet, förlossnings- och nyföddhetsvård

Antalet gravida kvinnor har sedan år 2000 årligen ökat i Stockholms län. Detta beror delvis på att fler kvinnor i fertil ålder (15–45 år) har flyttat in till länet och att det så kallade fruktsamhetstalet (antal barn/fertil kvinna) har ökat, det vill säga varje kvinna föder fler barn än tidigare. Under 2009 födde 27 992 kvinnor barn vid de sex förlossningskliniker som finns i Stockholms län. Enkelbörder utgör ungefär 99 procent av alla förlossningar. Antalet förlossningar väntas fortsätta stiga för att nå en topp kring år 2020, när 90-talisterna är i barnafödande åldrar.

Figur 7. Prognos för antal födda i Stockholms län. År 2010–2030.



Källa: SCB

Nedan syns förlossningsstatistiken per förlossningsklinik i Stockholm län under åren 2006 till 2009. Antalet förlossningar ökade med 1,5 procent från 2006 till 2007 och med 2,7 procent året därefter. Till 2009 ökade antalet ytterligare med 2,3 procent. Danderyds sjukhus hade 2009 den största ökningen med 11 procent fler förlossningar jämfört med året innan. Vid Karolinska Huddinge och Solna samt Södertälje sjukhus minskade i gengäld antalet förlossningar. År 2009 infördes vårdval inom förlossningsvården vilket kan vara en orsak till det förändrade vårdflödet detta år. BB Stockholm och Södertälje sjukhus ingick dock inte i vårdvalet detta år.

Tabell 3: Antal förlossningar per förlossningsklinik samt förändring från föregående år, 2006–2009.

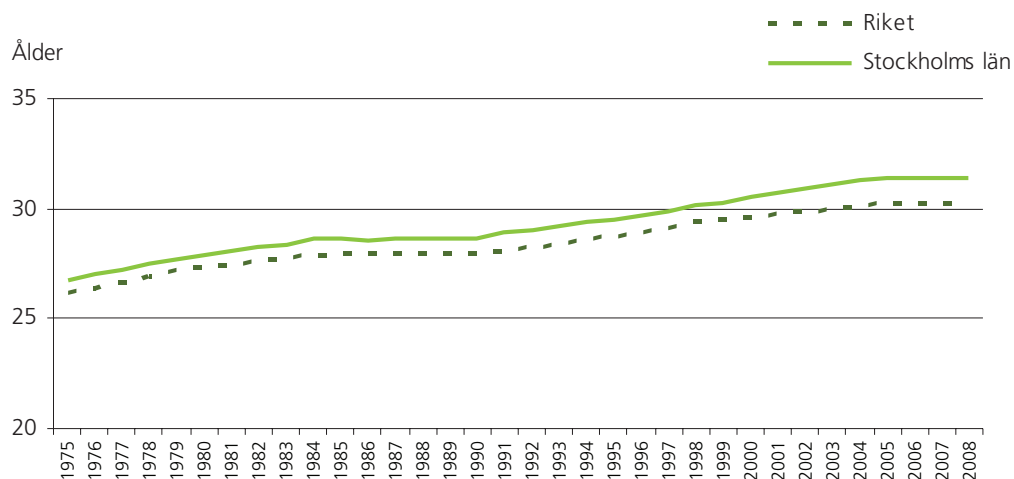
Antal förlossningar per förlossningsklinik inkl förändring från föregående år	2006	2007		2008		2009	
BB Stockholm (DS)	2 767	2 781	(+0,5)	2 804	(+0,8)	2 970	(+5,9)
Danderyds sjukhus AB	5 724	5 797	(+1,3)	6 064	(+4,6)	6 769	(+11,6)
Karolinska sjukhuset Huddinge	4 760	4 745	(-0,3)	4 849	(+2,2)	4 644	(-4,3)
Karolinska sjukhuset Solna	5 122	5 110	(-0,2)	5 029	(+1,6)	4 849	(-3,6)
Södersjukhuset	6 070	6 346	(+4,5)	6 732	(+6,1)	7 016	(+4,2)
Södertälje sjukhus	1 821	1 884	(+3,5)	1 892	(+0,4)	1 744	(-7,8)
Totalt	26 264	26 663	(+1,5)	27 370	(+2,7)	27 992	(+2,3)

Källa: LAFA

Få gravida kvinnor, cirka en procent, måste hänvisas till högspecialiserad förlossningsvård på Karolinska sjukhuset.

Medelåldern hos födande kvinnor har successivt ökat i hela landet från 26,0 år 1973 till 30,3 år 2008. I Stockholms län är motsvarande siffror 26,4 år 1973 och 34,2 år 2009. Stockholms län har den högsta medelåldern bland förstföderskor i Sverige, 29,7 år jämfört med riksgenomsnittet på 28,4 år. Det lägger särskilt stora krav på förlossningsvården i Stockholm därför att äldre förstföderskor oftare drabbas av förlossningskomplikationer vilket höjer antalet instrumentella förlossningar och kejsarsnitt. Sedan 2004 har dock ökningen av medelåldern avstannat och sedan dess legat konstant i både riket och i Stockholms län. När det gäller riskfaktorer för gravida så fortsätter andelen rökare bland gravida att minska, medan andelen gravida som är överviktiga ökar.

Figur 8. Medelålder på födande mödrar i SLL och riket. År 1975–2008.



Källa: Socialstyrelsen

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Mödrahälsovård

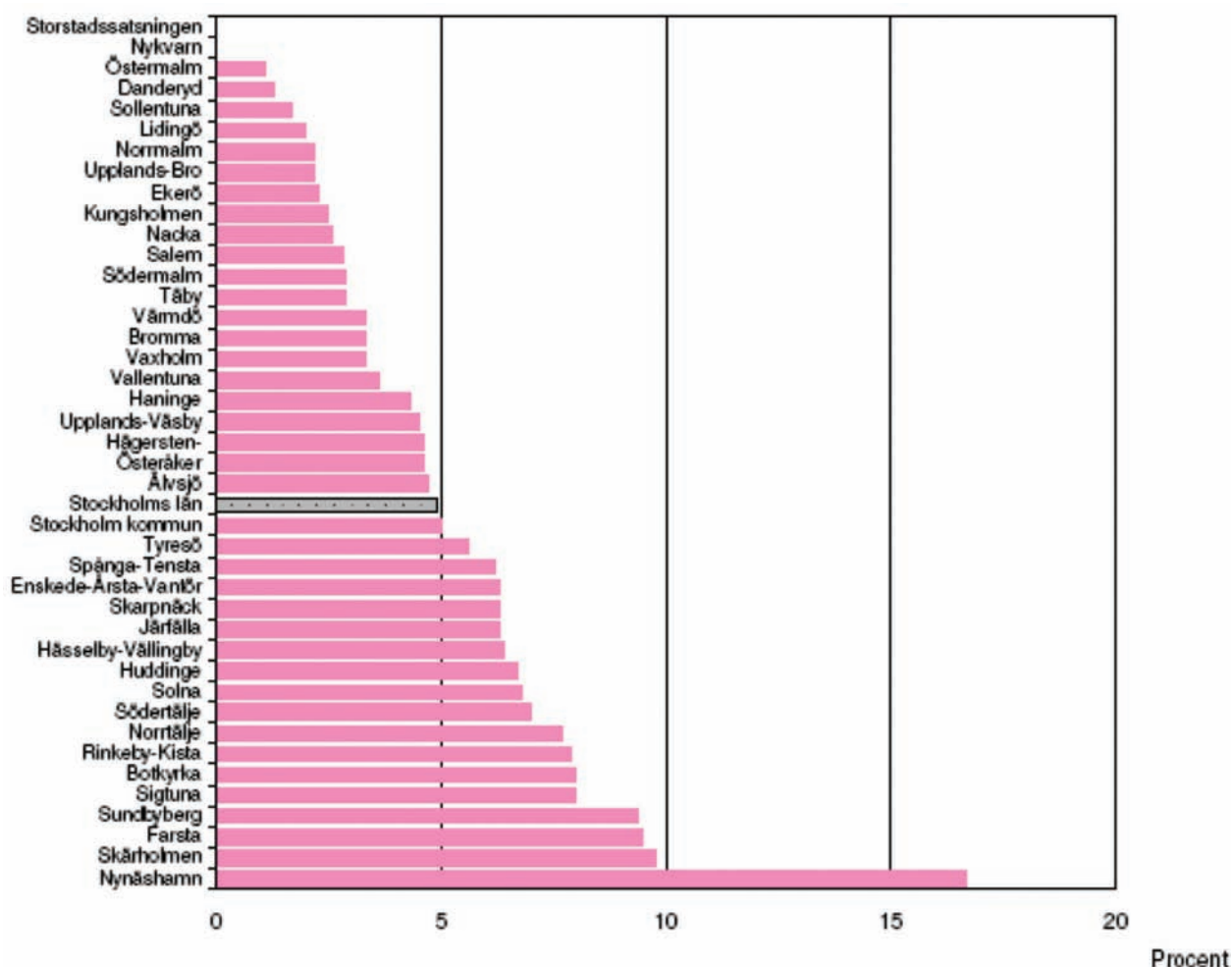
Mödrahälsovården har ett väl fungerande basprogram med mycket hög följsamhet. Ytterst få kvinnor deltar inte alls eller gör bara 1–2 besök på mödravårdcentral under graviditeten. Mödrahälsovården innefattar hälsoövervakning av graviditeten samt psykosocialt stöd. Numera arbetar mödrahälsovården än mer fokuserat med att identifiera psykosociala missförhållanden och våld. Detta för att kunna ge de blivande föräldrarna stöd och insatser så tidigt som möjligt under graviditeten. Patientenkäten visar att unga kvinnor med en mer instabil social situation och utlandsfödda uppsöker mödravården betydligt senare i graviditeten. Utlandsfödda gör dessutom färre besök och uppger att språksvårigheter är den vanligaste orsaken till att de inte kommit till mödravårdcentral tidigare. Färre och senare besök ökar riskerna för kvinnorna och barnen avsevärt, och denna skillnad är därför oroväckande.

Graviditet och rökning

Andelen gravida kvinnor i länet som röker tre månader före graviditet har minskat från 21,6 procent år 2000 till 13,9 procent år 2008. Rökning har minskat i alla åldersgrupper, men är fortfarande vanligast bland de yngsta barnaföderskorna. Kvinnor med hög utbildningsnivå och kvinnor från länder i Asien och Afrika röker i mindre utsträckning än övriga kvinnor. I Stockholms län är dessa två grupper en större andel av de gravida än de är i riket i stort. Vid mödravårdcentral får gravida kvinnor information om risken med tobaksbruk under graviditet. Tobaksbruk under graviditeten är en stor riskfaktor för att moderkakan ska fungera sämre. Detta ökar risken för syrebrist hos barnet vilket kan leda till skador eller död.

Andelen rökande blivande mammor vid inskrivningstillfället på mödrahälsovården varierar påtagligt mellan de olika stadsdelarna och kommunerna i Stockholms län. Nynäshamn har högst andel gravida rökare med 17 procent. Länsgenomsnittet är cirka 5 procent.

Figur 9. Andel rökande blivande mammor i SLL vid inskrivning till mödrahälsovården. År 2003–2008.



Källa: Medicinska födelseregistret

Graviditet och övervikt

Genom information om vikt och längd kan man räkna ut BMI (Body mass index). Moderns BMI när hon blir gravid påverkar graviditet och förlossning. Överviktiga och feta kvinnor löper större risk att drabbas av graviditetsdiabetes, blodtryckssjukdomar och förlossningskomplikationer. Sedan man började notera mödrarnas vikt och längd vid inskrivningen till mödrahälsovården har BMI ökat bland såväl förstföderskor som omföderskor. År 2008 var nära 25 procent av samtliga mödrar överviktiga och nära 12 procent feta. Kvinnornas BMI i Stockholm är lägst i riket, 23,9 mot riksgenomsnittet på 24,6.

Säker hälso- och sjukvård

Perinealbristningar

Perinealbristning är en under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Kända riskfaktorer för perinealbristning är att kvinnan är förstföderska, bär på ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutats instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Andelen stora bristningar, det vill säga grad 3 och 4 som utgör mer omfattande bristningar, låg konstant på cirka 2 procent

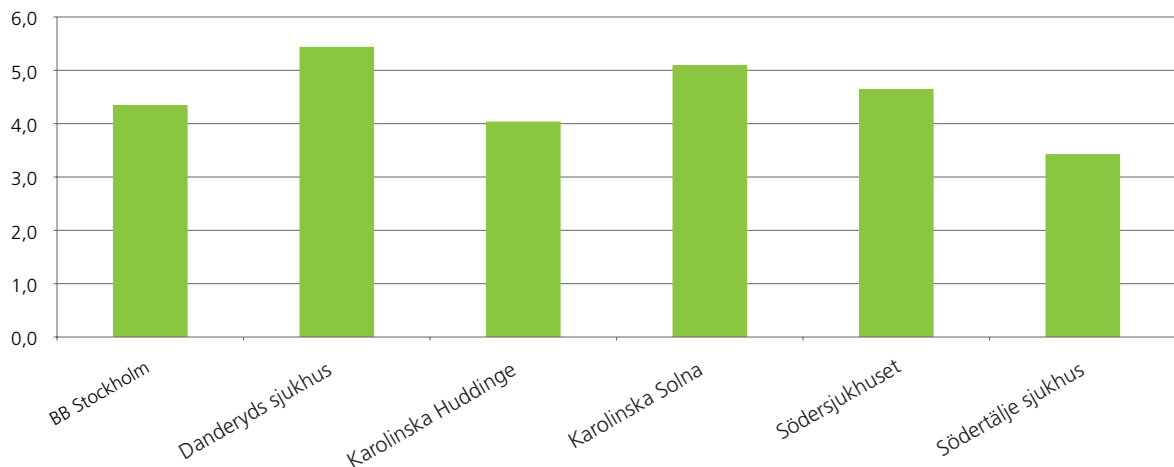
i Stockholms län och i övriga Sverige fram till 1992, därefter har dessa bristningar successivt ökat fram till 2004. Från 2005 syns en nedåtgående trend för riket. I Stockholms län är andelen med stora bristningar dock högst i Sverige på 4,6 procent, i riket är den 3,8 procent.

Anledningen till ökningen i Stockholm är inte känd. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen perinealbristningar kan påverkas och att förlossningsskador därmed kan undvikas. En förklaring kan vara i vilken utsträckning perinealskydd används på de olika förlossningsklinikerna. En annan orsak kan vara att man rapporterar i olika utsträckning. Perinealbristning behöver dock inte alltid innebära fler besvär. I Stockholms län har man arbetat med att följa upp de kvinnor som fått en perinealbristning för att se hur de mår en tid efter bristningen. Efter tre månader har en tredjedel haft besvär och efter ett år har de flesta varit helt symptomfria.

Även inom länet varierar andel bristningar. Störst andel bristningar finns på Danderyds sjukhus och Karolinska sjukhuset i Solna och minst andel på Södertälje sjukhus. Södersjukhuset låg tidigare mycket högt men har arbetat med förbättringsarbete och därigenom fått ner andel stora bristningar. Förbättringsarbetet har bestått i utbildning till all förlossningspersonal i riskfaktorer, träning på flera handgrepp som skyddar mellangården och fokusering på effektivt och observant teamarbete under det kritiska utdrivningsskedet.

Figur 10. Andel vaginalförlösta i SLL med större bristning vid förlossning per förlossningsklinik. År 2004–2008.

Andel (%)

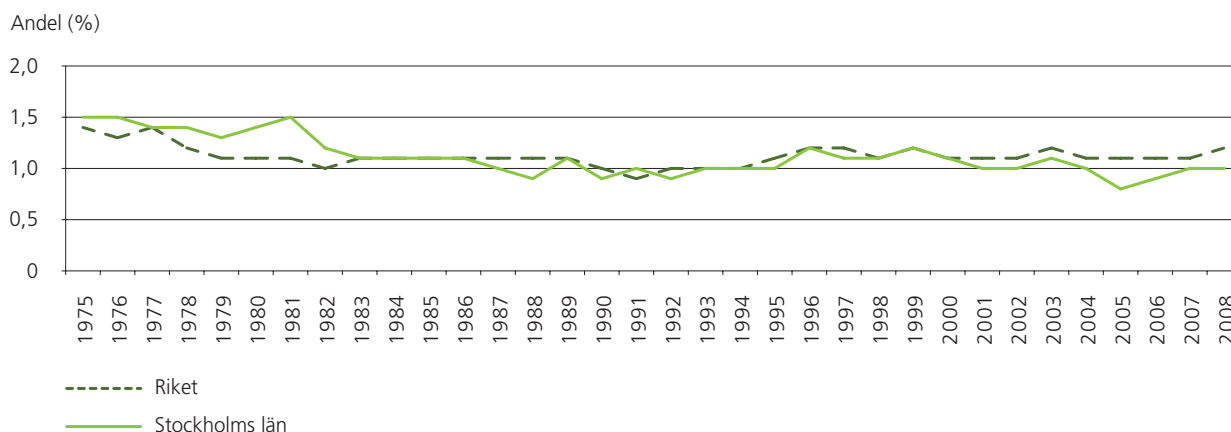


Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Apgar-poäng

Alla nyfödda barns vitalitet bedöms efter fem kriterier enligt en tregradig skala 1 minut, 5 minuter och i vissa fall då barnet är 10 minuter gammalt. Efter 5 minuter kan barnet få max 10 poäng, vilket också är vanligast. Om Apgar-poängen är lägre än 7 har barnet syrebristproblem och behöver oftast neonatalvård. Målet är att alla barn ska födas innan syrebrist uppstår. Mycket för tidigt födda barn, missbildade och redan i livmodern sjuka barn har i regel lägre Apgar-poäng. Sverige har mycket bra siffror och länet ligger numera något bättre än riksgenomsnittet, 0,93 jämfört med 1,13 procent i riket.

Figur 11. Andel levande födda barn i SLL och riket med Apgar-poäng < 7 efter 5 minuter. År 1975–2008.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

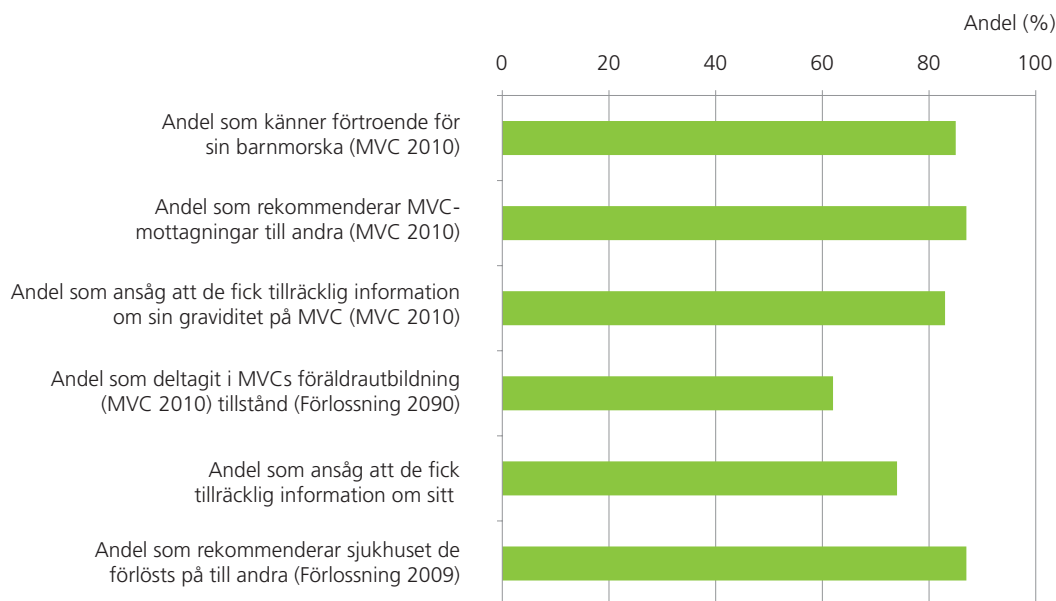
Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Resultat från patientenkäter

Samtliga mödravårdscentraler följs upp med samma patientenkät. Resultatet för landstinget har blivit något bättre för varje år. Resultaten för 2010 visar att det är 85 procent av kvinnorna som uppgav att de kände förtroende för sin barnmorska och 87 procent uppgav att de skulle rekommendera mottagningen till andra. 83 procent ansåg att de fick tillräcklig information om sin graviditet på mödravårdscentralen. Drygt sex av tio kvinnor som vid besöket var i vecka 31 eller senare in i graviditeten har erbjudits föräldrautbildning. Av samtliga som har fått erbjudandet har sedan sex av tio deltagit och åtta av tio av dem uppger att de är nöjda med utbildningen. Yngre kvinnor tycks vara mer positiva än äldre till att rekommendera mödravårdcentral-mottagningen och deltar i högre grad i föräldrautbildning. Kvinnor med annat modersmål än svenska är mer nöjda med föräldrautbildningen än kvinnor med svenska som modersmål, de uppger dock att de deltar i lägre utsträckning. Även kvinnor som har högsta avslutade utbildning från grundskola och omföderskor är mer nöjda än andra. Kvinnor med annat modersmål känner lägre förtroende för sin barnmorska och är inte heller lika positiva till att rekommendera mödravårdcentral-mottagningen.

Kvinnorna är inte lika nöjda med informationen de fick på sjukhuset de förlöst på. 70 procent ansåg att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd. Detta tycks dock inte ha påverkat totalbedömningen av sjukhuset, eftersom det är nästan lika stor andel som rekommenderar sjukhuset de förlöst på som rekommenderar den mödravårdcentral de besökt.

Figur 12. Resultat från patientenkäter MVC (2010) och förlossning (2009) i SLL.



Effektiv hälso- och sjukvård

Kejsarsnitt

Under tre decennier ökade antalet kejsarsnitt stort i Sverige, från 5 procent av alla förlossningar i början på 1970-talet till 17,7 procent 2006. Andelen i Stockholm är högre än riksgenomsnittet. År 2009 var andelen kejsarsnitt i Stockholm 18,3 procent enligt landstingets databaser. Stockholm har också högst andel planerade kejsarsnitt. Lägst andel kejsarsnitt utförs på Huddinge sjukhus, flest utförs på Danderyds sjukhus. Danderyds sjukhus får dock utföra många kejsarsnitt från BB Stockholm. För enkelbörd har andelen kejsarsnitt ökat långsamt medan ökningen för flerbörd har skett snabbare.

Tabell 4: Andel kejsarsnitt per sjukhus, 2006–2009.

Andel kejsarsnitt per sjukhus	2006	2007	2008	2009
Danderyds sjukhus	11,9	14,3	18,5	21,3
Huddinge sjukhus	18,9	19,0	17,1	16,3
Karolinska sjukhuset	19,5	19,0	20,4	19,7
Södersjukhuset	17,1	17,6	19,0	20,8
Södertälje sjukhus	15,6	19,9	16,8	17,7
Totalt	15,2	16,3	17,4	18,3

Källa: VAL

Andelen kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet ligger på 8 procent i riket, men är något högre i Stockholm, 9,4 procent.

Frekvensen av kejsarsnitt är svårtolkat som kvalitetsmått för mödra- och förlossningsvård då det inte råder konsensus om den optimala frekvensen. Kejsarsnittsfrekvensen påverkas av förekomsten av förlossningskomplikationer och

inställningen till smärta och risker vid förlossning. En effektivare och förbättrad identifiering av födslorisker kan leda till att kejsarsnittsfrekvensen ökar.

Vårdtider på BB

Medelvårdtiden på BB vid vaginal förlossning respektive kejsarsnitt har minskat anmärkningsvärt över tid. År 2008 vårdades 69,6 procent av alla vaginal-förlösta kvinnor i Sverige i högst två dygn. I Stockholms län är siffran något högre, 73 procent, vilket dock är en minskning med 1,3 procentenheter jämfört med året innan. Medelvårdtiden varierar anmärkningsvärt mycket i landet där Uppsala har 82,5 procent med kort vårdtid, medan Gotland endast har 38,1 procent. Tillgång till kvalificerad eftervård och variation i resurstillgång och lokala vårdtraditioner kan förklara en del av dessa variationer.

Jämlik hälso- och sjukvård

Obstetriska ultraljud

Det rutinmässiga ultraljudet erbjuds samtliga på mödravårdscentralen och är frivilligt. Den huvudsakliga målsättningen med ultraljudsundersökningen är att fastställa graviditetens längd, bestämma antal foster, moderkakans läge och mängden fostervatten. Detta för att planera vården optimalt under kvinnans graviditet och inför förlossning. Övriga undersökningar ska endast ske vid misstanke om komplikation, för att fastställa fosterläge och för att följa tillväxten hos tvillingar. Antal obstetriska ultraljud per gravid kvinna har ökat under de senaste åren och prognosen är att ultraljuden kommer att öka ytterligare⁴.

Patientenkäten för mödravårdcentral 2009 visar att nio av tio kvinnor har gjort en ultraljudsundersökning. Ju äldre kvinnorna är desto högre andel uppger att de har gjort en ultraljudsundersökning. Kvinnor med högsta avslutad utbildning från universitet/högskola uppger också detta i högre grad än kvinnor med gymnasieutbildning.

Statistik över de obstetriska ultraljuden och dess frekvens och spridning över länet är tyvärr bristfällig. Ibland förekommer ej medicinskt berättigade ultraljud och detta varierar i länet. Skillnaderna i länet kan dock delvis bero på varierande attityder till ultraljudsundersökningen bland personalen alternativt olikheter i kompetens hos vårdpersonalen. Den ökade åldern bland de gravida kvinnorna kan också vara en orsak till att fler vill göra ultraljud, då högre ålder medför större risk för barnet.

Aborter

Abort kan genomföras antingen med medicinsk eller kirurgisk metod. Vid medicinsk abort avbryts graviditeten genom läkemedelsbehandling som leder till ett missfall. Medicinsk abort kan även benämnas farmakologisk abort. Fram till den nionde veckan efter senaste menstruationens första dag rekommenderas i första hand medicinsk abort⁵. Vid kirurgisk abort avbryts graviditeten genom instrumentell utrymning av livmodern under narkos eller lokalbedövning. En kirurgisk abort genomförs idag fram till och med

⁴ Enlig en uppskattning som gjorts av HSN förvaltning i "Översynen av obstetriska ultraljud i Stockholm år 2009".

⁵ Vårdguiden

vecka 12. SÖS gör kirurgisk abort tom vecka 13.

Mellan åren 1990 och 1999 sjönk antalet aborter, men ökade sedan från 2004 fram till år 2008. Under 2009 har antalet aborter minskat, både i riket och i länet. Tonårsaborter står för den största minskningen. År 2009 uppgick antalet aborter per 1 000 fertila kvinnor till 20,8 procent i riket och 23,9 procent i Stockholm. Stockholms län ligger näst högst i riket efter Gotlands län. Det finns en stor spridning inom länet. Störst andel aborter hade Salem, Sundbyberg och Upplands Väsby. Lägst andel aborter hade Danderyd och Lidingö. Spridningen inom länet är liknande för tonårsaborter (15–19 år).

Andelen medicinska aborter ökar och utgör knappt 86 procent av alla aborter före utgången av 9:e graviditetsveckan. Andelen skiljer sig åt inom länet och inom landet. I Stockholms län var andelen år 2009, 79,7 procent vilket är bland de lägsta i riket. Störst andel medicinska aborter genomförs bland de privata vårdgivarna. 2009 hade Södersjukhuset 93 procent medicinska aborter upp till och med vecka 9. Södersjukhuset har däremot många sena aborter som utförs efter vecka 13.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hänvisade förlossningspatienter till icke vald förlossningsklinik

Andelen av de havande som i Stockholms län hänvisades till annan klinik än den där de spontant sökte, sjönk från cirka 6 procent år 2006 och 2007 till 5 procent år 2008. År 2009 ökade andelen något igen, till 5,3 procent och 2010 (fram tom juni) ökade den ytterligare till 6,2 procent. Andelen hänvisningar skiljer sig mellan förlossningsklinikerna där Södertälje sjukhus har den lägsta andelen hänvisningar och Danderyds sjukhus den högsta andelen under 2009 och 2010. Tidigare år hade Karolinska sjukhuset Solna störst andel hänvisningar. Detta återspeglar både tidigare och aktuell vårdplanering. Strukturen för förlossningsvården kan inte ändras särskilt mycket på kort sikt och om trycket på en klinik ökar till följd av befolkningsförändringar eller ökad popularitet, måste till slut patienterna hänvisas till annan klinik även om en viss produktionsökning kan ske genom personalförstärkningar. Det fria vårdvalet har försvårat planeringen av förlossningsvården eftersom innevånarna nu kan söka förlossningsklinik var de vill i länet oavsett bostadsort. BB Stockholm och Södertälje sjukhus har avtal men ingår dock inte i vårdvalet 2009.

Tabell 5: Andel hänvisningar per förlossningsklinik i Stockholms län, 2006–2010.

Förlossningsklinik	2006	2007	2008	2009	2010 (tom juni)
Danderyds sjukhus AB	4,4	3,5	4,2	8,0	10,7
BB Stockholm	1,4	0,9	1,3	1,5	1,2
Karolinska sjukhuset Huddinge	4,5	7,6	6,5	4,7	5,3
Karolinska sjukhuset Solna	14,1	14,9	10,2	6,5	6,2
Södertälje sjukhus	0,9	1,3	1,8	0,5	0,4
Södersjukhuset	4,0	3,1	3,2	4,9	5,9
Totalt	5,9	6,1	5,1	5,3	6,2

Källa: LAFA

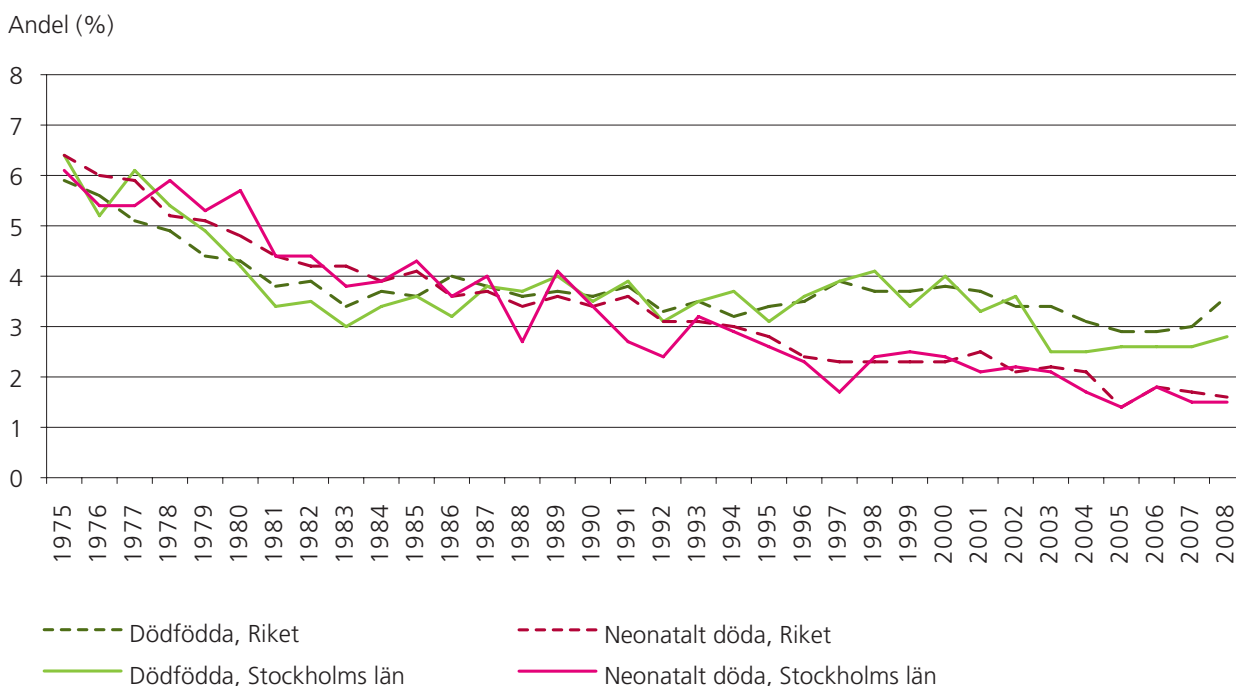
Effekter av vården

Dödfödda och neonatal dödlighet

Sedan 1970 har andelen dödfödda, barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan, mer än halverats. I riket som helhet var antalet dödfödda 3,0 per 1 000 födda under perioden 2004–2008. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor, från 2,5 till 4,5 dödfödda barn per 1 000 födda. I Stockholm är andelen dödfödda barn 2,6 per 1 000 födda, vilket är näst lägst i riket. En faktor som kan komma att öka antalet dödfödda barn är att mammorna blir allt äldre och mer överviktiga. Hitintills har dock denna utveckling balanserats av andra positiva faktorer som medverkat till att minska andelen dödfödda.

Neonatal dödlighet definieras som det antal barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen. Nivån på den neonatala dödligheten är en effekt av många faktorer, men ju lägre den är desto större betydelse har både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet för utfallet. Samtidigt kan jämförelser av neonatal dödlighet mellan olika befolkningsgrupper vara svårtolkade eftersom faktorer som ålder hos modern och risker för medfödda missbildningar påverkar risken. En relativt hög andel av de för tidigt födda barnen som dör under den senare neonatalperioden har en medfödd sjukdom eller missbildning. Över tid har i Sverige den neonatala dödligheten minskat, från 5 barn per 1 000 levande födda i början på 1980-talet till 1,8 barn för perioden 2003–2007. Enligt WHO Europas sammanställningar hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten sedan 2004. För länet är siffran 1,6 barn per 1 000 levande födda.

Figur 13. Andel dödfödda och neonatalt döda i riket och SLL. År 1975–2008.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Konklusion

Andel rökande mödrar fortsätter att minska vilket leder till färre komplikationer och skador bland nyfödda. Apgar-poängen som mäter barns vitalitet efter förlossningen har förbättrats och andel dödfödda och neonatalt döda har minskat. Patienterna inom graviditets- och förlossningsvården uppger högre nöjdhet i patientenkäterna för varje år. De känner förtroende för sin barnmorska och skulle i hög grad rekommendera mödravårdcentral-mottagningen och det sjukhus de förlösts på till andra.

Det finns inget som visar några avgörande kvalitetsskillnader mellan länets förlossningskliniker, men metoder och traditioner varierar vilket också påverkar frekvensfördelningen inom länet när det gäller till exempel andel perinealbristningar och planerade och akuta kejsarsnitt där Stockholms län skiljer ut sig med de högsta andelarna i riket. Stockholms län har också minst andel medicinska aborter i riket. Vissa problem finns såsom att mödravården utnyttjas i lägre grad av utlandsfödda kvinnor och att en del kvinnor inte får förlösas där de önskar. Andelen aborter och ultraljud varierar inom länet liksom andel hänvisningar till förlossningskliniker vilket kan förbättras ur ett jämlikhetsperspektiv.

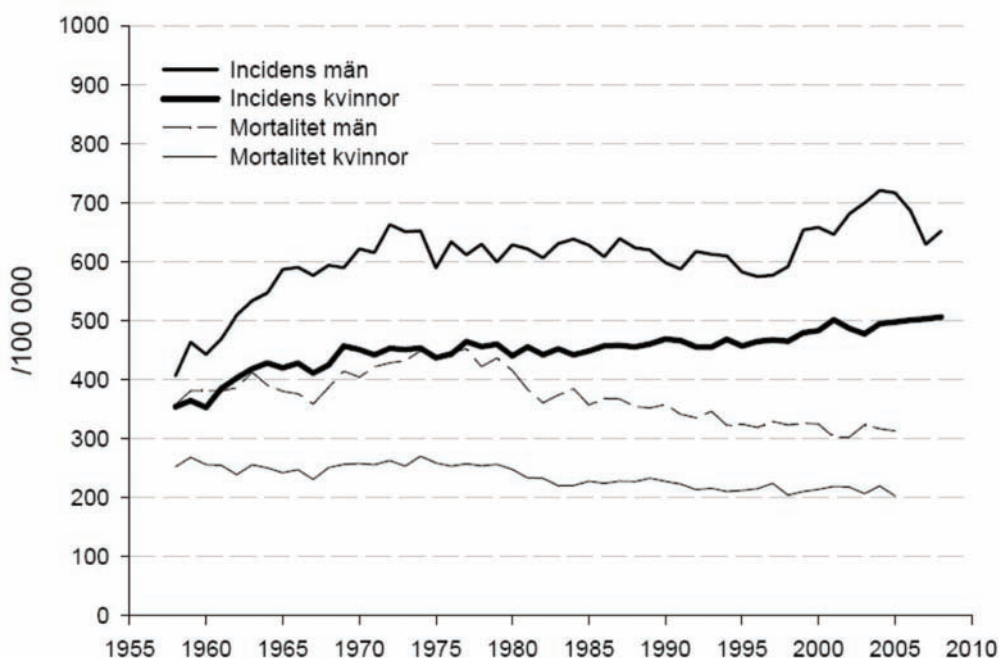
Under våren 2010 infördes vårdval för ultraljud och en förhoppning är att detta kan leda till att fördelningen av ultraljud blir mer jämlik. Att utlandsfödda uppsöker mödravården betydligt senare i graviditeten och dessutom gör färre besök är oroande. Ytterligare kulturkompetens och förbättrad tolktillgång inom vården skulle underlätta kontakten för invandrarkvinnorna. Insatser för att minska andel överviktiga och ytterligare minska andel rökande gravida är av betydande vikt för framtida arbete.

Cancer

Få sjukdomar har så stor påverkan på det moderna samhället som cancer vilket är samlingsnamnet på cirka 200 olika sjukdomar. Varje år diagnostiseras omkring 50 000 nya fall av cancer i landet, i Stockholms län cirka 9 000. De vanligaste cancerformerna i Sverige är prostatacancer (ca 9 000 fall per år) och bröstcancer (ca 7 000 fall per år). Dessa utgör en dryg tredjedel av alla cancerfall. Båda dessa cancerformer har blivit vanligare under de senaste decennierna, liksom bland annat hudcancer (malignt melanom).

Antalet cancerfall per år ökar och en viktig orsak till det är att befolkningen och antalet äldre ökar. Fler människor lever längre och hinner därför få en cancersjukdom. Ökade förebyggande åtgärder samt lättillgängligare information gör också att fler cancerfall upptäcks. Två tredjedelar av alla som får en cancerdiagnos är över 65 år och uppskattningsvis kommer var tredje person att få en cancerdiagnos under sin livstid. Bland de cancerformer som minskat sedan 1970-talet märks framför allt livmoderhalscancer och magsäckscancer. Dessa minskningar kan härledas till förebyggande arbete genom den gynekologiska cellprovskontrollen samt ändrade kostvanor hos befolkningen.

Figur 14. Samtliga cancerdiagnoser i Stockholm-Gotlandregionen. År 1958–2008.



Källa: Regionala cancerregistret, Onkologiskt centrum

I denna redovisning har vi valt att avgränsa oss till de vanligast förekommande cancerformerna bröst- och prostatacancer, samt lungcancer vilken är den cancerform som har högst dödlighet

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor, cirka 7 000 fall/år, och är en av de vanligaste dödsorsakerna hos medelålders kvinnor i Sverige. I Stockholms län upptäcks cirka 1 400 fall/år. En av tio kvinnor i Sverige riskerar att få bröstcancer innan 75 års ålder. Den ökande bröstcancerriksen förklaras sannolikt av att vissa riskfaktorer blivit vanligare i befolkningen, till exempel hög ålder vid första graviditet och östrogenbehandling vid övergångsbesvär.

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancerform. Drygt en tredjedel av all cancer hos män är prostatacancer. Antalet diagnostiserade fall har ökat kraftigt under de senaste 10 åren och för närvarande diagnostiseras drygt 9 000 fall per år i Sverige, varav 1 600 i Stockholms län. Ökningen av prostatacancer beror troligen på en ökad diagnostisk intensitet med en ökad användning av prostataspecifikt antingen (PSA) som avslöjar fler fall av så kallad latent prostatacancer som tidigare inte upptäckts.

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken. Årligen upptäcks cirka 3 000 fall av lungcancer i Sverige, varav cirka 700 i Stockholm. Vanligaste åldern att insjukna i lungcancer är runt 70 år. Sjukdomen har minskat bland män sedan 1980-talet men har samtidigt ökat stort bland kvinnor. Sedan 2006 är det fler kvinnor än män som får lungcancer. Ökningen bland kvinnor speglar kvinnors ändrade rökvanor sedan 1950-talet. Att lungcancer bland kvinnor ökat trots att andelen rökare har minskat kan bero på att rökning bland kvinnor framför allt har minskat i åldrarna under 45 år, men att rökvanorna varit i stort sett oförändrad i åldrarna över 45 år. Tobaksrökning orsakar cirka 80–90 procent av all lungcancer. I åldern 40–54 år, där endast en mindre andel av lungcancerdödligheten inträffar, har emellertid dödligheten minskat sedan 1997. Det kan vara ett första tecken på en vändning bland kvinnor.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Preventionsarbete

Med screening menas tidig diagnostik i organiserad form av definierade befolkningsgrupper. Det innebär att symptomfria individer undersöks i syfte att hitta cancersjukdom tidigt och därmed öka möjligheten till bot. Målet med screening är att minska dödligheten i cancer.

Mammografiscreening påbörjades 1989 i Stockholm län. I Stockholm kallas kvinnor mellan 50 och 69 år med 24 månaders intervall och kvinnor mellan 40–49 år med 18 månaders intervall. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör kvinnor upp till 74 år kallas och åldersgruppen 70–74 år är planerad att ingå i screeningen i Stockholm inom en snar framtid. Till skillnad från många andra landsting som enbart kallar kvinnor som önskat få en kallelse får samtliga kvinnor en inbjudan med förbokad tid till undersökning i Stockholm. Sedan screeningen infördes 1989 har deltagandet legat på drygt 70 procent. Det är något lägre än i andra mindre landsting och förklaras bland annat av att en del stockholmskvinnor avböjer undersökning därför att de nyligen genomgått undersökning via någon av länets bröstmottagningar. Om dessa undersökningar

adderas till screeningen innebär det att 80–85 procent av kvinnorna faktiskt genomgått mammografi. Motsvarande möjlighet att genomgå mammografiundersökning vid sidan av det organiserade programmet finns inte i mindre län och andelen som faktiskt mammograferats skiljer sig därmed inte stort mellan olika landsting. Stockholm har en sammanhållen vårdkedja för vidare utredning och behandling av screeningupptäckta bröstcancerfall. Ett regionalt kvalitetsråd ansvarar för kvaliteten i hela screeningvårdkedjan. En vetenskaplig undersökning har visat att mammografiscreeningen i Stockholm minskat dödligheten i bröstcancer med 31 procent. Bland de kvinnor som genomgått mammografi minskade dödligheten med 52 procent. Merparten av alla bröstcancerfall i de åldrar som omfattas av mammografiscreeningen diagnostiseras via screeningen.

I Sverige pågår ingen organiserad screening för prostatacancer eller lungcancer då förutsättningarna för sådan verksamhet inte anses vara uppfyllda alternativt att det saknas tillfredställande metoder att tillgå. Flera studier som kartlagt värdet med PSA-screening för tidig upptäckt av prostatacancer har publicerats under 2009 och 2010 och visat på möjligheten att minska dödligheten i cancerformen. Problemet med negativa sidoeffekter av behandling är en faktor som dock bidragit till att Socialstyrelsen ännu inte rekommenderar allmän screening. En ny uppdatering av kunskapsunderlag och riktlinjer kommer att göras 2011.

Opererade för bröstcancer där sentinel node teknik används vid axilloperation.

Sentinel node (portvaktskörtel) operation innebär att man injicerar radioaktivt märkt substans under pågående operation i tumörområdet varvid man kan identifiera den lymfkörtel som tumören först dränerar sig till. På detta sätt kan man med stor säkerhet bestämma huruvida en cancer är spridd eller inte, vilket är helt avgörande för vilken typ av operation som skall utföras samt vilken övrig behandling patienten bör få. Syftet med sentinel node tekniken är att minska andelen patienter som måste genomgå en fullständig operation i armhålan (axill) och med detta minskar man också risken för besvärande lymfsvullnad i armen. Resultat visar att omkring 70 procent av bröstcancerpatienterna opererats med denna metod. Andelen är högre i Stockholms län än i riket men har ökat generellt under det senaste året.

Kurativt syftande behandling av prostatacancer

Indikatorn avser andelen patienter under 70 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling, med vilket menas kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålterapi. Studier har visat att operation minskar dödlighet i sjukdomen. Dock är inte 100 procent opererade ett mål då vissa patienter väljer att avstå från behandlingen för att undvika livskvalitetsminskande biverkningar. I riket är andelen som fått kurativt syftande behandling 75 procent, i Stockholms län 79 procent.

Säker hälso- och sjukvård

Bröstcancerpatienter som omopererats på grund av komplikationer

Blödning och infektion är kända kirurgiska komplikationer som kan uppkom-

ma efter bröstcanceroperation. Om dessa komplikationer leder till ytterligare operation eller antibiotikabehandling är det en allvarlig komplikation. Andelen har minskat något och är lägre i Stockholms län än i riket. I Stockholms län var det år 2009 1 procent som fick omopereras på grund av komplikationer, i riket var det 1,5 procent.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Kontaktsjuksköterskor

I enighet med utvecklingsplanen för cancersjukvården i Stockholms län ska alla cancerpatienter ha tillgång till en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskorna har en specifik uppdragsbeskrivning och utbildning. Denne är en viktig stödperson för patienten och fungerar som patientens koordinator i vården. Uppgifter för kontaktsjuksköterskan kan vara att delta vid läkarbesök, följa upp med samtal, boka åtgärder, vara tillgänglig per telefon, skriva remisser och dylikt. Under 2009 fanns det totalt 90 kontaktsjuksköterskor i Stockholms läns landsting fördelade på samtliga stora sjukhus.

Effektiv hälso- och sjukvård

Beslut om behandling vid multidisciplinär konferens

Viktiga behandlingsbeslut ska för alla patienter med klarlagd eller starkt misstänkt bröstcancer göras vid en multidisciplinär konferens. Syftet är att inblandade parter gemensamt ska göra en bedömning av behandling. För 93 procent av bröstcancerpatienterna i Stockholms län togs beslut om behandling vid en multidisciplinär konferens år 2009, i riket var andelen 88 procent. För prostatacancerpatienterna togs år 2007 beslut om den primära behandlingen vid multidisciplinär konferens för 17,5 procent av patienterna i Stockholms län. Efter år 2007 har ingen registrering skett över prostatacancerpatienterna kring detta, det finns dock förslag för det i det regionala vårdprogrammet för prostatacancer. För lungcancerpatienter togs år 2008 beslut vid multidisciplinär konferens för 82 procent av patienterna i Stockholms län.

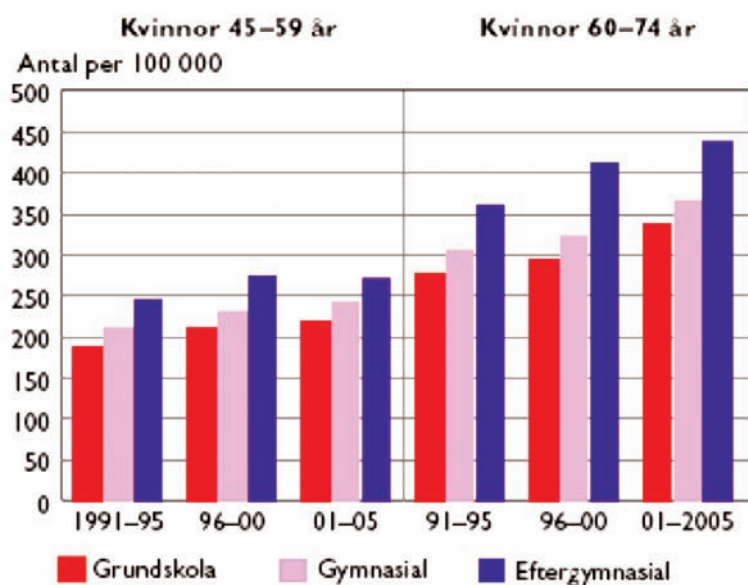
Jämlik hälso- och sjukvård

Sociala skillnader

Inom cancerområdet har det indirekt kunnat utvärderas hur väl målsättningen om vård på lika villkor har uppfyllts genom utnyttjande av information i cancerregistren, andra svenska registerkällor och enkätdata. Resultaten tyder på att det finns sociala skillnader när det gäller risken att utveckla en rad olika cancerformer.

Högutbildade kvinnor löper till exempel större risk att drabbas av bröstcancer än lågutbildade kvinnor. Det speglar bland annat att högutbildade i allmänhet föder barn senare och får färre barn totalt. Samtidigt löper lågutbildade kvinnor högre risk att få bland annat lung- och livmoderhalscancer, som är kopplade till levnadsvanor. Många cancerformer generellt sett är fördelaktigare bland patienter som lever under bättre socioekonomiska förhållanden jämfört med andra.

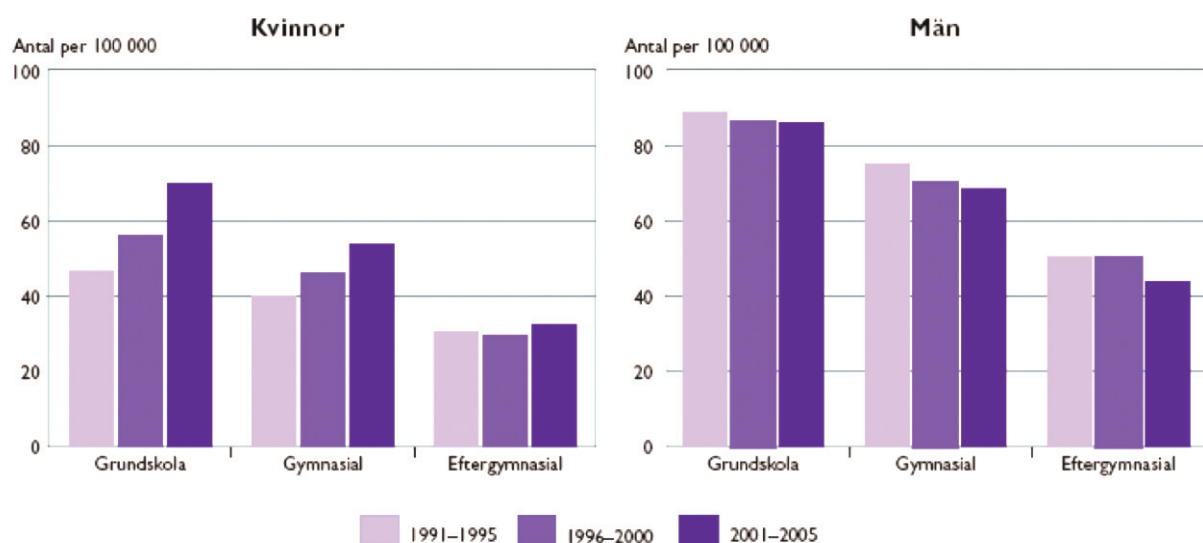
Figur 15. Bröstcancer i olika utbildningsgrupper i riket. År 1991–2005.



Källa: Folkhälsorapport 2009

Lungcancer är betydligt vanligare bland lågutbildade än högutbildade. Andelen kvinnor som dör i lungcancer har ökat men inte bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. De viktigaste orsakerna till att sociala skillnader i cancerdödligheten har ökat, är att lungcancer ökat mer bland kvinnor med kortare utbildning än bland högutbildade och att bröstcancerdödligheten minskat mer bland högutbildade än bland kvinnor med lägre utbildning. Bland män har lungcancerdödligheten minskat något i alla utbildningsgrupperna.

Figur 16. Lungcancerdödlighet i olika utbildningsgrupper i riket, 1991–2005. Kvinnor och män 45–75 år.



Källa: Folkhälsorapport 2009

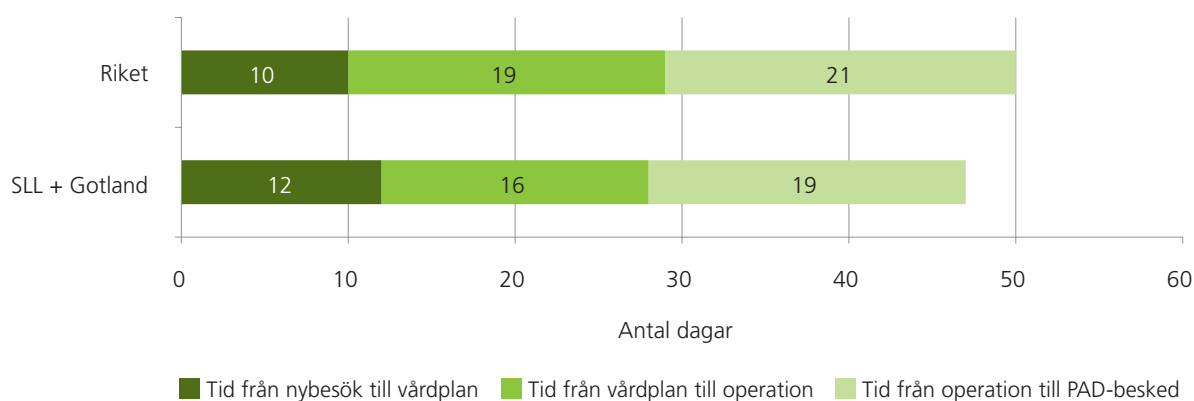
Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Väntetider

Det finns för cancer inget gemensamt mått för att mäta väntetider. Det ser olika ut i olika register. Vägen in i systemet ser väldigt olika ut för olika diagnoser och även inom diagnoserna (tex bröstcancer via screening mammografi, känt knöl via primärvård, direkt till bröstmottagning, direkt till akuten etc.). Tiderna är också beroende på hur vården organiseras, vilket varierar mellan klinikerna.

Statistik har tagits fram från det Nationella Bröstcancerregistret gällande tiden mellan nybesök och besked om patologisk diagnos (PAD) för bröstcancerpatienter år 2008. Den visar att tiden från nybesök till upprättandet av en vårdplan har en mediantid på 12 dagar i Stockholm och -Gotland, medan det i riket är 10 dagar. Mediantiden för tid från vårdplan till operation är 16 dagar i Stockholm och -Gotland och 19 dagar i riket. Tid från operation till PAD-besked efter genomförd kirurgi till patienten har en mediantid på 19 dagar i Stockholm och -Gotland och 21 dagar i riket.

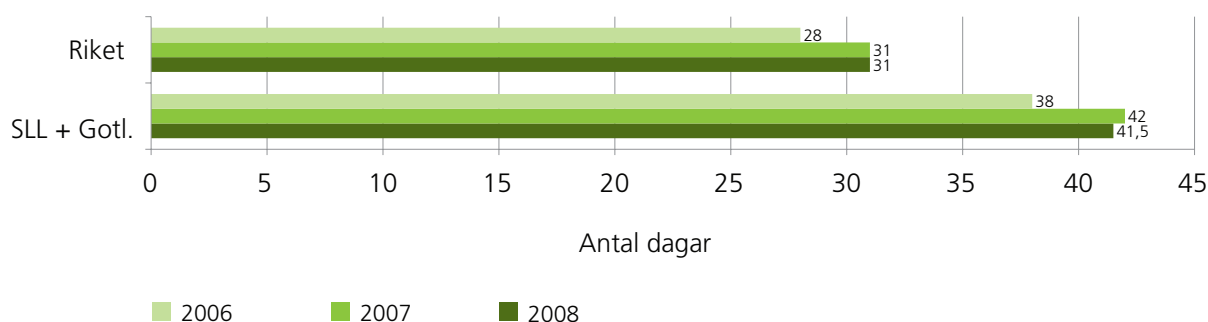
Figur 17. Tid från nybesök till PAD-besked för bröstcancerpatienter i SLL/Gotland och i riket. År 2008.



Källa: Nationella bröstcancerregistret

Nationella lungcancerregistret har tagit fram statistik över totala utredningstider från remiss till behandlingsbeslut. Där framgår att ledtiden har ökat under senare tid samt att Stockholms län inklusive Gotland har längre ledtider än snittet i riket.

Figur 18. Tid från remiss till behandlingsbeslut för lungcancerpatienter i SLL/Gotland och i riket. År 2006–2008.



Källa: Nationella lungcancerregistret

En lungcancerpatient boende i Stockholm har i genomsnitt 1,9 slutenvårdstillfällen per år. Denna andel har inte ökat nämnvärt trots att antalet vårdtillfällen har ökat. Det finns heller ingen könsskillnad sett till genomsnittligt antal vårdtillfällen.

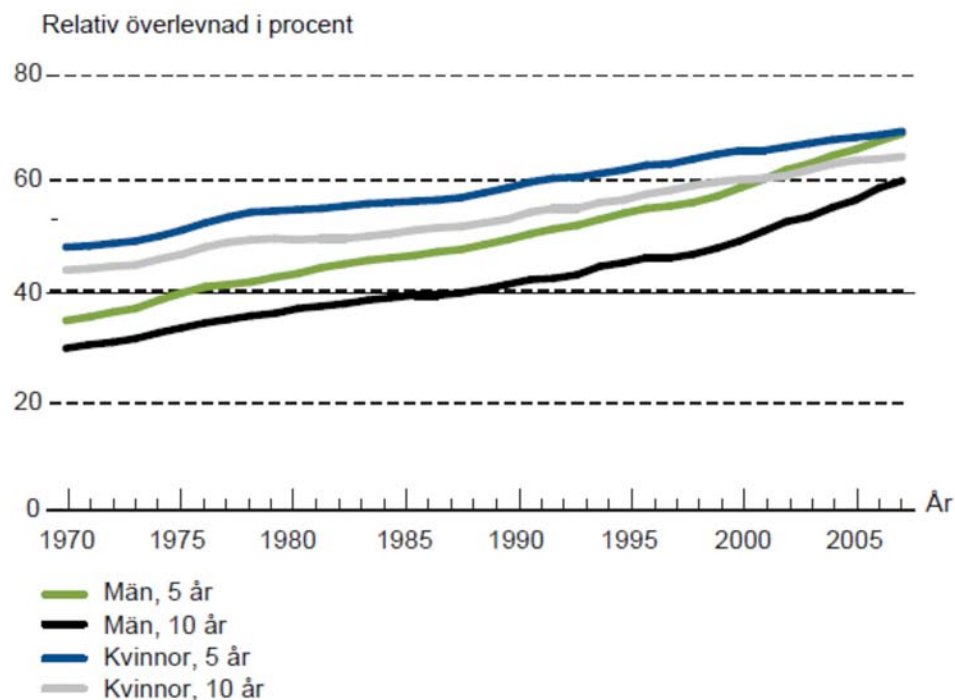
Tid från remissankomst till behandlingsbeslut vid öron-näsa-halstumör lyfts fram i "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet". Medelvärdet för utredningstiden fram till beslut i riket är 50 dagar. Skillnaderna i ledtider från remissankomst till behandlingsbeslut är stora mellan landstingen och medelvärdet spannar från 38–79 dagar. I Stockholms län tar det i genomsnitt 50,3 dagar till beslut.

Effekter av vården

Relativ årsöverlevnad

Begreppet relativ 5- och 10-årsöverlevnad beskriver hur stor andel av cancerpatienterna som fortfarande är i livet efter 5 respektive 10 år, jämfört med en normalbefolkning. Prognosen för cancerpatienter i Sverige har utvecklats i positiv riktning sedan början på 1970-talet. Den relativa 5-årsöverlevnaden skattades då till 35 procent för män och 48 procent för kvinnor. Idag är motsvarande siffror nästan 70 procent för båda könen. Även 10-årsöverlevnaden har förbättrats kraftigt och beräknas idag vara cirka 60 procent för män och 64 procent för kvinnor. Många faktorer påverkar utvecklingen av överlevnad. Förbättrad behandling förlänger överlevnaden för patienterna, men statistiken påverkas även av nya metoder beträffande diagnostik och av screeningverksamhet.

Figur 19. Relativ 5-års- respektive 10-års-överlevnad i riket. År 1970–2007.



Källa: Cancerregistret

5-års överlevnaden för bröstcancer har ökat från 65 procent i mitten av 1960-talet till 84 procent för kvinnor som fick sin diagnos under mitten av 1990-talet och 2009 var den 89 procent i riket. I Stockholms län var den 90 procent år 2009. Den förbättrade överlevnaden beror dels på att mam-mografiscreeningen medför att tumörer upptäcks tidigare, dels på förbättrade behandlingsmetoder.

Prostatacancer växer ofta långsamt och många insjuknar först i hög ålder. Därför är det vanligt att sjukdomen inte förkortar livet. Den relativa 5-års överlevnaden för prostatacancer är 87 procent i riket och 93 procent i Stock-holms län. Överlevnaden minskade i länet under perioden 2000–2006 till 2001–2007 men ökade något igen 2002–2008.

Lungcancer är en av de cancersjukdomar som har sämst prognos och sjuk-domen är svår att behandla. 5-årsöverlevnaden är cirka 12 procent bland män och cirka 15 procent bland kvinnor. 2-årsöverlevnaden är cirka 27 procent för kvinnor och 21 procent för män. 1-års överlevnaden är cirka 45 procent. Det är ganska stora variationer mellan landstingen och kvinnor har högre överlevnad än män. Inga större framsteg har gjorts beträffande möjligheterna att bota lungcancer. Det enda verkningsfulla sättet att bekämpa lungcancer är primär-prevention, det vill säga att minska rökningen. Tobaksrökning orsakar cirka 80–90 procent av all lungcancer.

Konklusion

Sjukvården har förbättrats för bröstcancerpatienter. Andelen bröstcancerpatienter som opereras enligt sentinel node ökar och andelen som omopereras på grund av komplikationer i länet minskar. Tack vare den utbredda mamмоgrafiscreeningen och bättre behandlingsmetoder kan allt fler fall botas. Screeningverksamhet saknas dock fortfarande för prostata- och lungcancerpatienter.

Den relativa överlevnaden för patienter med bröst- prostata och lungcancer ökar, och är högre i länet än i riket.

När det gäller väntetider till behandlingsbeslut har Stockholms län en betydligt längre väntetid än riket för lungcancerpatienter medan väntetiden för bröstcancerpatienter är något kortare i länet än i riket.

Preventivt arbete är av betydande vikt inom cancersjukvården. Dels genom att höja kvaliteten och effektiviteten av befintliga screeningprogram, dels genom att introducera fler och förbättrade metoder för att i ett tidigt skede upptäcka cancer. Information om hur man förebygger ohälsa när så är lämpligt med råd om levnadsvanor är av högsta vikt, inte minst i det tobaksförebyggande perspektivet. Vetenskaplig evidens finns för att enkla råd om rökstopp från läkaren till patienten är ett effektivt sätt att minska rökningen och därmed minska cancerriskerna påtagligt.

Hjärtsjukdom

Hjärtsjukdomar utgör en betydande del av sjukdomsburden i Stockholms län, genom att de leder till långvarig funktionsnedsättning och till för tidig död. Sjukdomarna står för omkring 29 000 vårdtillfällen i länet, vilket utgör omkring 10 procent av alla vårdtillfällen. Varje år drabbas drygt 4 000 personer av akut hjärtinfarkt i länet. Omkring en tredjedel av dessa avlider. Andra viktiga hjärtsjukdomar är hjärtsvikt, som leder till omkring 4 500 vårdtillfällen, och kärlkramp. Båda dessa sjukdomar ger ofta permanent funktionsnedsättning med åtföljande nedsättning av livskvalitet och kostnader för sjukvård och för samhälle.

Hjärtsjukvården har följts med kvalitetsregister sedan 1992. Idag finns fyra kvalitetsregister som nu rapporteras samlat under beteckningen Swedeheart. Registren täcker vården av akut kranskärlssjukdom (Riks-HIA), sekundärprevention efter hjärtinfarkt (SEPHIA), kärlkransröntgen och vidgning av kärlen, så kallad angioplastik, (SCAAR) och hjärtkirurgi. Täckningsgraden för registren beräknas genom att jämföra antalet inrapporterade vårdtillfällen med patientregistret. Inrapporteringen till de olika registren varierar, vilket försvårar jämförelser mellan sjukhusen. I Stockholms län skiljer sig också deltagandet. Södertälje har högst täckningsgrad i Riks-HIA av alla sjukhus i landet, närmare 100 procent, medan KS Solna har en av de lägsta, strax över 60 procent.

I SEPHIA följs hjärtinfarktpatienter som är yngre än 75 år och var i livet vid första uppföljningen 6–10 veckor efter insjuknandet. Sedan december 2009 finns också möjligheter att inrapportera patienter med annan ålder och diagnos. Registret startade 2005 och har fortfarande låg täckningsgrad. För sjukhus som deltar i SEPHIA var den genomsnittliga täckningsgraden 72 procent. Alla akutsjukhusen i SLL deltar. Lägst inrapporteringsgrad har SöS, strax under 50 procent, och högst Norrtälje med nästan 90 procent av patienterna inrapporterade. Nämnaren är antalet hjärtinfarktpatienter, så det rapporterade värdet kan vara ett resultat både av andel patienter som inrapporteras överhuvudtaget och andel av dessa som följs upp. Sjukhusen i SLL kan i flera fall förbättra sitt deltagande i registren. Högt deltagande är en förutsättning för att hjärtsjukvårdens kvalitet skall kunna följas via registren.

Hjärtsjukvården genomgick 2009 som första verksamhetsområde en särskild granskning som ett led i Socialstyrelsens arbete med att följa upp hur väl myndighetens nationella riktlinjer följs. Granskningen redovisar resultat för 45 indikatorer som speglar olika aspekter av hjärtsjukvården. Samtliga indikatorer som vi valt att redovisa i denna rapport finns med bland dessa 45. Socialstyrelsen har också genomfört en fördjupad studie av samband mellan kvalitet och kostnader med hjärtsjukvården som pilotområde. Hjärtsjukvården är därmed kanske det bäst kartlagda vårdområdet i landet.

På basen av den omfattande granskning som gjorts under 2009 rekommenderar Socialstyrelsen generellt landets landsting och sjukhus att:

För hjärtinfarkt:

Ytterligare sänka dödligheten efter infarkt genom att bland annat:

- Öka andelen patienter med ST-höjningsinfarkt som reperfusionsbehandlas (återställande av blodflöde till hjärtat).
- Korta tiden till insatt behandling.
- Diagnostik och läkemedelsbehandling vid utskrift efter infarkt ytterligare förbättras.

Därutöver

- Öka andelen patienter som behandlas med blodfettssänkande behandling efter infarkt.
- Öka insatserna för att minska andelen patienter som fortsätter röka efter infarkt.
- Minska sjukskrivningstiderna efter infarkt.

För rytmrubbningar:

- Öka användandet av blodproppshämmande behandling (warfarin) hos patienter med förmaksflimmer och annan risk för blodpropp och stroke.
- Öka användningen av implanterbara defibrillatorer (ICD) i primär- eller sekundärpreventivt syfte för relevanta patientgrupper.
- Öka antalet implantationer av sviktpacemakers hos patienter med hjärtsvikt för hjärtkirurgi.
- Minska väntetiderna till klaffkirurgi.

Därutöver anser Socialstyrelsen också att fler indikatorer på vårdens kvalitet och insatser i primärvård, omvårdnad, rehabilitering och för prevention, bör utvecklas.

I det följande redovisar vi hur Stockholms läns landsting och i vissa fall de enskilda sjukhusen presterar med avseende på ett antal indikatorer.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Sex indikatorer

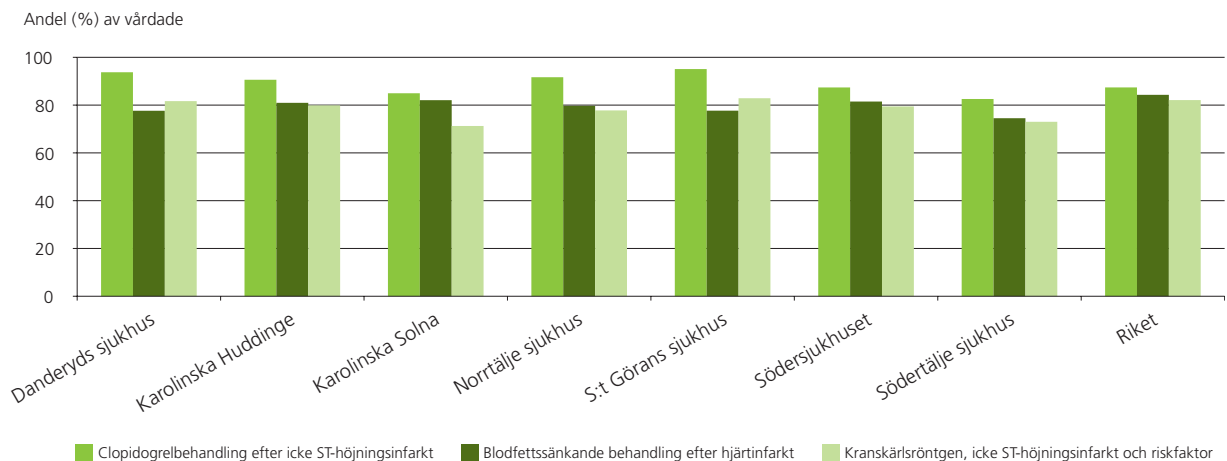
Vi har listat 6 indikatorer på kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Som framgår av bilagan ligger Stockholms län i paritet med riket för de flesta indikatorer för vilka jämförbara data finns. Den enda variabel för vilken värdet skiljer sig markant åt är för implantation av defibrillator hos patienter med hjärtarytmier. Där ligger SLL klart över med ett värde på 15,7 procent för 2009 mot landets genomsnitt på 10,9 procent. Riktvärdet för implantation av defibrillator respektive implantation av sviktpacemaker är 16/100 000 invånare. SLL ligger alltså nära detta värde för implantation av defibrillator, men ej för sviktpacemaker.

Den enda av variablerna där det finns påtagliga könsskillnader är för implantation av defibrillator. Kvinnorna behandlas i betydligt lägre grad än vad männen gör. Socialstyrelsen har uppmärksammat skillnaderna, som även gäller för riket, och anser att de är så stora att de bör utredas.

De tidsserier som finns visar att andelen implanterade sviktpacemakers per 100 000 invånare minskat 2009 jämfört 2006 och att antalet patienter med implanterbar defibrillator ökat. För övriga variabler ses i de flesta fall en svag positiv utveckling för både Stockholm och riket. Resultaten skall tolkas med viss försiktighet då indikationerna för de olika åtgärderna regelbundet modifieras.

Resultat för tre variabler för enskilda stockholmssjukhus och riket finns återgivna i figur 20. Resultaten för sjukhusen ligger rätt väl samlade runt genomsnittet för riket. Andelen clopidogrel-behandlade ligger lite högre för flertalet sjukhus i Stockholm jämfört riket, medan andelen kranskärlsröntgade ligger något lägre. Södertälje sjukhus har lägst värde i länet för alla tre indikatorer.

Figur 20. Resultat för tre variabler som mäter kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård på Stockholms läns akutsjukhus och i riket. År 2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Säker hälso- och sjukvård

Andel omopererade efter hjärtkirurgi

Andelen omopererade av dem som genomgått hjärtkirurgi är en relevant indikator för säker vård. Främsta komplikationen vid denna typ av kirurgi är djupa infektioner i bröstben eller brösthålan (mediastinum). Operationer genomförs vid 8 enheter i Sverige och komplikationerna varierade mellan 0,9–3,3 procent 2006–2007, de år för vilka senast tillgängliga data finns tillgängliga. Den genomsnittliga andelen för riket är 1,2 procent, liksom för Stockholm. Det får sägas vara ett mycket lågt värde.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Livskvalitetsmätningar

Som nämnts ovan har Socialstyrelsen lyft fram bristen på indikatorer på patientens och anhörigas upplevelser av vårdens kvalitet som en brist i uppföljningen av hjärtsjukvården. Det föreligger inga undersökningar i nuläget som mäter detta väl. Man har föreslagit indikatorn "EQ5D-index vid ettårsuppföljning efter diagnostiserad hjärtsvikt". Förhoppningen är att sjukvården successivt skall införa mätningar med detta instrument för att se effekten av

insätta behandlingar på patientens livskvalitet. Även andra instrument som kan förmedla hur vården upplevs av patienterna bör etableras. Här finns en del att lära av stroke-vården där man regelbundet genomför 3- och 9-månadersuppföljning där patientens upplevelser och status med avseende på aktivt dagligt liv mäts.

Effektiv hälso- och sjukvård

Återinläggningar och upprepad vård

Vårdkedjan för hjärtpatienter innefattar akutomhändertagande, uppföljning på hjärtklinik och sedan fortsatta kontroller hos allmänläkare/husläkare. Därtill kan det tillkomma behov av omvårdnad och stöd i hemmet. Ett mått, om än trubbigt, som är kopplat till vårdens kvalitet och vårdkedjans funktion är återinläggning. Den återspeglar dock flera andra faktorer, såsom patienternas medicinska allmäntillstånd och sociala förhållanden. Variation i diagnosställning kan också påverka indikatorn. Indikatorer på återinläggning bör därför tolkas försiktigt. Två indikatorer används här. Den ena redovisar andelen patienter som återinskrivs till slutenvård inom 30 dagar. Den andra mäter andelen personer med tre eller flera vårdepisoder med huvuddiagnosen hjärtsvikt eller förmaksflimmer per 100 000 invånare.

Andelen återinskrivna inom 30 dagar efter hjärtinfarkt har stadigt minskat för riket och låg 2006–2007 på 9,5 procent. För Stockholm var värdet 9,8 procent. Det föreligger betydande variation mellan stockholmssjukhusen. Norrtälje, Danderyd och Södertälje hade högre värde än riksgenomsnittet vid senaste mätning, medan övriga hade lägre andel. Det kan bero på att patientsammansättningen är olika för de olika sjukhusen.

Antalet personer som vårdats tre eller fler gånger för hjärtsvikt eller förmaksflimmer har över tiden legat mellan 3 000 och 3 500 för landet som helhet. Sett som andel per 100 000 hade landet vid senaste mätning 36,7 och Stockholm 33,6. Variationen mellan sjukvårdshuvudmännen är betydande. Stockholm rankas som 8:e landsting i landet för denna indikator. Incidensen är ungefär dubbelt så hög för män som för kvinnor.

Rökstopp efter hjärtinfarkt

Rökstopp efter hjärtinfarkt minskar risken för återinsjuknande och för tidig död. Den valda indikatorn mäter antalet av dem som insjuknat i hjärtinfarkt och som slutat röka vid uppföljning 6 till 10 veckor efter infarkten. För riket är denna andel knappt två tredjedelar, 64 procent. Stockholms läns landsting, med 56 procent rökstopp, ligger trea från botten i rankningen av 20 sjukvårdshuvudmän för denna indikator. Data för de individuella akutsjukhusen i SLL redovisas inte.

Blodfetter

För hög kolesterolhalt i blodet bidrar till åderförfettning, särskilt det skadliga LDL-kolesterolet. Andelen patienter som når målet för LDL-kolesterolnivå efter hjärtinfarkt är ett bra mått på preventiva insatser. Genom korrekt behandling bör i princip samtliga patienter nå detta mål. Indikatorn mäter hur stor andel av de uppföljda patienterna som ett år efter infarkten hade nått målet för koncentration av LDL, <2,5 mmol/l. För Stockholms läns del är siffran

70 procent, något under genomsnittet på 72 procent. Specifika sjukhusdata saknas. Betydligt fler män (72,8 procent) än kvinnor (61,3 procent) i SLL har nått målet.

Jämlik hälso- och sjukvård

Indikatorerna med vilka hjärtsjukvården följs redovisas nu överlag för män och kvinnor var för sig. Möjligheterna att bedöma hur pass jämställd vården är, är därmed förhållandevis goda. I de flesta fall där könsspecifika data finns redovisade är skillnaderna i utfall mellan könen små, men i några fall har skillnaderna mellan män och kvinnor lyfts fram i texten. Kvinnor har många gånger andra och mer svårtolkade besvär vid hjärtinfarkt än män. Det har sannolikt lett till en viss underdiagnostik av hjärtinfarkt hos kvinnor. Med den uppmärksamhet problemet fått, kan man förvänta sig att sjukvården idag är mer vaksam när det gäller att tänka på hjärtinfarkt som en möjlig förklaring till svårtolkade besvär hos kvinnor.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Väntetider

God tillgänglighet till hjärtsjukvård är en självklar rättighet för medborgaren och en nödvändig förutsättning för goda resultat. Att vänta på vården medför medicinska risker för patienten och sänker livskvaliteten. Tre indikatorer som valts för att bedöma vårdens tillgänglighet är väntetid från beslut till bypassoperation, väntetid till klaffkirurgi, och väntetid mellan beslut om operation och utförd kranskärlsoperation. Väntetiden beräknas från det datum då beslut om operation fattats, till det datum när operationen utförs. Medianväntetid används. Därtill har vi också tagit med variabeln andel som väntat >90 dagar på besök inom kardiologi som generell indikator på vårdens tillgänglighet.

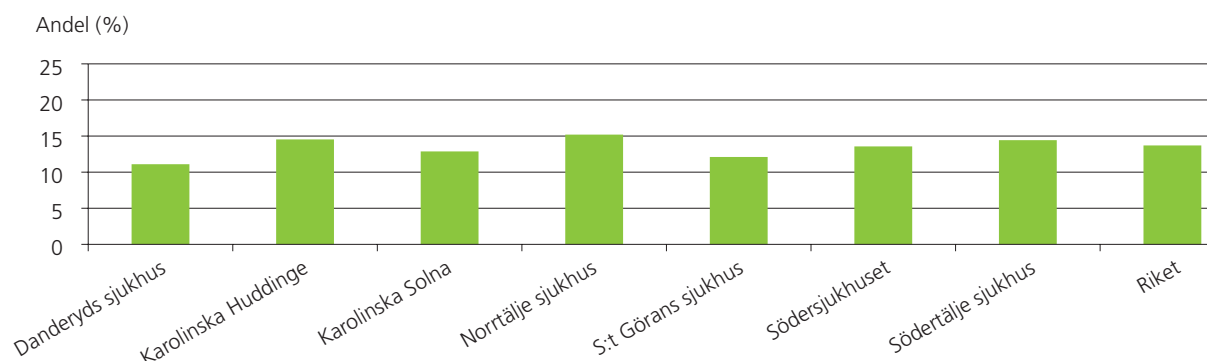
För väntetid till bypassoperation låg SLL med sina 7 dagar 2009 under riksgenomsnittet på 10 dagar. Denna väntetid har successivt minskat de senaste åren. Väntetiden till klaffkirurgi var 41 dagar för Stockholm 2008 mot 45 dagar för landet. Uppgifter från 2007 och 2008 anger att väntetid till utförd kranskärlsoperation i Stockholm är något kortare än för riket som helhet. Medianväntetid för män var 2008 10 dagar och för kvinnor 7 dagar. Stockholm klarade väl att under 2009 begränsa väntetiden till kardiologin. Endast 2,1 procent tvingades vänta mer än 90 dagar på besök, jämfört riksgenomsnittet på 7,3 procent.

Effekter av vården

Dödlighet

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt är ett internationellt etablerat mått på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården. Resultat för Stockholms akutsjukhus och riket återges i figur 21.

Figur 21. Dödlighet inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt per sjukhus i SLL och i riket. År 2007–2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Som framgår ligger sjukhusen väl samlade runt riksgenomsnittet. Danderyds sjukhus har liksom 2008 lägsta värdet. Det är noterbart med tanke på att sjukhuset också, som visades ovan, har högsta andelen återinläggningar efter infarkt.

Dödligheten inom 28 dagar varierar för landets sjukhus från 8,8 procent till 22,7 procent. Det talar för att sjukhusen i Stockholm kan förbättra överlevnaden efter hjärtinfarkt.

Som jämförelse finns också en indikator på dödligheten inom 28 dagar av alla hjärtinfarkter. Den inkluderar alltså människor som inte sjukhusvårdats i samband med sin infarkt. För Stockholms län var andelen döda inom 28 dagar av alla som fick hjärtinfarkt 29,4 procent under den senaste mätperioden 2006–2008, samma som för riket. Att drabbas av hjärtinfarkt är således fortsatt mycket farligt.

Dödlighetstalen är nu obetydligt högre för män än för kvinnor. Dödligheten i hjärtinfarkt är starkt associerad med ålder och tid. Dödligheten för dem som är över 80 år är 8 gånger så hög som bland dem som är yngre än 60. Ett år efter hjärtinfarkt har 4 procent av dem som var under 60 år när de fick sin infarkt avlidit, medan motsvarande siffra för dem som är över 80 år är 36 procent. Dödligheten dubblas i stort för varje tioårsperiod i ålder från 60 års ålder.

Socialstyrelsen skriver i sin rapport om uppföljningen av hjärtsjukvården att dödligheten efter hjärtinfarkt har minskat betydligt under de senaste decennierna, men att det råder stora skillnader mellan landstingen. Det tyder på att mortaliteten inom vissa landsting kan minskas ytterligare, sannolikt så också i Stockholm.

Sjukskrivning

Andelen heltidssjukskrivna patienter efter hjärtinfarkt är ett mått på både vård och rehabilitering. De landsting som har lägst andel heltidssjukskrivna 6 till 10 veckor efter hjärtinfarkt ligger mellan 20 till 30 procent. Endast ett par landsting nådde vid senaste mätning, 2006–2007, denna nivå. Stockholms läns landsting tillhörde inte dem med sina 42,4 procent. Riksgenomsnittet låg på 42,8 procent.

Konklusion

Hjärtsjukvården i Stockholm skiljer sig överlag inte från landet som helhet. De flesta resultaten för Stockholm ligger nära genomsnittsvärdena för riket som helhet. Positivt är att patienter med hjärtarytmi i SLL i större utsträckning än resten av landet får möjlighet att få defibrillator insatt.

Det sker överlag en god utveckling av hjärtsjukvården i landet och i Stockholm och dess resultat är goda. Exempel på god vård i landstinget är att andelen komplikationer vid hjärtkirurgi är mycket låg och att andelen återinskrivna inom 30 dagar efter hjärtinfarkt är mindre än 10 procent. Stockholm uppfyller vårdgarantin bra för kardiologin. Endast omkring 2 procent tvingades vänta mer än 90 dagar på besök 2008. Samtidigt talar en betydande variation i diagnostik på de olika sjukhusen i länet för en viss geografisk ojämlikhet inom hjärtsjukvården. Stockholm ligger trea från botten i rankning av landets sjukvårdshuvudmän med avseende på indikatorn ”rökstopp efter hjärtinfarkt” där 56 procent av patienterna slutat röka efter infarkt.

Skillnader mellan män och kvinnor föreligger bland patienter som fått ner sina kolesterolvärden, där männen har ett bättre resultat, och i dödlighet, där männen ligger något över kvinnorna.

Den utveckling som skett inom hjärtsjukvården har lett till stor förbättring av överlevnad och livskvalitet. Framöver bör landstinget fortsatt satsa på intensiv hjärtsjukvård där nya invasiva och medicinska metoder tillämpas. Inom Stockholms län bör man också satsa mer på rökstopp efter operation där det finns potential för förbättrad hälsa. Slutligen bör de geografiska skillnader som finns mellan norra och södra landsdelarna och centrala Stockholm analyseras närmare.

Stroke

Stroke är samlingsnamn för infarkt i hjärnan och blödningar i eller omkring hjärnan. Infarkt beror på att en propp bildas eller fastnar i ett blodkärl i hjärnan som då täpps igen. Till följd av syrebrist i cellerna skadas då hjärnvävnaden tillfälligt eller permanent. Ett snabbt omhändertagande är av största betydelse för utgången vid stroke till följd av blodpropp, för att få igång syresättningen till cellerna så att de inte dör. Stroke orsakas i omkring 85 procent av fallen av blodpropp. Resterande fall är antingen blödningar i hjärnan (10 procent) eller under en av hjärnhinnorna (5 procent). Årligen drabbas cirka 5 500 människor i Stockholms län av stroke. De allra flesta (drygt 80 procent) är över 65 år. Dessutom beräknas att cirka 8 000 människor årligen drabbas av transitorisk ischemisk attack (TIA). TIA innebär att en mindre del av hjärnan drabbas av övergående syrebrist utan att bestående skador uppstår. Orsaken är ofta mikropropplar i blodkärlen. Cirka 10 procent av dem som har en TIA får en stroke inom två dagar. Snabbt påbörjad behandling av TIA innebär kraftigt minskad risk för stroke.

Män som drabbas av stroke är i genomsnitt 5 år yngre än kvinnor. Däremot får ungefär lika många kvinnor som män stroke i befolkningen.

Stroke är en av våra stora folksjukdomar med svåra konsekvenser för många av dem som drabbas. Sjukdomen är den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken i landet (efter hjärtinfarkt och cancer). Stroke leder till fler vård dagar på svenska sjukhus, närmare en miljon, än någon annan enskild sjukdom. För personer som drabbats av stroke krävs också stora resurser i kommunala särskilda boenden och kommunal hemtjänst. Den totala samhällskostnaden för stroke har uppskattats till minst 14 miljarder kronor per år.⁶

Socialstyrelsen tog 2009 fram nya rekommendationer för strokevården. Dessa innebär bland annat att tidsgränsen för propplösande medicinsk behandling (trombolysbehandling) har förlängts från 3 till 4,5 timmar efter symtomdebut. Det har visats att de positiva effekterna av en aktiv behandling med propplösande läkemedel överväger riskerna upp till 4,5 timme efter att sjukdomen debuterat. Förändringen innebär att fler drabbade nu kan hjälpas och att prognosen förbättras för dem. Vidare rekommenderar Socialstyrelsens riktlinjer akut utredning och behandling på sjukhus vid misstänkt TIA. Datortomografi bör helst göras samma dag som patienten insjuknat. Inom ytterligare någon dag bör ultraljudundersökning av halsens blodkärl och i vissa fall av hjärtat göras. Det är således utredningar som kräver tillgång till sjukhusets resurser.

⁶ Uppgifterna i texten baseras i stor utsträckning på Riks-strokes årsrapport 2009

Akut omhändertagande av stroke är således idag något som kräver tillgång till högkvalificerad vård med avancerad utrustning. Tillgången till sådan vård är idag begränsad i delar av landet och det utgör även en utmaning i Stockholms län att få in drabbade snabbt till god och effektiv strokevård. Särskilda stroke-enheter har inrättats på många sjukhus för att säkra kompetens och diagnostik och Socialstyrelsen använder nu andelen stroke-drabbade som vårdas på en stroke-enhet, som en indikator på kvaliteten av strokevården. I Stockholms län har ett förbättringsarbete genomförts för att förkorta tiden från symtom-debut till ankomst på sjukhus. Detta har lett till ökad medvetenhet om vikten av akut och kompetent bedömning av patienter med stroke. Inom SLL drivs ett aktivt förbättringsarbete kring strokevården i ett projekt kallat BÄST (Bättre Stroke-vård i Stockholm).

Strokevården rapporteras sedan 1994 av de allra flesta av landets sjukhus till ett nationellt kvalitetsregister, Riks-stroke. Täckningsgraden beräknas på antal förstagångsinsjuknanden registrerade i Riks-Stroke i förhållande till antalet förstagångsinsjuknanden i akut stroke i diagnosregistret för slutenvården. Täckningsgraden för hela riket rapporteras i Riks-Stroke's årsrapport 2009 till 85 procent, vilket får sägas vara mycket bra. I Stockholms län beräknas Karolinska Solna ha en täckningsgrad på 82 procent, Karolinska Huddinge 88 procent, Capio St Göran 96 procent, Södersjukhuset 94 procent, Södertälje 82 procent, Norrtälje 78 procent och Danderyds sjukhus 82 procent.

Noterbart är att Södersjukhuset hade flest strokepatienter i landet, 1 234, följt av Capio St Göran med 969.

De kvalitetsindikatorer som ingår i Riks-stroke mäter både vårdprocesser och utfall. Information samlas in både från vården och från patienterna. Det sistnämnda genom ett frågeformulär som tillställs patienten 3 månader efter insjuknandet. Formuläret innehåller bland annat frågor om funktion, allmänt hälsotillstånd, livskvalitet och förekomst av komplikationer såsom nedstämdhet och trötthet. 2009 genomfördes också en motsvarande enkät 12 månader efter insjuknande. Med denna enkät avser man också att mäta kvaliteten i de stödsatser som närstående och kommuner gör. Nedanstående genomgång av strokevården bygger till stor del på Riks-stroke's uppgifter och resultat.

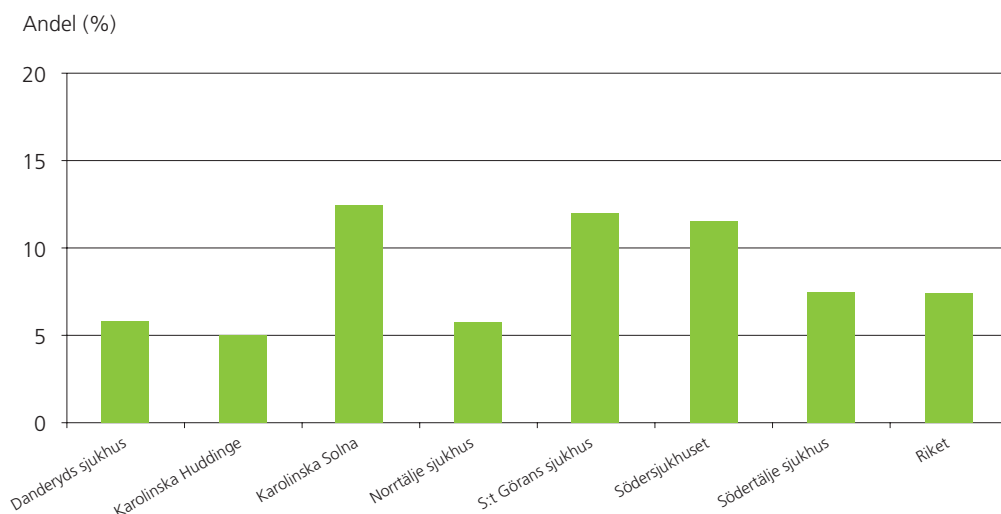
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Trombolysbehandling

Trombolysbehandling, eller blodproppslösande behandling, har fått högsta prioritet i de nationella riktlinjerna för strokevård. En förutsättning för att sätta in trombolytisk behandling är som påpekats ovan att behandlingen kan sättas in snabbt efter insjuknandet. Andelen som ställs på trombolytisk behandling är beroende av faktorer som ligger både i vården och utanför denna, då patienten måste komma in i tid för att vara aktuell för behandling.

Resultat för Stockholms sjukhusen avseende propplösande behandling för år 2008 återges i figur 22. Högst andel har Karolinska Solna där 12,4 procent av patienterna gavs sådan behandling. Lägst andel har Karolinska Huddinge där 5,5 procent fick trombolytisk behandling. Samtliga Stockholms sjukhus borde kunna förbättra sig med avseende på denna indikator. Snittvärdet för landstinget (9,4 procent) är dock högre än riksgenomsnittet på 7,4 procent.

Figur 22. Andel vårdade som behandlats med trombolys i akutskedet vid stroke på Stockholms akutsjukhus och i riket. År 2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Blodförtunnande behandling

Förmaksflimmer är en av de vanligaste orsakerna till stroke. Behandling med blodförtunnande medicin warfarin (antikoagulantabehandling) till patienter med förmaksflimmer och hjärninfarkt minskar avsevärt risken för återinsjuknande. Samtidigt innebär blodförtunnande behandling en risk för blödning, särskilt i högre ålder. Alla kan därför inte behandlas på detta sätt. En optimal andel behandlade anses ligga i storleksordningen 40–60 procent av alla som fått stroke.

Senaste data från 2010 visar att 60,2 procent av patienterna i SLL fick sådan behandling. Utvecklingen är svagt positiv i landstinget. Riksgenomsnittet ligger på 65,8 procent. En jämförelse mellan riket och Stockholms län är svårvärderad eftersom optimal behandlingsnivå beror på befolkningens sammansättning. Ju fler äldre desto lägre bör andelen som ställs på warfarin vara. Eftersom andelen äldre i befolkningen i Stockholms län är något lägre än för riket som helhet, 14,7 procent mot 18,1 procent, borde dock Stockholm sannolikt kunna komma något högre i andelen som ställs på blodförtunnande. Stockholm har också närmat sig riksgenomsnittet jämfört föregående mätning.

Något fler kvinnor (63,8 procent) än män (57,7 procent) ställs på blodförtunnande behandling.

Rökstopp efter stroke

Rökstopp är en viktig åtgärd för att förebygga återinsjuknande efter inträffad stroke. I Riks-stroke följer man upp rökstatus för de insjuknade och andelen patienter som uppger att de slutat röka efter slaganfallet av alla som rökte vid insjuknandet. I Stockholm saknas uppgifter om rökning för omkring 14 procent av patienterna. Det placerar landstingets sjukhus bland de sämre när det gäller inrapportering av denna information. Omkring 45 procent av patienterna i Stockholm som var rökare vid insjuknandet uppger 3 månader senare att de slutat röka. En del sjukhus i andra delar av landet har resultat

som ligger uppemot 60 procent, så här finns en betydande förbättringspotential inom SLL.

Blodtryckssänkande behandling

Hälsoeffekterna av blodtryckssänkande behandling efter stroke är idag vetenskapligt belagd. Sådan behandling har en mycket hög prioritet i de nationella riktlinjer för strokevård som tagits fram. Data från Riks-stroke visar att två Stockholmssjukhus, Karolinska Solna och Södertälje, är minst aktiva när det gäller att sätta in blodtryckssänkande behandling. Andelen för de flesta sjukhus i landet ligger runt 80 procent, medan den för Karolinska Solna ligger under 60 procent. Södertälje har omkring 70 procent behandlingsgrad. Övriga Stockholmssjukhus ligger bättre till, men endast Danderyd och Norrtälje ligger över riksgenomsnittet.

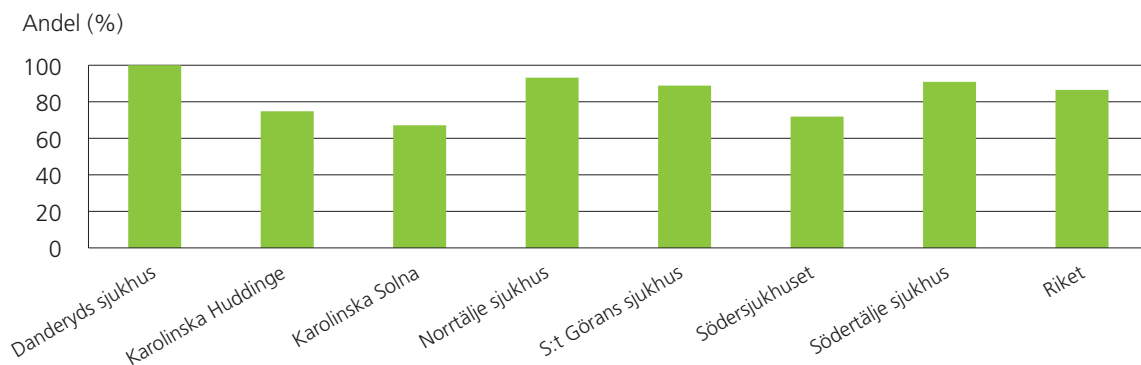
Säker hälso- och sjukvård

Vård på stroke-enhet

Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att vård på väl fungerande stroke-enheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. De positiva effekterna gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Vård på en strokeenhet har i de nationella riktlinjerna givits högsta prioritet och målet är att mer än 90 procent vårdas vid strokeenhet. Enligt Öppna Jämförelser 2010 vårdades 81,6 procent av stroke-patienterna inom SLL på stroke-enheter 2009 mot 89,1 procent för Sverige som helhet. SLL ligger lägst i hela landet för vård av män på stroke-enhet och femte lägst bland kvinnor. Andelen män som vårdas på stroke-enhet var i Stockholm 81,8 procent jämfört med 81,6 procent för kvinnor. Det har skett en utjämning mellan könen jämfört tidigare mätningar, men viktigare än ändå att andelen för Stockholm är fortsatt låg.

Andelen vårdade på stroke-enhet på de olika Stockholmssjukhusen illustreras i figur 23 nedan. Minst två tredjedelar av patienterna på något akutsjukhus i SLL vårdades på stroke-enhet. Lägst andel vårdade på stroke-enhet i hela riket hade Karolinska Solna (67,1 procent).

Figur 23. Andel patienter med stroke som vårdats vid stroke-enhet på Stockholms sjukhus och i riket. År 2008.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

I ljuset av ovanstående diagram bör det noteras att en ny stroke-enhet öppnades på Södersjukhuset under 2009. Det medförde att man 2009 kunde vårda 72 procent av patienterna på sådan enhet, jämfört med 51 procent 2008.

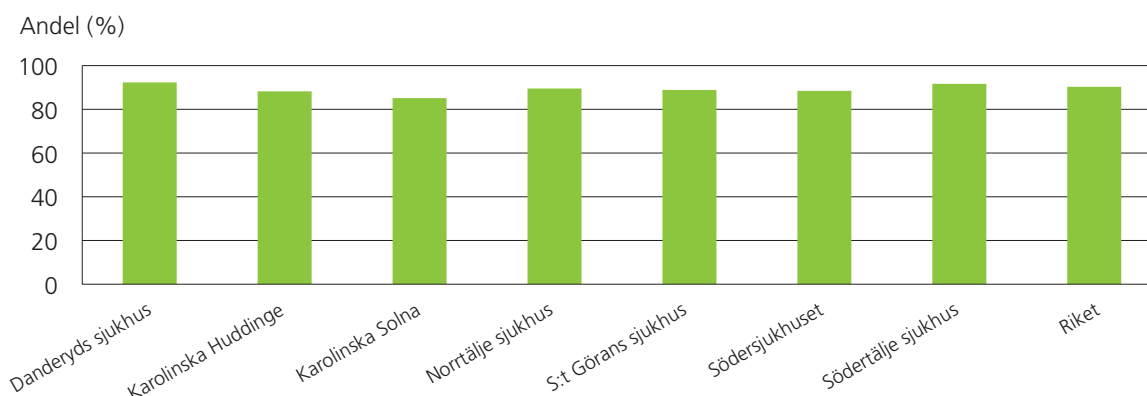
Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientnöjdhet

Av dem som i Stockholms län svarat på 3-månadersenkäten till patienter och anhöriga är 89,2 procent nöjda eller mycket nöjda med vården, en andel som är obetydligt lägre än riket i övrigt. Jämfört tidigare har skillnader i nöjdhet mellan män och kvinnor suddats ut.

Variationen i patientnöjdhet i landet är liten, men några av sjukhusen i Stockholm har största andel missnöjda patienter i landet. Karolinska, Solna har 7e lägst andel nöjda av 76 sjukhus i landet som lämnat information om indikatorn.

Figur 24. Andel patienter som var nöjda med sjukhusvården vid stroke på Stockholms akutsjukhus och i riket. År 2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Effektiv hälso- och sjukvård

Nöjdhet med rehabilitering. Tillgång till logoped.

Indikatorer på vårdkedjan kan vara nöjdhet med rehabilitering och tillgång till logoped för dem som har talsvårigheter. Stockholm tillhör de landsting som har lägst andel nöjda patienter med rehabiliteringen i landet i spannet 85–90 procent. Vad gäller tillgången till logoped tillhör SLL däremot med 55 procent de landsting som ligger i övre halvan bland landstingen.

Återinsjuknande i stroke

Risken för återinsjuknande i stroke är betydande. Till detta kan läggas risken att återinsjukna i annan hjärt-kärlsjukdom. Hälso- och sjukvårdens samlade förebyggande åtgärder efter stroke är angelägna och kan sannolikt påverka risken för återinsjuknande efter stroke. Andel återinskrivningar på sjukhus efter stroke är ett mått på de sekundärpreventiva insatserna efter stroke och därmed också ett indirekt mått på hur pass väl vårdkedjan fungerar. Åtgärderna omfattar bland annat påverkan på levnadsvanor genom exempelvis rökavvänjning, kostrådgivning, hjälp med fysisk aktivitet och stöd till aktivt dagligt liv (ADL). Andra åtgärder är läkemedelsbehandling (blodtryck, blodfetter, blod-

propps-förebyggande behandling), som kan ges och följas på olika nivåer i vårdsystemet, och operation vid förträngning av halspulsådern, vilken utförs på kärlkirurgisk klinik. Det är således många aktörer som är inblandade för att få en fungerande vårdkedja.

I Stockholms län var andelen som återinskrevs efter stroke 11,4 procent jämfört med 9,8 procent för hela landet. Könsskillnaderna för denna indikator är obetydliga.

Jämlik hälso- och sjukvård

Det finns små könsskillnader i riskfaktorerna för stroke (høgt blodtryck, för-maksflimmer, diabetes och rökning). Av patienter som drabbas av stroke lever dubbelt så många kvinnor som män ensamma. Dubbelt så många kvinnor som män bor redan på institution. Fler kvinnor än män är ADL-beroende (Aktivitet i Dagligt Liv) redan före insjuknandet. Det kan bland annat bero på att kvinnorna är äldre när de får sin stroke.

Om vi ser till de kvalitetsindikatorer som ingår i Öppna Jämförelser och Riks-stroke så föreligger det små skillnader i utfall mellan män och kvinnor i länet. Tidigare skillnader mellan könen för vård på stroke-enhet och patient-nöjdhet har som påpekats försvunnit i senaste Öppna jämförelser.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

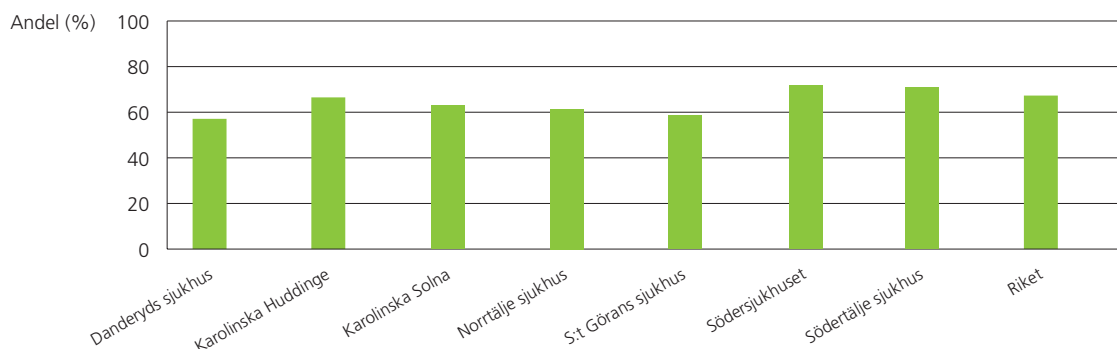
Väntetid till behandling

Strokesjukvård är helt och hållet akut i det inledande skedet. Väntetider skall inte förekomma och som beskrivits ovan är ett snabbt omhändertagande mycket viktigt för utgången. Tiden mellan insjuknande till kontakt med sjukvård rapporteras in till Riks-stroke. Den varierar över landet och uppskattas i senaste rapporten från Riks-stroke till över 6 timmar för landet som helhet. Tiden har minskat med 1,6 timmar de senaste 2 åren, men är fortfarande för lång.

Vad gäller genomsnittlig tid mellan insjuknande och ankomst till sjukhus så varierade den 2008 i Stockholm från 4,44 timmar för patienterna på Södertälje sjukhus till 7,86 timmar för patienterna på Danderyds sjukhus. Det skiljer alltså mer än 3 timmar, en variation som inte är acceptabel.

I figur 25 anges andelen patienter som inkom inom 3 timmar till sjukhus år 2008. Genomsnittsandelen för riket var då 67,3 procent.

Figur 25. Andel med stroke som inkom till akutsjukhus inom 3 timmar efter insjuknande på Stockholms akutsjukhus och i riket. År 2008.



Källa: Riks-Stroke

Effekter av vården

Dödlighet i stroke

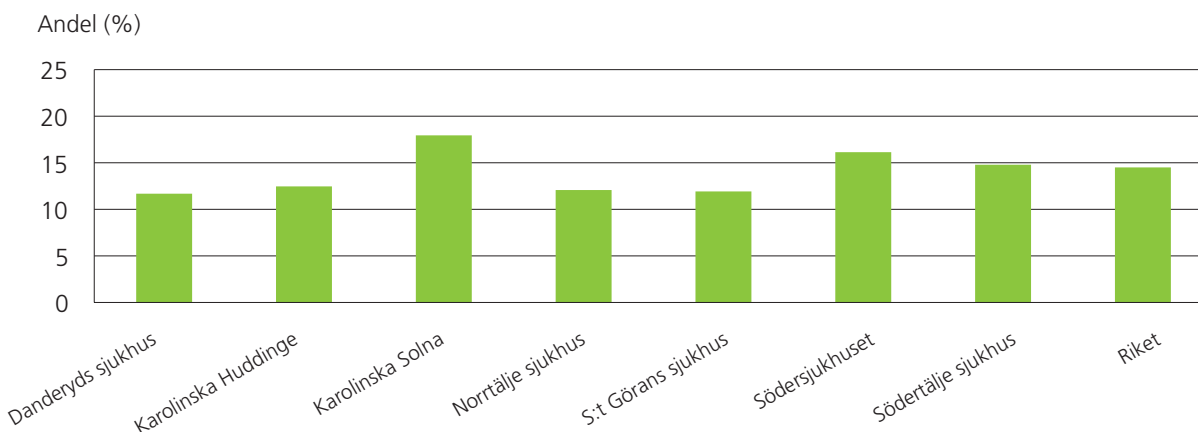
Bland de drygt 17 000 män och 18 000 kvinnor som årligen drabbas av stroke i Sverige vårdas ungefär 30 000 på sjukhus. Information för ett antal mått för att mäta effekterna av sjukhusvården samlas in genom Riks-stroke. Dessa är utfallsmått efter förstagångsstroke (dödlighet) och återinsjuknande samt olika mått på patientens funktionsförmåga och självskattade hälsotillstånd.

I Stockholms län dog 13,9% av patienterna som vårdats för stroke inom 28 dagar under perioden 2006–2008, ett resultat som är jämförbart med rikets. Av alla som fick stroke dog 21,1 procent. Detta resultat inkluderar alltså även de som dog utan sjukhusvård.

Dödligheten efter förstagångsstroke efter sjukhusvård på stockholmssjukhusen och i riket ges i figur 26. Karolinska Solna har högst dödlighet följt av Södersjukhuset. Utfallet för denna variabel återspeglar inte enbart vårdens kvalitet utan även förutsättningarna att lyckas med vården. En viktig faktor är patientens grundtillstånd. Ju fler patienter som har andra sjukdomar och ju äldre de är, desto svårare är det att lyckas med vårdinsatserna. Patientunderlaget kan alltså vara en orsak till skillnaden i utfall mellan sjukhusen. En annan faktor av betydelse för utfallet är tid från insjuknande till ankomst till sjukhus.

Det är glädjande att samtliga sjukhus i Stockholm har minskat dödligheten jämfört med föregående mätperiod.

Figur 26. Dödlighet efter förstagångsstroke bland sjukhusvårdade på Stockholms akutsjukhus och i riket. År 2006–2008.



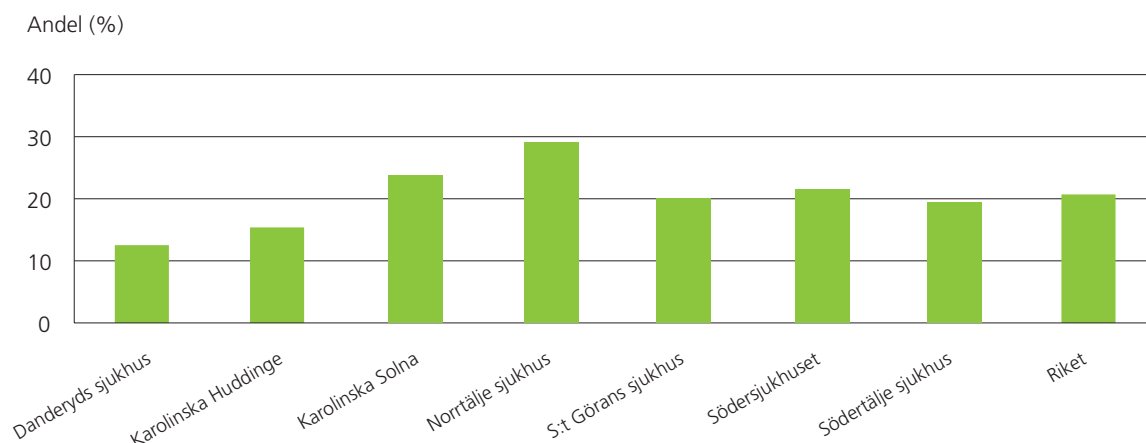
Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Av patienterna som får stroke i Stockholm är det omkring 10 procent som återinläggs inom 3 månader. Sammantaget är det alltså cirka 25 procent som dör eller snart återinsjuknar efter en stroke. Det får anses vara otillfredsställande och det är ett hälsoutfall som bör kunna påverkas på både kort och längre sikt.

Nedsatt funktionsförmåga efter stroke

I figur 27 återges andelen patienter som har nedsatt funktionsförmåga 3 månader efter stroke. Flera stockholmssjukhus ligger lägre än riksgenomsnittet, men Karolinska Solna och Norrtälje ligger över. Täckningsgraden skiljer sig dock mellan sjukhusen vilket begränsar värdet av en jämförelse.

Figur 27. Andel med nedsatt funktionsförmåga efter stroke på Stockholms akutsjukhus och i riket. År 2008.

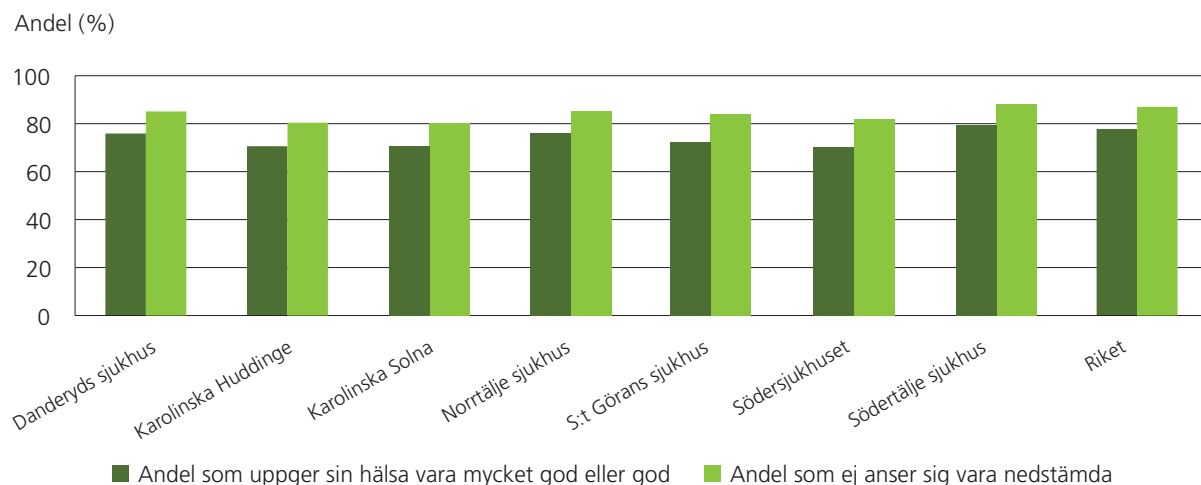


Källa: Riks-stroke

Uppskattad hälsa

I figur 28 anges andel som uppger att deras hälsa var mycket god eller god och andel som inte känner sig nedstämda vid 3-månadersuppföljningen. Här är det liten skillnad mellan sjukhusen och samtliga ligger i närheten av riksgenomsnittet.

Figur 28. Andel som uppger sin hälsa vara mycket god eller god och andel som ej uppger sig vara nedstämda efter stroke på Stockholms akutsjukhus och i riket. År 2008.



Källa: Riks-stroke

Konklusion

Sammanfattningsvis kan det sägas att Stockholms läns landsting och akut-sjukhusen i länet klarar sig bra vid en jämförelse med riket som helhet. Samtidigt finns det några enstaka avvikelser från riksgenomsnittet. Vidare finner man vid en jämförelse med andra sjukhus i landet att ett antal sjukhus har bättre resultat än stockholmssjukhusen. Det bör vara högt prioriterat att förbättra strokevården i landstinget. Fortfarande är det omkring 25 procent av dem som drabbas av stroke som dör eller får en ny stroke inom 3 månader. Särskilt angeläget framöver är att minska tiden från insjuknande till ankomst till sjukhus och att öka andelen patienter som vårdas på stroke-enhet. Även andelen patienter med förmaksflimmer som behandlas med blodförtunnande bör öka.

Ortopedisk sjukdom

Sjukdomar och besvär i rörelseorganen är i Sverige den vanligaste anledningen till smärta, nedsättning av arbetsförmågan och långtidssjukskrivning. En tredjedel av all ohälsa och sjukfrånvaro i Sverige beror på rörelseorganens sjukdomar och kostar därför samhället stora summor årligen.

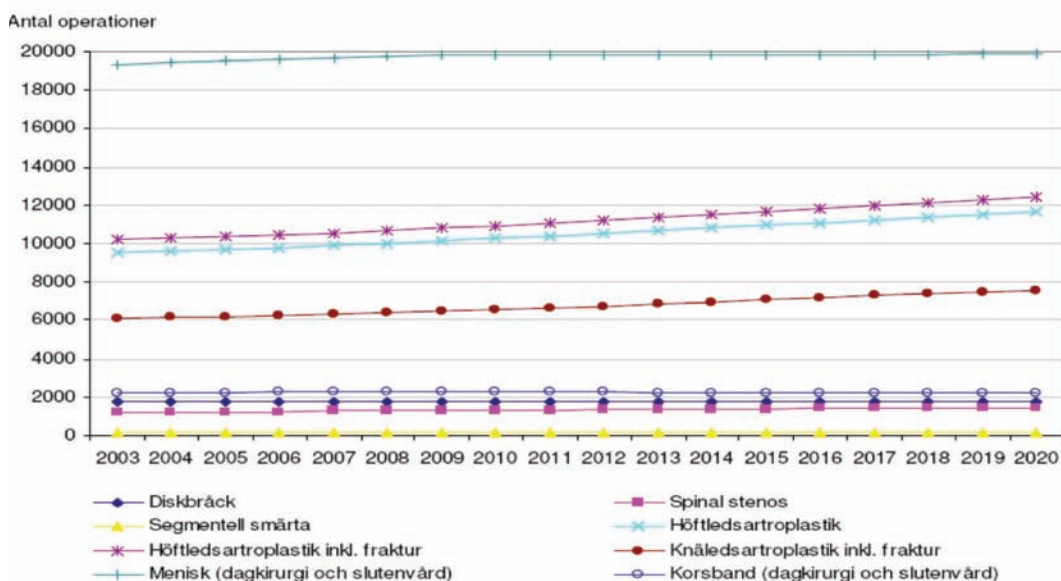
Vid akutsjukhusen i Stockholms län är operation av frakturer i höft, lårben och handled mest förekommande inom den akuta vården. Inom planerad vård är operation av primära ledproteser i nedre extremiteter vanligast. Den akuta och planerade vården utgör ungefär 70 procent av totalt utförd vård inom akutsjukhusens ortopediska verksamheter. Inom slutenvården vid akutsjukhusen i länet förekom 2009 cirka 18 000 vårdtillfällen, varav 65 procent var akuta fall. Medelvårdtiden låg på 4,38 dagar. Under samma period gjordes cirka 165 000 besök i öppen vård, varav 25 procent var akuta.

Den 1 januari 2009 infördes Vårdval för planerade operationer av höft- och knäprotespatienter avseende ASA-klass 1 och 2. Operationer av högre ASA-klasser, patienter med funktionsnedsättning och svår systemsjukdom, utförs endast vid akutsjukhusen.

De frakturkirurgiska ingreppen ökar och nya tekniker gör att frakturer kan opereras på ett säkrare sätt. För patienter med höftfraktur på lårbenshalsen kommer allt fler att direkt få en höftplastik i stället för att spikas, vilket ger mindre komplikationer. Även inom artrosbehandlingen sker viss utveckling när det gäller operationer med proteser och olika metoder för ledytor. Inom ortopedin går utvecklingen vidare mot ökad kvalitetssäkring både via registren och med analyser av den dagliga rutinsjukvården.

Äldre människor drabbas oftare av sjukdomar i rörelseorganen och den ökande andelen äldre kommer att få betydelse för omfattningen av ortopediska sjukdomar i framtiden. Nedanstående prognos är baserad på antagandet att vårdkonsumtionsförändringar över tiden kan förklaras av förändringar i de demografiska sammansättningarna. Prognosen grundas på den under perioden 1998–2002 observerade medelvårdskonsumtionen och av SCB utförda länsvisa befolkningsframskrivningar fram till år 2020. Prognosen bör ses som ett framtida minimibehov. I denna kan man se att det framför allt är meniskbehandlingar (dagkirurgi och slutenvård), höftledsartroplastik och knäledsartroplastik som kommer att öka.

Figur 29: Prognos över antal operationer fram till 2020 för ett urval ortopediska behandlingar.



Källa: Nationellt kompetenscentrum för ortopedi.

FN och WHO utnämnde årtiondet 2000 till 2010 till Rörelseorganens årtionde, The Bone and Joint Decade. Bakgrunden är kunskapen om den stora påverkan som rörelseorganens sjukdomar har på samhället, hälso- och sjukvården och den enskilde tillsammans med insikten om att våra resurser måste användas på ett optimalt sätt. Organisationen har haft som mål att undervisa och utbilda allmänheten, satsa på förebyggande åtgärder, främja kostnadseffektiv diagnostik, vård och behandling samt arbeta för ökade forskningsinsatser på området. I Sverige går organisationen under namnet Liv och rörelse.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Osteoprosbehandling som prevention

Benskörhet efter fraktur eller osteoporos är ovanligt före 55 års ålder, men förekomsten ökar kraftigt med åldern, framförallt hos kvinnor. Personer som redan fått en fraktur har en starkt förhöjd risk att i framtiden drabbas av ytterligare frakturer. Sjukdomen bedöms vara underdiagnostiserad och underbehandlad. Läkemedelsbehandling av äldre med osteoporos och frakturer är väl dokumenterad och behandling minskar risken att få fler frakturer. Andel kvinnor, 65 år och äldre, med benskörhet som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter sjukhusvård uppgick 2006–2008 till 21 procent i Stockholms län och 23 procent i riket. Andelen har sjunkit sedan 2005–2007. Stockholms län ligger tredje från botten i Sverige gällande detta.

Komplikationer efter höft- och knäprotesoperation

Utbyte av delar av eller hela protesen kan bero på patientrelaterade faktorer, men kan också vara tecken på olyckligt protesval eller kirurgisk teknik. Andel totala knäproteser som inte omopererats inom tio år var 2009 i Stockholms län och riket 96 procent. Resultaten är världsledande när man jämför med andra länder som kan redovisa liknande statistik.

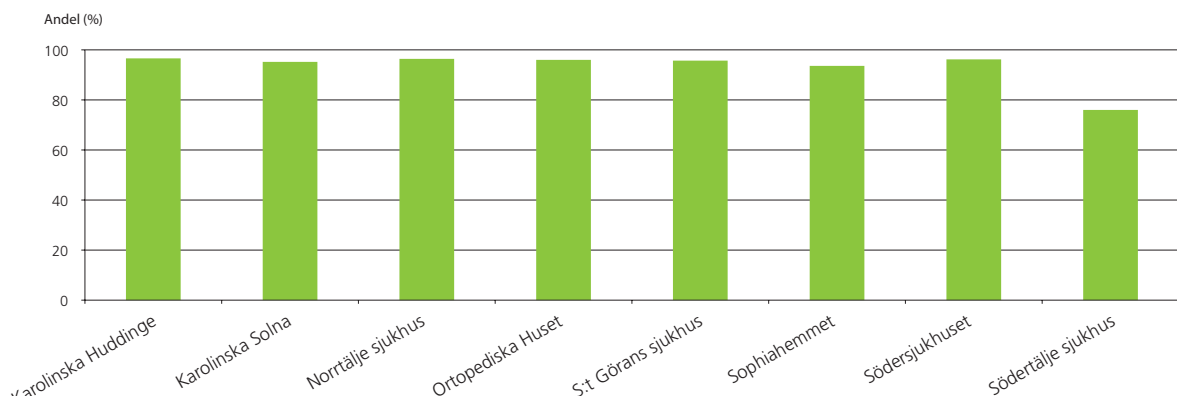
Andelen höftprotespatienter som inte omopererats inom 10 år, är cirka 95 procent i både Stockholms län och riket, vilket är världens högst rapporterade 10-års resultat. I Stockholms län har Karolinska Huddinge, Norrtälje sjukhus och Södersjukhuset högst resultat och Södertälje sjukhus har lägst. Kvinnors operationer har ett något bättre långtidsresultat än mäns vilket sannolikt beror på männens högre fysiska aktivitet som ger ett högre långtidsslitage av protesdelarna.

Figur 30. Andel totala knä- och höftproteser i SLL som inte omopererats inom 10 år. År 1999–2008 samt 2000–2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Figur 31. Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation per sjukhus. År 2000–2009.

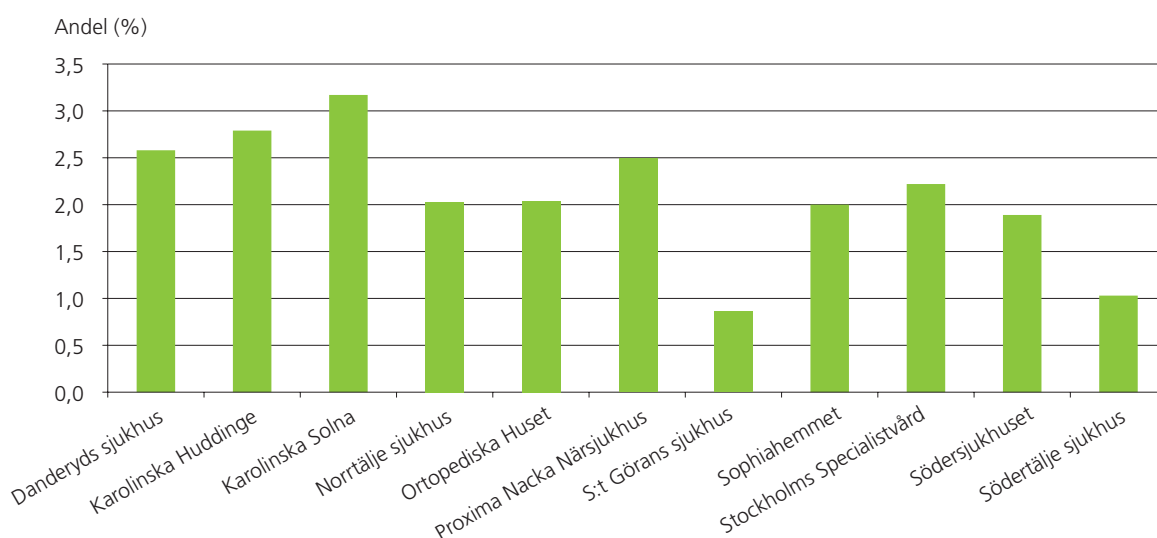


Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

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

sådan ”snabbare” indikator är andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation innefattar all form av vidare kirurgi. Den korta uppföljningstiden återspeglar i huvudsak tidiga och allvarliga postoperativa komplikationer, som djup infektion och revision på grund av upprepade urljedvridningar av höftprotesen. I riket som helhet omopererades 2009 1,8 procent av patienterna inom två år, i Stockholms län var andelen 2 procent. Andelen omoperation inom 2 år har ökat något de senaste åren. Andelen skiljer sig åt mellan de olika sjukhusen, där Karolinska Solna har högst andel omoperationer och S:t Görans sjukhus och Norrtälje sjukhus har lägst andel. Infektioner följt av luxation är de vanligaste orsakerna till omoperation inom två år.

Figur 32. Andel omoperationer efter total höftprotesoperation per sjukhus. År 2006–2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Säker hälso- och sjukvård

Oönskade händelser efter knä- eller höftledsplastik

Även om knä- och höftledsplastik idag är att betrakta som rutinkirurgi är det frågan om stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesiologi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser. Oönskade händelser i form av återinläggning och död, kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, men också på andra medicinska komplikationer. I genomsnitt i landet är det 3 procent av de opererade som avlider eller återinläggs på sjukhus med någon form av komplikation inom 20 dagar efter knä- eller höftledsplastik. I Stockholms län är andelen 4 procent. De avlidna är mycket få. Kvinnor drabbas i något mindre utsträckning än män av dessa oönskade händelser. Andelen har ökat från perioden 2005–2007 till 2006–2008, men i riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden.

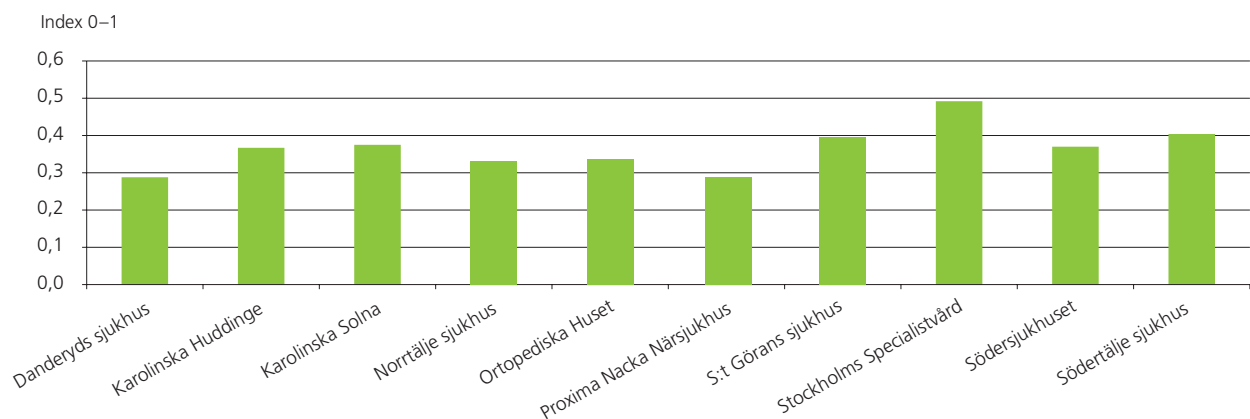
Patientfokuserad hälso- och sjukvård

EQ-5D index vid höftfrakturopoperation

Patientupplevt resultat är en central och viktig del i resultatredovisning av ortopedisk verksamhet. Alla sjukhus använder instrumentet EQ-5D för mätning av patientupplevt resultat. Frågeformuläret i EQ-5D består av frågor där patienten klassificerar sin egen hälsa i fem olika dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D beskriver den samlade upplevda hälsostatusen.

Höftprotesregistret följer sedan 2002 upp patientrapporterade resultat av operationen. Här avses den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som uppmättes ett år efter operationen, jämfört med tillståndet innan. Medelvärde för EQ-5D index vinst efter 1 år är för både Stockholms län och riket cirka 0,35 för män och 0,37 för kvinnor. I Stockholms län har Stockholms specialistvård AB högst resultat och Danderyds sjukhus och Proxima Nacka närsjukhus lägst.

Figur 33. Patientrapporterat resultat av total höftprotsoperation per sjukhus. Förbättring enligt EQ-5D vid uppföljning efter 1 år på en indexskala 0–1. År 2007–2008.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Effektiv hälso- och sjukvård

Artroskopi

Ett flertal studier har enstämmigt visat att artroskopi vid artros saknar patientnytta. Åtgärden kan därför inte motiveras och bör inte utföras. När det gäller meniskskadans eventuella roll för smärtan för patienter i åldergruppen över 40 år är bilden inte helt entydig. I denna ålder är mekanisk låsning/hinder av knäledsrörligheten sannolikt den enda indikationen för artroskopi på grund av meniskskada.

Antal artroskopier vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare över 40 år har en stor spridning mellan landstingen, liksom ojämn fördelning mellan könen då det är betydligt vanligare bland män. Antalet artroskopier i landsting med stor privat artroskopiverksamhet kan ha underskattats i rapporteringen. Riksmedelvärdet per 100 000 invånare år 2007–2009 var i riket 231 och i Stockholms län 359 vilket är en ökning från tidigare mätperiod. Stockholms län har det näst högsta medelvärdet i riket.

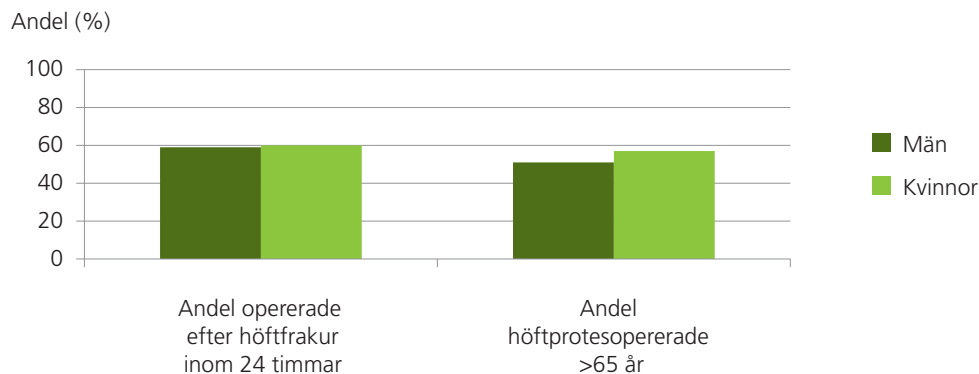
Jämlik hälso- och sjukvård

Höftfrakturopoperationer

Höftfrakturer som opereras inom 24 timmar innebär minskad komplikationsrisk, framför allt bland äldre. Väntetiden i sig är en oberoende riskfaktor för att drabbas av andra medicinska problem då de gamla inte får i sig tillräckligt med näring och syre när de blir liggande vilket tär på kroppens resurser. Ungefär 60 procent av de patienter med höftfraktur som kommer till sjukhus opereras inom 24 timmar. Södertälje sjukhus har opererat 83 procent och därmed flest andel höftfrakturpatienter inom 24 timmar i Stockholms län. Minst andel opererade inom 24 timmar år 2009 hade S:t Görans Sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. I Stockholm är snittiden för höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus 30 timmar och i riket 27 timmar.

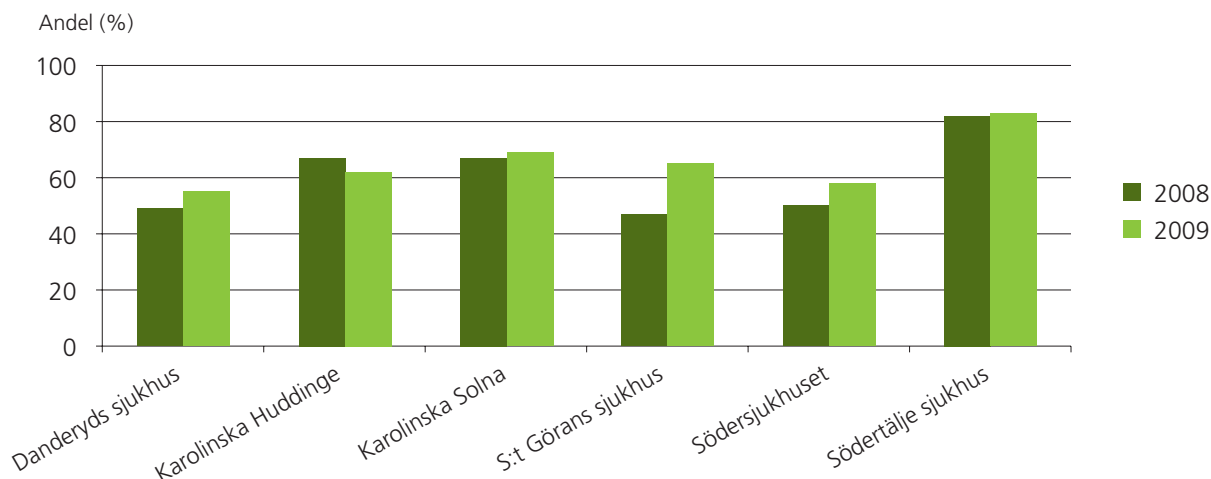
Att hålla sig till ramen av 24 timmar är en viktig kvalitetsindikator, men det är också viktigt att använda sig av relevant operationsteknik, även när operationen tar längre tid. Tidigare har en viss typ av höftfraktur (cervikala höftfrakturer) vanligen behandlats genom spikning. Spikning är en snabb operation som är lätt att utföra, men den medför en högre risk för komplikationer. Olika studier har visat att insättning av höftprotes vid höftfraktur ger ett betydligt bättre resultat, med mindre än 10 procent misslyckade fall, jämfört med 40–50 procent efter spikning. Protesoperation ger bättre resultat även för dementa patienter, som är en särskilt skör grupp bland höftfrakturpatienterna. Dessa rön har lett till att behandlingsmodellen i Sverige har ändrats det senaste decenniet. Socialstyrelsen och SKL rekommenderar att 65–70 procent av patienterna med cervikal höftfraktur opereras med höftprotes. Resterande andel, till exempel yngre patienter, bör oftast behandlas med spikning. Andelen protesopererade patienter över 65 år har ökat påtagligt den senaste tioårsperioden, från 11 till 57 procent i riket som helhet. I riket har dock endast två landsting nått över andelen 65 procent. Andelen män som protesopererades 2008–2009 uppgick i Stockholms län till 51 procent och i riket till 53 procent. Andel kvinnor uppgick i Stockholms län till 57 procent och i riket till 61 procent. Andel protesopererade är högst på S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset, lägst är andelen på Södertälje och Norrtälje sjukhus. Andel som opereras inom 24 timmar samt andel protesopererade (som bör ligga runt 65–70 procent) bör båda beaktas för att mäta god kvalitet.

Figur 34. Andel höftfrakturopopererade inom 24 timmar och andel höftprotesopererade > 65 år i SLL. År 2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Figur 35. Andel opererade inom 24 timmar efter primär höftfraktur per sjukhus. År 2008–2009.

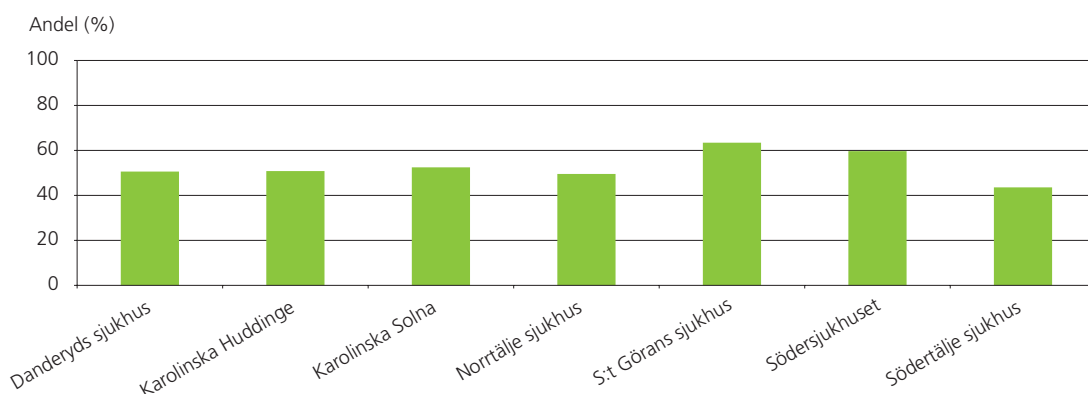


Källa: Sjukhusens kvalitetsredovisningar

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

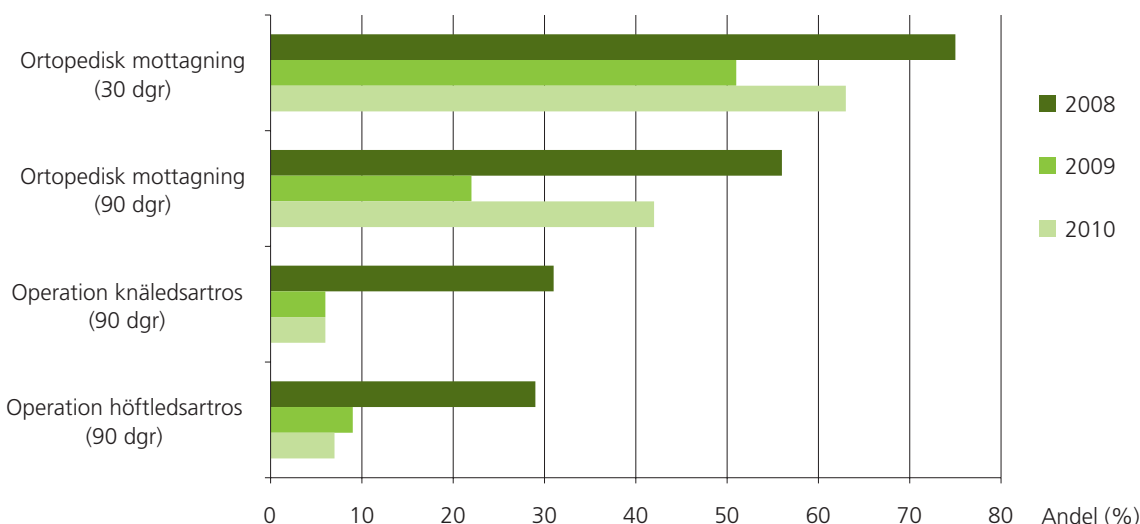
Vårdgarantin innebär att det ska ta mindre än 30 dagar att få komma till den specialiserade vården och att eventuell behandling ska inledas senast inom 90 dagar. Alla sjukhus i Stockholms län har väntetider inom ortopedi över vårdgarantin. Andel patienter som väntat längre än 30 dagar till första besöket på ortopedisk mottagning uppgick i maj 2010 till 63 procent, andel som väntat mer än 90 dagar uppgick till 42 procent. Andel patienter med knäledsartros som väntat längre än 90 dagar till operation uppgick i maj till 6 procent och de med höftledsartros till 7 procent. När det gäller väntetid till operation varierar andel väntande över vårdgarantins 90 dagar. I december 2009 väntade en procent på operation på Karolinska Universitetssjukhuset och på Danderyds sjukhus 22 procent.

Figur 36. Andel protesopererade vid höftfraktur per sjukhus. År 2008–2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Figur 37. Andel väntande till besök till ortopedisk mottagning samt till operation av knäleds- och höftledsartros i SLL. Avser 31 maj 2008–2010.



Källa: Centrala väntetidsregistret

För att mäta en effekt av vårdval som infördes för höft- och knäprotesoperation den 1 januari 2009 har man jämfört andel väntande totalt och efter 90 dagar sista december 2008 och 2009. Detta visar att antal väntande sjönk med åtta procent och med fem procent för primär knäprotesoperation under samma period. Andel patienter som hade väntat längre än 90 dagar på primär höftledsoperation sjönk med 55 procent och för primär knäprotesoperation 6 procent. Innan vårdvalet infördes var höft- och knäprotesoperationer den dominerande vårdgarantidiagnosen, efter vårdvalets införande är det bara några enstaka som hört av sig till kansliet.

Effekter av vården

Se resultat under patientfokuserad hälso- och sjukvård gällande förbättring enligt EQ-5D-index 1 år efter höftprotesoperation.

Konklusion

Inom ortopedin finns några av de äldsta och mest välfungerande nationella kvalitetsregistren vilka är viktiga för att kunna följa kvaliteten på vården. När det gäller höft- och knäproteser är Sverige världsledande. Stockholms län ligger dessutom något bättre till än riket gällande 10 års protesöverlevnad.

Andel höftfraktursoperationer som opereras inom 24 timmar tillsammans med att använda relevant operationsteknik för detta vid rätt tillfälle, även om det tar längre tid, är viktiga samverkande kvalitetsmått där Stockholm liksom riket kan bli bättre. Önskade händelser efter knä- eller höftledsplastik har ökat och Stockholms län ligger högre än riket även här. Rekommendationerna att inte utföra artroskopi vid artros samt att använda osteoprosbehandling som prevention mot fler frakturer följs inte särskilt bra, framför allt inte i Stockholms län.

Behoven och utförandet av höft- och knäoperationer ökar och trots den höga kapaciteten består köerna till operationerna. Tillgängligheten har blivit bättre men behöver ändå förbättras så att sjukhusen klarar vårdgarantin. Andelen patienter inom ortopedin som vänt sig till Vårdgarantikansliet är dock förvånansvärt låg. Information från verksamheterna till den enskilde patienten om dennas rätt till Vårdgarantin bör säkerställas.

Diabetes

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som även medför ökad risk för andra sjukdomar. Över 350 000 svenskar bedöms ha diabetes. Av den vuxna befolkningen i Stockholms län har omkring 3 procent av kvinnorna och 5 procent av männen diabetes. Diabetes är dubbelt så vanligt bland lågutbildade som högutbildade och två till tre gånger så vanligt bland personer födda utom Europa än bland svenskfödda. I Stockholms län fick omkring 80 000 diagnosen 2008. Av dessa har 85–90 procent typ 2-diabetes, ”vuxen-diabetes”. Övriga har diabetes av typ 1, ”barn- och ungdomsdiabetes”, som alltid är insulinkrävande. Därutöver antas 50 procent fler ha sjukdomen utan att de har fått en diagnos. Närmare 9 000 personer nydiagnostiseras varje år och de totala vårdkostnaderna för alla personer med diabetes i Stockholms län uppgick till ca 3 500 mkr år 2008.

De flesta diabetespatienter typ 2 har regelbunden vårdkontakt med primärvården. För diabetesvården finns det ett antal etablerade kvalitetsindikatorer och även behandlingsmål för dessa. Bland dem är patienternas värde för långtidsblodsocker (HbA_{1c}), blodtryck, kolesterol och förekomst av rökning. Indikatorerna rapporteras till ett nationellt diabetesregister (NDR). Målet i Stockholms län för inrapportering till registret sattes för 2009 till minst 35 procent och för 2010 till minst 50 procent. Rapporteringsgraden i primärvården har ökat från 21 till 55 procent i länet under perioden 2007–2009, men jämfört med rikets 67 procent är det fortfarande lågt.

Resultaten nedan redovisas i flertalet perspektiv för åldergruppen 18–80 år, därför att behandlingsmålen för de allra äldsta, 80 år och äldre, ofta behöver modifieras på grund av deras ålder och att de ofta har andra sjukdomar.

Resultaten för länet för år 2007 och till viss del för år 2008 ska tolkas med försiktighet på grund av låg rapporteringsgrad.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Råd om kost och fysisk aktivitet

Var fjärde person med diabetes typ 2 <80 år blir enbart behandlade med råd om kost och fysisk aktivitet. 18 procent av de kostbehandlade ligger över behandlingsmålet för långtidsblodsocker. En stor del av dessa patienter borde få läkemedelsbehandling mot sitt förhöjda blodsocker, så att målvärdet uppnås.

Rökstopp bland diabetespatienter

Rökstopp är den enskilt viktigaste åtgärden för att minska riskerna för diabeteskomplikationer. Andelen rökare bland diabetespatienter i Stockholms län uppgår till 17 procent och är den tredje högsta andelen bland alla landsting. Andelen rökare har dessvärre inte minskat under de senaste åren. Detta talar

för ett ökat behov av rådgivning med erbjudande om hjälp i grupp eller individuellt och uppföljning vid återbesök.

Säker hälso- och sjukvård

Fotledsamputation

Andelen diabetespatienter som tvingas genomgå underbensamputation kan ses som ett indirekt mått på hur pass säker diabetesvården är. En välskött diabetes skall i princip inte leda till amputation. I Stockholms län blir ungefär 1 procent av patienterna amputerade. Det är inte bra, men ligger på samma nivå som snittet för riket som helhet.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientutbildning

Patientutbildning i egenvård är central då patienten måste kunna hantera sin sjukdom. Målet med utbildningen är att öka patienternas förmåga till en välfungerande egenvård med god kontroll av riskfaktorer för ohälsa med bibehållen god livskvalitet. Det finns hög evidens för att gruppbaseade utbildningsprogram som leds av personer med både ämnes- och pedagogisk kompetens ger bäst förutsättningar för en god egenvård och deltagarna upplever det positivt att träffa andra i samma situation. Det är framförallt akutsjukhusen som erbjuder gruppbaseade utbildningsprogram medan de mer sällan genomförs i primärvården. Att följa upp andelen patienter med nydebuterad diabetes som genomgått gruppbaseade utbildningsprogram inom det första året vore önskvärt, men genomförs inte idag.

Ögonkomplikationer

Ögonkomplikationer kan uppstå vid diabetes. Förändringarna i ögonbotten, retinopati, är en av de fyra vanligaste orsakerna till blindhet i västvärlden. Genom tidig diagnostik och behandling har dock skadorna minskat kraftigt. Vid normal ögonbottenstatus rekommenderas nu att ögonbottenundersökning ska göras vart tredje år istället för som tidigare vartannat år. Över 90 procent av patienterna har fått ögonbotten kontrollerad, ett resultat som visar att kontrollen av ögonbottenstatus fungerar väl. Då uppgift saknas för närmare hälften av de registrerade i Stockholm rekommenderas försiktighet vid tolkningen av resultatet.

Fotstatus

Nervskada med fotproblem är den vanligaste följden av långvarig diabetes. Störst betydelse för uppkomsten av nervskada har blodsockerförhöjningen vid diabetes, hur lång tid sjukdomen pågått samt rökning. Nervskada kan försvåra patientens möjligheter att uppfatta känsla och smärta. På sikt kan det bli problem att känna småskador och skavsår på fötterna. Hos patienter med diabetes tar läkning av sår längre tid på grund av försämrad blodcirkulation. Den "diabetiska foten" ställer med sin risk för nervskada, kärlsjukdom och ytterst risk för amputation speciella krav på omhändertagande. Viktigt är att få fötterna kontrollerade av läkare, sjuksköterska eller fotterapeut minst en gång per år. Sverige och SLL har haft en gynnsam utveckling, vilket medfört att fler amputationer har kunnat undvikas vid diabetiska fotsår. Resultatet för länet

visar på en positiv utveckling då 90 procent har genomgått årlig kontroll av fotstatus. Resultaten ska tolkas med viss försiktighet då det saknas uppgift om årlig fotkontroll för en stor del av de registrerade.

Effektiv vård

Andel diabetiker som når mål för långtidsblodsocker i primärvården

Behandlingen av diabetes följs med mätning av HbA1c, ett blodvärde som anger hur pass välkontrollerade blodsockernivåer är över tid. I Stockholms län uppnås behandlingsmålet (HbA1c < 6,0 procent) för 54 procent av patienterna 18–80 år, vilket är ett bättre resultat än tidigare år. Resultatet för Stockholms län är något bättre än för riket som helhet. Målet uppnås av något fler kvinnor än män.

Blodtrycksbehandling

Behandlingen av högt blodtryck hos diabetespatienter har stor betydelse för att bidra till att minska den framtida risken för hjärt- kärlkomplikationer. Andelen i åldersgruppen 18–80 år som uppnår behandlingsmålet $\leq 130/80$ mm Hg, uppgår till 59,1 procent för Stockholms län vilket är lika med genomsnittet för riket. Trenden är positiv. En orsak till den positiva utvecklingen är att fler behandlas med blodtryckssänkande läkemedel, från 72 procent 2007 till 74 procent 2009. Den låga måluppfyllelsen tyder dock på en underbehandling av diabetespatienterna och sannolikt på vissa brister i uppföljning och dosjustering.

Blodfettssänkande behandling

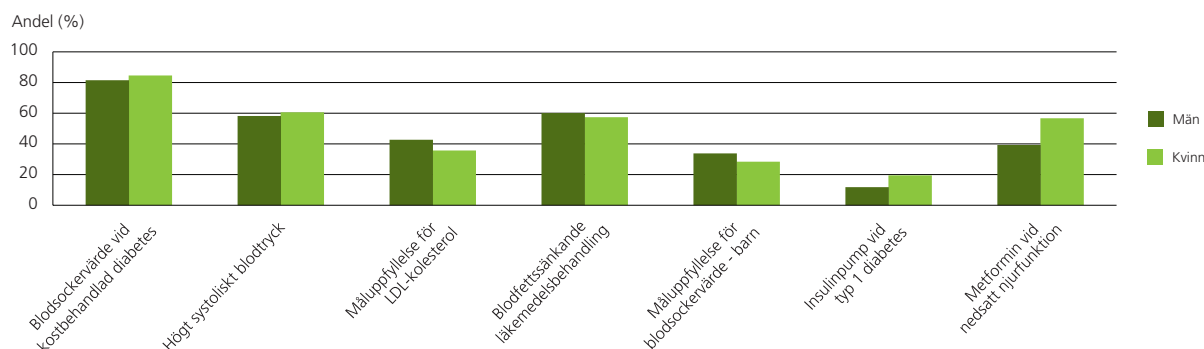
En stor majoritet av patienterna med typ 2-diabetes får tidigt en blodfettssrubbning. Den består i sänkta halter av ”nyttigt” kolesterol och höjda halter av ”onyttigt” LDL-kolesterol och är en bidragande orsak till hjärt-kärlsjukdomar. Flertalet av dessa patienter är överviktiga och 15 procent har ett BMI >34. Ökad fysisk aktivitet, rökstopp och kostförändringar har goda effekter på blodfettssrubbningar och på risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. Läkemedelsbehandling mot blodfettssrubbningar har en god effekt och är särskilt viktig hos diabetespatienter med flera riskfaktorer, som högt blodtryck, rökning, mikroalbuminuri (små mängder plasmaprotein i urinen) och bukfetma. I Stockholms län uppnår 39,9 procent målvärdet LDL < 2,5 mmol/L i åldergruppen 18–80 år jämfört med 41,9 procent för riket. Betydligt fler män (42,9 procent) än kvinnor (35,7 procent) uppnår målet. Denna grad av måluppfyllelse är inte tillfredsställande.

Andelen diabetespatienter som får lipidsänkande läkemedel har ökat något under de senaste åren, men det föreligger fortfarande en stor underbehandling. Andelen behandlade i Stockholms län är 58,9 procent, något under riksgenomsnittet på 60,3 procent.

Jämlik hälso- och sjukvård

I Öppna jämförelser redovisas alla indikatorer för kvinnor och män separat. I figur 38 visas skillnaderna mellan könen för de sju indikatorer som används i årets rapportering för diabetesvården.

Figur 38. Jämförelse av resultat för kvinnor och män för 7 indikatorer på diabetesvårdens kvalitet i SLL. År 2009.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Som framgår är skillnaderna mellan könen inte påfallande utom för måluppfyllelse för blodsockernivå hos barn, där pojkarna ligger högre, och för metformin vid nedsatt njurfunktion, där kvinnor ligger väsentligt högre.

Effekter av vården

Njurpåverkan

Njurpåverkan med nedsatt njurfunktion vid diabetes (nefropati) är en komplikation som kan uppträda vid diabetes. Risken ökar ju längre sjukdomen varat. Såväl personer med diabetes typ 1 som typ 2 drabbas. Något fler män än kvinnor drabbas. Kring 10 procent har en allvarlig njurskada såväl i riket som i länet.

Konklusion

Diabetesbehandlingen förbättras kontinuerligt. Uppföljningen visar att behandlingsmålet för blodglukosbehandling uppnås för allt fler, att en större andel når målet för blodtrycksbehandling och att allt fler gör årlig fotundersökning. Inrapporteringen till Nationella diabetesregistret från Stockholm blir också allt bättre, en förutsättning för att vårdens resultat skall kunna följas.

Arbetet för måluppfyllelse för behandlingen av blodglukos, blodtryck, blodlipider och prevention som tobaksstopp, fysisk aktivitet och viktnedskning måste fortsätta för att förebygga diabeteskomplikationer och skapa ökad livskvalitet hos patienterna. Patientundervisning i egenvård är central, men kvaliteten varierar. Särskilt viktigt är att förbättra de områden där vårdgivare inom SLL i ett nationellt perspektiv visar på dåliga resultat: som att få fler att sluta röka och att förbättra behandlingen med blodfettsänkande läkemedel. Personal inom diabetesvården måste få intensifierad upplysning och stöd. Följsamheten till nationella riktlinjer måste öka och rapporteringen förenklas genom överföring av kvalitetsindikatorerna från journal till NDR. Det bör underlätta för vårdgivarna att arbeta mer aktivt med uppföljning för att förbättra diabetesvården.

Astma/Kronisk obstruktiv lungsjukdom

Astma

Cirka 10 procent av Sveriges befolkning lider av astma, varav hälften av den svårighetsgrad att det kräver regelbunden behandling och uppföljning. För Stockholms län gäller det cirka 200 000 personer. Effektiva läkemedel för symptomatisk behandling finns och många får hjälp av dem. Underbehandling anses dock också förekomma. Målet för en astmabehandling är att patienten ska vara symptomfri, inte begränsas i dagliga aktiviteter, ha normal lungfunktion, inte ha några störande biverkningar av sin behandling och inte behöva använda extra medicinering.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), är en systemsjukdom med olika svårighetsgrad. Tobaksrökning är den vanligaste orsaken. Sjukdomen tar sig uttryck i regelbundet återkommande luftvägsinfektioner som successivt leder till permanent hosta och nedsatt lungfunktion. Undernäring, benskörhet och hjärtsvikt tillstöter ofta. KOL ger i kombination med emfysem, då en del av lungvävnaden förstörs, svår kronisk sjukdom med nedsatt förmåga att syrsätta kroppen. Patienter behöver återkommande behandling med syrgas och blir till slut helt beroende av syrgasbehandling i hemmet. Varje infektion är livshotande för en sådan person och livräddande intensivvård krävs många gånger för patienter med KOL.

I Sverige beräknas drygt en halv miljon människor ha sjukdomen och varje år dör drygt 2 500 personer till följd av KOL. I åldersgruppen 40–45 år har fem till åtta procent av alla rökare KOL och i åldersgruppen 60–80 år cirka 50 procent. Idag finns endast klar evidens för att syrgasbehandling vid kronisk andningssvikt samt rökstopp förlänger livet vid KOL. Läkemedel kan minska symptom, förhindra akuta försämringsepisoder och öka livskvaliteten. Fysisk träning har positiva effekter liksom insatser vid begynnande undernäring.

Både astma och KOL har ökat i Sverige de senaste åren. Sjukdomarna står tillsammans för omkring 1,5 procent av alla vårdtillfällen inom SLL, motsvarande ungefär 4 600 vårdtillfällen årligen.

Indikatorer för att följa "God vård"

I Socialstyrelsens riktlinjer för astma och KOL från 2004 presenteras ett antal indikatorer för uppföljning av vården. I Stockholms läns ländstings regionala vårdprogram för astma, som också publicerades 2004, föreslås att uppföljning av kvalitetsmått införs. Tonvikten i de föreslagna mätningarna ligger på att re-

gistrera rökstopp, mätning av lungfunktionen med spirometri, förekomsten av försämringsskov mätta som inläggningar eller akutbesök, samt förekomsten av särskilda astma- och KOL-mottagningar. Trots dessa väl genomarbetade förslag har vi nu, sex år senare få indikatorer för att följa vården av astma och KOL. Öppna jämförelser innehåller idag bara en indikator som är relaterad till astma och den sorterar under "Läkemedelsindikatorer". Indikatorn är andel patienter av alla med astma som får kombinationsbehandling. Den kan kopplas till kvalitetsområdet kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Värdet är för SLL 42,2 procent och för landet som helhet 40,7 procent. För både Stockholm och landet föreligger en skillnad mellan män och kvinnor på cirka 4,5 procent, till männens fördel.

Uppföljningen av vården för astma och kol är således inte tillfredsställande. Ett kvalitetsregister för astma och KOL håller på att utvecklas. Registret planeras kunna leverera resultat från år 2010.

I bilagan för indikatorer har vi föreslagit ett antal indikatorer för att följa de sex kvalitetsområdena. De flesta av dem bygger på redan genomfört arbete inom professionen med stöd av landsting och Socialstyrelsen. Det bör vara prioriterat att så snart som möjligt initiera arbete för att följa åtminstone några av dessa indikatorer genom aktiv rapportering.

Konklusion

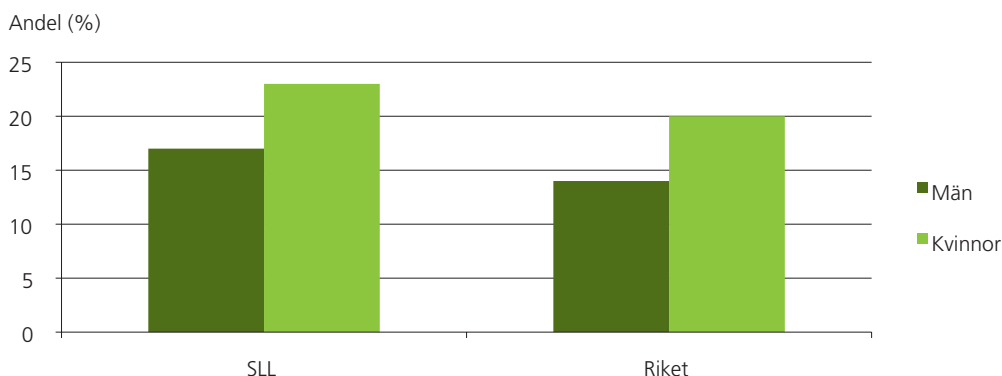
Astma och KOL är stora folksjukdomar. Båda sjukdomarna ökar i Sverige och betydande sjukvårdsresurser åtgår för att behandla dem. Förebyggande arbete har stor betydelse, framför allt för KOL där rökning är den enda betydande riskfaktorn. Kvalitetsmått för vården av astma och KOL har definierats sedan länge, men ännu samlas data för kvalitetsindikatorer inte in systematiskt. Ett kvalitetsregister för astma och KOL är under utveckling och beräknas leverera resultat från år 2010.

Psykisk ohälsa

Psykisk hälsa eller ohälsa räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. Psykisk ohälsa är en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykiska besvär beskriver olika tillstånd då människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. Psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder är när symtom och funktionsnedsättning är av den typ eller grad att det kvalificerar till en diagnos.⁷

För att ta fasta på andel i befolkningen som anser sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande använder Statens folkhälsoinstitut frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire). I Stockholms län anser 17 procent av de tillfrågade männen i enkäten sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande och 23 procent av kvinnorna. Detta är något högre än i riket.

Figur 39. Andel i befolkningen med självskattat nedsatt psykiskt välbefinnande. År 2006–2009.



Källa: Statens folkhälsoinstitut

Den specialiserade psykiatrien svarar för 10 procent av lanstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Därtill kommer insatser vid psykisk ohälsa inom primärvården. Psykiska besvär som är så allvarliga att de kräver professionell hjälp förekommer hos ca 15 procent av befolkningen. 40 procent av kvinnorna och 20 procent av männen riskerar att någon gång under sitt liv behöva psykiatrisk hjälp. Det finns över 90 000 människor i Sverige som har förtidspension på grund av psykiska besvär. Bland yngre personer (18–39 år) är psykiska besvär den i särklass vanligaste orsaken till förtidspensionering och självmord är en vanligare dödsorsak än trafikolyckor.

En indelning i de största huvuddiagnosgrupperna visar en tämligen jämn

⁷ Psykisk hälsa, barn och unga, SKL 2009.

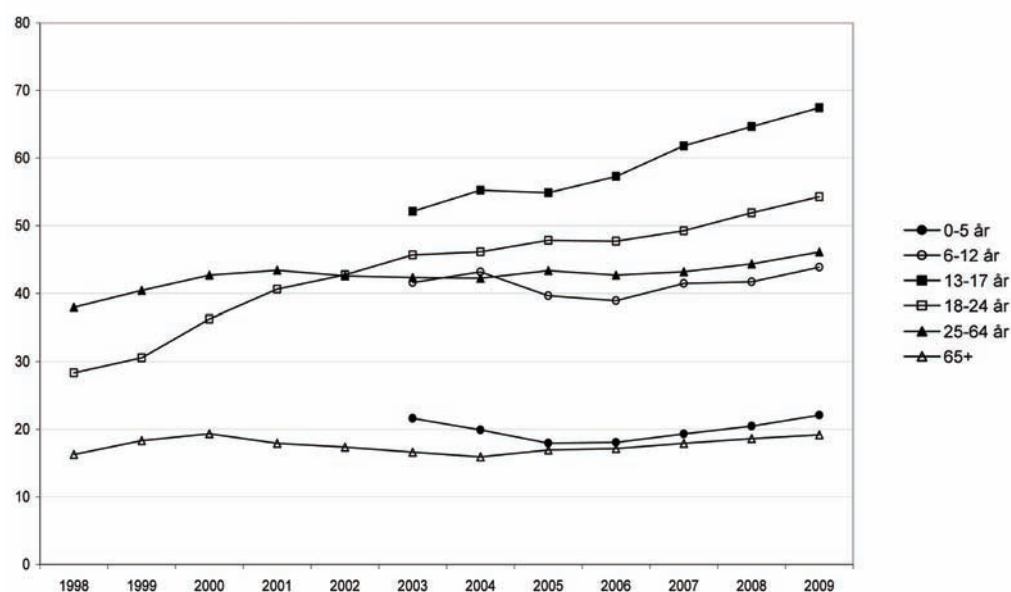
fördelning mellan Stockholms län och riket. Ångest/depression liksom förstämningssyndrom är vanligast, följt av schizofreni/vanföreställningar.

Tabell 6: Diagnosgruppsindelning av den psykiatriska vården i Stockholms län och riket.

Diagnosgrupp	SLL	Riket
Ångest/depression	29 %	27 %
Förstämningssyndrom	28 %	28 %
Schizofreni/Vanföreställningar	18 %	20 %
Övriga diagnoser	25 %	25 %
Totalt	100 %	100 %

Figuren nedan visar totalt antal vårdade inom psykiatrisk öppenvård i hela befolkningen i Stockholms län. Bilden visar att de unga grupperna (13–17 samt 18–24 år) har den högsta vårdkonsumtionen proportionellt sett. Nästan 7 procent av länets 13–17-åringar hade kontakt med psykiatrisk öppenvård år 2009. Motsvarande siffra i den vuxna befolkningen är 4,5 procent (ålder 25–64 år). Ungdomsgruppen står även för den största ökningen (+29 procent) av vårdutnyttjandet under samma tidsperiod. De allra yngsta (0–5 år) samt de äldsta (65+ år) har däremot ett lägre vårdutnyttjande.

Figur 40. Antal personer per 1 000 invånare i SLL inskriva i vuxenpsykiatri och BUP (0–17 år). Uppdelat per åldersgrupp.



Källa: En beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrins patienter i Stockholms län – data från Pastill

Kunskapen om och förståelsen för psykiska sjukdomar har ökat vilket gjort att man idag kan diagnosticera och behandla patienter mer effektivt. Parallellt med utvecklingen av kvalitetsindikatorer baserade på hälsodataregister vid Socialstyrelsen, pågår utveckling av Nationella Kvalitetsregister för psykiatri.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Användning av lugnande medel och sömnmedel

Bensodiazepiner och bensodiazepinlika läkemedel är internationellt accepterade läkemedel för kortvarig behandling av ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar, samt för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Regelbundet långtidsbruk och hög konsumtion av preparaten kan ge upphov till oönskade biverkningar. Exempelvis kan den kognitiva förmågan påverkas. Preparaten kan även ha en aggressivitetshöjande effekt och kan framkalla beroende och missbruk. Därför är det viktigt att förskriva dessa läkemedel på korrekta indikationer.

Antalet invånare med regelbunden användning (i genomsnitt 0,5 daglig definierad dygnsdos per dag) och hög användning (minst 1,5 dygnsdoser per dag) per 100 000 invånare uppgick 2009 till cirka 2 500 män och 3 700 kvinnor i Stockholms län. Antalet har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren. Andelen män är något högre än riksgenomsnittet och andelen kvinnor något lägre. Att kvinnor oftare ordineras lugnande medel och sömnmedel kan beror på att det är vanligare med ångesttillstånd hos kvinnor än hos män. Användningen av dessa preparat har också samband med åldern. Personer över 65 år svarar för mer än hälften av konsumtionen.

Litiumbehandling

Litiumbehandling av bipolär sjukdom är högprioriterad i den preliminära versionen av de nationella riktlinjerna för ångest och depression. Förebyggande behandling med läkemedlet litium ska förhindra återfall men det är svårt att veta vilka patienter som riskerar att återinsjukna och det förhindrar inte helt återfall. Men oftast blir eventuella återfallsepisoder kortare och mindre svåra. Överdödligheten i självmord och hjärt- och kärlsjukdom minskas också. Andelen personer med regelbunden litiumbehandling 2007, som fortsatte med regelbunden behandling 2008, var i Stockholms län 78 procent och i riket 83 procent. Totalt antal personer med regelbunden litiumbehandling 2007 var i riket 11 300. Till år 2008 ökade användningen något, framför allt bland män. Överlag finns ingen större könsskillnad sett till andel personer med regelbunden litiumbehandling, dock är det fler kvinnor som har bipolär sjukdom.

Indikatoren är ett försök att spegla följsamheten till behandling med litium i förebyggande syfte. För enskilda patienter kan det dock vara bättre att avbryta behandlingen och i stället försöka med andra läkemedel, och därför bör man inte förvänta sig 100 procents följsamhet. Bristfällig och olikformig diagnosättning och registrering i öppen- och slutenvård inom psykiatri gör det svårt att mäta hur stor andel av patienter med bipolär sjukdom som står på litiumbehandling. Antalet personer med läkemedelsbehandling är känt, men det råder osäkerhet om det totala antalet personer som har sjukdomen.

Följsamhet till behandling med antidepressiva läkemedel

Enligt de nationella riktlinjerna är behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) och antidepressiva läkemedel förstahandsval vid lindrig depression. För medelsvår och svår depression är antidepressiv medicinering förstahandsvalet. För att behandlingen ska ha någon effekt vid depression krävs dock att den är regelbunden och pågår i minst sex månader.

Cirka hälften av alla personer över 18 år som hämtat ut ett recept på antidepressiva under första halvåret 2009 fortsätter med behandlingen. Följsamheten är lika bland kvinnor och män och variationen mellan landstingen är liten. Den låga följsamheten kan delvis vara ett tecken på att personer med lindrig depression i hög grad sätts in på antidepressiva, trots att evidensen för behandlingens effekt är lägre för dessa patienter.

Återfall i brott vid rättspsykiatrisk vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstingen skyldighet att erbjuda rättspsykiatrisk vård vilket kan verkställas efter domstols dom i brottsmål. Målet med den rättspsykiatriska vården är att patienten ska klara av ett liv ute i samhället utan att återinsjukna i psykisk ohälsa, missbruk och/eller brottslighet. De olika verksamheterna i landet har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet. Denna indikator avser återfall i brott under pågående vård. Tyvärr är det med nuvarande lagstiftning inte möjligt att följa patienten under längre tid än så. Med brott avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller att grund för polisanmälan föreligger. I riket är det 21 procent av patienterna som återfallit i brott under 2009, i Stockholms län är andelen 19 procent. Nio av tio patienter inom rättspsykiatrisk vård är män.

ECT-behandling

ECT-behandling (Electroconvulsive treatment), är en elchocksbehandling och är effektiv för i huvudsak svåra depressioner med melankoliska eller psykotiska inslag samt depressioner med hög självmordsrisk. Behandlingen har två kliniska effekter – antidepressiv effekt och minnesstörning. Socialstyrelsen inledde arbetet med att undersöka hur ECT används i vården under hösten 2009. Detta visade att ECT-behandlingar med all sannolikhet har ökat men det är oklart hur mycket, då det saknas nationella data. Ökningen av antalet behandlingar ska kopplas till en successiv nedgång av användandet under en lång period. Det viktigaste är emellertid att ECT-behandling ges på rätt indikation och på rätt sätt. Granskningen visar att vården kan bli bättre på att informera patienterna om risken för biverkningar i form av minnesstörningar samt att vårdgivarna är dåliga på att rapportera ECT-behandlingar till patientregistret. Granskningen visar även på att praxis för behandlingarna skiljer sig mycket åt mellan olika landsting.

Tvångsvård

Varje dag tvångsvårdas ungefär 3 000 personer i Sverige med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Dessa patienter har ofta stora vårdbehov och behöver omfattande insatser. Vi kan idag inte följa upp tvångsvården i landstingen men det pågår utveckling av våra system för att kunna ta del av den information som rapporteras in till Socialstyrelsen.

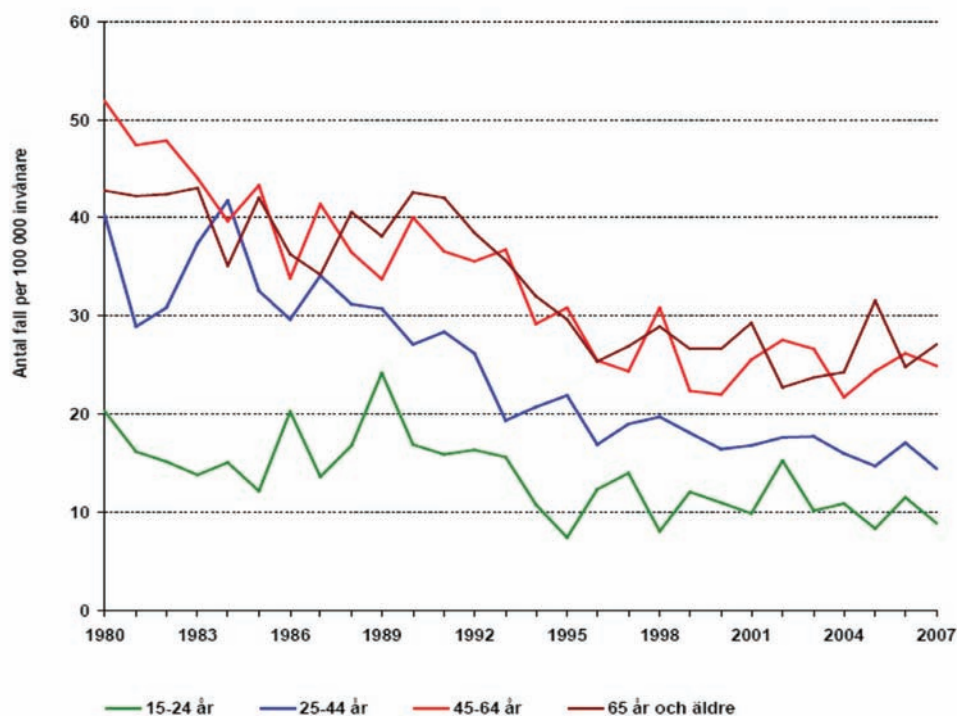
Säker hälso- och sjukvård

Självmord

Självmordstalet i Stockholms län har i stort sett halverats sedan 1980 och var

år 2007, 19,0 per 100 000 invånare 15 år och äldre. Riksgenomsnittet ligger på 18,9. Det sjunkande självmordstalet har kunnat konstateras för båda könen och för alla åldersgrupper, om än i varierande omfattning. Största minskningen finns i åldersgrupperna 25–44 och 45–65 år och lägst minskning i åldersgruppen 15–24 år. Kvinnor i Stockholms län ligger konsekvent något högre jämfört med kvinnor i riket, medan män i Stockholms län i högre grad följer utvecklingen i riket. Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland barn och unga.

Figur 41. Antal självmord (säkra och osäkra) i SLL per 100 000 invånare i olika åldersgrupper. År 1980–2007.



Källa: Dödsorsaksregistret

Den 1 februari 2006 trädde Socialstyrelsens föreskrift i kraft som anger anmälningsskyldighet enligt Lex Maria av de självmord som begåtts i anslutning till, och inom en månad efter senaste kontakt med hälso- och sjukvården. Brister som identifierats inom vården är till exempel att det inte gjorts systematiska självmordsriskbedömningar, ofullständig dokumentation och att verksamheten inte följt de regionala vårdprogrammen. För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter en tänkbar indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientutbildning inom bipolär sjukdom

Patientens förmåga att känna igen tidiga varningstecken på återfall, positiva effekter och bieffekter av sin medicinering, liksom förmåga till egenvård, är av stor betydelse för patienten med bipolär sjukdom och dess känsla av

självständighet och självkontroll. I Stockholms län deltog 7,6 procent av de patienter som var inskrivna i Bipolär registret⁸ 2009 i utbildning om affektiv sjukdomstillstånd. Andelen i riket var 7,4 procent. Det är större andel kvinnor än män som deltar, vilket kan bero på att fler kvinnor har en bipolär sjukdom och/eller är med i registret. Stockholms län har en något mindre könsskillnad, men det är likväl 60 procent kvinnor och 40 procent män som deltar i utbildningen.

Effektiv hälso- och sjukvård

Slutenvård till följd av avsiktliga självdestruktiva handlingar

Sjukhusvård på grund av självmordsförsök eller andra självdestruktiva handlingar har ökat kraftigt bland unga kvinnor sedan början av 1990-talet. Det har även ökat bland män, men det är ändå tre gånger så många kvinnor som vårdas för självmordsförsök. Antal kvinnor per 100 000 invånare inom slutenvård till följd av avsiktlig självdestruktiv handling var i Stockholms län år 2008 112. Antal män per 100 000 invånare uppgick till 59. Jämfört med män i riket är det inom Stockholms län en lägre andel män inom slutenvård till följd av självdestruktiv handling. Kvinnor däremot fördelar sig ungefär som rikets kvinnor. Jämfört med året innan har antalet per 100 000 invånare med självdestruktiv handling som orsak till slutenvård ökat något bland männen. Bland kvinnorna har den ökat marginellt i riket men minskat från 115 till 112 personer per 100 000 invånare.

Återinskrivningar

Indikatorn ”Personer med en viss diagnos som återinskrivs inom 28 dagar” ska belysa om patienterna skrivs ut alltför tidigt från slutenvården, eller om uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet via öppenvården inte är tillräckligt samordnat efter utskrivningen. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas, och därmed är det även osäkert om resultatet är bra eller dåligt. Det är också en stor variation mellan landstingen vilken är svår att tolka, inte minst eftersom kriterierna för inläggning i slutenvård varierar.

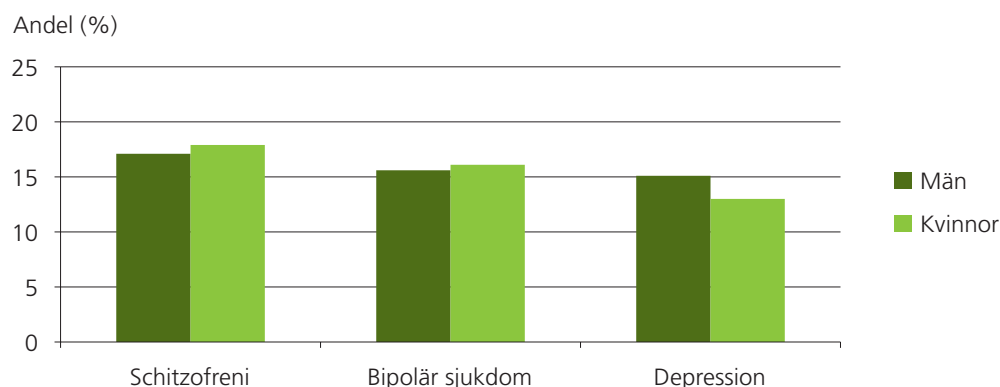
I medeltal vårdas i riket varje år cirka 1 900 kvinnor och 2 300 män i åldern 20–59 år för schizofreni. I riket och Stockholms län återinskrevs år 2006–2008 16,1 procent inom 28 dagar vilket var en minskning från 2005–2007. Det är en relativt jämn fördelning mellan kvinnor och män.

Antal patienter som varje år vårdas för bipolär sjukdom uppgår till cirka 1 000 kvinnor och 700 män. Återinskrivningarna är samma år runt 16 procent men har minskat något jämfört med perioden 2002–2004. Det är ingen större skillnad mellan män och kvinnor.

Andel patienter som återinskrevs med diagnosen medelsvår eller svår depression uppgick till cirka 14 procent. Inte heller här är det någon särskild skillnad mellan kvinnor och män och andelen återinskrivna har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren.

⁸ Ett nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom.

Figur 42. Andel personer (20-59 år) som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar i SLL. År 2005–2007.



Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen & SKL, 2010.

Jämlik hälso- och sjukvård

Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård

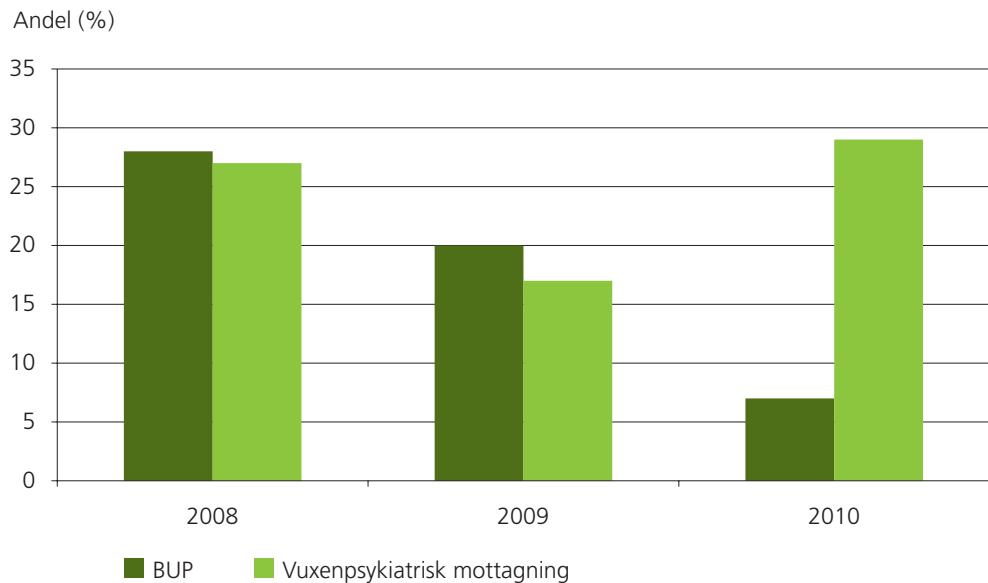
Dödligheten bland de vårdade inom psykiatrin är betydligt högre än för den övriga befolkningen. De vårdas på sjukhus i större utsträckning för sjukdomar som hade kunnat tas om hand inom öppenvården om de hade fått adekvat behandling i tid. Överdödligheten i riket är drygt tre gånger så stor bland män, 165 per 10 000 för de vårdade jämfört med knappt 50 per 10 000 i den övriga befolkningen. Bland kvinnor är den 93 per 10 000 vårdade inom psykiatrin respektive drygt 30 per 10 000 i den övriga befolkningen. I länet är dödligheten bland dem som vårdats inom sluten psykiatrisk vård 176 per 10 000 för män och 100 per 10 000 för kvinnor. Dödligheten bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård är något högre i Stockholms län jämfört med riksgenomsnittet.

Tillsammans med indikatorn undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen visar detta att många som har vårdats för psykiatriska diagnoser också har en somatisk sjuklighet, som kanske inte uppmärksammas på samma sätt som för andra. En del av förklaringen är att människor med en psykiatrisk sjukdom har en ökad förekomst av riskfaktorer relaterade till levnadsvanor och livsstil, att behandlingen tar längre tid och att personerna är sämre på att följa sina ordinationer. De har också en betydande ökad risk för självmord, ungefär var femte dödsfall var till följd av självmord i denna grupp.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Vårdgarantin är till för att få den vård man behöver inom rimlig tid och från och med 1 juli 2010 är vårdgarantin inskriven i hälso- och sjukvårdslagen. År 2008 var det en stor andel, 28 procent, i Stockholms läns landsting som väntade längre än 30 dagar för besök hos BUP (barn- och ungdomspsykiatrin). Denna andel minskade dock år 2010 till 7 procent. Andel som väntat längre än 90 dagar till BUP var år 2010, 2 procent, vilket är en minskning från 10 procent år 2007. Överlag är det fler väntande till vuxenpsykiatrin än till BUP i länet. År 2010 var andelen som väntat längre än 30 dagar till besök 29 procent. Andelen som väntat längre än 90 dagar var 7 procent. Andelen sjönk från år 2008 till år 2009, men var 2010 åter uppe i 2008 års siffror, både för väntande 30 och 90 dagar. Det har framförallt skett en ökad efterfrågan av neuropsykiatriska utredningar som inte har kunnats förutses.

Figur 43. Andel patienter i SLL som väntat längre än 30 dagar på besök till BUP eller vuxenpsykiatrisk mottagning. År 2010.



Källa: CVR

Effekter av vården

Ett flertal skattningsskalor används inom psykiatin. Dessa kan bland annat användas för att mäta effekter av den psykiatriska vården. En jämförelse av värdet på en skattning vid behandlingens slut jämfört med hur värdet var i början av behandlingen, indikerar om patientens funktionsnivå har förbättrats och om vårdens insatser fungerar. Tyvärr är dock användningen av skattningsskalor bristfällig i många delar av vården. Nedan presenteras ett par exempel på skattningsskalor som avser att mäta effekter av vårdens insatser.

- **Global funktionsskattningsskala (GAF-skala)** är ett mått på den psykosociala ohälsan och är uppbyggd av två komponenter. Den ena delen utgörs av patientens symtom och den andra delen omfattar patientens psykosociala funktionsnivå. GAF-skalan går ifrån 1 till 100. Med hjälp av GAF-skattningarna erhålls en bild av patientens övergripande funktionsnivå. Vid förnyad mätning kan man få en bild av utvecklingen över tid.
- **Children's Global Assessment scale (C-GAS)** är en numerisk skala (1 till 100) som används för att betygsätta allmänna funktioner hos barn och ungdomar mellan 4–20 år. Även här går skalan från låg till hög funktionsförmåga. Skattningen är av stort värde vid den initiala bedömningen och vid uppföljning av behandlingen.
- **EQ-5D** är ett icke sjukdomsspecifikt livskvalitetsinstrument som nyligen börjats användas inom vuxenpsykiatin. EQ-5D är ett frågeformulär där individen kan klassificera sin egen hälsa i fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet på en tregradig skal (inga besvär, måttliga respektive svåra besvär). Hälso-relaterad livskvalitet mätt med EQ-5D beskriver den samlade hälsostatusen både som en hälsoprofil och som ett indexvärde, en livskvalitetsvikt mellan 0 (död) och 1 (full hälsa).

- **Clinical Global Impression (CGI)** är ett bedömningsinstrument där klinikern gör en helhetsbedömning av hur patienten har förbättrats eller försämrats efter behandling. CGI används ofta även i klinisk forskning vid utvärdering av mediciner. Bedömningen handlar om tre områden där klinikern använder sin erfarenhet av att bedöma resultat utifrån sin egen erfarenhet från liknande situationer; 1) hur sjuk är patienten enligt klinikerns erfarenhet av liknande patienter 2) hur stor är förbättringen för denna patient och 3) hur stor var effekten av behandlingen för denna patient. Helhetsbedömningen av resultaten görs på en sjugradig skala. CGI har under åren utvecklats för olika sjukdomstillstånd inom psykiatrin.

Behandlingsresultat av ätstörning

Ätstörningar som anorexia nervosa och bulimia nervosa är allvarliga psykosomatiska sjukdomar som framför allt drabbar flickor i övre tonåren och unga kvinnor. Även män drabbas men i lägre utsträckning. Studier av anorexia nervosa tyder på att cirka 90 procent av fallen är kvinnor och 10 procent män. Ungefär 100 000 personer i Sverige lider nu av någon sorts ätstörning. Behandlingen av patienter med ätstörningar måste anpassas individuellt och många olika behandlingsmetoder används idag. I kvalitetsregistret RIKSÄT registreras patienter med ätstörningar. Statistik från detta register visar att 42,6 procent av patienterna i Stockholms län och 45,3 procent av patienterna i riket år 2007 upplevde en förbättring ett år efter påbörjad behandling mot ätstörning. Både för Stockholms län och riket har andelen dock minskat från år 2006 då 45,5 respektive 53,2 procent upplevde en förbättring efter behandling.

Konklusion

Andelen yngre med psykiska besvär ökar men trots detta har väntetiden till BUP minskat. Väntetiden till vuxenpsykiatrisk mottagning har däremot ökat och den ökade andelen neuropsykiatriska utredningar är en av orsakerna.

Stockholms län har i samarbete mellan HSN förvaltning, Karolinska Folkhälsoakademien och Karolinska Institutet, arbetat fram ett avtal gällande nollvision för suicid och självmordstalet fortsätter att minska i både riket och i länet. Däremot ökar självmordsförsöken, både bland kvinnor och bland män.

Följsamheten till mediciner av antidepressiva medel är låg och det är betydligt fler kvinnor än män som använder lugnande bensodiazepiner. Vården kan också bli bättre på att informera patienten om risken för biverkningar av elchockbehandlingar samt erbjuda patientutbildning inom bipolär sjukdom vilket idag inte görs i tillräckligt stor utsträckning.

Att dödligheten bland vårdade inom psykiatrin är betydligt högre än för den övriga befolkningen är ett mått på ojämlik vård vilket måste tas på största allvar. Förebyggande och "upptäckande" arbete är av stor vikt för att nå den ökande andelen yngre inom psykiatrin och förebygga de stora påfrestningar som detta innebär, både för patienten och för vården. Önskvärt vore vidare att skattningsskalor får större utrymme i den psykiatriska vården för att kunna följa effekter av behandlingsinsatser och på sikt även fastställa vilka behandlingsmetoder som har bäst effekt på patienterna.

Källförteckning

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2009). *"Geriatrisk vård och Specialiserad palliativ vård i sluten- och öppen (ASIH) vårdform. Stockholms län, exklusive Norrtälje, 2009"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2009). *"Läkemedelsgenomgång. Hur arbetar särskilda boenden för äldre med läkemedelsgenomgångar?"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2009). *"Mödravårdcentraler. Resultat från patientenkät våren 2009"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2009). *"Patienternas åsikter. Resultat från patientenkät till MVC våren 2008"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2009). *"Översyn av Obstetriska Ultraljud inom Stockholm läns landsting"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010). *"Barns och ungdomars hälsa 2010 –en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010). *"Fördjupad uppföljning av ortopedi vid akutsjukhusen"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010). *"Neuropsykiatriska utredningar av barn och unga – Stockholms läns landsting 2007–2009"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010). *"Uppföljning av plan för utveckling av cancervården i SLL 2008–2010"*

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010). *"Vad tycker de äldre om vården? Resultat från enkätstudier"*

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2009). *"Självmod i Stockholms län och Sverige 1980–2007"*

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2010). *"En beskrivning av barn- och ungdomspsykiatrins patienter i Stockholm län – Data från Pastill"*

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2010:4). *"Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholm län – öppna jämförelser 2010"*

Nationella diabetesregistret 2009. *Årsrapport 2009*.

Onkologiskt centrum Stockholm Gotland (2010). *"Incidens och prevalens av cancer. Stockholm-Gotlandregionen 2002–2008"*

Psykekampanjen (2000). *"Psykisk sjukdom. Vad är det? Vart vänder man sig?"*

Riks-stroke (2010): *Ett år efter stroke. 1-årsuppföljning 2009*.

Riks-stroke (2010): Årsrapport 2009.
Sahlgrenska universitetssjukhuset. *Swedeheart 2009*.

Socialstyrelsen (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)*

Socialstyrelsen (2006). *"God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården"* ISBN:91-85482-05-6.

Socialstyrelsen (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 – Beslutsstöd för prioriteringar*.

Socialstyrelsen (2009). *"Folkhälsorapport 2009"* ISBN:978-91-978065-8-9.

Socialstyrelsen (2009). *"Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer, Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer"*

Socialstyrelsen (2009). *Aborter 2008*. ISBN: 978-91-86301-25-5.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*.

Socialstyrelsen (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2008. Assisterad befruktning 1991–2007*. ISBN: 978-91-86301-73-6.

Socialstyrelsen (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2008. Assisterad befruktning 1991–2007*. ISBN: 978-91-86301-73-6.

Socialstyrelsen (2009). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – stöd för styrning och ledning*.

Socialstyrelsen (2010). *"Bra kan bli bättre. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 i sammandrag"*

Socialstyrelsen (2010). *Aborter 2009*. ISBN: 978-91-86585-24-2.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – stöd för styrning och ledning.*

Socialstyrelsen 2009. *Hjärtsjukvård. Öppna jämförelser och utvärdering 2009.*

Socialstyrelsen och Cancerfonden (2009). *"Populärvetenskapliga fakta om cancer. Cancer i siffror 2009"*

Statistiska centralbyrån (2009). *"Sveriges framtida befolkning 2009–2060"*
Demografiska rapporter 2009:1.

Stockholms läns landsting (2004). *Astma hos vuxna. Regionalt vårdprogram.*

Stockholms läns landsting (2004). *Regionalt vårdprogram. Stroke.*

Stockholms läns landsting (2006). *Allergi och astma hos barn och ungdomar. Regionalt vårdprogram.*

Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa Epidemiologiska enheten (2006). *"Hälsa, livsvillkor och levnadsvanor inom 43 områden i Stockholms län. Stockholms läns Folkhälsoenkät 2006"*

Stockholms läns landsting, LAFA (2010). *"Aborter och förlossningar i Stockholms län 2009"*

Stockholms läns landsting (2009). *"Läkemedelsgenomgång. Hur arbetar särskilda boenden för äldre med läkemedelsgenomgång?"*

Sveriges kommuner och Landsting (2010). *"Ett nytt tänk. Öppna jämförelser i hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och kvalitetsarbete"* ISBN:978-91-7164-555-5.

Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen (2008). *"Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2008"*

Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen (2009). *"Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2009"*

Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen (2010). *"Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2010"*

Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen (2010). *"Öppna jämförelser och utvärdering 2010: Psykiatrisk vård – ett steg på vägen"*

Bilagor

BARN OCH UNGDOMARS HÄLSA

Se rapporten Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser.

ÄLDRE (>75 år om inte annat anges)

Perspektiv	Mått		2006	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Andel som deltagit i hälsosamtal vid husläkarmottagning	SLL			24	28		Avtalsuppföljning
	Andel influensavaccinerade (>65 år)	SLL		70	73	57		Smittskyddsenheten
Säker hälso- och sjukvård	Andel läkemedelsgenomgångar vid särskilt boende	SLL						VAL
		M			28,3	46,3		
		K			24,6	43,5		
	Andel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) (>80 år)	SLL				58		
		Riket				52		
	Andel i befolkningen med tio eller flera läkemedel (>80 år)	SLL		13,5 (okt-dec 2007)	9,9	10,2		Läkemedelsregistret (ÖJ)
		M			8,6	8,9		
		K			10,6	10,8		
		Riket		14,2 (okt-dec 2007)	11,1	10,8		
		M			9,5	9,2		
		K			12,0	11,8		
	Andel i befolkningen med tre eller flera psykofarmaka (>80 år)	SLL		5,18 (okt-dec)	3,7	4		Läkemedelsregistret (ÖJ)
		M			2,5	3		
		K			4,3	4,6		
		Riket		5,91 (okt-dec)	4,6	5		
		M			3,1	3		
		K			5,4	5,4		
	Andel i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner) (>80 år)	SLL		3,7 (okt-dec)	2,8	2,8		Läkemedelsregistret (ÖJ)
		M			2,6	2,7		
		K			2,9	2,8		
		Riket		3,6 (okt-dec)	2,9	2,7		
		M			2,9	2,7		
		K			2,9	2,7		
	Andel vårdrelaterade infektioner	SLL					10,4	VRI-registret, SKL
		Riket					10,2	
	Andel registrerade fall under vårdtiden då risk för fall förelegat	SLL				11		WIM
	Andel registrerade trycksår som uppkommit under vårdtiden då risk för trycksår förelegat	SLL				7		

Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Andel upprättade vårdplaner inom fyra dagar efter inskrivning	SLL				96		
	Andel som känner förtroende för vården	SLL		75	73	72	77	Vårdbarometern
		M	74	75	79	75	77	
		K	68	74	70	69	77	
	Andel som anser sig ha tillgång till den vård de behöver	SLL		88	88	88	90	Vårdbarometern
		M	88	89	85	89	90	
		K	86	87	89	87	90	
		Riket		86	87	87		
		M	85	86	87	87		
		K	86	87	87	87		
	Andel patienter som vill rekommendera geriatrikliniken	SLL			70	74		Patientenkät Geriatrik
		M			71	78		
		K			70	71		
	Andel patienter över 75 år som vill rekommendera husläkarmottagningen	SLL			82	81		Patientenkät Husläkarmottagning
		M			84	81		
		K			81	80		
Effektiv hälso- och sjukvård	Andel återinlagda inom 7 dagar.			1,3	1,3	1,2		VAL
	Andel vårdtillfällen då patienter kommer direkt till Geriatriken eller via akutmottagning direkt till Geriatriken (>65 år)	SLL	12,7	12,2	11,2	13,2		VAL
Jämlik hälso- och sjukvård	Andel med nedsatt tuggförmåga (65-84 år)	SLL	3,2					FHE (Folkhälsoenkät) 2006.
	Andel med nedsatt hörsselförmåga (65-84 år)	SLL	15,8					
	Andel med nedsatt synförmåga (65-84 år)	SLL	4,7					
	Andel med nedsatt rörelseförmåga (65-84 år)	SLL	25,9					
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Andel patienter som blir färdigbehandlade på akutmottagning inom 4 timmar (>80 år)	SLL			57	64		Kvalitetsbokslut från akutsjukhusen
		M			60	66		
		K			55	62		
	Andel patienter som efter beslut på akutmottagning tas emot på geriatrikavdelning inom 6 timmar (>65 år)	SLL			95	99		WIM Geriatrik
	Väntetid för utvidgade utredningar på specialistmottagning för personer med demenssjukdom	SLL				35		Svenska demensregistret
		Riket				41		
Effekter av vården	Antal vårdkontakter i medeltal under sista levnadsåret (>80 år)	SLL		43	43	45		VAL
		M		44	48	50		
		K		42	40	42		

GRAVIDITET, FÖRLOSSNINGS- OCH NYFÖDDHETSVÅRD

Perspektiv	Mått		2006	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Andel rökare tre månader före aktuell graviditet	SLL	14,8	15,1*	13,9			Medicinska födelseregistret
		Riket	17,4	17,2	16,6			
	BMI (medelvärde) vid inskrivning till mödrahälsovården	SLL			23,9			Medicinska födelseregistret
		Riket			24,6			
Säker hälso- och sjukvård	Andel vaginalförlösta med perinealbristning grad 3 och 4	SLL	4,6	4,2	4,4	4,6		Medicinska födelseregistret (ÖJ)
		Riket	3,7	3,5	3,4	3,8		
	Andel nyfödda med låg Apgar-poäng (<7 poäng efter 5 min)	SLL	0,94	0,95	0,93			Medicinska födelseregistret(ÖJ)
			(2002-2006)	(2003-2007)	(2004-2008)			
		Riket	1,13	1,13	1,13			
			(2002-2006)	(2003-2007)	(2004-2008)			
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Andel som känner förtroende för sin barnmorska	SLL			83	84	85	Patientenkät MVC
	Andel som rekommenderar MVC-mottagningen till andra	SLL			85	86	87	Patientenkät MVC
	Andel som ansåg att de fick tillräcklig information om sin graviditet på MVC	SLL			78	83	83	Patientenkät MVC
	Andel som deltagit i MVCs föräldrautbildning	SLL			59	60	62	Patientenkät MVC
	Andel som ansåg att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd på förlossningskliniken	SLL				74		Patientenkät Förlossning
	Andel som rekommenderar sjukhuset de förlöst på till andra	SLL				87		Patientenkät Förlossning
Effektiv hälso- och sjukvård	Andel kejsarsnitt av totala antalet förlossningar	SLL	21,1	21,2	20,4			Medicinska födelseregistret
		Riket	17,7	17,5	17,2			
	Andel kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet i åldrarna 20-34 år	SLL		9,38	9,37			Medicinska födelseregistret (ÖJ)
				(2003-2007)	(2004-2008)			
		Riket		7,83	7,95			
				(2003-2007)	(2004-2008)			
	Andel med kort vårdtid (0-2 dygn) vid enkelbörd och vaginal förlossning	SLL		74,3	73,0			Medicinska födelseregistret
		Riket		66,4	69,6			
Jämlik hälso- och sjukvård	Antal obstetriska ultraljud per gravid kvinna	SLL	1,51	1,39	1,51	1,59		VAL
	Antal aborter/ 1000 fertila kvinnor	SLL			24,7	23,9		Medicinska födelseregistret
		Riket			21,3	20,8		
	Andel aborter som utförts med farmakologisk metod (medicinsk abort)	SLL	67,1	71,5	75,8	79,7		Abortregistret
		Riket	75,7	79,9	82,9	85,6		
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Andel hänvisade förlossningspatienter till icke vald förlossningsklinik	SLL	5,9	6,1	5,1	5,3	6,3 (jan-juni)	LAFA
Effekter av vården	Antal dödfödda per 1 000 födda barn. Åldersstandardiserade värden.	SLL	2,71	2,5	2,57			Medicinska födelseregistret (ÖJ)
			(2002-2006)	(2003-2007)	(2004-2008)			
		Riket	3,15	2,99	3,03			
			(2002-2006)	(2003-2007)	(2004-2008)			
	Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden.	SLL	1,8	1,64	1,55			Medicinska födelseregistret (ÖJ)
			(2002-2006)	(2003-2007)	(2004-2008)			
		Riket	1,93	1,84	1,75			
			(2002-2006)	(2003-2007)	(2004-2008)			

CANCER

Perspektiv	Mått		Annan mätperiod	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- o sjukvård	Andel utförda mammografis- creening av antal kallade	SLL				70,4		Onkologiskt Centrum (OC)
	Andel bröstcancerpatienter opererade enligt Sentinel Node	SLL			68,5	70,1		Nationella bröstcancer- registret (OC)
		Riket			66	68,9		
	Andel män med prostatacancer som fått kurativt syftande behan- dling. Avser män med mellan- och högrisktumörer.	SLL		68,7	79,1			Nationella prostatacan- cerregistret (ÖJ)
				(<70 år, 2003-2007)	(< 75 år, 2008)			
		Riket		71,3 (<70 år)	75,2			
Säker hälso- och sjukvård	Andel bröstcancerpatienter som omopererats p g a komplikation- er – infektion, blödning, övrigt	SLL			1,1	1		Nationella bröstcancer- registret (OC)
		Riket			1,6	1,5		
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Antal kontaktsjuksköterskor totalt	SLL			83	90		HSN:f
	Antal kontaktsjuksköterskor för lungcancerpatienter i SLL	SLL						HSN:f
	Antal vårdenheter för lungcan- cerpatienter med tillgång till kontaktsjuksköterska	SLL						HSN:f
	Antal kontaktsjuksköterskor för bröstcancerpatienter i SLL	SLL			15	21		HSN:f
	Antal vårdenheter för bröstcan- cerpatienter med tillgång till kontaktsjuksköterska	SLL			7	9		HSN:f
	Antal kontaktsjuksköterskor för prostatacancerpatienter	SLL			10	13		HSN:f
	Antal vårdenheter för prostata- cancerpatienter med tillgång till kontaktsjuksköterska	SLL			5	6		HSN:f
Effektiv hälso- och sjukvård	Andel bröstcancerpatienter där beslut om behandling fattats vid multidisciplinär konferens	SLL		90	93,6	93,1		Nationella bröstcancer- registret (OC)
		Riket			87,3	87,5		
	Andel prostatacancerpatienter där beslut om behandling fattats vid multidisciplinär konferens	SLL	20,8	17,5				Onkologiskt Centrum
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Genomsnittligt antal slutenvård- stillfällen per individ för huvuddi- agnos lungcancer inom samtliga vårdgrenar exkl hemsjukvård	SLL	1,8	1,7	1,8	1,9		
		M	1,7	1,8	1,8	1,9		
		K	1,8	1,7	1,9	1,9		
	Mediantid (dagar) för bröstcan- cerpatienter från nybesök till vårdplan (median dagar)	SLL + Gotl.			12			Nationella bröstcancer- registret
		Riket			10			
	Mediantid (dagar) för bröstcan- cerpatienter från vårdplan till operation	SLL + Gotl.			16			Nationella bröstcancer- registret
		Riket			19			
	Mediantid (dagar) för bröstcan- cerpatienter från operation till PAD-besked till patienten	SLL + Gotl.			19			Nationella bröstcancer- registret
		Riket			21			
	Tid från remiss till behandlings- beslut för lungcancerpatienter	SLL + Gotl.	38	42	41,5			Nationella lungcancer- registret
		Riket	28	31	31			

Effekter av vården	5- årsöverlevnad vid bröstcancer	SLL	89,2	90,2	90,1			Cancerregistret (ÖJ)
			(2000-2006)	(2001-2007)	(2002-2008)			
		Riket	87,0	88,3	88,6			
			(2000-2006)	(2001-2007)	(2002-2008)			
	5- årsöverlevnad vid prostata-cancer	SLL	97,6	92,6	93,3			Onkologiskt centrum
			(2000-2006)	(2001-2007)	(2002-2008)			
		Riket	87,0	87,3				
			(2000-2006)	(2001-2007)				
	2-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2001-2007.	SLL						Cancerregistret(ÖJ)
		M		25,2				
		K		28,7				
		Riket		23,7				
		M		21,1				
		K		26,9				
	1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter diagnostiserade 2002-2008.	SLL			44,4			Cancerregistret(ÖJ)
		M			41,2			
		K			47,6			
		Riket			45,0			
		M			38,0			
		K			41,2			

HJÄRTSJUKDOM

Perspektiv	Mått		2006	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- o sjukvård	Andel med reperfusionsbehandling efter ST-höjningsinfarkt (< 80 år)	SLL		70,9		85,2		Riks HIA/SWEDHART (ÖJ)
		M		72	85,1	87,4		
		K		68,5	77,2	77,5		
		Riket		72,1		87,9		
		M		73,8	83,9	89,1		
		K		68	78,8	84,3		
	Andel kranskärlsröntgade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt (< 80 år)	SLL		71,1		81,4		Riks HIA/SWEDHART (ÖJ)
		M		74,4	78,4	83,3		
		K		64,2	68,1	77,1		
		Riket		74,1		82,1		
		M		76,7	80,8	83,9		
		K		68,7	74,3	78,1		
	Andel patienter som clopidogrel-behandlas vid icke ST-höjningsinfarkt (<80 år)	SLL				90,4		Riks HIA/SWEDHART (ÖJ)
		M		82,9	91,1	93		
		K		75,8	83,0	85,1		
		Riket				87,4		
		M		84,6	90,5	88,2		
		K		78,1	84,5	85,5		
	Andel patienter med blodfettssänkande behandling 12-18 månader efter infarkt. Avser patienter 40-79 år. Åldersstandardiserade värden.	SLL		80,8				Riks HIA/SWEDHART (ÖJ)
				(2006-2007)		81,1		
		M	79,5	82				
			(2005-2006)	(2006-2007)		82,6		
		K	77,1	78,6				
			(2005-2006)	(2006-2007)		78,8		
		Riket		83,5				
				(2006-2007)		84,3		
		M	83,4	84,2				
			(2005-2006)	(2006-2007)		85,2		
	Antal implanterade sviktpacemakers (CTR) per 100 000 invånare	SLL	9,4	4,1	4,2	4,1		Svenska pacemaker och ICD-registret och SCBs befolkningsstatistik
		M	17,4	6,3	6,6	6,1		
		K	3	1,8	1,8	2,2		
		Riket	6,6	4,2	4,6	4,1		
		M	10,8	6,6	7,2	6,2		
		K	2,2	1,9	2,0	2,0		
	Antal patienter som får implant-erbar defibrillator per 100 000 invånare	SLL	9	10,2	13,2	15,7		Svenska pacemaker och ICD-registret och SCBs befolkningsstatistik??
		M	15,6	17,2	21,6	26,6		
		K	3,2	3,4	5,1	5,2		
		Riket	9	7,5	8,4	10,9		
		M	10,8	12,2	13,6	17,9		
		K	2,6	2,8	3,3	3,9		
	Andel patienter <80 år med hjärtsviktsdiagnos som är undersökta med ekokardiografi	SLL						Rikssvikt
		M						
		K						
		Riket	85					
		M	88,3					
		K	80,4					

	Andel patienter med hjärtsvikt som får behandling med ACE-männare eller ARB						Rikssvikt
	Andel patienter med hjärtsvikt som får behandling med beta-blockerare						Rikssvikt
	Andel patienter som sjukhusvårdas på grund av hjärtsvikt						Patientregistret och SCBs befolkningsstatistik
Säker hälso- och sjukvård	Andel patienter som reopereras efter kranskärlsoperation	SLL	1,2				Svenska hjärtkirurgiregistret.
		M	1,2				
		K	0,9				
		Riket	1,2				
		M	1,3				
		K	1,1				
	Komplikation under vårdtillfället vid hjärtinfarkt						Riks HIA ? SoS
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	EQ5D-index vid ett-årsuppföljning efter diagnostiserad hjärtsvikt	SLL					Rikssvikt
		Riket	0,81	0,8			
Effektiv hälso- och sjukvård	Andel återinskrivna efter hjärtsjukdom inom 30 dagar år 2006-2007	SLL	9,8				Rikssvikt
		M	9,7				
		K	9,6				
		Riket	9,5				
		M	9,8				
		K	9,1				
	Andel patienter som får ny hjärtinfarkt inom 365 dagar. Åldersstandardiserade värden.	SLL	12,3				Patientregistret (ÖJ)
		M	12,4				
		K	11,9				
		Riket	12,2				
		M	12,6				
		K	11,7				
	Andel rökare som slutat röka vid uppföljning (2 månader) efter hjärtinfarkt	SLL	55,5				Riks HIA och SEPHIA
		M	55,1				
		K	56,7				
		Riket	63,6				
		M	63,7				
		K	63,2				
	Andel patienter som når målnivå för LDL-kolesterol (<2,5 mmol/l) 1 år efter hjärtinfarkt, 2006-2007	SLL	70				SEPHIA
		M	72,8				
		K	61,3				
		Riket	71,6				
		M	73				
		K	67,8				
Jämlik hälso- och sjukvård							
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Väntetid från beslut till bypassoperation, median (dagar)	SLL		11	8	7	SEPHIA
		M		9	9	8	
		K		11	6	6,5	
		Riket		14	12	10	
		M		14	12	11	
		K		12	10	8	

	Väntetid till klaffkirurgi, median (dagar)	SLL		59	41			Svenska hjärtkirurgireg- istret.
		M		54	40			
		K		70	47			
		Riket		54	45			
		M		54	45			
		K		56	46			
	Andel som väntat >90 dagar på besök inom kardiologi	SLL			1,7	2,1		Väntetider i Vården, SKL (ÖJ)
		Riket			16,9	7,3		
	Väntetid mellan beslut om opera- tion och utförd kranskärlsopera- tion. Medianväntetid.	SLL		13				Riks HIA/SWEDHART (ÖJ)
		M			10			
		K			7			
		Riket		14				
		M			12			
		K			10			
Effekter av vården	Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Ålderstandardiserade värden. 2005-2007 samt 2006-2008	SLL		14,3	13,9	13,6		Patientregistret och Dödsorsaksregistret, SoS (ÖJ)
		M		15,1	14,6	14,2		
		K		13,7	13,5	13,4		
		Riket		14,9	14,3	13,5		
		M		15,5	14,8	14,1		
		K		14,4	14,0	13,7		
	Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Ålderstandardis- erade värden.	SLL		29,6		29,4		Patientregistret och Dödsorsaksregistret, SoS (ÖJ)
			(2004-2006)	(2005-2007)		(2006-2008)		
		M	32,6	30,7		30,7		
			(2004-2006)	(2005-2007)		(2006-2008)		
		K	29,5	28,2		27,9		
			(2004-2006)	(2005-2007)		(2006-2008)		
		Riket		29,8		29,4		
			(2004-2006)	(2005-2007)		(2006-2008)		
		M	31,6	31,0		30,4		
			(2004-2006)	(2005-2007)		(2006-2008)		
		K	29,0	28,2		28,1		
			(2004-2006)	(2005-2007)		(2006-2008)		
	Antal patienter som är helti- dssjukskrivna 6-10 veckor efter hjärtinfarkt 2006-2007	SLL	42,4					SEPHIA
		M	44,2					
		K	31,6					
		Riket	42,8					
		M	42					
		K	43,9					
	Andel patienter som återinskrivs för hjärtsvikt eller avlider inom 30 dagar efter sjukhusvårdad hjärtsvikt. Ålderstandardiserade värden. 2005-2008	SLL			17,3	16,9		Patientregistret (ÖJ)
		M			17,9	18		
		K			16,6	15,6		
		Riket			19,8	19,8		
		M			20,4	20,5		
		K			19,1	18,9		

STROKE

Perspektiv	Mått		2006	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Andel strokepatienter med förmaksflimmer som fått Waran-behandling efter 12-18 mån	SLL		38,1				Riksstroke
		M		44,4				
		K		32,4				
		Riket		45				
		M		50,2				
		K		40,8				
	Andel patienter som slutat röka efter stroke	SLL			54			Riksstroke
		M			53			
		K			53			
		Riket		ca 55	46			
		M			45			
		K			46			
	Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke	SLL		7,1	9,4	11		ÖJ
		M				11,3		
		K				10,7		
		Riket		5,4	7,4	8,3		
		M				8,4		
		K				8,2		
	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling efter stroke	SLL			47			Riksstroke
		M			44			
		K			49			
		Riket		77,6	58			
		M			56			
		K			61			
	Andel patienter (55-79 år) med blodförtunnande behandling 12-18 månader efter stroke och hjärtflimmer. Åldersstandardiserade värden.	SLL		59,0 (2006-2007)		60,2 (2007-2008)		Patientregistret och Läkemedelsregistret, SoS (ÖJ)
		M		58,0 (2006-2007)		57,7 (2007-2008)		
		K		60,4 (2006-2007)		63,8 (2007-2008)		
		Riket		62,6 (2006-2007)		65,8 (2007-2008)		
		M		67,7 (2006-2007)		63,7 (2007-2008)		
		K		63,8 (2006-2007)		62,2 (2007-2008)		
Säker hälso- och sjukvård	Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet	SLL		71,6		81,6		Riksstroke (ÖJ)
		M		75,2	78,3	81,8		
		K		68	70,9	81,4		
		Riket		82,4		86,5		
		M		84	84,9	87,3		
		K		80,7	82,5	85,7		
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården på sjukhuset	SLL		89,0		89,2		Riksstroke (ÖJ)
		M			89,7	89,2		
		K			86,7	89,1		
		Riket		90,0		89,1		
		M			91,3	91,4		
		K			88,5	90,3		

Effektiv hälso- och sjukvård	Andel strokepatienter som återinskrivs för stroke inom ett år. Åldersstandardiserade värden.	SLL	10,4 (2001-2005)	10,4 (2002-2006)		11,4		Patientregistret, SoS (ÖJ)
		M			10,7 (2003-2007)	11,7		
		K			10,9	11,2		
		Riket	9,5	9,6		9,8		
		M			9,9	9,8		
		K			9,4	9,4		
Jämlik hälso- och sjukvård	Andel strokepatienter som var ADL-beroende 3 månader efter akutfasen	SLL		19,2				Riksstroke (ÖJ)
		M			17,9	17,5		
		K			20,8	17,8		
		Riket		20,9				
		M			18,6	17,6		
		K			23,0	18,0		
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Tid mellan insjuknande och kontakt med sjukvården							
	Andel som inkom inom 3 timmar efter insjuknande till akutsjukhus							
Effekter av vården	Andel döda inom 28 dagar efter förstgångsstroke	SLL		21,3 (2005-2007)		21,1 (2006-2008)		Patientregistret och Dödsorsaksregistret (ÖJ)
		M	22,1 (2004-2006)	21,7		21,4		
		K	21,7	21,3		21		
		Riket		22,5		22,3		
		M	22	21,8		21,7		
		K	22,7	22,5		22,6		
	Andel döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad förstgångsstroke	SLL		14,5		13,9 2007-2009		Patientregistret och Dödsorsaksregistret (ÖJ)
		M	15,3 (2005-2007)	15,2		14,8		
		K	14 (2005-2007)	14,2		13,5		
		Riket		14,6		14,5		
		M	14,7 (2005-2007)	14,6		14,5		
		K	14,7 (2005-2007)	14,7		14,6		

ORTOPEDISK SJUKDOM

Perspektiv	Mått		2006	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- o sjukvård	Andel kvinnor med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6-12 månader efter sjukhusvård	SLL		23,5 (>65 år 2005-2007)	20,9 (>55 år 2006-2008)	13,5 (>50 år 2007-200906)		Läkemedelsregistret och Patientregistret, SoS (ÖJ)
		Riket		25,4 (>65 år 2005-2007)	23 (>55 år 2006-2008)	13,7 (>50 år 2007-200906)		
	Andel totala knäproteser som inte omopererats inom 10 år	SLL			96,0 (1999-2008)			Svenska knäprotesregistret (ÖJ)
		M		96,9 (1998-2007)	96,2 (1999-2008)			
		K		96,2 (1998-2007)	96,0 (1999-2008)			
		Riket			95,9 (1999-2008)			
		M		96,0 (1998-2007)	95,6 (1999-2008)			
		K		96,1 (1998-2007)	96,0 (1999-2008)			
	Andel totala höftproteser som inte omopererats inom 10 år	SLL		94,8		94,6 (2000-2009)		Svenska Höftprotesregistret (ÖJ)
		M			93,3 (1999-2008)	93 (2000-2009)		
		K			96,1 (1999-2008)	95,4 (2000-2009)		
		Riket		94,7		94,8 (2000-2009)		
		M			93,4 (1999-2008)	93,5 (2000-2009)		
		K			95,9 (1999-2008)	95,7 (2000-2009)		
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation	SLL		1,7 (2004-2007)	1,9 (2005-2008)	2,04 (2006-2009)		Svenska Höftprotesregistret (ÖJ)
		M				2,28 (2006-2009)		
		K				1,88 (2006-2009)		
		Riket		1,6 (2004-2007)	1,6 (2005-2008)	1,78 (2006-2009)		
		M				1,99 (2006-2009)		
		K				1,64 (2006-2009)		
Säker hälso- och sjukvård	Andel oönskade händelser (återinläggning och dödsfall) inom 30 dagar efter knä- eller höftledsplastik	SLL		3,7 (2005-2007)	3,9 (2006-2008)	4 (2007-2009)		Patientreg (ÖJ)
		Riket		3,4 (2005-2007)	3,42 (2006-2008)	3 (2007-2009)		
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation. Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.	SLL		0,38 (2002-2007)	0,36 (2007-2008)			Svenska höftprotesregistret (ÖJ)
		M			0,35 (2007-2008)			
		K			0,37 (2007-2008)			
		Riket		0,38 (2002-2007)	0,37 (2007-2008)			
		M			0,35 (2007-2008)			
		K			0,38 (2007-2008)			

	Patientrapporterad förbättring av hälsa 4-12 månader efter behandlingsstart med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, 2007-2009	SLL				39,6 (2007-2009)		
		M				45,1 (2007-2009)		
		K				37,3 (2007-2009)		
		Riket				34,8 (2007-2009)		
		M				38,2 (2007-2009)		
		K				33,3 (2007-2009)		
Effektiv hälso- och sjukvård	Antal artroskopier i knäled vid artros eller meniskskada per 100 000 invånare. Avser patienter 40 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.	SLL			309,8 (2006-2008)	358,8 (2007-2009)		Patientregistret (ÖJ)
		M			350,1 (2006-2008)	406,6 (2007-2009)		
		K			268,9 (2006-2008)	310,1 (2007-2009)		
		Riket			224,1 (2006-2008)	230,5 (2007-2009)		
		M			261,3 (2006-2008)	266,9 (2007-2009)		
		K			185,9 (2006-2008)	193,1 (2007-2009)		
Jämlig hälso- och sjukvård	Andel patienter med höftfraktur som efter ankomst till sjukhus opereras inom 24 timmar.	SLL		56,2	53	60		Riks Höft
		M		55,6	52	59		
		K		56,5	53	60		
		Riket		61	61	63		
		M		61	60	62		
		K		61	61	63		
	Andel protesopererade över 65 år vid höftfraktur. Åldersstandardiserade värden.	SLL		46,6 (2006-2007)		55,5 (2008-2009)		Patientreg (ÖJ)
		M			44,4 (2007-2008)	51,4 (2008-2009)		
		K			52,3 (2007-2008)	57,4 (2008-2009)		
		Riket		54,9 (2006-2007)		58,5 (2008-2009)		
		M			51,5 (2007-2008)	53,0 (2008-2009)		
		K			59,0 (2007-2008)	61,1 (2008-2009)		
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Andel patienter som väntat till första besöket på ortopedisk mottagning > 30 dagar (31 maj)	SLL			75	51	63	CVR
	Andel patienter som väntat till första besöket på ortopedisk mottagning > 90 dagar (31 maj)	SLL		33	45	22	42	
	Andel patienter med knäledsartros som väntat till operation > 90 dagar (31 maj)	SLL		37	31	6	6	
	Andel patienter med höftledsartros som väntat till operation > 90 dagar (31 maj)	SLL		39	29	9	7	
	Skillnad i andel väntade 2009-12-31 med 2008-12-31 avseende (Ska spegla effekt av vårdval)							

	Höftprotesoperation andel väntande	Totalt					-8		
	Väntat > 90 dagar						-55		
	Knäprotesoperation andel väntande	Totalt					-5		
	Väntat > 90 dagar						-6		

DIABETES

Perspektiv	Mått			2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård	Andel diabetiker i primärvården som får råd om kost och aktivitet							
	Andel diabetiker i primärvård som inte röker	SLL		83,7	83,2			Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			82,3			
		K			84,5			
		Riket		85,7	85,7			
		M			85,1			
		K			86,4			
Säker hälso- och sjukvård	Andel diabetespatienter som har genomgått amputation ovan fotled	SLL		0,8	1,0			
		Riket		0,8	0,9			
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Andelen patienter som genomgått gruppbaserad diabetesutbildning under första sjukdomsåret	SLL						NDR frågeformulär Under utveckning
	Andelen diabetespatienter som fått ögonbotten undersökt inom senaste 3 åren							Nationella diabetesregistret
	Andel diabetiker i primärvård som fått fotstatus kontrollerat	SLL						Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M						
		K						
		Riket						
		M						
		K						
Effektiv hälso och sjukvård	Andel diabetiker som når mål för långtidsblodsocker i primärvården	SLL		55,2	55,7			Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			54,7			
		K			56,6			
		Riket		58,1	55,9			
		M			55			
		K			57			
	Andel kostbehandlade diabetiker som når mål för långtidsblodsocker i primärvården	SLL				82,9		
		M				81,5		
		K				84,6		
		Riket				84,9		
		M				83,7		
		K				86,7		
	Andel diabetiker i primärvården som når behandlingsmål för blodtryck	SLL		34,7	38,2	59,1		Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			38,8	58,2		
		K			37,5	60,6		
		Riket		35,0	37,6	60,2		
		M			38,4	59,6		
		K			36,5	61		
	Andel diabetiker i primärvården som når behandlingsmål för total kolesterol	SLL		43,2	42,3	39,9		Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			47,97	42,7		
		K			35,2	35,7		
		Riket		43,1	44,65	41,9		
		M			50,1	43,9		
		K			37,7	38,9		

	Andelen diabetespatienter som fått blodfettssänkande behandling	SLL				58,9		Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M				60,1		
		K				57,4		
		Riket				60,3		
		M				61,3		
		K				59,2		
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Andel diabetiker i primärvården som genomgått kontroll av ögonbottenstatus de senaste två åren	SLL		81,0	83,7			Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			83,9			
		K			83,4			
		Riket		77,8	80,2			
		M			80,7			
		K			79,6			
	Andel diabetiker i primärvården som genomgått kontroll för fotstatus inom det senaste året	SLL		76,5	82,4			Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			82,3			
		K			82,5			
		Riket		87,6	87,7			
		M			87,5			
		K			87,9			
Effekter av vården	Andel diabetespatienter i primärvården med diabetesnefropati	SLL		6,6	8,2			Nationella diabetesregistret (ÖJ)
		M			9,2			
		K			6,9			
		Riket		9,1	8,3			
		M			10,1			
		K			6,0			
	Andel diabetespatienter som fått stroke eller hjärtinfarkt							

PSYKISK OHÄLSA

Perspektiv	Mått		2006	2007	2008	2009	2010	Källa
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- o sjukvård	Antal personer 20-79 år med regelbunden respektive hög användning av lugnande medel/ sömnmedel/ 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden	SLL		3024		3119		Läkemedelsregistret 2007 (ÖJ)
		M			2482 (Juli 2008-juni 2009)	2503		
		K			3646 (Juli 2008-juni 2009)	3683		
		Riket		3165		3171		
		M			2470 (Juli 2008-juni 2009)	2476		
		K			3812 (Juli 2008-juni 2009)	3829		
	Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2007 med fortsatt följsamhet under 2008 (> 18 år). Åldersstandardiserade värden.	SLL			78,2	79,5		Läkemedelsregistret (ÖJ)
		M			76,5	79,8		
		K			79,2	79,3		
		Riket			82,9	83,1		
		M			82,2	83,5		
		K			83,4	82,7		
	Behandling med antidepressiva läkemedel i minst 6 månader av alla nyinsatta (> 18 år). Åldersstandardiserade värden	SLL						Läkemedelsregistret (ÖJ Psy)
		M			50,8 (Jan-juni 2009)			
		K			52,2 (Jan-juni 2009)			
		Riket						
		M			52,8 (Jan-juni 2009)			
		K			53,9 (Jan-juni 2009)			
	Äterfall i brott vid rättspsykiatrisk vård	SLL				19,3		RättsPsyK
		Riket				20,9		
Säker hälso- och sjukvård	Antal självmord (säkra och osäkra) per 100 000 invånare	SLL	20,4	19,0				Dödsorsaksregistret. NASP
		M	28,0	25,1				
		K	13,2	13,1				
		Riket	19,2	18,9				
		M	26,9	27,0				
		K	11,7	11,0				
Patientfokuserad hälso- och sjukvård	Andel patienter med bipolär sjukdom som genomgått patientutbildning. Könsuppdelning är andel kvinnor resp män av de som genomgått patientutbildning	SLL			8,2	7,6		Bipolär
		M			46,2	40,4		
		K			53,8	58,6		
		Riket		23	9	7,4		
		M			32,7	35,6		
		K			67,3	64,4		
Effektiv hälso- och sjukvård	Antal personer per 100 000 invånare med avsiktligt självdestruktiv handling som orsak till behandling inom slutenvård	SLL		84	86			Patientregistret
		M		53	59			
		K		115	112			
		Riket		86	89			
		M		61	66			
		K		111	112			

	Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar (20-59 år). Åldersstandardiserade värden.	SLL		17,4 (2005-2007)	16,1 (2006-2008)			Patientregistret (ÖJ)
		M		17,1 (2005-2007)	16,2 (2006-2008)			
		K		17,9 (2005-2007)	15,8 (2006-2008)			
		Riket		16,8 (2005-2007)	16,1 (2006-2008)			
		M		16,7 (2005-2007)	16 (2006-2008)			
		K		16,1 (2005-2007)	16,1 (2006-2008)			
	Andel personer med bipolär sjukdom som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar, 2005-2007. (20-59 år). Återinskrivning tom 2008. Åldersstandardiserade värden.	SLL						Patientregistret (ÖJ Psyk)
		M		15,6				
		K		16,1				
		Riket						
		M		16,3				
		K		15				
	Andel personer med depression som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar, 2005-2007. (20-59 år). Återinskrivning tom 2008. Åldersstandardiserade värden.	SLL						Patientregistret (ÖJ Psyk)
		M		15,1				
		K		13				
		Riket						
		M		14,1				
		K		14,1				
Jämlik hälso- och sjukvård	Dödlighet bland personer som vårdats inom sluten psykiatrisk vård per 10 000 invånare (20-79 år). Åldersstandardiserade värden.	SLL						Dödsorsaksregistret och Patientregistret (ÖJ Psyk)
		M				175,6 (2006-2009)		
		K				99,9 (2006-2009)		
		Riket						
		M				165,1 (2006-2009)		
		K				93,1 (2006-2009)		
Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Andel som väntat > 30 dagar på besök till BUP (31 maj)	SLL			28	20	7	CVR
	Andel som väntat > 90 dagar på besök till BUP (31 maj)	SLL		10	4	3	2	CVR
	Andel som väntat > 30 dagar på besök till vuxenpsykiatrisk mottagning (31 maj)	SLL			27	17	29	CVR
	Andel som väntat > 90 dagar på besök till vuxenpsykiatrisk mottagning (31 maj)	SLL		4	9	3	7	CVR
Effekter av vården	Andel patienter med ätstörning som förbättrats ett år efter påbörjad behandling	SLL	45,5	42,6				RiksÅt
		Riket	53,2	45,3				



Beställning av rapporten:
registrator.hsn@sll.se
Tfn 08-123 132 99