

Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp - förutsättningar, utmaningar och utfall

Förord

Det här är den första nationella rapporten, inom ramen för kunskapsstyrningen, som beskriver indikatorbaserad uppföljning av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Rapportens syfte är att genomföra en uppföljning av de 13 första vårdförloppen för att pröva indikatorernas användbarhet för uppföljning av vårdförlopp och utifrån erfarenheterna av detta identifiera områden för utveckling och förbättring.

Rapporten är framtagen i enlighet med regionernas utvecklingsplan för systemet för kunskapsstyrning där fokus de kommande åren främst ska ligga på att införa och utveckla tillämpning av bästa tillgängliga kunskap samt på att följa upp resultat.

Det är angeläget vid införande av nya kunskapsstöd att så snart som möjligt få till en fungerande uppföljning, regionalt och nationellt. Detta så att effekterna av nya arbetsprocesser och åtgärder kan utvärderas och vid behov justeras. Rapporten ska ses som ett led i arbetet att få fram en uppföljning som fyller sitt syfte och kan skapa förbättringar för vården och framför allt för patienterna. Rapporten bygger främst på nationellt tillgängliga data hämtade från Vården i siffror men även inrapporterade data från regionernas vårdinformationssystem har använts. Att i praktiken pröva användbarheten av nationellt framtagna specifikationer för indikatorer där inte nationella data finns är ett nödvändigt och viktigt steg.

Det saknas fortfarande nationella data för många indikatorer och vårdförloppsmål. Ett långsiktigt arbete som syftar till en ökad standardisering av innehållet i vårdinformationssystemen är nödvändigt för att nå högre kvalitet i uppföljningen. Här behövs en samsyn mellan regionerna avseende vilken information som är prioriterad och en tydlig struktur för organisering och finansiering. Vårdförloppens behov, tillsammans med annat arbete, ger bra underlag för en sådan prioritering. Vidareutveckling av andra nationella register som hälsodataregister och påbörjat arbete med att etablera en bredare nationell uppföljningskapacitet med regionernas vårddata som grund i en ny regiongemensam lösning är också viktiga områden. Sammantaget har framtagandet av den här rapporten resulterat i ett antal betydelsefulla lärdomar om förutsättningarna för att följa upp kunskapsstöd med hjälp av indikatorer.

Rapporten har sammanställts på uppdrag av styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård (SKS) och riktar sig främst till aktörer inom systemet för kunskapsstyrning.

Mats Bojestig, ordförande styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård (SKS)

Följande personer har bidragit i arbetet med denna rapport:

- Annelie Cedergren (Region Blekinge),
- Andreas Endredi (SKR),
- Erik Hägerdal (Region Skåne),
- Håkan Nilsson (Region Halland),
- Jenny Svärd Backlund (Region Stockholm),
- Fredrik Westander (SKR),
- Ylva Westander (Region Stockholm),
- Fredrik Wiberg (Region Skåne).

För frågor om rapporten, kontakta Christina Holmström (SKR) eller Fredrik Westander (SKR).

Innehållsförteckning

Förord	2
Inledning, syfte och disposition	5
Del 1: Sammanfattning av resultat och slutsatser	8
1.1. Uppföljning av vårdförlopp – utgångspunkter och ambitioner.....	8
1.2. Datainsamling och datakällor för de första 13 vårdförloppen	13
1.3. Sammanställning av resultatet	14
1.4. Sammanfattande slutsatser och reflektioner.....	17
Del 2: Uppföljning av enskilda vårdförlopp	23
2.1. Höftledsartros – primärvård.....	23
2.2. Stroke och TIA – tidiga insatser och vård	32
2.3. Tidig och etablerad reumatoid artrit.....	47
2.4. Kritisk benischemi.....	59
2.5. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	61
2.6. Hjärtsvikt – nydebuterad.....	68
2.7. Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur.....	73
2.8. Kognitiv svikt.....	76
2.9. Sepsis	80
2.10. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet.....	83
2.11. Schizofreni – förstagångsinsjuknande	86
2.12. Knäledsartros.....	90

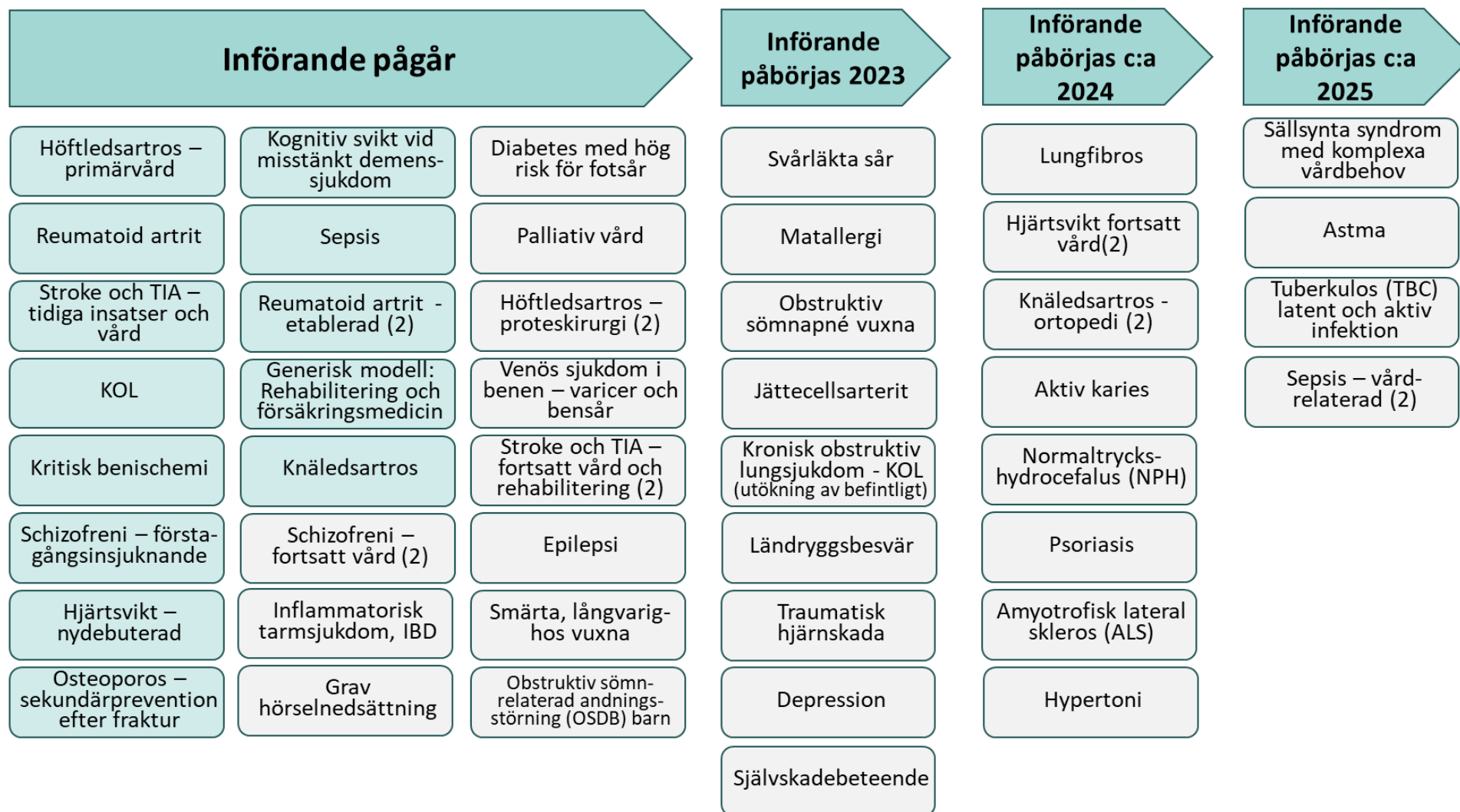
Inledning, syfte och disposition

Arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård och startade år 2019.

Arbetet med vårdförlopp initierades utifrån en statlig överenskommelse och för år 2023 ingår arbetet i [Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård](#). Ett vårdförlopp beskriver en personcentrerad och sammanhållen vårdprocess som omfattar en hel eller en del av en vårdkedja. Vårdförloppet innehåller ett flödesschema och anger kortfattat vilka åtgärder som ska göras, i vilken ordning och när. Vårdförloppen publiceras på [nationelltklinisktkunskapsstod.se](#). I denna rapport används i fortsättningen de förkortade begreppen vårdförlopp respektive kunskapsstyrningssystemet.

Vårdförloppen utarbetas av nationella arbetsgrupper på uppdrag av ett nationellt programområde. Arbetsgrupperna är tvärprofessionellt sammansatta med sakkunniga inom aktuellt medicinskt område och med patientföreträdare som deltagare. Arbetsgrupperna tar som en del i arbetet fram indikatorer (resultat- och processmått) för uppföljning av vårdförloppets mål och åtgärder. Indikatorerna belyser i vilken grad patienten fått den vård/behandling som vårdförloppet beskriver och vilka resultaten för patienten är.

Figur 1 visar både de vårdförlopp som är framtagna och de som till och med våren 2023, beslutats om ska utarbetas, totalt 45 vårdförlopp. Införande pågår för knappt hälften, bland dem de 13 vårdförlopp som är markerade i grönt och som är inkluderade i uppföljningen i denna rapport. För övriga pågår arbete i olika skeden. De grönmmarkerade vårdförloppen är de som först godkändes för införande. De godkändes under perioden maj 2020 till februari 2022.



Figur 1. Planerad införandeperiod för vårdförlopp fram till 2025. Godkända vårdförlopp är uppställda i den ordning de är godkända. Vårdförlopp som ännu inte utarbetats, men där beslut om framtagande fattats (till och med våren 2023) är inkluderade i bilden.

Totalt sett har fram till sommaren 2023 drygt 30 vårdförlopp godkänts för införande av styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälsa- och sjukvård (SKS). Varje vårdförlopp innehåller ett antal indikatorer för uppföljning av det aktuella vårdförloppet. Tiden har nu blivit mogen att genomföra en bred uppföljning och sammanställning över uppföljningsbarhet av vårdförloppens indikatorer.

Denna första indikatorbaserade uppföljning av 13 vårdförlopp har genomförts på uppdrag av SKS.

Syfte

Att genomföra en första indikatorbaserad uppföljning av de 13 första vårdförloppen för att pröva indikatorernas användbarhet för uppföljning av vårdförlopp och utifrån erfarenheterna av detta identifiera områden för utveckling och förbättring.

Disposition och läsanvisning

Rapporten är tvådelad. I Del 1 beskrivs metodmässiga förutsättningar för indikatoruppföljning och andra viktiga förhållanden som påverkar uppföljningsmöjligheterna. Här återfinns även en sammanfattning av tillgängliga resultat för de 13 aktuella vårdförloppen med tillhörande kommentarer. Del 1 avslutas med övergripande slutsatser av uppföljningen och syftar till att ge läsaren en god övergripande bild av vad som framkommer i rapporten som helhet.

I Del 2 redovisas uppföljningen av varje vårdförlopp i ett eget mer detaljerat avsnitt. I inledningen av varje avsnitt beskrivs förutsättningarna för uppföljning av vårdförloppets indikatorer. Därefter visas ett så kallat målträd. Målträden syftar till att ge en överblick av det aktuella vårdförloppets mål, indikatorer kopplade till dessa mål samt indikatorutfall i förhållande till uppsatta målnivåer (där data finns tillgängligt). Målträden är ett första försök att grafiskt åskådliggöra vårdförloppens målbild, indikatorer och utfall i en sammanställning.

För varje indikator redovisas och kommenteras även datatillgång samt utfall relativt indikatorns målnivå¹, ofta med diagram och tillhörande text om spridning i utfall bland regioner. För nationella datakällor presenteras huvudsakligen data för enskilda indikatorer i diagramform; data hämtade från regioner presenteras bara i skrift. För indikatorer baserade på nationella datakällor som hämtats från Vården i siffror, finns i flera fall klickbara länkar. Härigenom kan den som önskar få mer information; om spridning i utfall, om målnivå uppnås för viss region, och om det finns skillnader i utfall mellan kvinnor och män.

¹ Många indikatorer har uppsatta målnivåer för vad som är en rimlig nivå att klara.

Del 1: Sammanfattning av resultat och slutsatser

1.1. Uppföljning av vårdförlopp – utgångspunkter och ambitioner

Uppföljningen av vårdförlopp har haft några allmänna utgångspunkter och ambitioner, både för den nationella uppföljningen och indirekt även för regionernas egen uppföljning. Några var tydligt uttalade från början, medan andra blivit tydligare efter hand. Några erfarenheter som har gjorts beskrivs här och diskuteras även i slutet av rapportens Del 1.

1.1.1. Vårdförlopp - ett av flera kunskapsstöd

Vårdförlopp är ett av flera slag av kunskapsstöd som utarbetas inom kunskapsstyrningssystemet. Även för andra kunskapsstöd, som vårdprogram eller vårdriktlinjer, kan det finnas indikatorer för uppföljning med en i princip likartad uppföljningsambition som den för vårdförloppen.

Hittills har stödet vad avser uppföljning varit mer omfattande och mer metodiskt för vårdförloppen än för andra kunskapsstöd framtagna inom ramen för kunskapsstyrningssystemet.

Överenskommelsen mellan SKR och staten har möjliggjort en mer konsekvent satsning på vårdförloppen. Uppföljningen av dem har därmed blivit en slags tidigt test på hur lätt eller svårt det är att bedriva uppföljning av effekter på kvalitet och resultat, när nya kunskapsstöd ska tillämpas i hälso- och sjukvården.

1.1.2. Uppföljning utan ökad administrativ börda

Uppföljning av standardiserade vårdförlopp vid misstanke om cancer sker genom en modell för uppföljning som regionerna fick stöd av staten för att införa. En nationell datainsamling sker via SKR, som publicerar data från regionerna om måluppfyllelse, främst om ledtid till diagnos. Resultat visas på RCC i samverkans hemsida: [Regionala cancercentrum i samverkan](#). Uppföljningen bygger på manuell registrering och har upplevts som resurskrävande av personal i sjukvården.

En annan modell valdes för uppföljning av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Den baseras i stället på dagens uppföljningsmöjligheter och datatillgång samt utvecklingsarbete för att möta vart och ett av de olika vårdförloppen och deras behov.

Motiven till detta var flera. Dels behöver modellen ligga i linje med överenskommelsens mål att arbetet inte ska medföra onödigt administrativ börda för sjukvårdspersonal, dels täcker vårdförloppen inte bara en utredningsfas utan en hel vårdkedja, vilket gör att den modell som valdes för cancer inte är tillämpbar. Vårdförloppens mål och indikatorer kan även avse fler och helt olikartade kvalitetsaspekter, och har inte samma fokus på ledtider även om ledtider är ett viktigt inslag i många vårdförlopp. För att undvika onödigt administration ville regionerna stärka det svåra men viktiga och långsiktiga arbetet med att strukturera grundinformationen i vårdinformationssystemen så att den kan utgöra grund för den uppföljning som önskas.

1.1.3. Nationellt tillgängliga data är utgångspunkten

Uppföljningen utgår från dagens nationella datainsamlingar, som i praktiken är av tre olika slag: Socialstyrelsens hälsodataregister, de nationella kvalitetsregistren och de olika datainsamlingar som regionerna genomför genom SKR. Därtill kommer möjligheterna till dels enbart regional uppföljning, dels viss nationell manuell datainsamling från regionerna. Denna uppföljningsambition medför olika begränsningar.

Rapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister är lagstadgat obligatorisk för alla vårdgivare. Den så kallade täckningsgraden är därmed god, generellt sett. Men innehållet i det viktigaste registret, Patientregistret, är för enskilda patientgrupper jämförelsevis begränsat. Det innehåller främst diagnoser och åtgärder i slutet och öppen specialiserad vård, registrerade i samband med läkarbesök. Flera av de variabler som behövs för vårdförloppens indikatorer finns inte i hälsodataregistren. Besök till övriga professioner och besök i primärvård ingår inte alls.

De nationella kvalitetsregistrens fördelar är att man har mer nyansrika data om vårdinsatser och patienter, för sin specifika patientgrupp. Vissa register som bidragit till uppföljningen av vårdförlopp är väl etablerade, med god täckningsgrad och relevanta indikatorer. Andra, framför allt inom psykiatri, samt primärvårdsbaserade register med stora patientgrupper, har lägre täckningsgrad och är därmed mindre representativa. Registreringen är inte obligatorisk och bygger ofta på manuell inmatning av data, vilket är tidskrävande. Slutligen är en generell svaghet, utifrån flera vårdförlopps syfte, att ett kvalitetsregister bara kan ha uppgifter om diagnostiserade patienter – man kan alltså inte följa tidig diagnostik vid misstänkt sjukdom, vilket är ett viktigt inslag i flera vårdförlopp.

Med detta sagt finns det flera exempel på hur kvalitetsregister utvecklar sin datainsamling och redovisning för att stödja uppföljningen av vårdförlopp. I nuläget är kvalitetsregister den vanligaste källan för indikatorbaserad nationell uppföljning av vårdförlopp.

Slutligen finns SKR:s nationella datainsamlingar, som även de bygger på data från regionerna. Exempel är väntetidsdatabasen, Kostnad Per Patient (KPP) och Nationell Patientenkät (NPE). Dessa är som regel uppbyggda för specifika syften, som att följa upp vårdgarantin respektive kostnad per besök eller slutenvårdstillfällen. Användning utanför dessa specifika syften är av datamässiga skäl svårare. Det har visat sig att det är svårt att använda väntetidsdatabasen för att följa upp ledtider för vårdförlopp på nationell nivå, då man inte kan koppla samman vårdhändelser på individnivå.

NPE har använts i en pilotundersökning för några vårdförlopp och regioner, vilket är ett exempel på hur en existerande datainsamling utvecklats. Även kvalitetssystemet Primärvårdskvalitet (PVQ) är en datakälla med potential för ökad användning vid uppföljning av primärvårdsrelevanta vårdförlopp.

Slutligen är den datainsamling från regionerna som gjorts inför denna rapport ett exempel på den modell där regioner via egna vårdinformationssystem beräknar indikatorer, och där resultatet samlas in. Nu som engångsinsats, men det är möjligt att utveckla detta till en fastare lösning för återkommande uppföljning, särskilt för ett begränsat antal indikatorer.

1.1.4. Regionernas uppföljning stöds av en gemensam indikatorkatalog

Regionerna ska själva ha möjlighet att beräkna och visualisera indikatorer, oavsett om det finns nationella data eller ej. Regionerna har då kontroll på de data som används, på hur beräkningarna görs och hur resultaten återförs till vårdgivarna. Behovet av uppföljning ser också olika ut på olika nivåer i sjukvårdssystemet. På den enskilda vårdenheten är kraven på uppföljningen delvis andra än de som regionledningen och den nationella nivån har.

Det är dock resurskrävande för enskilda regioner att beräkna utfallet av ett stort antal indikatorer, så balans och rollfördelning mellan nationell och regional nivå behöver vara genomtänkt.

En självklar ambition är att regionernas indikatorberäkningar ska vara så lika varandra som möjligt, för att möjliggöra jämförelser och därmed identifiera regionala förbättringsområden samt öka jämförbarhet inom och mellan regioner. Denna ambition stöds av den nationella [Kvalitetsindikatorkatalogen \(KIK\)](#), som är den gemensamma plats där alla indikatorer som visas på Vården i siffror beskrivs. I indikatorkatalogen finns även "recept" för indikatorer utan nationella data som arbetats fram inom kunskapsstyrningssystemet, främst för vårdförloppen.

Tidigare har indikatorkatalogen främst använts när en indikator visas på Vården i siffror. Genom arbetet med vårdförlopp har ett stort antal indikatorer tillkommit i indikatorkatalogen. Långt ifrån alla nya vårdförloppsindikatorer har idag tillgång till nationella data. Den enda möjliga datakällan är då regionernas vårdinformationssystem eller en framtida annan lösning. Samtliga indikatorer har dock beskrivits med ett indikatorrecept för att möjliggöra regional eller nationell uppföljning.

I denna rapport används vissa data från regionernas vårdinformationssystem, men det finns ingen riktigt tydlig bild av hur omfattande regionernas uppföljning av vårdförlopp med egna datakällor i nuläget är.

1.1.5. Mäta det som är viktigt att mäta, inte bara det vi nu kan mäta

En utgångspunkt är att vårdförloppens indikatorer ska svara mot viktiga kvalitetsaspekter och mål. Om man utformar indikatorer utifrån vilka data som i nuläget är tillgängliga riskerar man att få fokus på resultat och data som inte är de mest relevanta och i värsta fall tar fokus från de verkliga förbättringsbehoven, men som man inte kan sätta siffror på.

I praktiken är det en balansgång – hur höga krav ska man ha på precisionen i de kvalitetsmått man sätter upp? När ska man acceptera ett grövre mått, som pekar i en viss riktning men som inte är den optimala indikatorn? Frågorna hänger ihop med hur viktigt det är att kunna ha mätbara kvalitetsindikatorer. Om ett vårdförlopp har klara och tydliga rekommendationer om hur sjukvården bör bedrivas, men inga bra data för uppföljning finns – förlorar rekommendationen sin mening och sin styrkraft då? Nej, riktlinjearbete i hälso- och sjukvården behöver utgå från att bra riktlinjer har en kvalitetsstödande funktion, även om inte data för kvantitativ uppföljning finns. Att tillgängliggöra kunskapsstöden så de är lättanvända i samband med det kliniska mötet är en viktig del i det arbetet.

Det finns bland de indikatorer som redan beslutats eller nu diskuteras hos vårdförloppens arbetsgrupper ett betydande antal indikatorer som idag saknar fungerande nationell datakälla. Detta talar för att man har betonat relevans och vikt, snarare än datatillgång. Detta är bra, men ökar kraven på regionernas förmåga att utveckla vårddokumentation och använda vårdinformationssystemen för automatiserad datafångst.

1.1.6. Vårdförloppens målnivåer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer och i kvalitetsregisters offentliga resultatredovisning anges ofta målnivåer för de viktigaste indikatorerna. Detsamma gäller vårdförloppen, utan att vara ett strikt krav. När det finns en konsensus inom det nationella programområde som har ansvar för det aktuella vårdförloppet om vad som är en rimlig nivå för en indikator, sätts en målnivå. Den anges i den nationella Kvalitetsindikatorkatalogen och syns också i visningen på Vården i siffror.

En stor andel av indikatorerna har en målnivå, men inte alla. Om Socialstyrelsen eller ett kvalitetsregister angett en målnivå för en indikator som ingår i ett vårdförlopp används i regel samma nivå. Men det finns också exempel där vårdförloppet anger en annan målnivå än ett kvalitetsregister.

Det är både vanligare och lättare att ange en målnivå för processmått än för resultatmått. Resultatet av vården kan bero på många olika faktorer, varav en del är svåra för vårdgivaren att påverka. Processmått, som andelen patienter som får en viss åtgärd, är attraktiva för att de är lättare att styra mot och följa upp.

En viktig fördel med målnivåer är att de är ett stöd för tolkning av resultatet. Ett annat motiv till att ange målnivåer är att det skärper diskussionen om indikatorurval och höjer kraven på indikatorerna. Om det är svårt att ange en målnivå för en indikator kan det tala emot användningen av den.

Det är lättare att ange en målnivå för en indikator när det finns data att utgå från. Då kan man medvetet ange ett mål som utgår från ett känt nuläge, och ange en målnivå som svarar mot en realistisk ambition, en förbättring som kan vara möjlig att nå inom en viss tid. Men även utan uppmätta resultat kan det vara meningsfullt att ange målnivåer, som man kan revidera när det så småningom finns data att förhålla sig till.

1.1.7. Successiv publicering av utfall på Vården i siffror

Uppföljningsdata publiceras på SKR:s hemsida Vården i siffror, i den utsträckning och i den takt som data för indikatorerna är tillgängliga. Långt ifrån alla vårdförloppsindikatorer finns i nuläget på Vården i siffror, som därför inte kan ge en täckande bild av uppföljningsläget.

På Vården i siffror publiceras indikatorutfall även i de fall där till exempel täckningsgraden är så låg att man inte generellt sett kan dra slutsatser om vårdgivares och regioners resultat. Motivet till detta är att man genom en publicering även kan påtala att det finns datakvalitetsproblem, och att det skapar ett incitament för en enhet eller region som brister att förbättra sin rapportering.

1.1.8. Datafångst för uppföljning ska ske resurssnålt

En utgångspunkt i arbetet med att ta fram indikatorer för uppföljning av vårdförloppen har varit att uppföljningen inte ska leda till onödig extra administration för vårdens medarbetare.

"Dubbelregistrering" ska undvikas eller minimeras. Åtminstone på kort sikt innebär detta att uppföljningsmöjligheterna i vissa fall begränsas i avvaktan på att datafångst och uppföljning kan göras utan att öka den administrativa bördan i vården.

Det finns en tydlig och klar målsättning att strukturera vårddokumentation och förbättra möjligheterna att fånga uppföljningsdata från ordinarie vårdinformationssystem. För flera sjukdomsgrupper och vårdförlopp, till exempel sepsis och hjärtsvikt, har olika projektarbeten bedrivits och bedrivs. Vissa av dem syftar till att informationsförsörja kvalitetsregister, medan andra tar sikte på att använda regionernas vårddatalager för mer kvalificerade uppföljningsändamål.

Införandet av nya huvudjournalssystem i stora regioner, och snart även i många andra, kommer de närmaste åren att ge en fingervisning av i vilken mån dessa kan ge bättre stöd för uppföljning, än vad dagens system gör.

1.1.9. Annan än indikator- och registerbaserad uppföljning är möjlig

Vissa kvalitetsaspekter och riktlinjer lämpar sig av olika skäl inte för indikator- eller registerbaserad uppföljning. Uppföljning behöver då kunna ske på annat vis, som komplement eller alternativ.

Patientenkäter är ett exempel på detta, där patienter som bör ha fått vård i enlighet med ett visst vårdförlopp har ombetts att svara på frågor om sina erfarenheter. Detta har, som nämnts, hittills skett i ett pilotprojekt i direkt anslutning till arbetet med Nationell patientenkät.

En annan metod som kan komplettera eller ersätta registerbaserad uppföljning är att genomföra kvalitetsrevisioner inom ett visst vårdområde. Detta kan ske genom enkäter eller genom någon form av kollegial granskning som bygger på de riktlinjer som ges i vårdförloppet och syftar till att klargöra i vilken mån riktlinjerna efterlevs. Detta har diskuterats i anslutning till uppföljning av vårdförlopp men ännu inte använts.

Vårdförloppen följs även upp via enkäter till regionerna som anger hur långt de kommit i sitt arbete med införande. Det är en del av återredovisningen av den statliga överenskommelsen.

1.2. Datainsamling och datakällor för de första 13 vårdförloppen

Totalt finns 136 indikatorer i de 13 vårdförlopp som ingår i denna uppföljning. Av dessa har ca hälften, 69 vårdförlopp, följts upp. För övriga saknas datakällor som fångar aktuell information på ett strukturerat sätt eller ännu inte fått tillräckligt genomslag.

Flera olika datakällor har använts. För de flesta indikatorerna har nationella datakällor använts, och då företrädesvis nationella kvalitetsregister och i något fall SKR:s KPP²-databas. För en indikator har data hämtats från Försäkringskassans respektive Socialstyrelsens statistikdatabaser. I de flesta fall har data hämtats från Vården i siffror.

För 13 indikatorer, avseende fem av vårdförloppen, har indikatorutfall efterfrågats direkt från regionerna. För elva av dessa indikatorer saknas nationella datakällor. De två övriga indikatorerna finns visserligen i nationella kvalitetsregister men som har begränsad täckningsgrad och data har därför även efterfrågats från regionerna.

Beräkningarna har utgått från publicerade "indikatorrecept" på KIK ([kvalitetsindikatorer.kik.se](https://www.kik.se/kvalitetsindikatorer)). Regionerna ombads att utifrån egna förutsättningar inkomma med data för dessa 13 indikatorer. 16 av 21 regioner inkom med utfallsdata för i genomsnitt nio indikatorer. Fyra regioner inkom med data för samtliga 13 indikatorer medan någon region bara svarade på två indikatorer.

Tabell 1. Antal efterfrågade indikatorutfall från regioner per vårdförlopp och antal regioner som lämnat data.

Vårdförlopp	Antal indikatorutfall som efterfrågades	Antal regioner som lämnat data på minst en indikator	Antal regioner som lämnat data för alla indikatorer
Höftledsartros - primärvård	3	12	7
Tidig reumatoid artrit	2	10	7
Hjärtsvikt	3	12	11
Schizofreni	3	13	11
Knäledsartros	2	13	7
SUMMA	13		

² Kostnad per patient

1.3. Sammanställning av resultatet

Rapportens Del 2 innehåller en ingående redovisning för varje vårdförlopp av uppföljningsbarheten av vårdförloppets indikatorer, mål, indikatorutfall och bedömning av måluppfyllelse. En mer komprimerad sammanställning av detta beskrivs i tabellen nedan. Redovisningen bygger på senast tillgängliga data vid tidpunkten för datainsamlingen, i praktiken innebär detta att data som redovisas är från år 2022 eller 2021. Berörda vårdförlopp godkändes under perioden maj 2020 till februari 2022. För flera vårdförlopp innebär det att mycket kort tid, eller ingen tid, förflutit mellan godkännande och tillgängliga data.

Ett mål kan följas upp med en eller flera indikatorer där indikatorerna i sin tur ofta har en angiven målnivå.

Tabell 2. Översikt av de 13 ingående vårdförloppens enskilda förutsättningar för uppföljning samt i vilken mån vårdförloppens mål i nuläget uppfylls, baserat på senast tillgängliga data.

Vårdförlopp	Indikatorer	Bedömning av uppföljningsbarhet och aktuell måluppfyllelse
Höftledsartros - primärvård	Totalt antal indikatorer: 8 Varav uppföljda: 8	Indikatorn om Grundbehandling före proteskirurgi har god täckningsgrad och för indikatorn om Medelålder vid första höftledsartrosdiagnos har stabila data inkommit från 14 regioner. Övriga tillgängliga datakällor har bristande täckningsgrad (Svenska Artrosregistret) eller stor spridning i utfall. Data tyder på att vårdförloppets fyra mål uppnås i olika grad. Målet om att fler ska få vård i rätt tid uppnås. Målet om hälsorelaterad livskvalitet har en indikator där data visar att målnivån uppnås medan en annan visar på motsatsen. Målet om att öka kunskapen om diagnosen uppnås enligt data från Svenska artrosregistret medan data från regionerna ger en mer oklar bild. Målet om att följa Nationella riktlinjer uppnås inte enligt uppföljda indikatorer.
Stroke och TIA	Totalt antal indikatorer: 19 Varav uppföljda: 17	I huvudsak goda förutsättningar för uppföljning. Den främsta datakällan är det väletablerade kvalitetsregistret Riksstroke. För nio indikatorer nås för riket hög eller måttlig målnivå, vilket innebär att för fyra av vårdförloppets mål är måluppfyllelsen ganska god för Riket som helhet: Tid till utredning och kärlkirurgisk åtgärd av karotisstenos, strokeenhet som första vårdnivå vid stroke och TIA, tiden mellan ankomst till sjukhus och start av reperfusionsbehandling samt andel patienter som ges reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke. För fyra indikatorer saknas data, och målnivåer för ytterligare fyra finns ej angivna.

Vårdförlopp	Indikatorer	Bedömning av uppföljningsbarhet och aktuell måluppfyllelse
Tidig reumatoid artrit	Totalt antal indikatorer: 11 Varav uppföljda: 9	Goda förutsättningar finns för uppföljning för flera indikatorer, de som hämtas från det etablerade nationella kvalitetsregistret SRQ. Osäkerhet föreligger för de data (2 indikatorer) som hämtats från regioner. Målet gällande förbättring eller låg sjukdomsaktivitet nås inte riktigt, men är nära. Målet om behandling och monitorering enligt riktlinjer uppnås inte enligt tillgängliga data. Dataunderlaget för målet "minskad tid från välgrundad misstanke till diagnos och behandling" är osäkert men antyder att målnivåer ej nås.
Etablerad reumatoid artrit	Totalt antal indikatorer: 8 Varav uppföljda: 8	Goda förutsättningar finns för uppföljning via etablerat nationellt kvalitetsregister SRQ. Målnivå finns inte för en indikator. Inget indikatorutfall når målnivå, men flera indikatorer ligger för riket som helhet nära. Tillgängliga data visar att målet om att öka andelen patienter som förbättrats inte nås, medan de båda övriga målen har flera indikatorer som ligger nära sina målnivåer och därför kan anses vara i närheten av att vara uppfyllda.
KOL	Totalt antal indikatorer: 6 Varav uppföljda: 5	Data för de fem indikatorerna hämtas från det etablerade nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret, som dock har en begränsad täckningsgrad. När det gäller målet att öka andelen patienter som får tillgång till personcentrerade insatser pekar utfallet för en av de tre indikatorerna på att målnivån uppnås - rökavvänjning till KOL-patienter. Målet om att öka andelen som får sin sjukdoms svårighetsgrad bedömd uppnås inte, enligt tillgängliga data.
Kritisk benischemi	Totalt antal indikatorer: 14 Varav uppföljda: 0	Nationell datakälla saknas och det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.
Hjärtsvikt - nydebuterad	Totalt antal indikatorer: 9 Varav uppföljda: 3	Data från 14 regioner finns för tre av indikatorerna. Utfallet uppvisar stor spridning. Det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.

Vårdförlopp	Indikatorer	Bedömning av uppföljningsbarhet och aktuell måluppfyllelse
Osteoporos - sekundärprevention efter fraktur	Totalt antal indikatorer: 16 Varav uppföljda: 0	Nationell datakälla saknas och det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.
Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom	Totalt antal indikatorer: 7 Varav uppföljda: 7	Data för indikatorerna har hämtats från det Nationella kvalitetsregistret SveDem. För två av indikatorerna nås målnivåer år 2022 medan ytterligare några indikatorer har utfall i närheten av målnivå. SveDem har dock en låg täckningsgrad och det är osäkert hur representativa resultaten är för den faktiska demensvården i landet.
Sepsis	Totalt antal indikatorer: 12 Varav uppföljda: 0	Nationell datakälla saknas och det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.
Rehabilitering och försäkringsmedicin (generisk modell)	Totalt antal indikatorer: 3 Varav uppföljda: 3	Data har hämtats från SKR:s KPP-databas och avser förekomst av rehabiliterande åtgärder. Bygger i grunden på regionernas data. Underrapportering av aktuella koder gör att stor osäkerhet råder om faktiska förhållanden och det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.
Schizofreni - förstagångsinsjuknade	Totalt antal indikatorer: 15 Varav uppföljda: 3	Data från 14 regioner finns för tre av indikatorerna. Utfallet uppvisar stor spridning. Det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.
Knäledsartros	Totalt antal indikatorer: 8 Varav uppföljda: 6	Data för fyra indikatorer har hämtats från Svenska Artrosregistret som har låg eller oklar täckningsgrad. Två indikatorer följs upp via regionernas data och uppvisar stor spridning i utfall. Tillgängliga data tyder på att målen nås i olika grad. Målet om individanpassad behandling uppnås, medan målet om rätt vård i rätt tid har data som huvudsakligen tyder på måluppfyllelse. Samtidigt visar utfallen kopplade till målet om ökad livskvalitet och minskad smärta att indikatorn för minskad smärta är nära sin målnivå, medan målnivån för indikatorn om livskvalitet inte infrias.

1.4. Sammanfattande slutsatser och reflektioner

1.4.1. Kan vi följa upp vårdförloppen och deras effekter?

Vårdförloppen syftar till att förbättra sjukvårdens kvalitet och ska resultera i en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap. Den centrala utvärderingsfrågan är om vårdförloppens syfte realiserar. Av flera skäl kan man inte nu göra denna värdering för de vårdförlopp som beskrivs här.

En generell svårighet är att skilja ut effekter av vårdförloppen från annat som påverkar, till exempel pandemin och annat som skett och sker i hälso- och sjukvårdssystemet. Covid-pandemin medförde prioritering av pandemirelaterad vård och vården som helhet anpassades till de förutsättningar som pandemin ledde till. Pandemin, en exceptionell sällan-händelse, var i princip samtida med de första vårdförloppsbesluten från våren 2020.

Tiden har betydelse. De vårdförlopp som ingår i rapporten godkändes under perioden maj 2020 till februari 2022. Införande i regionerna inleds med att en gapanalys görs för att identifiera de viktigaste förbättringsåtgärderna. Vårdförloppen behöver sedan införas, i bemärkelsen att de arbetssätt som rekommenderas i vårdförloppet tillämpas. Alla regioner arbetar med att införa vårdförloppen, men har kommit olika långt.

Det behöver finnas ett före-efter; en nollmätning eller en "före-mätning" som ger ett referensvärde för kommande mätningar. Det måste också ha förflutit en tid för att eventuella skillnader i utfall ska kunna avspeglas i faktiska mätningar för de indikatorer som används. Det data som beskrivs i rapporten är inte mer aktuella än år 2022.

För en ändamålsenlig indikatorbaserad uppföljning är det nödvändigt att det finns nationellt tillgängliga data för indikatorerna och att dataunderlagen är av god kvalitet och aktualitet.

Sammanställningen visar att det finns en stor variation i vårdförloppens förutsättningar för uppföljning. Vårdförloppen för Stroke och TIA samt Reumatoid artrit har indikatorer med generellt sett bra datakällor i respektive kvalitetsregister. Täckningsgraden är god, även om rapporteringsgraden på vissa mått behöver öka.

För indikatorerna för fyra av vårdförloppen - Osteoporos, Sepsis, Kritisk benischemi och Hjärtsvikt - finns i nuläget inga nationellt tillgängliga data alls, från etablerade datakällor. För vårdförlopp där nationell datakälla har bas i primärvård är täckningsgraden låg eller oklar. Detta gäller för KOL, kognitiv svikt och knäledsartros. För schizofreni kan Socialstyrelsens hälsodataregister senare ge data för några av indikatorerna.

Låg täckningsgrad, att bara en mindre del av önskade patientpopulationen ingår i datakällan, innebär även att den varierar mellan regioner, som därför inte på ett bra vis kan jämföras med varandra. Inte heller resultatet för riket är kan då anses säkerställt. Tvärtom kan man misstänka att vårdgivare med stort intresse för en viss sjukdomsgrupp är överrepresenterade i ett sådant kvalitetsregister.

Exempel på faktorer som gör att hälsodataregister inte kan användas för uppföljning kan vara frånvaro av lämpligt avgränsad diagnos- eller åtgärdskod, att vårdinsatsen inte utförs av läkare, eller att uppgifter från primärvård behöver ingå.

Data från regionerna har använts för 13 indikatorer, vilket tidigare beskrivits. Inte alla regioner deltog, så de resultat som sammanställdes är inte täckande. Det var första gången en sådan beställning av indikatordata för vårdförlopp gjordes från regionerna. Även om en indikator var väl specificerad visade det sig att det fanns behov av mer dialog och kvalitetssäkring av beräkningarna. I flera fall var spridningen mellan regioner orimligt stor, vilket talar för att dataförutsättningar och/eller beräkningar skiljer sig åt.

Av responser från regionerna har det framgått att arbetet med att tolka indikatorrecept, beräkna utfall samt genomföra intern kvalitetsgranskning inför leverans har varit resurskrävande.

Jämlik vård handlar slutligen om mer än bara skillnader mellan regioner och vårdgivare. Oftast kan man bara beskriva geografisk och könsmissig variation när man jämför enheter. Ska man analysera vårdinsatser och -resultat utifrån patienternas ålder, etnicitet, inkomst, utbildning med mera är det en annan typ av data och fördjupad analys som behövs.

Denna rapport ger av dessa skäl inte svar på frågan om införandet av vårdförlopp har givit de effekter som de syftar till. Det var heller inte avsikten med rapporten. Förutsättningar för bättre underbyggd bedömning kommer stegvis att förbättras för vissa vårdförlopp, ju längre tiden går. De indikatorer som finns på Vården i siffror uppdateras löpande. Kommande sammanställningar av resultat kommer att ha bättre förutsättningar att dra slutsatser om vårdförloppens bidrag till en mer jämlik och effektiv vård.

1.4.2. Uppföljning av vårdförloppens mål – utmaningar och tydliggöranden

Vårdförloppens mål har sin grund i de utmaningar som patienterna upplever och de brister som vården identifierat. En del av de målen kan vara svåra att mäta med indikatorer, särskilt sådana som kan fångas i nuvarande nationella datakällor. Med utgångspunkt i målen har sedan indikatorer formulerats. En del av dessa har därför blivit av utvecklingskaraktär och det finns även mål som saknar indikatorer.

Vikten av att även ha resultatmått och inte bara processmått har betonats under arbetets gång och sedan hösten 2022 finns i praktiken kravet att vårdförlopp ska ha både och. Det underlättas av om det finns både resultat- och processmål formulerade vilket kan tydliggöras i instruktionerna till arbetsgrupperna.

Målträden senare i rapporten visar att flera vårdförlopp har många och delvis överlappande mål och/eller brister i kopplingen mellan vårdförloppets mål och indikatorer. De första vårdförloppen togs fram under kort tid. Att formulera ett fåtal, de mest prioriterade målen, som fångar det som skapar mest värde på ett tydligt och mätbart sätt är svårare än man kan tro. Då arbetsgrupperna

består av flera yrkesgrupper leder det till att flera perspektiv fångas även i målarbetet, vilket inte alltid varit brukligt i arbeten med kunskapsstöd.

Det är viktigt att inte uppföljningsbarheten styr vilka mål som vårdförloppet ska uppnå. Målen har en pedagogisk uppgift att peka på vad som ska uppnås med tillämpning av vårdförloppet oavsett om det är möjligt att följa upp dem eller inte. Däremot kan det vara värdefullt att tydligare särskilja vilka indikatorer som är utvecklingsindikatorer och som därmed kommer att behöva mer tid och utvecklingsarbete och vilka som bör kunna följas upp i en mer nära framtid. Det är en svår avvägning att välja hur många indikatorer som faktiskt mäter det som önskas, men som idag inte går att mäta, i förhållande till det som går att mäta men inte riktigt mäter det som är identifierat som mål.

1.4.3. Färre indikatorer men oftare hämtade från befintliga datakällor – utom i särskilda fall.

Fram till sommaren 2023 har 30 vårdförlopp godkänts nationellt inom kunskapsstyrningssystemet. I dessa vårdförlopp finns 287 indikatorer av vilka en stor del saknar väl fungerande datakällor. Arbetet har hittills haft en dragningsåtgärd att formulera indikatorer som kan spegla de utmaningar som finns inom ett visst vårdförlopp.

Att faktiskt kunna följa upp de indikatorer som redan ingår i vårdförlopp men där fungerande datakällor saknas, är förknippat med mer eller mindre omfattande utvecklingsarbete. Detta för att säkerställa att uppföljningen inte ska leda till onödig extra administration för vårdens medarbetare. Idag saknas en etablerad modell inom kunskapsstyrningssystemet för hur denna typ av utvecklingsarbete ska prioriteras och genomföras. Förutom att en modell för detta behöver tas fram bör även andra åtgärder övervägas för att begränsa eller prioritera bland indikatorer.

Sedan början av år 2022 görs en prioritering av indikatorerna i nya vårdförlopp. Eventuellt behöver en sådan prioritering ske även för äldre vårdförlopp för att kunna använda uppföljnings- och utvecklingsresurser på bästa sätt.

För kommande kunskapsstöd bör även en mer restriktiv hållning finnas mot att ta fram indikatorer som saknar fungerande datakällor. Detta innebär inte ett stopp för denna typ av indikatorer men bör leda till att en klart lägre andel av indikatorerna kräver att helt ny information ska struktureras i journalsystemen. Den utvecklingskapacitet som finns/kommer att finnas inom kunskapsstyrningssystemet bör utgöra en begränsning i hur många indikatorer av denna karaktär som kan godkännas.

I de fall det är uppenbart att ett kunskapsstöd saknar fungerande datakällor kan följande modell prövas för att begränsa antalet indikatorer som förutsätter data från regioners vårdinformationssystem. I dessa fall frångås kravet på att alla indikatorer som anges i ett kunskapsstöd ska publiceras i kvalitetsindikatorkatalogen. När fungerande datakällor saknas överges även kravet på formell koppling mellan kunskapsstöd och väl beskrivna indikatorer vid beslutstillfället. I uppföljningsdelen skulle arbetsgrupperna i dessa fall kunna koncentrera arbetet

på att identifiera vilka uppföljningsaspekter eller kvalitetsdimensioner som är mest angelägna att fånga. Det blir sedan i ett senare skede upp till den/de som ska genomföra uppföljning att hitta bästa möjliga indikatorer eller andra metoder för uppföljning.

1.4.4. Tillgången till uppföljningsdata är svag – vad bör göras?

På kort sikt behöver uppföljningsambitionerna anpassas till förutsättningarna, men det är viktigt att diskutera vilka alternativen är på medellång sikt: Hur kan datatillgången förbättras, och finns det alternativ till nationell, registerbaserad uppföljning? Här pekar vi på några möjligheter och teman i en sådan strategidiskussion, som inte bara är regionernas, utan även statens.

Socialstyrelsens hälsodataregister, främst patientregistret, kommer med stor sannolikhet att utvecklas. För detta talar flera olika utredningsuppdrag och förberedelsearbeten som gjorts och görs. Primärvård kan komma att ingå i patientregistret, liksom uppgifter från öppenvårdskontakter för fler personalgrupper än läkare. Även uppgifter om läkemedelsanvändning i sjukvården, så kallade rekvisitionsläkemedel, är en sedan länge önskad möjlighet.

Detta skulle innebära en viktig förbättring, men samtidigt är traditionen stark. Patientregistret har hittills inte innehållit den typ av variabler som krävs för kvalitetsuppföljning för avgränsade sjukdomsgrupper, som den som dagens kvalitetsregister svarar för. Hälsodataregister är ofta breda, men grunda. Man kan inte räkna med att dessa register fullt ut kommer att kunna svara mot de uppföljningsbehov som finns för olika kunskapsstöd inom kunskapsstyrningssystemet. Dessutom är regionernas tillgång till sina egna data i hälsodataregistren mycket begränsad, vilket är en nackdel.

Nationella kvalitetsregister kan utvecklas, men för det krävs insatser, nationellt och/eller från regionerna. Om flera i princip viktiga kvalitetsregister har låg täckningsgrad kan den ökas genom insatser från regioner och vårdgivare, helst på ett sätt så att ordinarie vårdinformationssystem används för datafångst och automatisk överföring till register möjliggörs. Ett register kan utvecklas, variabler tas bort eller läggas till. Förslag om att bilda och finansiera nya kvalitetsregister har väckts då och då i samband med uppföljning av kunskapsstöd. Sepsis är ett exempel på en aktuell sådan fråga.

Allt detta är resurskrävande, kräver finansiering och prioritering. Det krävs en samsyn mellan regionerna om när kvalitetsregister är en lämplig lösning, vilka register/sjukdomsgrupp som ska prioriteras och i vilken ordning.

Regionernas datainsamlingar via SKR, väntetidsdatabasen och KPP-databasen framför allt, har sina givna former och användningsområden. Det är inte troligt att dessa på medellång sikt kan utvecklas så att deras användning i till exempel vårdförloppsuppföljning skulle påtagligt öka. Nationell patientenkät är ett exempel på motsatsen; den kan även användas för specifika sjukdomsgrupper, således med ett ”nytt” syfte.

Hösten 2023 påbörjas ett arbete för att etablera en bredare uppföljningskapacitet med regionernas vårddata som grund, i en ny, regiongemensam lösning. På sikt kan den innehålla mer av de slag av vårddata som krävs för uppföljning av kunskapsstöd – laboratoriesvar, andra mätvärden,

remissinformation och annat. Men vägen dit kan vara lång; dessutom finns det fortfarande juridiska oklarheter och begränsningar kring hur regionerna får hantera patientdata från olika vårdgivare i uppföljningssyfte.

Regionalt baserad uppföljning, med eller utan nationell sammanställning, kan vara ett alternativ. I praktiken finns detta inbyggt i dagens arbetssätt: En indikator i ett kunskapsstöd beskrivs i Kvalitetsindikatorkatalogen, och kan då anges ha regionernas vårdinformationssystem som källa. Då är detta en uppmaning till regioner att använda detta "recept" för att ta fram indikatordata för egen uppföljning.

För detta arbetssätt talar att det uppstår ett lärande i regionerna, att regioner tar ett ägarskap för och kan kontrollera sin uppföljningsinsats och sina data. Lärdomar från regioner kan bidra till att göra "recepten" bättre. Å andra sidan är det resurskrävande att beräkna indikatorer i 21 regioner, jämfört med om det sker i en (framtida) regiongemensam, nationell vårddatabas.

Mindre samverkansprojekt mellan regioner där man prövar att ta fram data för genomtänkta urval av indikatorer och dokumenterar sina erfarenheter kan vara en framkomlig väg.

Strukturerad vårddokumentation som stöd för datafångst vid uppföljning är en viktig förutsättning. Det pågår projekt vid SKR där journaldata används för att försörja kvalitetsregister med data, för att minska den manuella registreringen i webbformulär. Hälsoinformatiskt fördjupat arbete har skett för en del vårdförlopp. I och med införandet av nya vårdinformationssystem har nu flera av landets regioner ambitionen att fler uppföljningsrelevanta variabler ska kunna överföras automatiskt till olika register och vårddatabaser.

Att etablera och tillämpa standarder för vårddokumentation är resurskrävande och tar tid. Anledningen till detta är bland annat att vårddokumentationens utformning behöver ta höjd för många olika perspektiv, det är inte lämpligt att styra vad som ska dokumenteras och hur endast utifrån specifika uppföljningsbehov. Det primära syftet med vårddokumentation är att stödja en god och säker vård och därför behöver informationsbehoven i vårdens processer vara i fokus där behovet av uppföljning utgör ett perspektiv.

Ett långsiktigt arbete som syftar till en ökad standardisering av innehållet i vårdinformationssystemen är nödvändigt för att nå högre kvalitet i uppföljningen. Här behövs en gemensam handlingsplan där det framgår vilken information som är prioriterad att nå en nationell samsyn kring samt en tydlig organisering för arbetet. Genom att arbeta fram gemensamma rekommendationer avseende definitioner, struktur och kodning för prioriterade informationsmängder kan uppföljningsmöjligheterna successivt förbättras.

Vårdförloppens behov, tillsammans med det arbete som görs kring automatisk informationsförsörjning till kvalitetsregister ger en bra input till en sådan prioritering. Dock behöver även behov från andra initiativ beaktas. Detta gäller dels det som sker inom ramen för den nationellas samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation, dels det som sker hos andra aktörer såsom exempelvis Inera, Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten.

Andra metoder för uppföljning än nationella register eller vårddatabaser kan ha sin plats. "Uppföljning" betyder oftast att registerdata och indikatorer används som dataunderlag. När detta är svårt eller olämpligt kan alternativ övervägas. Socialstyrelsens nationella riktlinjer har genom åren ofta haft ett inslag av enkäter, på gott och ont.

Vissa kvalitetsaspekter följs bra genom strukturmått som kan besvaras genom enkät: "Finns frakturkedja för omhändertagande vid fragilitetsfraktur"? Det finns i sjukvården även en tradition av "kollegial revision" av som skulle kunna användas för vissa ändamål, särskilt om antalet vårdgivare/kliniker inte är så stort.

Dessa alternativ har inte prövats på nationell nivå och såvitt känt heller inte på regional nivå i arbetet med vårdförlopp, eller andra kunskapsstöd.

Del 2: Uppföljning av enskilda vårdförlopp

2.1. Höftledsartros – primärvård

Vårdförlopp Höftledsartros - primärvård, fastställt i maj 2020 NPO Rörelseorganens sjukdomar.

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och förekomst av sjukdomen beräknas öka de kommande åren då befolkningen blir äldre, har ett högre BMI och är mer stillasittande än tidigare. Incidensen av kliniskt diagnostiserad artros beräknas vara runt 2,1/1000 personer per år och är något vanligare hos kvinnor än hos män. Vårdförloppet medför att patienter utreds och behandlas enligt nationella riktlinjer och får därmed grundbehandling tidigare – vilket bidrar till minskade symtom, ökad funktionsförmåga och troligen minskad samsjuklighet.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp Höftledsartros – primärvård, NKK.se](https://www.nkk.se/om-oss/vardforlopp-hoftledsartros-primarvard)

2.1.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

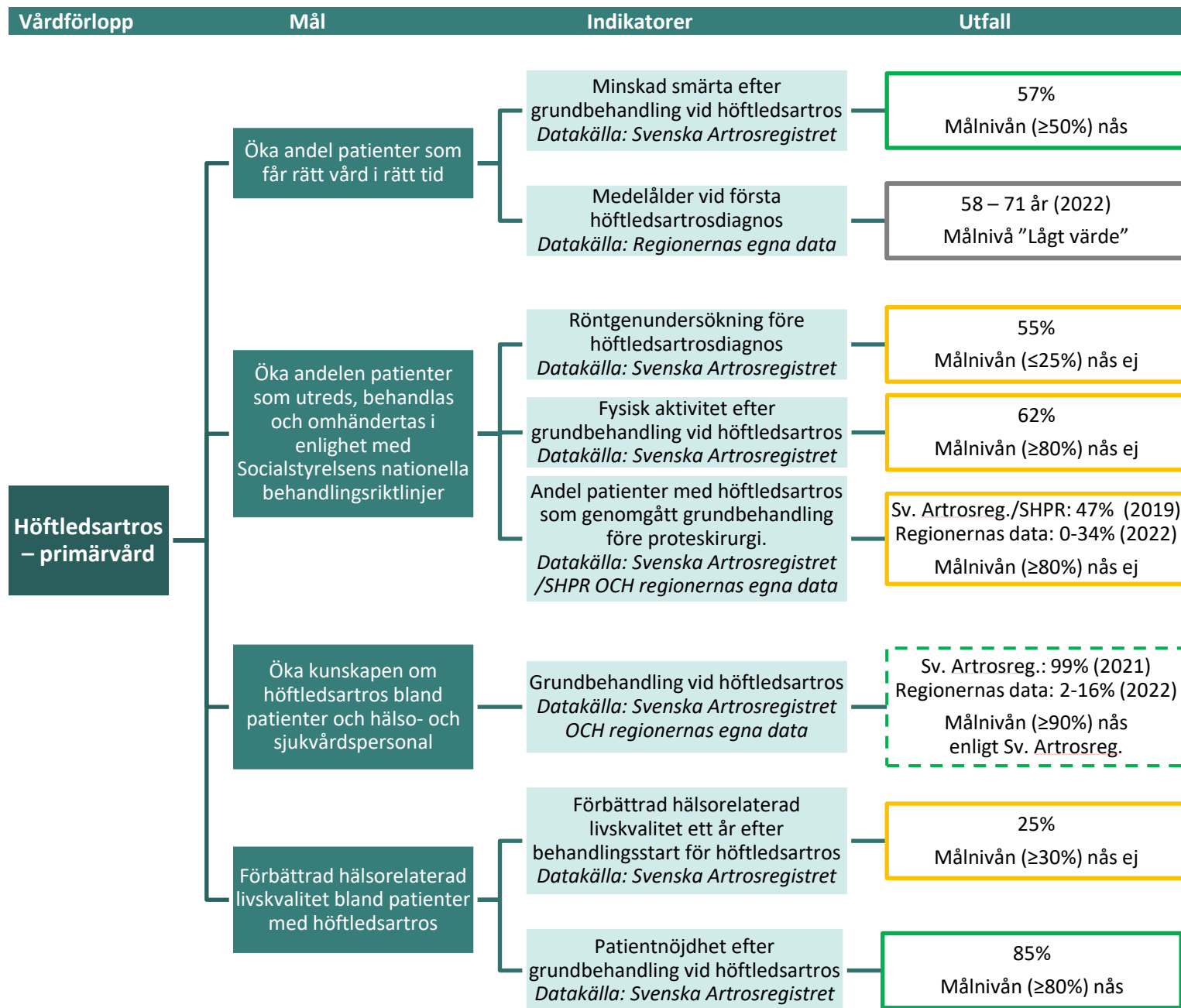
I presentationen av uppföljningsdata nedan, ingår samtliga av vårdförloppets åtta indikatorer. Data för sex indikatorer hämtas från det nationella kvalitetsregistret Svenska Artrosregistret (f.d. BOA) som dock har en begränsad täckningsgrad och jämförelse mellan regioner är därför inte lämplig. Indikatorn om proteskirurgi hämtas från det nationella kvalitetsregistret Svenska Höftprotesregistret (SHPR) och har mycket hög täckningsgrad. Ett datauttag har även begärts från regionerna för tre indikatorer. En av dessa är indikatorn om medelålder vid nydebuterad höftledsartros, för vilken nationell datakälla saknas. De två andra finns även inom Svenska Artrosregistret och här används således två datakällor för uppföljning, se nedan diagram. Regionerna har i varierande grad lämnat dataunderlag.

2.1.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

På nästa sida visas en sammanfattande bild över hur väl vårdförloppets beskrivna mål uppfylls i dagsläget, baserat på tillgängliga data. För mer detaljerad beskrivning av varje indikator, se motsvarande rubrik.

Datakällor:

- **Svenska Artrosregistret:** Till Svenska Artrosregistret rapporterar under 2022 cirka 700 enheter. Uppföljning efter genomgången grundbehandling sker efter 3 respektive 12 månader. Deltagande i uppföljning (svarsfrekvens) varierar mellan enheter och mellan regioner. Av patienter med ett första besök under 2022 deltog 72 procent i uppföljningen efter tre månader och 39 procent i uppföljningen efter ett år.
- **Svenska Ledprotesregistret, tidigare SHPR:** Täckningsgradsanalys (jämförelse med Socialstyrelsens Patientregister) visar att 98 procent alla totalproteser vid höftledsartros registrerats i ledprotesregistret.
- **Regionernas egna data:** under våren 2023 efterfrågades egenberäknade utfall för ett antal indikatorer från regionerna. Utfall bör tolkas med försiktighet eftersom ingen genomgående kvalitetskontroll har genomförts.



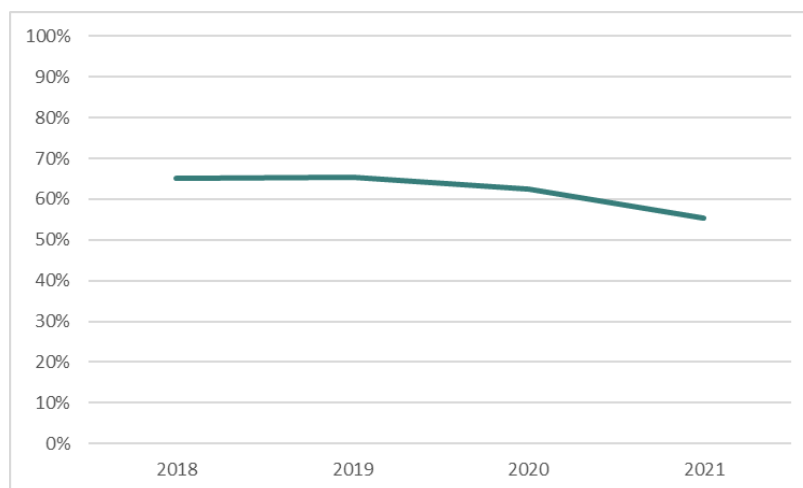
2.1.3. Resultatredovisning

2.1.3.1. Medelålder vid första höftledsartrosdiagnos

Inkomna data från regionerna är stabila över mätperioden och 14 regioner har lämnat data. Av de regioner som lämnat data redovisar 13 regioner en medelålder på knappt 70 år medan en region ligger drygt 10 år lägre. Kunskapsstyrningssystemet har satt som mål att medelåldern vid förstagångsdiagnos ska sjunka. Under denna relativt korta mätperiod (2019 – 2022) framträder inte en sjunkande trend utan en oförändrad sådan.

2.1.3.2. Röntgenundersökning före höftledsartrosdiagnos

Figur 2. Andel patienter med nydebuterad höftledsartros som genomgått röntgenundersökning som del av utredningen före diagnos

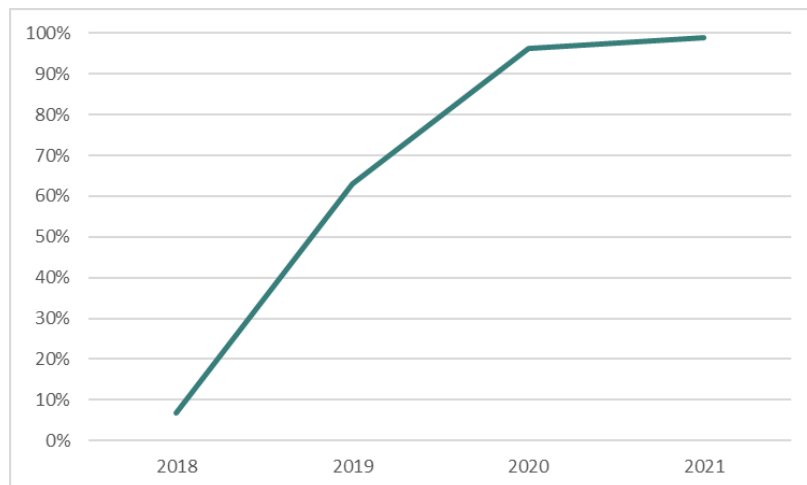


Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: < 25 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 2444. Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Röntgenundersökning före höftledsartros, Vården i siffror.](#)

Enligt data från Svenska Artrosregistret hade år 2021 ca 55 % av patienterna röntgats som en del i utredningen före diagnos. Detta är över Svenska Artrosregistrets målnivå och betydligt över den nya målnivå på 25 % som utarbetats inom kunskapsstyrningssystemet. Det önskvärda är att en liten andel av patienterna röntgas som en del i utredningen. Detta på grund av att röntgen endast ska göras då operation övervägs eller vid utredning om differentialdiagnos eftersom tidig artros inte kan upptäckas med röntgen och riskerar att skjuta upp diagnostisering och grundbehandling. Det finns stora regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. Variationen jämnas ut när data jämförs år till år. Ingen region nådde 25 %-nivån år 2021. Åtta regioner klarade dock den högre nivån 50 %. För tre regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller røjanderisk.

2.1.3.3. Grundbehandling vid höftledsartros

Figur 3. Andel patienter med nydebuterad höftledsartros som genomgått grundbehandling



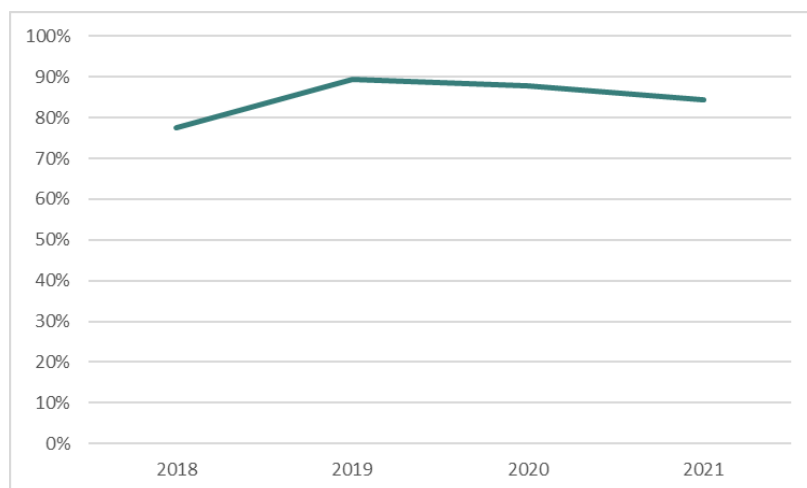
Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 8681. Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Grundbehandling vid Höftledsartros, Vården i siffror.](#)

Uppgifterna från Svenska Artrosregistret pekar mot att målnivån avseende grundbehandling klaras på riksnivå sedan år 2020 och att kraftiga förbättringar har skett under mätperioden. Det finns bara små regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. 18 regioner nådde målnivån år 2021. För tre regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller rójanderisk. Antalet registrerade patienter har ökat påtagligt under senare år.

Sju regioner har dessutom lämnat data för denna indikator specifikt i samband med denna uppföljning. Två av dessa lämnar data enbart from 2020 respektive 2021. En region utmärker sig med ett klart högre utfall än övriga - för 2019 ca 25 % för att under perioden successivt minska till ca 15 %. Två regioner intar en medelposition och redovisar utfall på 5-10 % medan övriga regioner som lämnat data ligger lägre. Sammantaget visar inlämnade data en mycket stor spridning i utfall mellan regioner. Den stora spridningen bedöms främst bero på variation i registreringspraxis, datatillgång och tolkning av indikatorreceptet. Inget i insamlade data från regionerna tyder på att målnivån på 90 % skulle uppnås för riket, snarare att utfallet ligger betydligt under målnivån.

2.1.3.4. Patientnöjdhet efter grundbehandling vid höftledsartros

Figur 4. Andel patienter med nydebuterad höftledsartros och genomgången grundbehandling som är nöjda med den hjälp de har fått för att hantera sin diagnos.

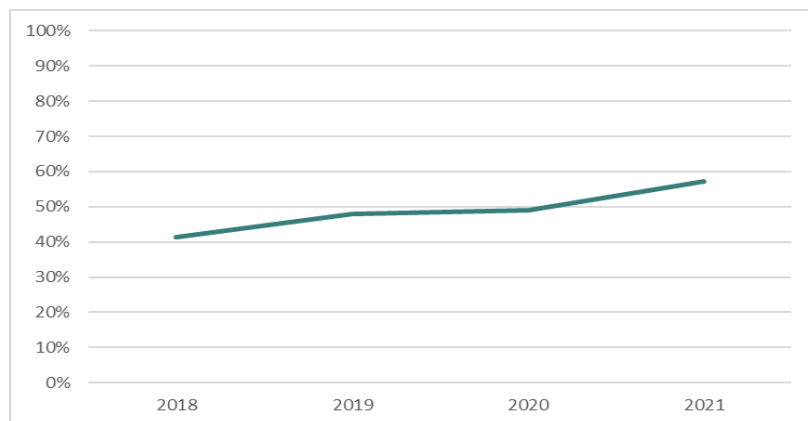


Källa: Svenska Artrosregistret via Vården i siffror. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 1394. Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Patientnöjdhet efter grundbehandling vid höftledsartros, Vården i siffror.](#)

Utfallet varierar något över mätperioden 2018 – 2021, men målnivån på 80 % klaras sedan 2019. Det finns mindre regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. Dessa jämnas ut när hela år jämförs. Tolv regioner nådde målnivån år 2021. För fem regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller röjanderisk.

2.1.3.5. Minskad smärta efter grundbehandling vid höftledsartros

Figur 5. Andel patienter med nydebuterad höftledsartros och genomgången grundbehandling som uppnår smärtreduktion enligt Numeric Rating Scale (NRS) med minst en enhet.

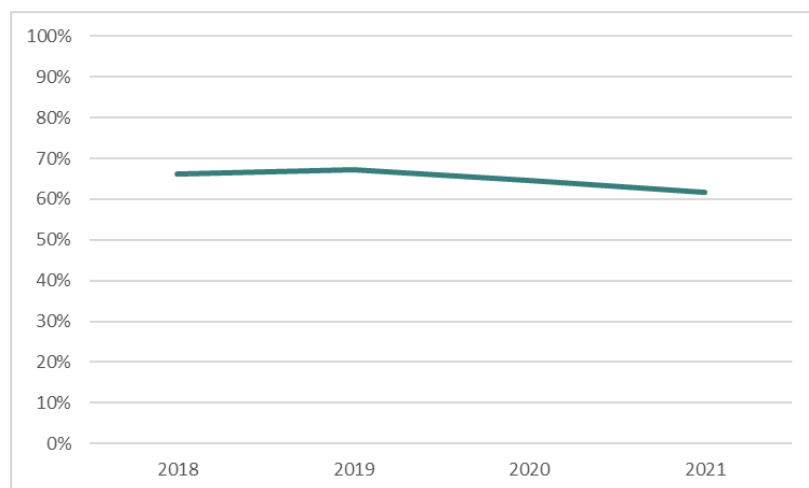


Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 50 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 870. Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Minskad smärta efter grundbehandling. Vården i siffror.](#)

Tillgängliga data pekar mot en förbättring där utfallet sedan år 2020 ligger på eller över målnivå. Det finns relativt stora regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. För några regioner är även skillnaderna på årsbasis ganska stora. Åtta regioner nådde målnivån år 2021. För åtta regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller röjanderisk.

2.1.3.6. Fysisk aktivitet efter grundbehandling vid höftledsartros

Figur 6. Andel patienter med nydebuterad höftledsartros som efter genomgången grundbehandling är fysiskt aktiva >150 minuter/vecka.

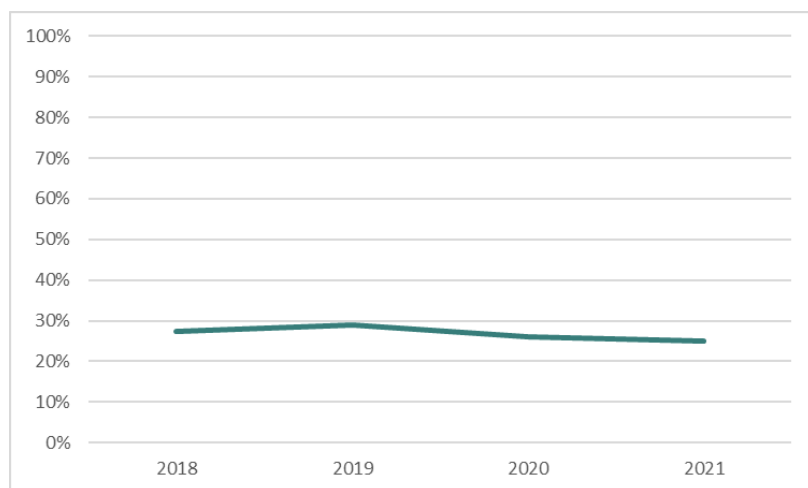


Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 474. Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Fysisk aktivitet efter grundbehandling vid höftledsartros, Vården i siffror](#).

Data från Svenska Artrosregistret pekar mot att utfallet inte når upp till målnivån på 80%. Det finns vissa regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. För vissa regioner finns relativt stora variationer även när data jämförs år till år. Två regioner nådde målnivån år 2021. För elva regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller røjanderisk. Antalet patienter som rapporteras till registret år 2021 har sjunkit, år 2019 var antalet nästan tre gånger större.

2.1.3.7. Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet ett år efter behandlingsstart för höftledsartros

Figur 7. Andel patienter med nydebuterad höftledsartros som uppnår 0,1 enhets förbättring på EQ-5D-5L för hälsorelaterad livskvalitet 1 år efter behandlingsstart.

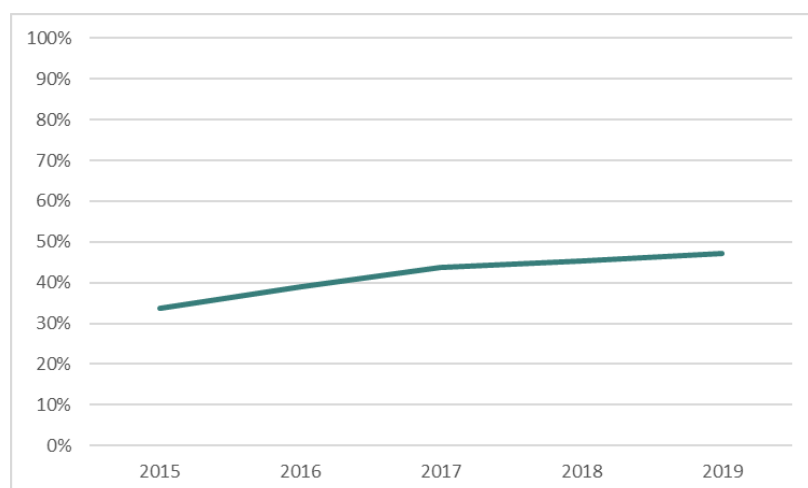


Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 30 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 468. Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet ett år efter behandlingsstart för höftledsartros, Vården i siffror.](#)

Målnivån på 30 % klarades nästan vid mätperiodens början men har sjunkit något till år 2021. Det finns vissa regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. Inom regioner jämnas variationen ut när data jämförs år till år. Två regioner nådde målnivån år 2021. För elva regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller röjanderisk. Under senare år har betydligt färre patienter rapporterats till registret.

2.1.3.8. Grundbehandling före proteskirurgi vid höftledsartros

Figur 8. Andel patienter med höftledsartros som genomgått grundbehandling före proteskirurgi



Källa: Svenska Artrosregistret/SHPR. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2021: 21. Antal patienter år 2021: 13560. Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Grundbehandling före proteskirurgi vid höftledsartros, Vården i siffror](#).

Registerdata för den aktuella indikatorn finns för åren 2015 - 2019 och utfallet nationellt under mätperioden uppvisar viss förbättring och ligger på knappt 50 % år 2019. Detta är betydligt under uppställd målnivå på 80 %. I underlaget syns en stor variation, från dryga 30 % till 70 %. Ingen region klarade målnivån år 2019.

Sju regioner har dessutom lämnat data för denna indikator specifikt i samband med denna uppföljning. Två regioner rapporterar data som visar ett betydligt högre utfall än övriga, över 90 %. Tre regioner har hyggligt stabila utfall inom sina respektive regioner på mellan 15 – 30 % medan två regioner endast för de två sista åren eller det sista året har data. Dessa redovisar utfall på enstaka procent. Sammantaget visar inlämnade data en mycket stor spridning i utfall mellan regioner. Den stora spridningen bedöms främst bero på variation i registreringspraxis, datatillgång och tolkning av indikatorreceptet. Inget i insamlade data från regionerna tyder på att målnivån på 80 % skulle uppnås för riket.

2.2. Stroke och TIA – tidiga insatser och vård

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA - tidiga insatser och vård, fastställt i maj 2020 (reviderat i september 2022) NPO Nervsystemets sjukdomar

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. För att definieras som stroke ska symtomen antingen kvarstå minst 24 timmar eller leda till döden och inte ha någon annan uppenbar orsak än kärlsjukdom. Om symtomen beror på ischemi och varar kortare tid än 24 timmar definieras tillståndet som en transitorisk ischemisk attack (TIA).

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke och 10 000 i TIA. Strokeincidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år.

Vårdförloppet omfattar akuta åtgärder vid misstanke om eller verifierad stroke eller TIA, den första tiden inom slutna vård på strokeenhet och förberedelser inför utskrivning därifrån. Vårdförloppet beskriver också diagnostisering av subarachnoidalblödning (SAB) och den akuta handläggningen av dessa patienter som skiljer sig från övrig stroke. Åtgärder senare i vårdkedjan beskrivs i vårdförloppet Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att förkorta tiden till akut behandling och adekvat omhändertagande vid akut stroke inklusive SAB och TIA, samt att enheterna har goda förutsättningar och hög kompetens.

Fortsatt läsning: [Stroke och TIA – tidiga insatser och vård, NKK.se.](#)

2.2.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

Flertalet av indikatorerna har kvalitetsregistret Riksstroke som källa och utgör etablerade processmått. Riksstroke har hög täckningsgrad och god datakvalitet. Även kvalitetsregistret för endovaskulär behandling vid stroke, EVAS, och perifer kärlkirurgi, SWEDVASC används. Målnivåer från Riksstroke och Socialstyrelsen anges när sådana finns.

Vårdförloppet beskriver fyra utfallsmått och femton processmått. De fyra utfallsmåtten mäts och återrapporteras via Riksstroke. Av de femton processmåtten mäts och återrapporteras tretton från Riksstroke, ett från Riksstroke/EVAS och ett från SWEDVASC.

Täckningsgraden för Riksstroke är cirka 90 procent för förstagsinsjuknanden. Alla aktuella sjukhus registrerar strokepatienter i Riksstroke. Nästan alla 72 sjukhus registrerar även TIA-patienter. Data kring täckningsgraden för TIA i Riksstroke föreligger inte ännu. Ungefär 85 procent av patienterna deltar i uppföljningen efter 3 månader (själv, eller via anhörig eller vårdare) och 77 procent efter 1 år.

2.2.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

På nästa sida visas en sammanfattande bild över hur väl vårdförloppets beskrivna mål uppfylls i dagsläget, baserat på tillgängliga data. För mer detaljerad beskrivning av varje indikator, se motsvarande rubrik.

Datakällor:

- **Riksstroke:** Täckningsgraden för Riksstroke är cirka 90 procent för förstagångsinsjuknanden. Alla aktuella sjukhus registrerar strokepatienter i Riksstroke. Nästan alla 72 sjukhus registrerar även TIA-patienter. Data kring täckningsgraden för TIA i Riksstroke föreligger inte ännu. Ungefär 85 procent av patienterna deltar i uppföljningen efter 3 månader (själv, eller via anhörig eller vårdare) och 77 procent efter 1 år.
- **Swedvasc:** Registrets täckningsgrad är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras, och handläggningstiderna finns i samtliga registrerade fall.

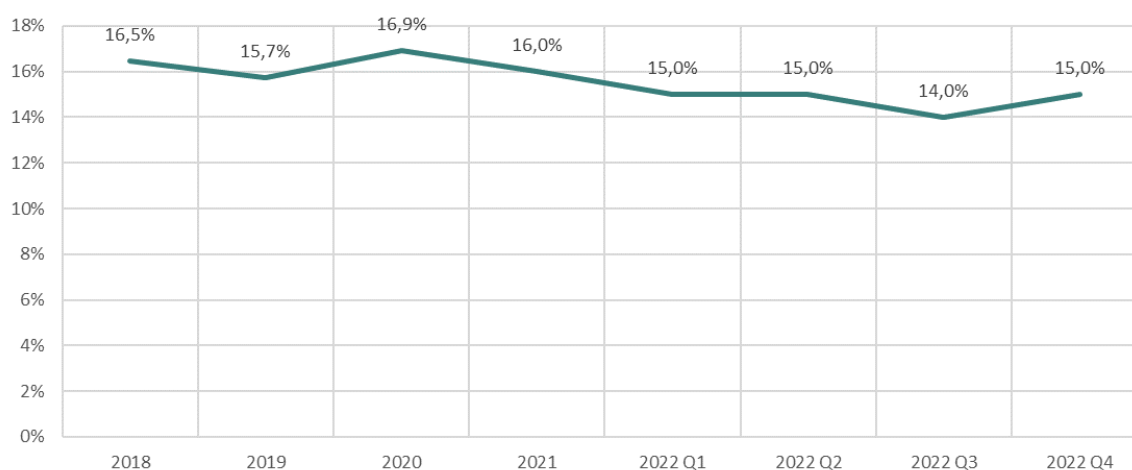
Vårdförlopp	Mål	Indikatorer	Utfall
Stroke och TIA - tidlig	Förkorta tiden mellan ankomst till sjukhus och start av reperfusionsbehandling	Trombolys inom 30 minuter vid stroke Datakälla: Riksstroke	47% Måttlig målnivå (≥35%) nås, hög målnivå (≥50%) nås ej
	Öka andelen patienter som ges reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke	Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke Datakälla: Riksstroke	19% Måttlig målnivå (≥13%), hög målnivå (≥20%) nås ej
	Öka andelen patienter som kommer till strokeenhet som första vårdnivå vid stroke och TIA	Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA Datakälla: Riksstroke	82% Måttlig målnivå (≥80%) nås, hög målnivå (≥90%) nås ej
		Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke Datakälla: Riksstroke	82% Måttlig målnivå (≥80%) nås, hög målnivå (≥90%) nås ej
	Öka andelen patienter som kommer till neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid SAB	Neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid SAB	Data saknas
	Förkorta tiden till behandling av aneurysm vid SAB	Vid SAB, behandling av aneurysm inom 36 timmar från insjuknande	Data saknas
	Förkorta tiden till utredning och kärlkirurgisk åtgärd av eventuell karotisstenos	Operation inom 14 dagar vid förträngning av halspulsådern Datakälla: Swedvasc	85% Målnivån (≥80%) nås
	Förkorta tiden till akut insatt sekundärprevention vid ischemisk stroke och TIA	Död 90 dagar efter stroke Datakälla: Riksstroke	15% Målnivå saknas
		Död 1 månad efter aneurysmal SAB	Data saknas
	Tidigt ge blodtryckssänkande behandling vid intrakraniell blödning	Nedsatt funktionsförmåga (ADL-beroende) efter stroke Datakälla: Riksstroke	15% Målnivå saknas
	Säkerställa hög kompetensnivå vid behandling med reperfusion och vid vård på strokeenhet	Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke Datakälla: Riksstroke	20-31% (2019) Målnivå saknas
	Tidigt i förloppet erbjuda uppgiftsspecifik och målorienterad rehabilitering	Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vid stroke Datakälla: Riksstroke	36% Målnivå saknas
	Minska konsekvenser av stroke eller TIA.	Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke Datakälla: Riksstroke	86% Målnivån (100%) nås ej
		Blodtryckssänkande behandling efter TIA Datakälla: Riksstroke	72% Målnivån (80%) nås ej
		Blodtryckssänkande behandling efter stroke Datakälla: Riksstroke	78% Målnivån (80%) nås ej
		Blodfettssänkande behandling vid utskrivning efter TIA Datakälla: Riksstroke	87% Hög målnivå (≥80%) nås
		Blodfettssänkande behandling vid utskrivning efter ischemisk stroke Datakälla: Riksstroke	87% Hög målnivå (≥80%) nås
		Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och TIA Datakälla: Riksstroke	92% Hög målnivå (≥85%) nås
		Antikoagulantibehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer Datakälla: Riksstroke	83% Hög målnivå (≥80%) nås

2.2.3. Resultatredovisning

I presentationen av uppföljningsdata nedan, ingår de sexton av vårdförloppets nitton indikatorer som redovisas på Vården i Siffror.

2.2.3.1. Död 3 månader efter stroke

Figur 9. Andel döda inom 90 dagar efter sjukhusvård för stroke. Ojusterade värden.

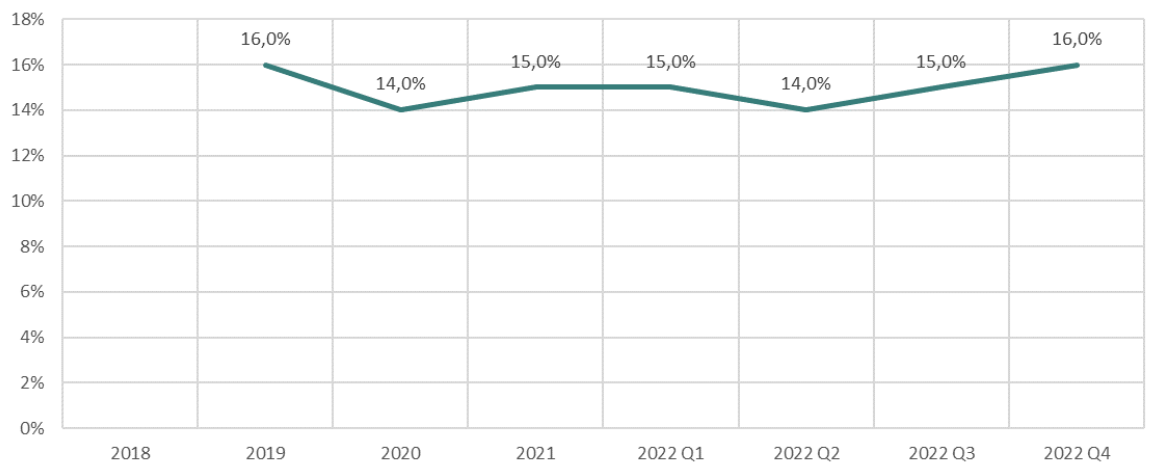


Källa: Riksstroke. Målnivå: saknas. Antal regioner: 21. Antal patienter: 20 111 (2022). Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Död 90 dagar efter stroke, Vården i siffror.](#)

Nationellt visar utfallet marginellt lägre nivåer avlidna tre månader efter stroke år 2022 jämfört med föregående fyra år. Per region varierar resultatet Q4 2022 från 9 % till 21%, och kan bl. a. påverkas av att vissa typer av patienter flyttas mellan sjukhus, till exempel patienter med trombolyslarm eller de som kan vara aktuella för trombektomi. Överlevnaden påverkas också av faktorer som strokevården har svårt att ha inflytande över och som inte mäts, som samtidig förekomst av andra sjukdomar och socioekonomiska faktorer.

2.2.3.2. Nedsatt funktionsförmåga (ADL-beroende) 3 månader efter stroke

Figur 10. Andel patienter som 3 månader efter stroke är beroende av andra för sin personliga ADL. Ojusterade värden.

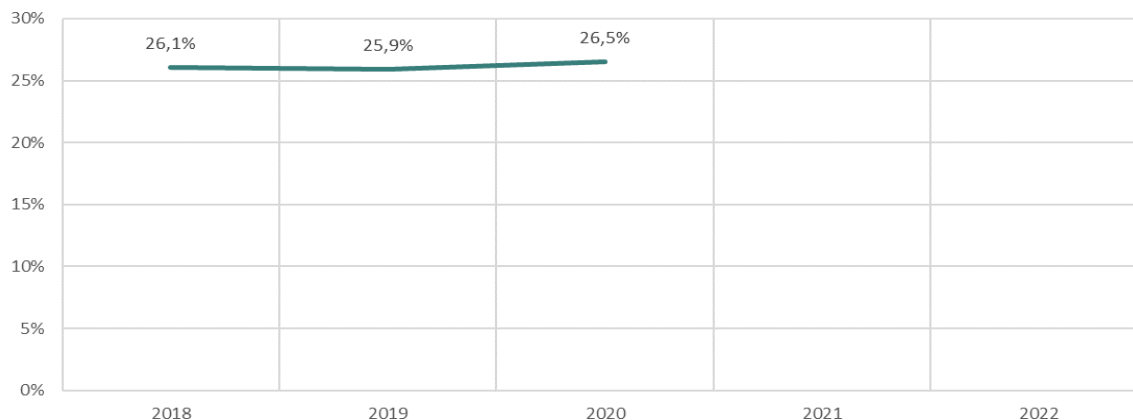


Källa: Riksstroke. Målnivå: saknas. Antal regioner: 21. Antal patienter: 11 254 (2021). Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Nedsatt funktionsförmåga 90 dagar efter stroke, Vården i siffror.](#)

Indikatorn visar andelen patienter som var beroende av andra för sina personliga aktiviteter i dagligt liv (ADL) tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet själva klarade sin personliga ADL. Utfallet för år 2022 är i stort oförändrat jämfört med föregående tre år. Per region varierar utfallet det senaste året från 5 % till 25 %. Andra faktorer än vårdinsatsens kvalitet kan påverka det uppmätta resultatet, som samsjuklighet, socioekonomiska faktorer och hur patientens ADL-förmåga bedömts, med personligt besök eller via enkätsvar.

2.2.3.3. Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke

Figur 11. Andel döda eller ADL-beroende patienter 90 dagar efter stroke. Justering har skett för kön, ålder och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset.

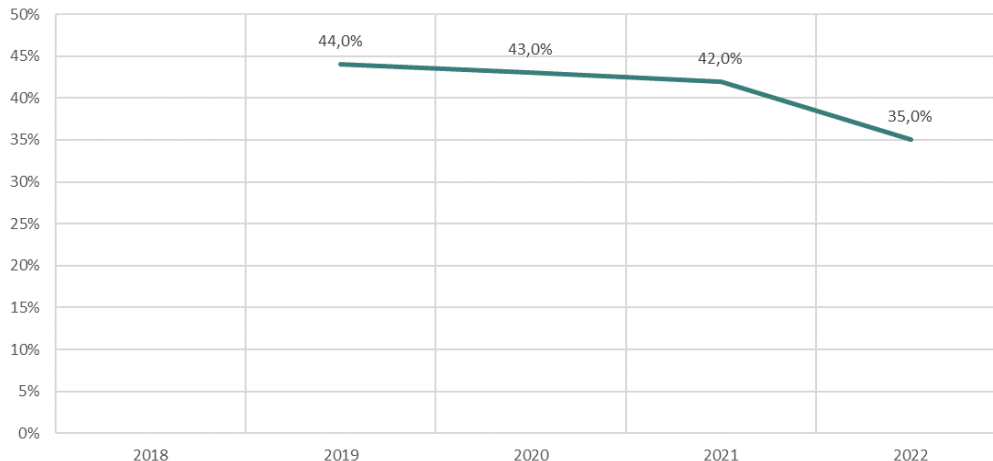


Källa: Riksstroke. Målnivå: saknas. Antal regioner: 21. Antal patienter: 13 537 (2020). Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Död eller ADL, 90 dagar efter stroke, Vården i siffror](#)

Död och ADL-beroende är två utfall som med fördel kan analyseras gemensamt, även om de har uppenbart olika innebörd för strokepatienten. Mäter man enbart andelen ADL-beroende kan en låg andel (bra resultat) till exempel bero på att de svårast sjuka har avlidit och inte deltar i uppföljningen. Denna indikator beräknas nu enligt en ny modell från Riksstroke, vilket gör att värdena i Vården i siffror skiljer sig från de i diagrammet ovan. År 2022 varierade utfallet från 27 % till 40 % mellan landets regioner.

2.2.3.4. Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vid stroke

Figur 12. Andel strokefall där patienten anländer till sjukhus inom 4,5 timmar efter debut av strokesymtom

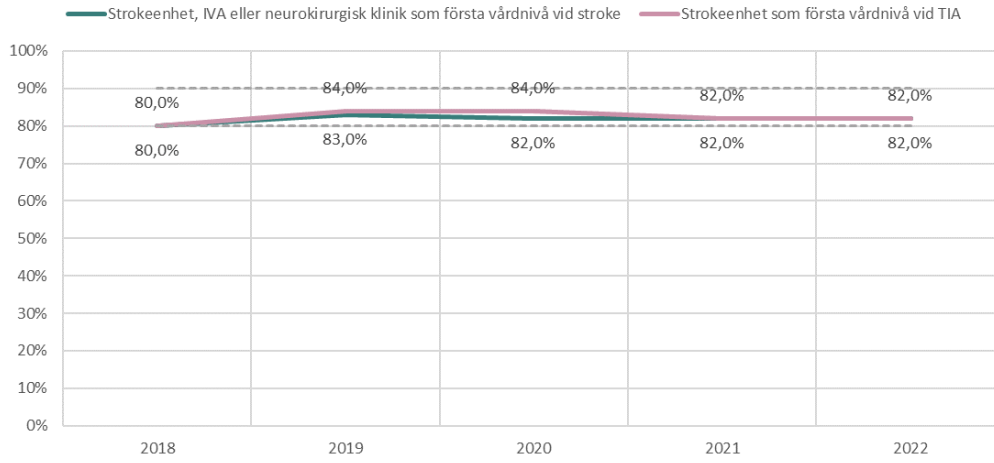


Källa: Riksstroke. Målnivå: Lokalt mål beroende på sjukhus. Antal regioner: 21. Antal patienter: 9 588 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vis stroke, Vården i siffror.](#)

Detta är en indikator där det kan finnas påtagliga skillnader i andelar vid redovisning på sjukhusnivå med tanke på variation av glesbygd och storstad. Vissa regioner triagerar sina akuta strokefall till annat sjukhus än det närmaste, t. ex. då patienten kan bli aktuell för trombolys, vilket kan leda till skillnader. Indikatorn tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vid stroke visar i Vården i siffror för 2022 en markant försämring med 7 procentenheter jämfört med tidigare år. Riksstroke's preliminära årsrapport för 2022 visar inte på samma försämring mellan dessa år.

2.2.3.5. Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA respektive vid stroke

Figur 13. Andelen patienter med TIA respektive stroke som vid akut insjuknande direkt vårdas på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik

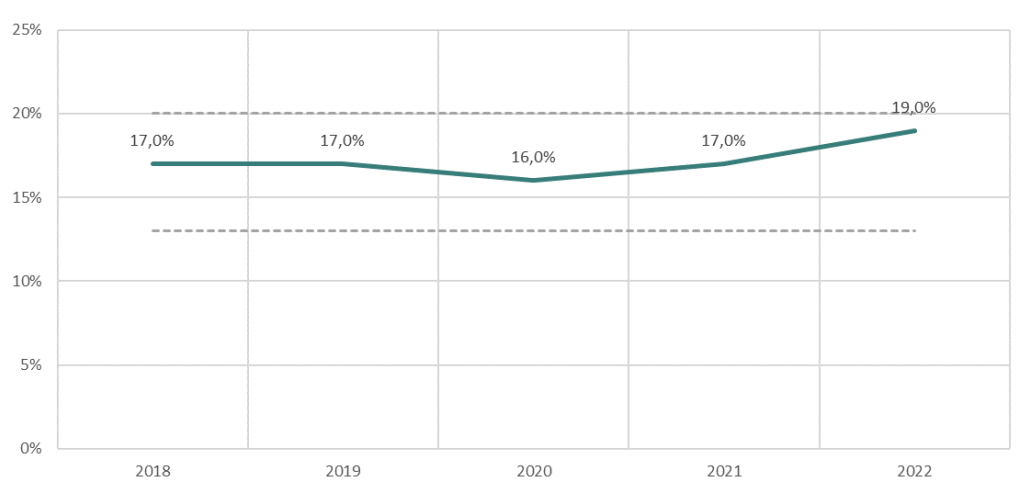


Källa: Riksstroke. Målnivå: $\geq 90/80$ procent. Antal regioner: 21. Antal patienter TIA: 8 348, Antal patienter stroke: 19 924 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Strokeenhet som första vårdnivå via TIA respektive stroke, Vården i siffror.](#)

De två indikatorerna Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning som första vårdnivå vid TIA och vid stroke är fortsatt stabila och oförändrade mellan 2021 och 2022. Båda når vårdförloppets nivå för måttlig måluppfyllelse 80 %, men når inte upp till hög målnivå 90 % (motsvarande Socialstyrelsens målnivå). Samtidigt finns det stor variation över landet – från 26 % till 97 %. En förklaring är att det kan finnas variation avseende i hur stor utsträckning sjukhusen uppfyller de kriterier som gäller för strokeenhet. Sjukhusen bedömer själva om den egna strokeenheten uppfyller kriterierna som fastställts för beteckningen strokeenhet.

2.2.3.6. Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke

Figur 14. Andel patienter med akut ischemisk stroke som fått reperfusionsterapi med trombolys eller trombektomi.

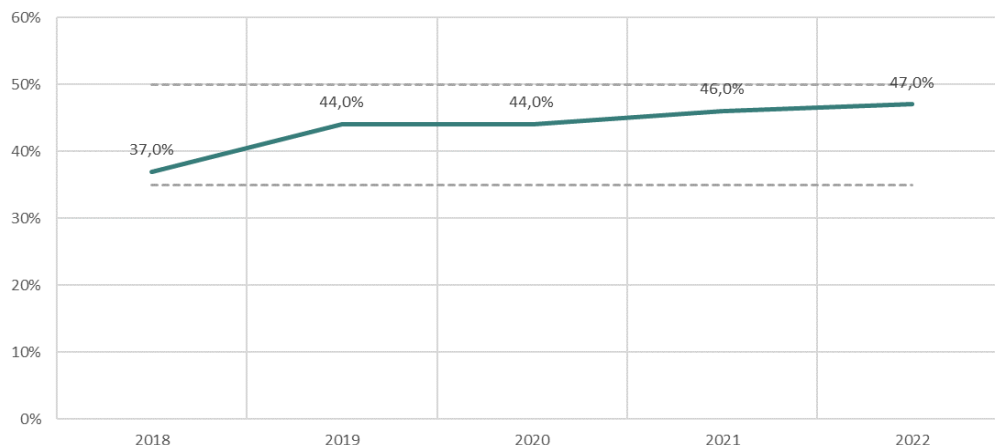


Källa: Riksstroke/EVAS. Målnivå: $\geq 20/13$ procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 17 385 (2022).
Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke, Vården i siffror.](#)

Indikatorn visar andelen patienter med akut ischemisk stroke som får reperfusionsterapi med trombolys eller trombektomi, och visar en viss förbättring 2022. Indikatorn når vårdförloppets nivå för måttlig måluppfyllelse 13 %, men når inte riktigt upp till hög målnivå 20 % (motsvarande Socialstyrelsens målnivå). Variationen inom landet för denna indikator är något mindre, och alla regioner uppnår måttlig måluppfyllelse samtidigt som sju uppnår nivån för hög måluppfyllelse.

2.2.3.7. Trombolys inom 30 minuter vid stroke

Figur 15. Andel patienter med akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomst till sjukhus

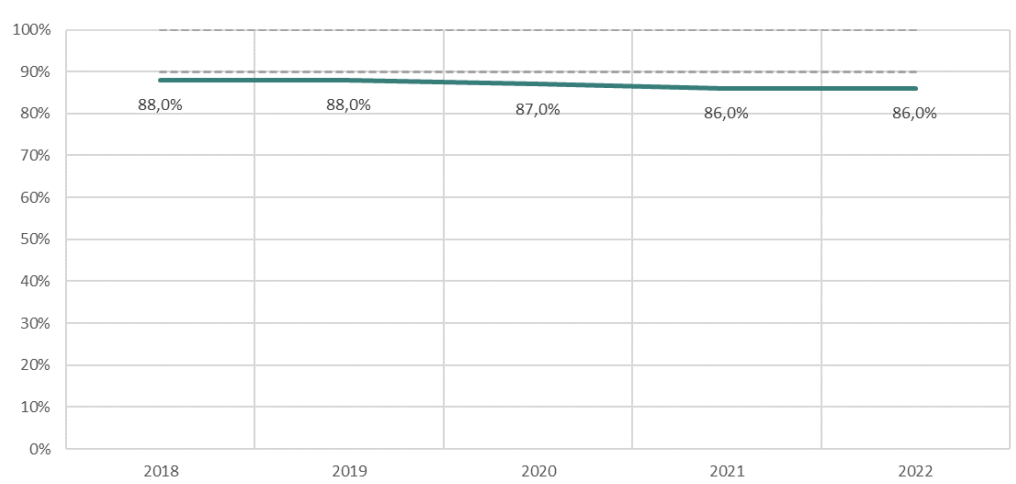


Källa: Riksstroke. Målnivå: $\geq 50/35$ procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 2 371 (2022).
Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Trombolys inom 30 min vid stroke, Vården i siffror.](#)

Indikatorn visar en positiv utveckling över den senaste femårsperioden, och förbättras något mellan 2021 och 2022. Indikatorn når vårdförloppets nivå för måttlig måluppfyllelse 35 %, men når inte riktigt upp till hög målnivå 50 % (motsvarande Socialstyrelsens målnivå). Variationen mellan landets regioner är stor; från 11 % till 67 %.

2.2.3.8. Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke

Figur 16. Andel patienter med stroke där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus

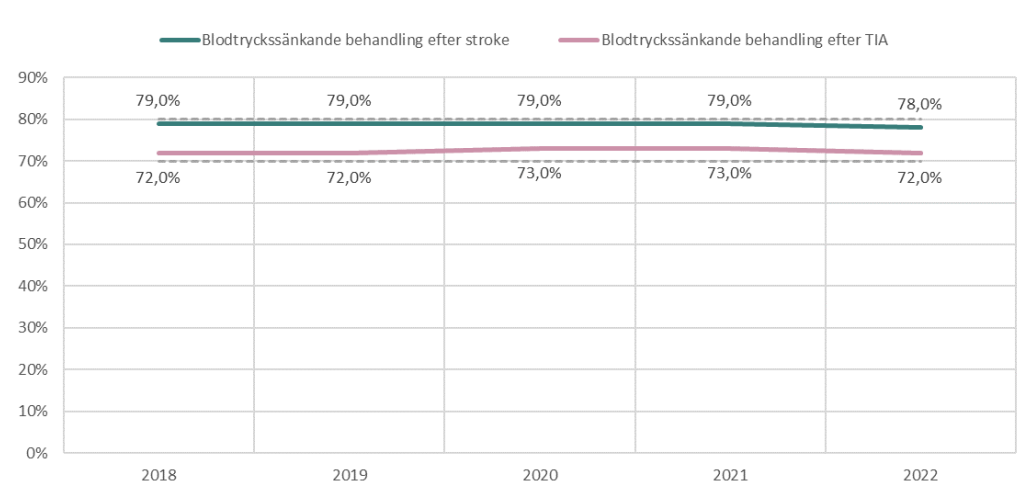


Källa: Riksstroke. Målnivå: 100/ \geq 90 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 20 111 (2022).
Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke, Vården i siffror.](#)

Indikatorn visar andelen patienter där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke. Utfallet har i stort legat konstant de senaste åren, men varken måttlig (90 %) eller hög (100 %) målnivå uppnås. En region uppnår hög målnivå, samtidigt som åtta regioner uppnår måttlig målnivå.

2.2.3.9. Blodtryckssänkande behandling efter stroke respektive efter TIA

Figur 17. Andel patienter som har blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke respektive efter TIA

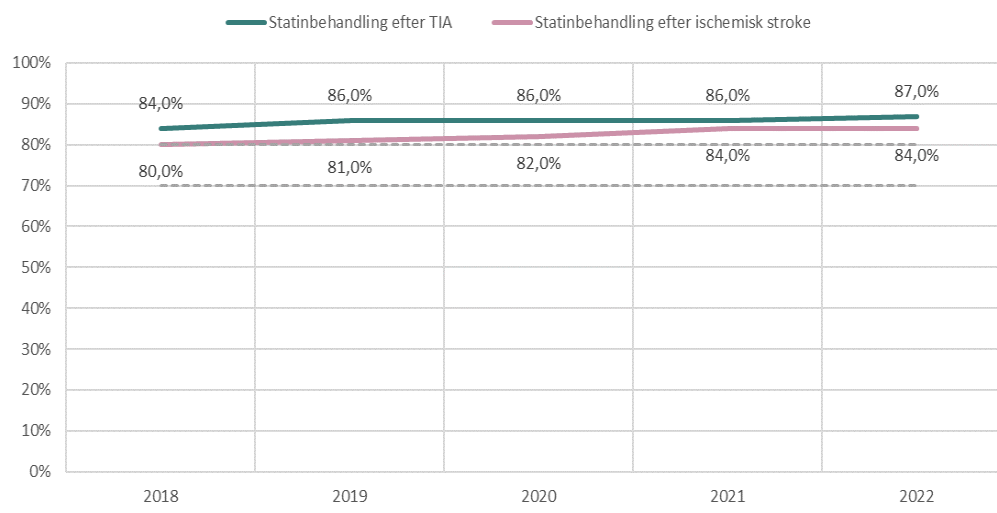


Källa: Riksstroke. Målnivå: $\geq 80/70$ procent. Antal regioner: 21. Antal patienter TIA: 8 774, Antal patienter stroke: 18 039 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Blodtryckssänkande behandling efter stroke respektive efter TIA, Vården i siffror.](#)

Behandling med blodtryckssänkande läkemedel är en av de viktigaste åtgärderna efter stroke. De två indikatorerna Blodtryckssänkande behandling efter stroke respektive Blodtryckssänkande behandling efter TIA är fortsatt stabila över perioden. Båda når vårdförloppets nivå för måttlig måluppfyllelse 70%, men når inte upp till hög målnivå 80 %. 10 regioner når hög målnivå för blodtryckssänkande behandling efter stroke, medan endast tre regioner når hög målnivå för blodtryckssänkande behandling efter TIA.

2.2.3.10. Blodfettssänkande behandling vid utskrivning efter TIA respektive efter ischemisk stroke

Figur 18. Andel patienter med TIA respektive med ischemisk stroke som vid utskrivning från sjukhus har blodfettssänkande behandling.

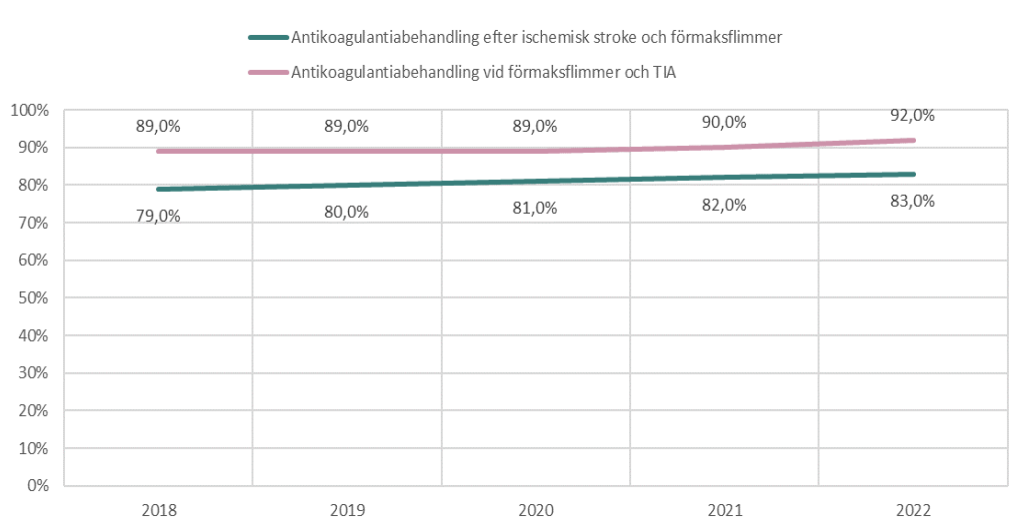


Källa: Riksstroke. Målnivå: $\geq 80/70$ procent. Antal regioner: 21. Antal patienter TIA: 8 776, Antal patienter stroke: 13 500 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Blodfettssänkande behandling vid utskrivning efter TIA respektive efter ischemisk stroke, Vården i siffror.](#)

Dessa två indikatorer visar andelen patienter med TIA respektive ischemisk stroke som behandlas med blodfettssänkande läkemedel vid utskrivning från sjukhus. Båda indikatorerna är stabila med en svagt positiv utveckling över femårsperioden. På riksnivå klaras hög målnivå för båda indikatorerna. Regionalt klarar 18 regioner hög målnivå för statinbehandling efter TIA och 16 regioner klarar hög målnivå för statinbehandling efter stroke.

2.2.3.11. Antikoagulantibehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer respektive vid förmaksflimmer och TIA

Figur 19. Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer respektive TIA och förmaksflimmer som har antikoagulantibehandling vid utskrivning från sjukhus.

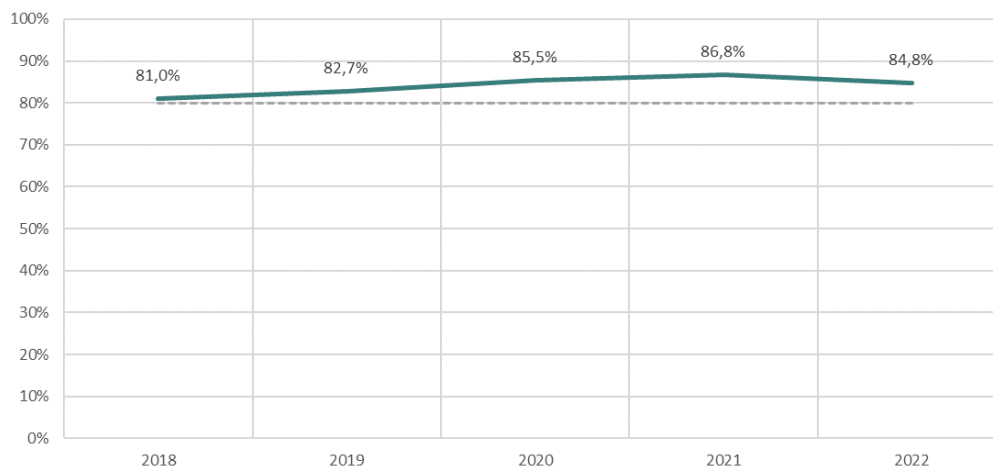


Källa: Riksstroke. Målnivå TIA: $\geq 85/75$ procent, Målnivå stroke: $\geq 80/70$ procent. Antal regioner: 21. Antal patienter TIA: 1 814, Antal patienter stroke: 4 245 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Antikoagulantibehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer respektive vid förmaksflimmer och TIA, Vården i siffror.](#)

Behandling med antikoagulantia (warfarin eller s k NOAK) hos patienter med ischemisk stroke eller TIA och förmaksflimmer minskar risken för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärtkärlsjukdom. Andelen behandlade med antikoagulantia efter TIA förbättras över en femårsperiod från 89 % till 92 % och uppnår därmed med marginal den uppsatta höga målnivån 85 %. För stroke är andelen behandlade med antikoagulantia också stigande, och uppnår med 83 % hög målnivå 80 %. Även regionalt är utfallet gott; 17 regioner uppnår hög målnivå för TIA och 16 regioner uppnår hög målnivå för stroke.

2.2.3.12. Operation inom 14 dagar vid förträngning av halspulsådern

Figur 20. Andel patienter opererade inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern



Källa: SWEDVASC. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner: 17. Antal patienter: 742 (2022). Notera att vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Operation inom 14 dagar vid förträngning av halspulsådern, Vården i siffror.](#)

Indikatorn visar andelen karotisoperationer som görs inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern. Utfallet visar en positiv utveckling över femårsperioden, men en minskning med 2 %-enheter till 84,8 % för 2022. Målnivån är satt till 80 %, och nås alla periodens år nationellt, men varierar stort mellan regionerna år 2022 – från 60 % till 100 %. Täckningsgraden för denna indikator är god, och mer än 95 procent av alla operationer registreras i Swedvasc.

2.3. Tidig och etablerad reumatoid artrit

Vårdförlopp Reumatoid artrit – tidig, fastställt i maj 2020 (reviderat april 2022)

Vårdförlopp Reumatoid artrit – etablerad, fastställt i oktober 2021

NPO Reumatiska sjukdomar

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män och de flesta som insjuknar gör det mellan 50 och 70 års ålder. Obehandlad RA orsakar ofta skador på leder vilket kan ge grava funktionsnedsättningar. Patienter med RA har också ökad risk för samsjuklighet i sjukdomar som är vanliga i befolkningen, som till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdomar och infektioner. Tidig diagnostik och behandling samt tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA, men i nuläget varierar exempelvis ledtider till första besök i reumatologisk specialiserad vård och andelen nydiagnostiserade som erbjuds strukturerad kontakt med reumatologiska team mellan olika regioner i landet.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp reumatoid artrit \(pdf\)](#) samt [Vårdförlopp etablerad reumatoid artrit \(pdf\)](#).

2.3.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

I presentationen av uppföljningsdata nedan ingår, vad gäller det vårdförlopp som avser tidig reumatoid artrit, nio av vårdförloppets 13 indikatorer. Vad gäller det vårdförlopp som avser etablerad reumatoid artrit ingår samtliga sju indikatorer. Samtliga indikatorer som i nuläget är möjliga att följa upp redovisas.

Datakälla till större delen av de här redovisade indikatorerna är Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ. SRQ har en god täckningsgrad, särskilt för den del av patientgruppen som behandlas med biologiska läkemedel. (Täckningsgrad i SRQ är en av kvalitetsindikatorerna och denna redovisas därför mer utförligt nedan.) I SRQ ingår enbart patienter som diagnostiserats med RA, medan vårdförloppet beskriver utredningsprocessen vid möjlig RA och därmed inkluderar en större patientgrupp. Notera även att det sannolikt finns en variation över tid vad gäller i vilka patientgrupper, och hur många patienter, vars behandling registrerats i SRQ. I de fall det är möjligt redovisas tidsserier som sträcker sig längre tillbaka än den period som vårdförloppet varit i bruk. Detta för att visa på de förändringar som ägt rum även innan vårdförloppets introduktion. Därutöver redovisas indikatorer som följs med hjälp av Socialstyrelsens patientregister, data från Försäkringskassan samt regionalt inrapporterade data. De indikatorer som inte ingår i denna redovisning har utelämnats för att datakällor för uppföljning av dem ännu saknas.

Den nationella utvecklingen kommenteras kort vad gäller samtliga här presenterade indikatorer. I de fall stora regionala skillnader finns kommenteras även dessa.

2.3.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Kommande sidor visas en sammanfattande bild över hur indikatorerna är kopplade till vårdförloppets beskrivna mål.

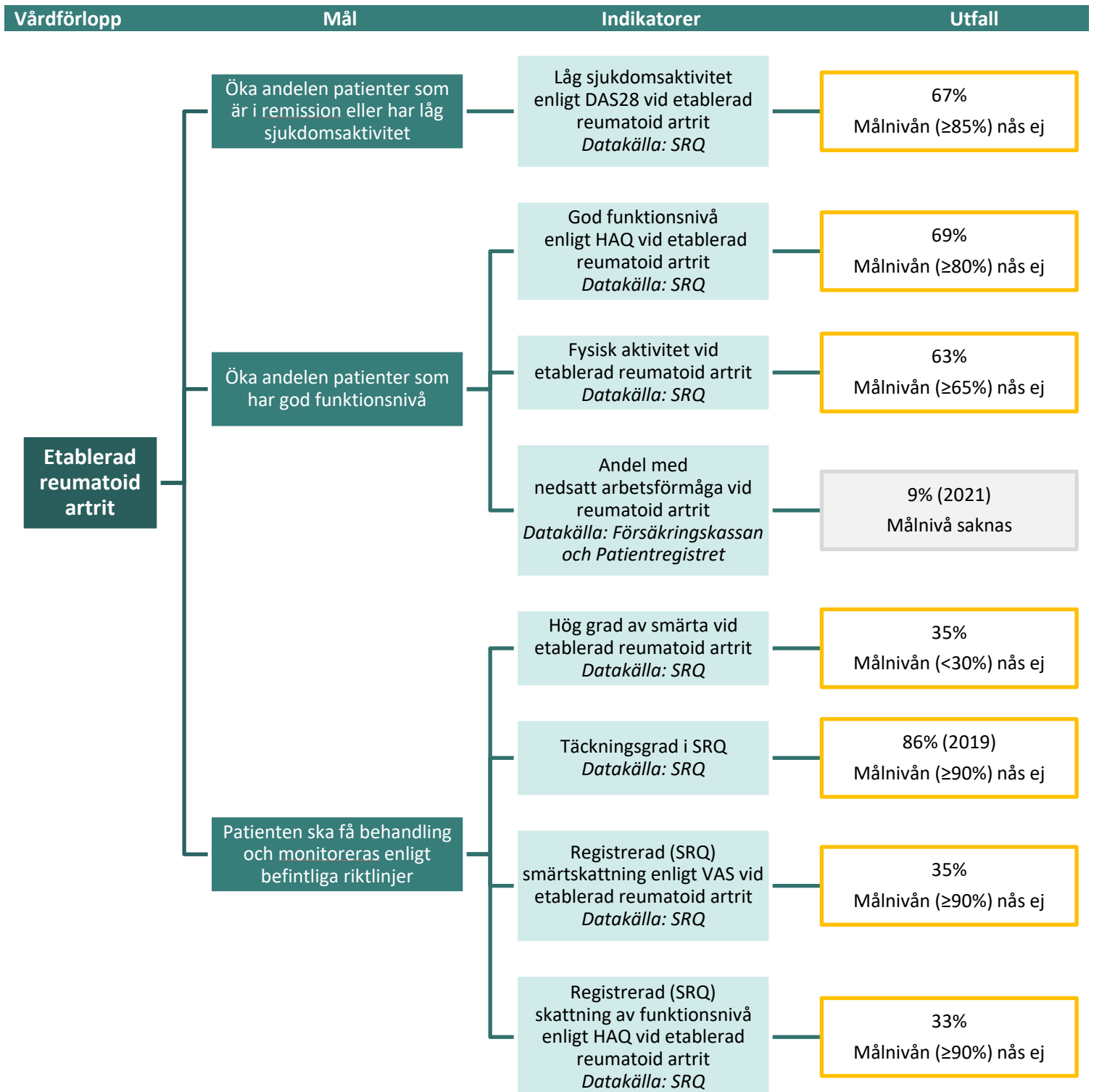
Datakällor Reumatoid artrit:

- **Svensk Reumatologis kvalitetsregister (SRQ):** Täckningsgrad och bortfall av uppgifter i SRQ varierar mellan mottagningar och på regionnivå. På regionnivå varierade täckningsgraden år 2019 mellan 58% och drygt 97%, med ett medelvärde på ca 86%.
- **Regionernas egna data:** under våren 2023 efterfrågades egenberäknade utfall för ett antal indikatorer från regionerna. Utfall bör tolkas med försiktighet eftersom ingen genomgående kvalitetskontroll har genomförts.

Datakällor Etablerad Reumatoid artrit:

- **Svensk Reumatologis kvalitetsregister (SRQ):** Täckningsgrad och bortfall av uppgifter i SRQ varierar mellan mottagningar och på regionnivå. På regionnivå varierade täckningsgraden år 2019 mellan 58% och drygt 97%, med ett medelvärde på ca 86%. Försäkringskassan ansvarar för den officiella statistiken inom områdena stöd vid sjukdom och funktionsnedsättning.
- **Patientregistret:** Innehåller bl.a. alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård och uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den specialiserade öppenvården.

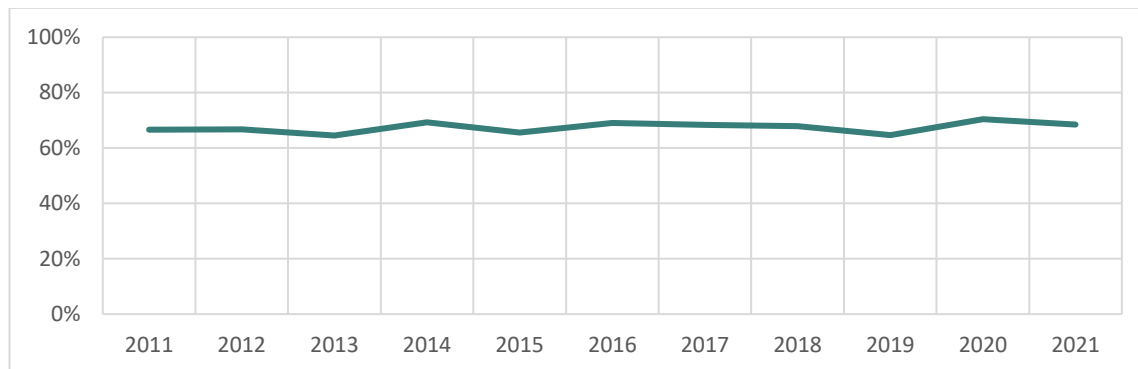
Vårdförlopp	Mål	Indikatorer	Utfall
Reumatoid artrit	Öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet	Låg sjukdomsaktivitet vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit Datakälla: SRQ	69% Målnivån (≥75%) nås ej
		Remission enligt DAS28 vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit Datakälla: SRQ	51% Målnivån (≥55%) nås ej
	Minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning	Låg grad av smärta vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit Datakälla: SRQ	48% Målnivån (≥80%) nås ej
		Andel personer som var inkluderade i vårdförlopp RA av de som fått förstagsdiagnos RA Datakälla: SRQ	Data saknas
	Patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer	Andel personer som fått diagnosen RA av de som var inkluderade i vårdförlopp RA Datakälla: SRQ	Data saknas
		Täckningsgrad i SRQ Datakälla: SRQ	Se vårdförlopp etablerad RA
		Registrerat (SRQ) årsbesök vid tidig reumatoid artrit Datakälla: SRQ	60% Målnivån (≥90%) nås ej
		Registrerat (SRQ) DAS 28-värde vid årsbesök för tidig reumatoid artrit Datakälla: SRQ	49% Målnivån (≥90%) nås ej
		Screening för risk för hjärt-kärlsjukdom vid tidig reumatoid artrit (RA) Datakälla: SRQ	24% Målnivån (≥75%) nås ej
		Minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling	Nybesök i reumatologisk specialiserad vård inom 30 dagar vid misstänkt reumatoid artrit Datakälla: Regionernas egna data
	Fysiskt besök hos arbetsterapeut och fysioterapeut vid tidig reumatoid artrit Datakälla: Regionernas egna data		3-39% (år 2022) Osäkra data men antyder att målnivån (≥80%) ej nås



2.3.3. Resultatredovisning – vårdförlopp avseende tidig reumatoid artrit

2.3.3.1. Låg sjukdomsaktivitet vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit

Figur 21. Andel patienter med tidig reumatoid artrit som har låg sjukdomsaktivitet enligt Disease activity score (DAS28) vid årsbesök. Med låg sjukdomsaktivitet avses ett värde enligt DAS28 $\leq 3,2$.

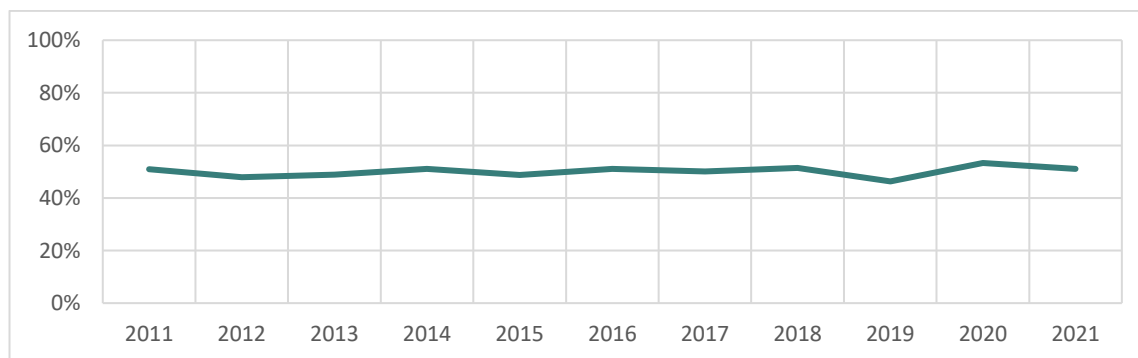


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 75 procent. Antal regioner: 17. Antal patienter: 718 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Låg sjukdomsaktivitet vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Utfallet har legat relativt stabilt mellan 2011 och 2021 men nationellt nås inte målnivån. Det finns stora regionala variationer och stora fluktuationer inom regioner från år till år. Fem regioner nådde målnivån år 2021. För lika många regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller rójanderisk.

2.3.3.2. Remission enligt DAS28 vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit (RA)

Figur 22. Andel patienter med tidig reumatoid artrit i remission enligt Disease activity score (DAS28) vid årsbesök. Med remission menas DAS28 mindre än 2,6.

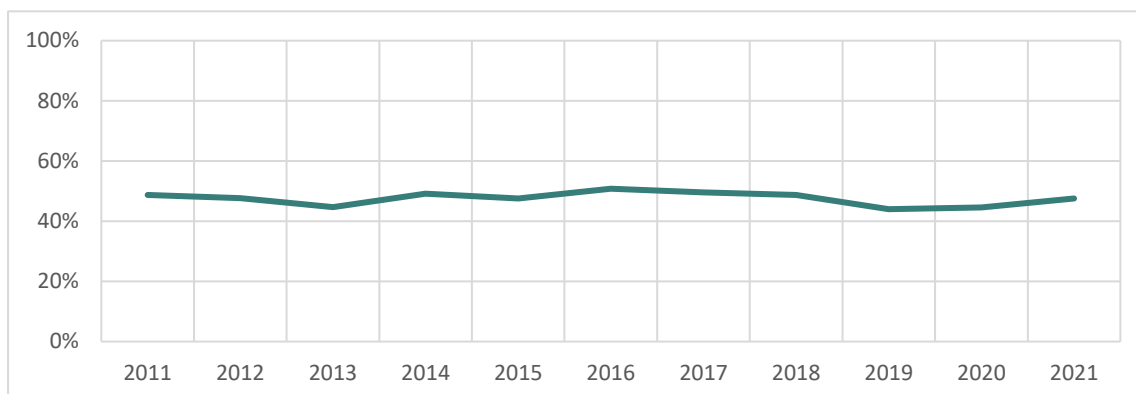


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 55 procent. Antal regioner: 16. Antal patienter: 718 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Remission enligt DAS28 vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit \(RA\), Vården i siffror.](#)

Det nationella utfallet ligger relativt stabilt strax under målnivån. En viss försämring har skett mellan 2020 och 2021. Det finns stora regionala variationer och stora fluktuationer inom regioner från år till år. Fyra regioner nådde målnivån år 2021. För fem regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller rójanderisk.

2.3.3.3. Låg grad av smärta vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit (RA)

Andel patienter med tidig reumatoid artrit som har låg smärta enligt VAS vid årsbesök (visuell analog skala < 20)

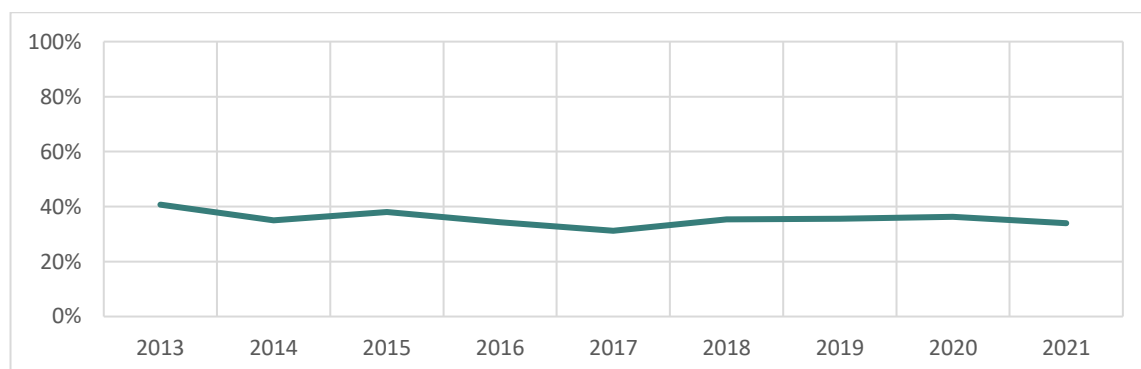


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 50 procent. Antal regioner: 16. Antal patienter: 780 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Låg grad av smärta vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit \(RA\), Vården i siffror.](#)

Det nationella utfallet ligger relativt stabilt men har under de senaste åren inte nått målnivån. En viss förbättring har skett mellan 2020 och 2021. Det finns stora regionala variationer och stora fluktuationer inom regioner från år till år. Sju regioner nådde målnivån år 2021. För fem regioner kunde data inte redovisas på grund av statistisk osäkerhet eller röjanderisk.

2.3.3.4. Remission enligt CDAI vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit (RA)

Figur 23. Andel patienter med tidig reumatoid artrit i remission enligt Clinical disease activity index (CDAI) vid årsbesök (CDAI $\leq 2,8$)



Källa: SRQ. Målnivå: redovisa resultat (utvecklingsindikator). Antal regioner: 9. Antal patienter: 375 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Remission enligt CDAI vid årsbesök vid tidig reumatoid artrit \(RA\), Vården i siffror.](#)

Denna är en utvecklingsindikator och utfallet kommenteras därför inte.

2.3.3.5. Nybesök i reumatologisk specialiserad vård inom 30 dagar vid misstänkt reumatoid artrit

Data över andel patienter som gjort/erbjudits nybesök i reumatologisk specialiserad vård inom 30 dagar från att remiss skrivits finns, för år 2022, från fem av landets regioner. Utifrån dessa data framgår att cirka 55 procent av patienterna gjort/erbjudits nybesök inom den stipulerade tiden. Notera dock att ett enhetligt, regiongemensamt sätt att följa upp denna indikator ännu inte säkerställts samt att antalet inrapporterade patientfall skiljer sig mycket mellan olika regioner. Det finns därmed anledning att tolka denna data med försiktighet.

Källa: Inrapportering från regionerna. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner: 5. Antal patienter: 345 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020.

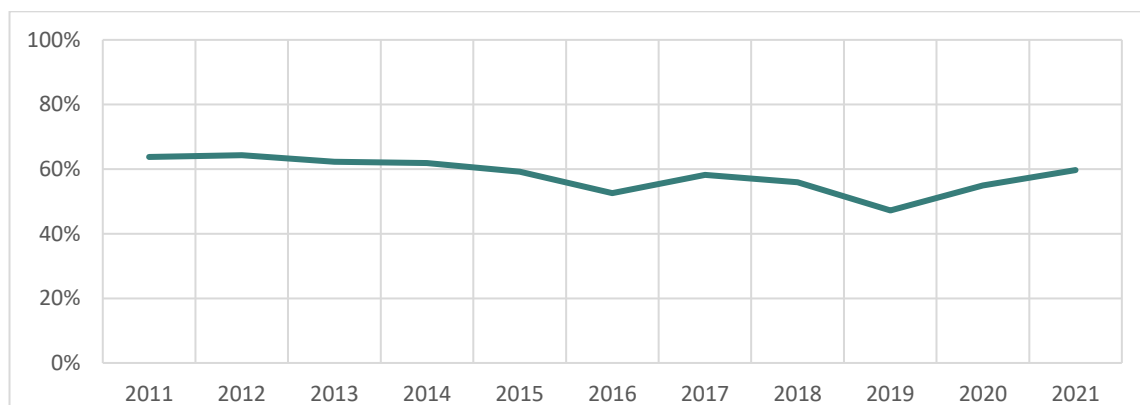
2.3.3.6. Fysiskt besök hos arbetsterapeut och fysioterapeut vid tidig reumatoid artrit

Data över andel patienter som haft kontakt med både arbetsterapeut och fysioterapeut inom tre månader från diagnos finns från åtta av landets regioner (2022). Notera att den lilla andelen regioner som rapporterat utfall vad gäller denna indikator utgör grund för en försiktighet i tolkningen av resultat. Utifrån tillgängliga data framgår att cirka en fjärdedel av de nydiagnostiserade patienterna haft kontakt med både arbetsterapeut och fysioterapeut inom tre månader efter diagnos. Det finns stora variationer mellan regioner och även denna data bör tolkas med försiktighet. Målnivån är satt till ≥ 80 procent.

Källa: Inrapportering från regionerna. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner: 9. Antal patienter: 1 209 (2022). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020.

2.3.3.7. Registrerat (SRQ) årsbesök vid tidig reumatoid artrit

Figur 24. Andel patienter som 12 månader efter RA-diagnos har minst ett besök registrerat i SRQ.

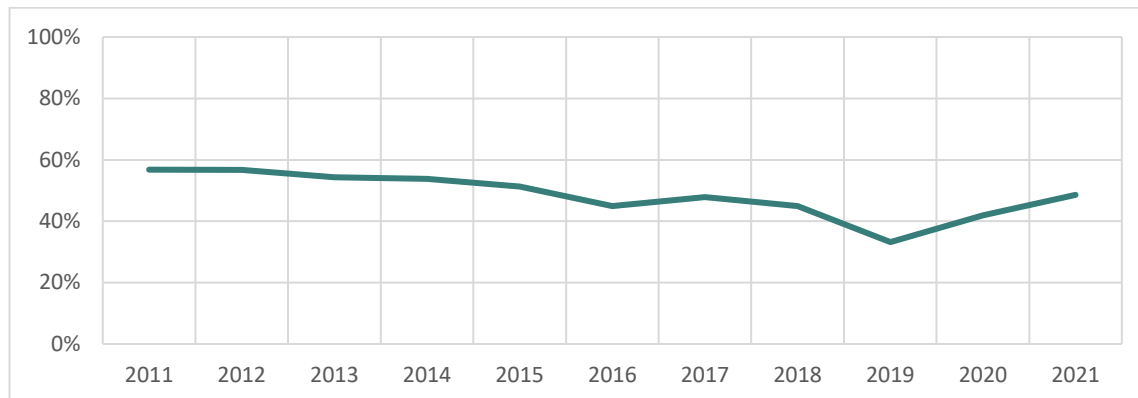


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner: 19. Antal patienter: 1478 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Registrerat \(SRQ\) årsbesök vid tidig reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Mellan 2019 och 2021 syns en ökning av andelen patienter med nyligen debuterad RA som har minst ett besök registrerat i SRQ. Det nationella utfallet ligger dock fortsatt uppenbart under målnivån. Det finns stora regionala variationer och stora fluktuationer inom regioner från år till år. Ingen region når målet och för två regioner saknas data.

2.3.3.8. Registrerat (SRQ) DAS 28-värde vid årsbesök för tidig reumatoid artrit

Figur 25. Andel patienter som 12 mån efter RA-diagnos har minst ett DAS28 värde registrerat i SRQ

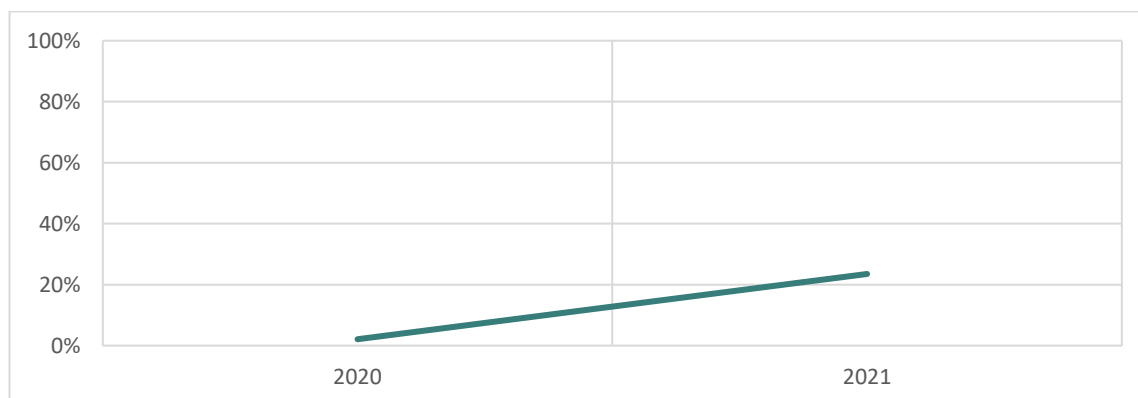


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner: 19. Antal patienter: 1478 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Registrerat \(SRQ\) DAS 28-värde vid årsbesök för tidig reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Mellan 2019 och 2021 syns en ökning av andelen patienter med nyligen debuterad RA som har minst ett DAS 28-värde registrerat i SRQ. Det nationella utfallet ligger dock fortsatt uppenbart under målnivån. Det finns stora regionala variationer och stora fluktuationer inom regioner från år till år. Ingen region når målet och för två regioner saknas data.

2.3.3.9. Screening för risk för hjärt-kärlsjukdom vid tidig reumatoid artrit

Figur 26. Andel patienter över 40 år med tidig RA som genomgått screening för risk för hjärtkärlsjukdom vid årsbesöket.



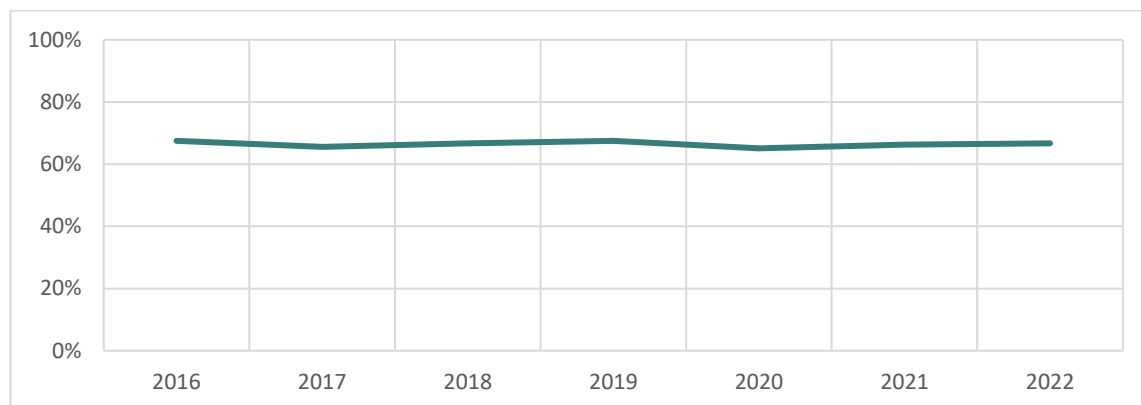
Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 75 procent. Antal regioner: 20. Antal patienter: 1289 (2021). Vårdförloppet fastställdes i maj 2020. [Screening för risk för hjärt-kärlsjukdom vid tidig reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

År 2021 infördes en ny modul fört uppskattning av kardiovaskulär risk i SRQ. Andelen patienter över 40 år som genomgått hjärt-/kärlscreening vid sitt första årsbesök uppgick år 2021 till 24 procent. Det finns stor variation mellan regioner – från 0 till 60 procent – och för två regioner saknas data på grund av statistisk osäkerhet eller röjanderisk.

2.3.4. Resultatredovisning – vårdförlopp avseende etablerad reumatoid artrit

2.3.4.1. Låg sjukdomsaktivitet vid etablerad reumatoid artrit

Figur 27. Andel patienter med etablerad reumatoid artrit som har låg sjukdomsaktivitet ($\leq 3,2$) enligt Disease activity score (DAS28)

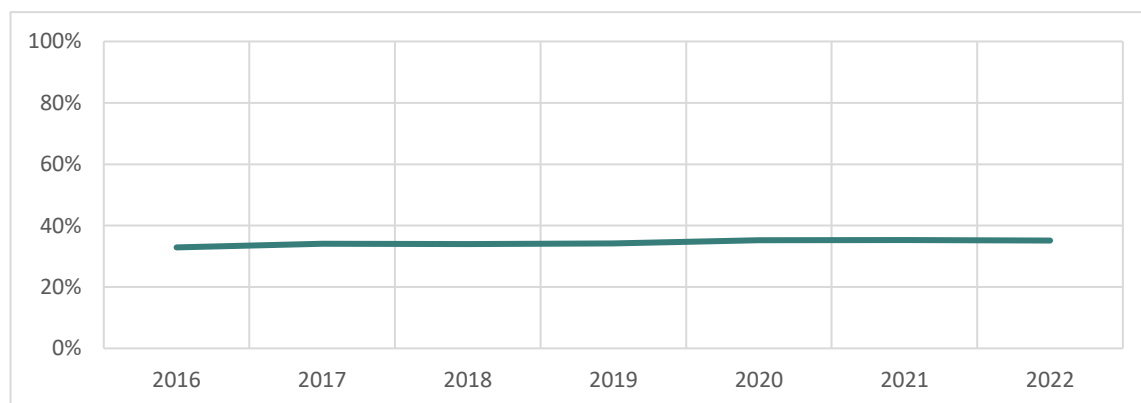


Källa: SRQ. Målnivå: >85 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 13 438 (2022). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [Låg sjukdomsaktivitet vid etablerad reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Andelen patienter med etablerad RA som har låg sjukdomsaktivitet ligger relativt stabilt och uppnår inte målnivån. Mellan regionerna finns, för 2022, en variation mellan 43 och 76 procent.

2.3.4.2. Hög grad av smärta vid etablerad reumatoid artrit

Figur 28. Andel patienter med etablerad reumatoid artrit som har hög grad av smärta (>40) enligt VAS

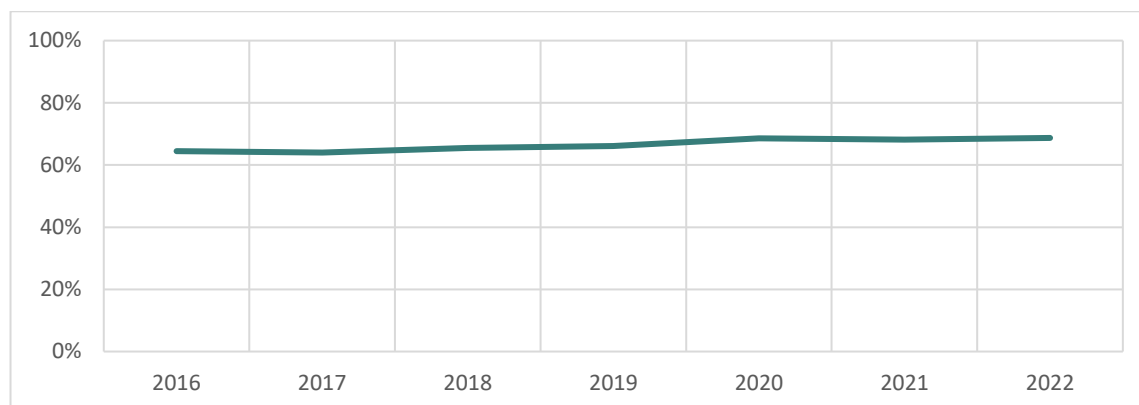


Källa: SRQ. Målnivå: <30 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 15 448 (2022). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [Hög grad av smärta vid etablerad reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Andelen patienter med etablerad RA som har hög grad av smärta ligger relativt stabilt och uppnår inte målnivån nationellt. Mellan regionerna finns, för 2022, en variation mellan 19 och 53 procent.

2.3.4.3. God funktionsnivå enligt HAQ vid etablerad reumatoid artrit

Figur 29. Andel patienter med etablerad reumatoid artrit som har god funktionsnivå (under 1) enligt Health Assessment Questionnaire (HAQ)

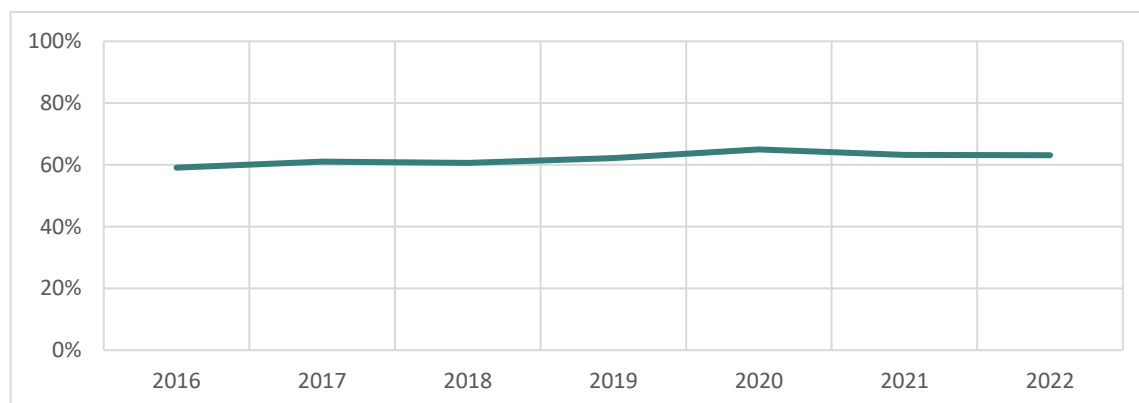


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 14 382 (2022). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [God funktionsnivå enligt HAQ vid etablerad reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Andelen patienter med etablerad RA som har en god funktionsnivå har nationellt ökat svagt under de senaste fem åren, från 64 till 69 procent. Det regionala utfallet varierar mellan 60 och 76 procent.

2.3.4.4. Fysisk aktivitet vid etablerad reumatoid artrit

Figur 30. Andel patienter med etablerad reumatoid artrit som uppnår rekommenderad nivå av fysisk aktivitet



Källa: SRQ. Målnivå: 18 – 64 år ≥ 65 %; ≥ 65 år ≥ 50 %. Antal regioner: 21. Antal patienter: 10 776 (2022). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [Fysisk aktivitet vid etablerad reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Åldersindelade data finns inte att tillgå publikt. Sammantaget nåddes, på nationell nivå, ett värde på 63 procent vilket är nära den högre av de två målnivåerna.

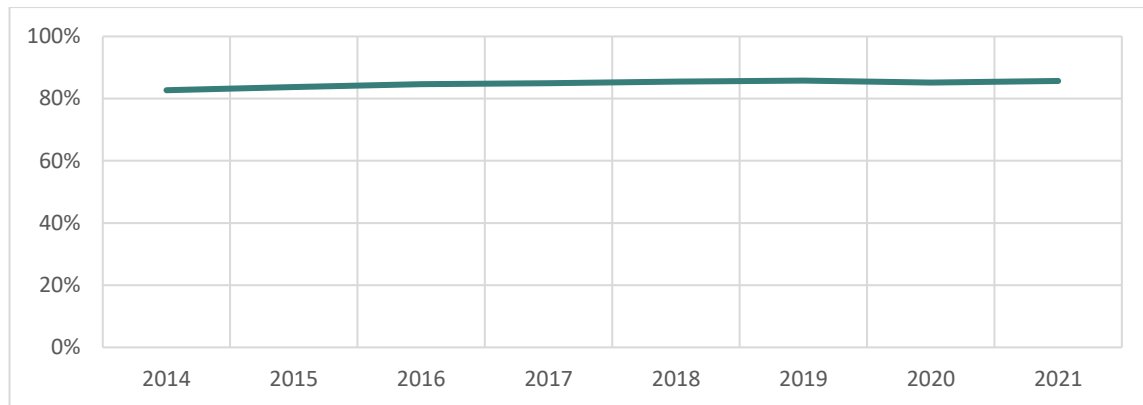
2.3.4.5. Nedsatt arbetsförmåga vid reumatoid artrit

Den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kan, vid sjukdom som varar mer än två veckor, få sjukpenning från Försäkringskassan. År 2021 uppgick antalet personer med reumatoid artrit (M05 samt M06) och sjukpenning till 1 435 personer. Det motsvarar nio procent av de personer som enligt Socialstyrelsen hade reumatoid artrit under detta år (sett till den del av befolkningen som är i arbetsför ålder, här definierat som 20-64 år). Detta kan jämföras med att cirka 10 procent av befolkningen som helhet, i arbetsför ålder, fick sjukpenning under detta år.

Källa: Försäkringskassan (avseende antal personer med sjukpenning och reumatoid artrit) samt Socialstyrelsens patientregister (avseende antal personer med reumatoid artrit). Målnivå: lågt värde. Antal regioner: 21. Antal patienter: 15 538 (2021). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021.

2.3.4.6. Täckningsgrad för patienter med reumatoid artrit i kvalitetsregistret SRQ

Figur 31. Andelen av de individer som hade diagnosticerad reumatoid artrit som var inkluderade i SRQ med en diagnos inom diagnosgruppen Reumatoid artrit

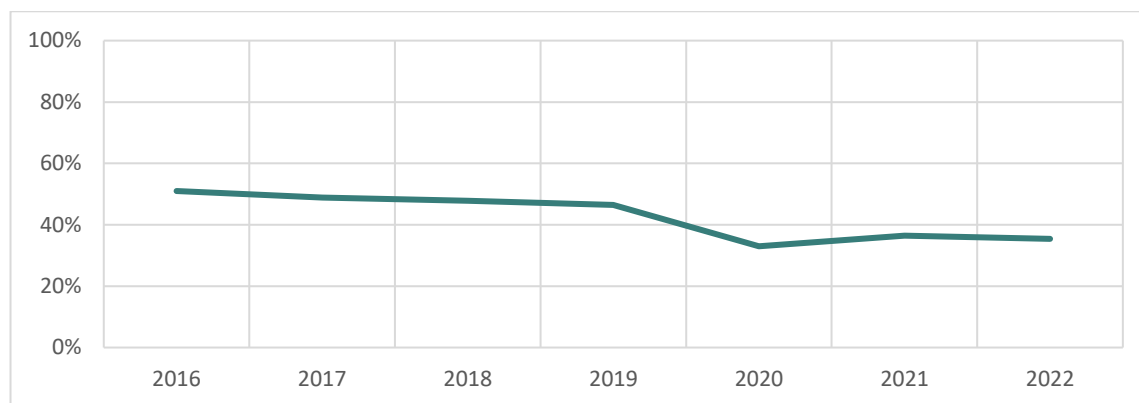


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter:-. Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [Täckningsgrad för patienter med reumatoid artrit i kvalitetsregistret SRQ, Vården i siffror.](#)

Täckningsgraden för patienter med reumatoid artrit i kvalitetsregistret SRQ uppgick 2021 (vilket är det senaste år för vilket data finns tillgängligt) till 86 procent. Regionalt uppnås värden mellan 63 och 96 procent.

2.3.4.7. Registrerad (SRQ) skattning av smärta enligt VAS vid etablerad reumatoid artrit

Figur 32. Andel patienter med etablerad reumatoid artrit som under det senaste året har minst en genomförd smärtskattning enligt VAS registrerad i SRQ

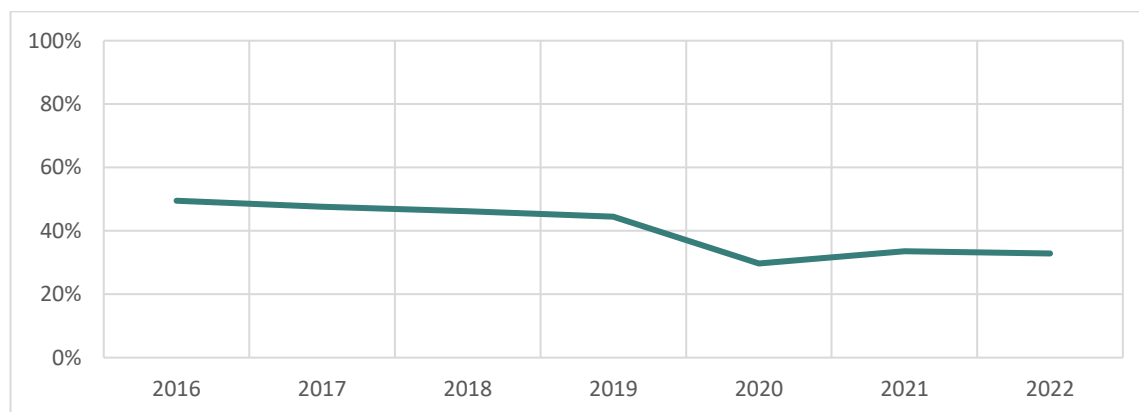


Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 43 648 (2022). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [Registrerad \(SRQ\) skattning av smärta enligt VAS vid etablerad reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Nationellt uppgår den registrerade smärtskattning enligt VAS vid etablerad reumatoid artrit till 35 procent, vilket är långt ifrån målnivån på ≥ 90 procent. Den regionala variationen är stor; ingen region når dock målnivån.

2.3.4.8. Registrerad (SRQ) skattning av funktionsnivå enligt HAQ vid etablerad reumatoid artrit

Figur 33. Andel patienter med etablerad reumatoid artrit som under året har minst en genomförd funktionsskattning enligt HAQ registrerad i SRQ.



Källa: SRQ. Målnivå: ≥ 90 procent. Antal regioner: 21. Antal patienter: 43 648 (2022). Vårdförloppet fastställdes i oktober 2021. [Registrerad \(SRQ\) skattning av funktionsnivå enligt HAQ vid etablerad reumatoid artrit, Vården i siffror.](#)

Nationellt uppgår den registrerade skattningen av funktionsnivån enligt HAQ vid etablerad RA till 33 procent. Den regionala variationen är stor; ingen region når dock målnivån.

2.4. Kritisk benischemi

Vårdförlopp kritisk benischemi, fastställt i september 2020

NPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Kritisk benischemi (KI) är den allvarligaste formen av benartärsjukdom med kritiskt låg blodtillförsel till benet och foten så att sår och värk uppkommer. Tillståndet innebär minskad hälsorelaterad livskvalitet och kan obehandlat leda till både amputation av extremiteten och hot mot patientens överlevnad. Många patienter är äldre och har en samsjuklighet med diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. Närmare 4 900 kärlkirurgiska operationer vid kritisk benischemi registrerades i kvalitetsregistret Swedvasc 2022.

Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om kritisk benischemi och avslutas vid uppföljning efter behandling. Vårdförloppet har som övergripande mål att skapa en välorganiserad vårdkedja som minimerar onödiga väntetider för patienten och optimerar tillgängliga resurser, i syfte att rädda patientens ben och liv. Målen följs genom indikatorer som bland annat mäter väntetider till behandling, andelen patienter som får adekvat läkemedelsbehandling, amputationsfri överlevnad och hälsorelaterad livskvalitet.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp kritisk benischemi, NKK.se](#)

2.4.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

Det finns i nuläget ingen nationell tillgång till publicerade data på de indikatorer som ingår i det beslutade vårdförloppet. Skälen till det är flera. Det nationella kvalitetsregistret Swedvasc fångar de patienter som opereras, men har ingen uppgift om patienterna tidigt i vårdprocessen (vård i primärvård, remisser etc.) eller om vilken sekundärpreventiv läkemedelsbehandling de har efter utskrivning från sjukhus.

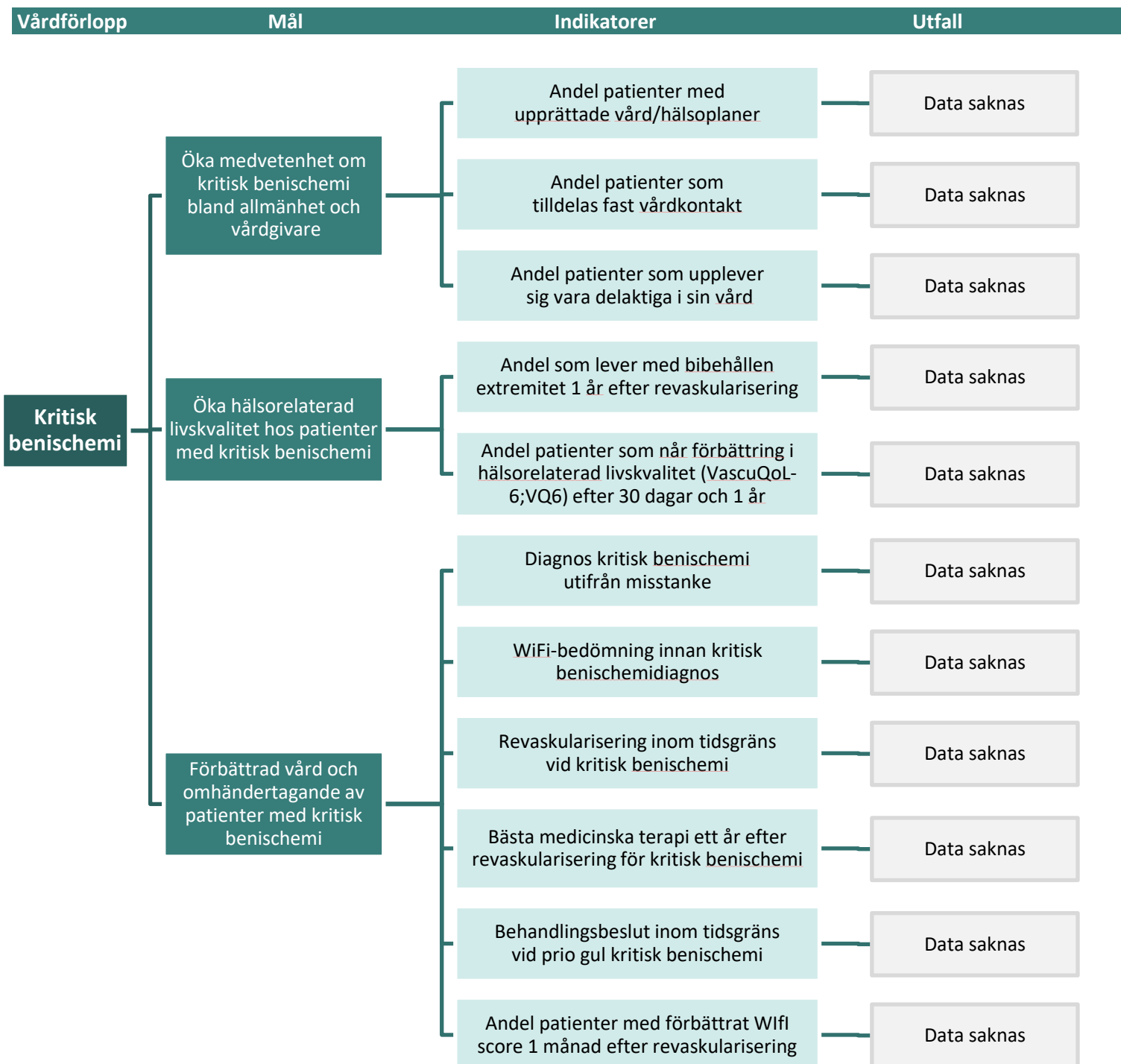
Mätning av hälsorelaterad livskvalitet görs i Swedvasc 30 dagar respektive 1 år efter operationen, men med stor variation mellan kliniker och i riket för knappt hälften av patienterna – och heller inte på det sätt som behövs för att svara mot vårdförloppets indikatorer. Förändringar av Swedvascs benartärsmodul införs från och med 2023, vilket ska ge bättre förutsättningar följa vissa indikatorer i vårdförloppet.

De diagnos- och åtgärds-koder som funnits har inte kunnat användas för att identifiera patientgruppen i regionernas vårddatalager. Det innebär även att Socialstyrelsens hälsodataregister inte kan användas.

I Västra Götalandsregionen pågår ett arbete där man ska beräkna tre-fyra av vårdförloppets indikatorer med hjälp av eget vårddatalaget, med stöd i en ny, regional kod som ska användas för att ange de patienter som ingår i vårdförloppet. Ännu har inga resultat presenterats.

2.4.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Nedan visas en sammanfattande bild över hur indikatorerna är kopplade till vårdförloppets beskrivna mål.



2.5. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Vårdförlopp KOL, fastställt i september 2020

NPO för lung- och allergisjukdomar

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en av våra största folksjukdomar. I Sverige beräknas cirka 500 000 personer ha sjukdomen som innebär ett stort lidande och höga kostnader för både individ och samhälle. KOL är en underdiagnostiserad sjukdom. Tidig diagnostik och insatta åtgärder, där rökstopp är den viktigaste, medför betydande vinster både vad gäller behandlingseffekter, sjukdomsutveckling och utredning av samsjuklighet.

Fortsatt läsning: Vårdförlopp [KOL](#)

2.5.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

I presentationen av uppföljningsdata nedan, ingår fem av vårdförloppets sex indikatorer. Data för de fem indikatorerna hämtas från det nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret som dock har en begränsad täckningsgrad såväl inom primärvård som inom specialiserad vård. Jämförelse mellan regioner är därför inte lämplig och data presenteras enbart för riket.

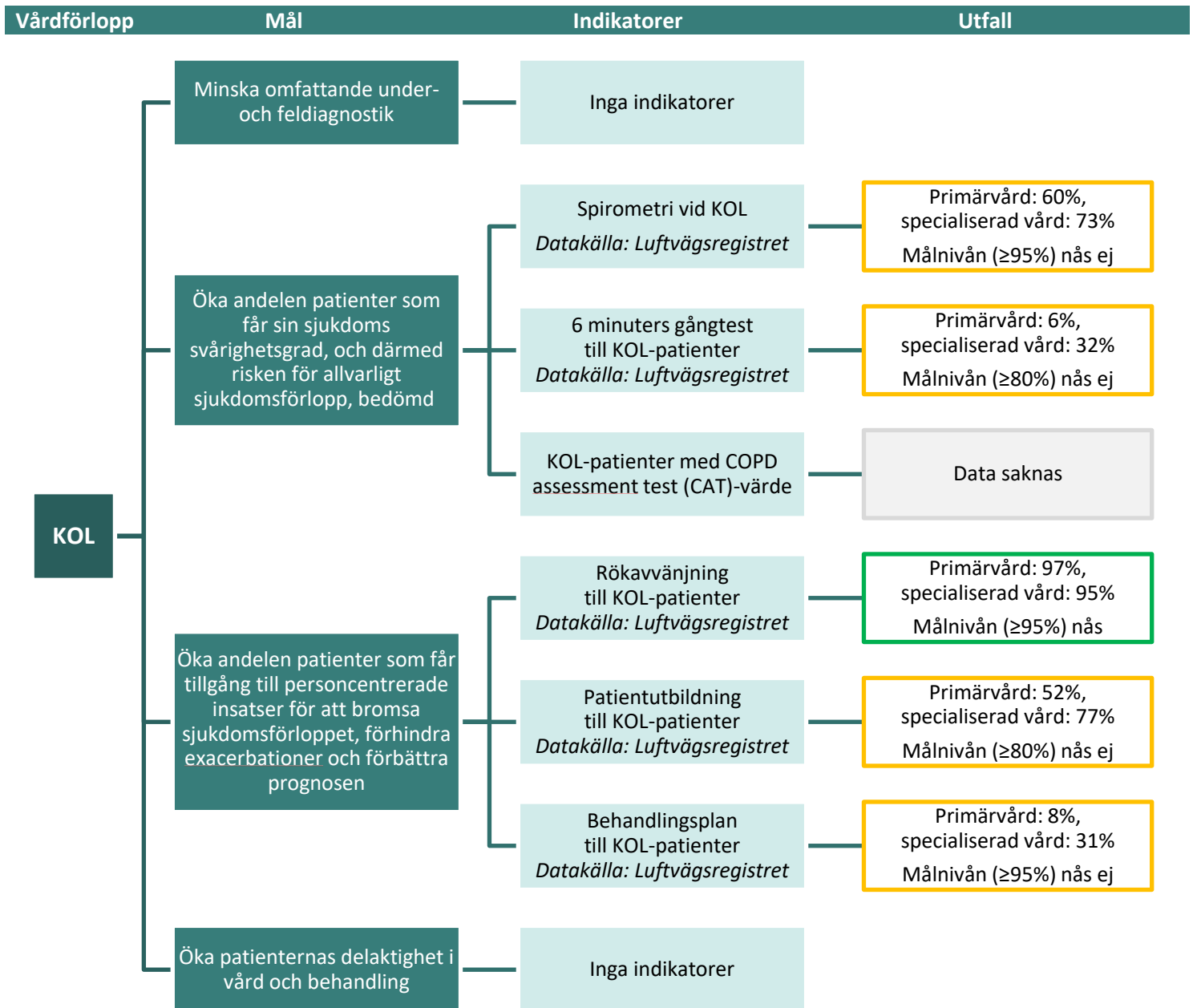
För närvarande saknas data för indikatorn om andel patienter med KOL-diagnos som har registrerat COPD Assessment Test (CAT) värde.

2.5.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

På nästa sida visas en sammanfattande bild över hur väl vårdförloppets beskrivna mål uppfylls i dagsläget, baserat på tillgängliga data. För mer detaljerad beskrivning av varje indikator, se motsvarande rubrik.

Datakällor

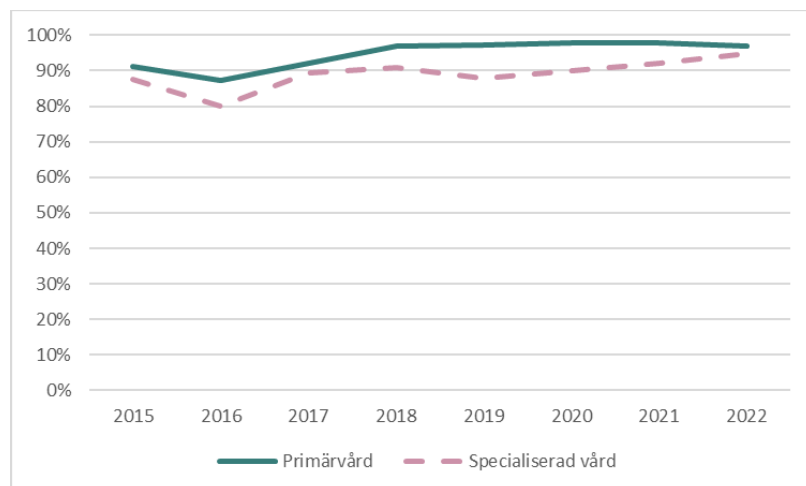
- **Luftvägsregistret:** Luftvägsregistrets täckningsgrad för astma och KOL är svår att beräkna, eftersom det inte finns andra nationellt tillgängliga datakällor för de patienter som enbart har diagnos från kontakt i primärvård. Täckningsgraden varierar även mellan region och mellan enheter. Antalet registrerade patienter ökar snabbt, men både osäker och ojämn täckningsgrad och bortfall av uppgifter i registret gör att man bör vara försiktig vid tolkning av data och inte dra långtgående slutsatser om vården vid astma och KOL, varken nationellt eller vid jämförelser mellan region och enheter.



2.5.3. Resultatredovisning

2.5.3.1. Rökavvänjning till KOL-patienter

Figur 34. Andel av patienter med KOL-diagnos som röker och som har fått erbjudande om rökavvänjning – primärvård respektive specialiserad vård.

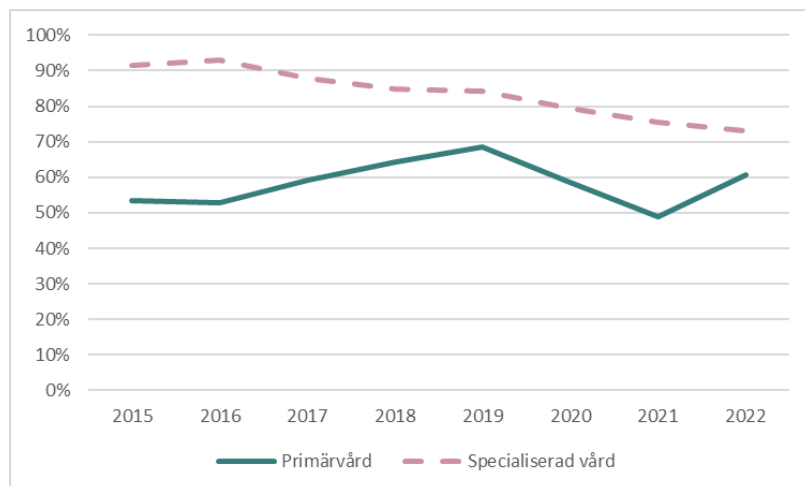


Källa: LVR. Målnivå: ≥ 95 procent. Antal regioner år 2022 PV: 12, Spec: 5. Antal patienter år 2022 PV: 4442, Spec: 215. Vårdförloppet fastställdes i september 2020.

Utfallet för primärvården överträffar målnivån sedan 2018 medan den specialiserade vården närmat sig målnivån men inte riktigt når den. Det finns bara små regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. Inom primärvård var det åtta och inom den specialiserade vården tre regioner som klarade målnivån år 2022. Observeras bör att relativt få regioner rapporterar fullständiga data.

2.5.3.2. Spirometri vid KOL

Figur 35. Andel patienter med KOL som utfört undersökning med spirometri vid registrerat besök – primärvård respektive specialiserad vård.



Källa: LVR. Målnivå: ≥ 95 procent. Antal regioner år 2022 PV: 16, Spec: 11. Antal patienter år 2022 PV: 36 332, Spec: 2047.

Data från Luftvägsregistret visar att andelen patienter med KOL som utfört spirometri har sjunkit mellan 2019 och 2021 både inom primärvård och inom specialiserad vård. För den specialiserade vården fortsätter försämringen år 2022 medan en tydlig förbättring syns för primärvården. Utfallen ligger långt ifrån målnivån på 95%. Det finns vissa regionala variationer. Inom primärvård var det åtta och inom den specialiserade vården två regioner, som klarade målnivån år 2022.

2.5.3.3. Patientutbildning till KOL-patienter

Figur 36. Andel av patienter med KOL-diagnos som har fått patientutbildning de senaste 5 åren – primärvård respektive specialiserad vård.

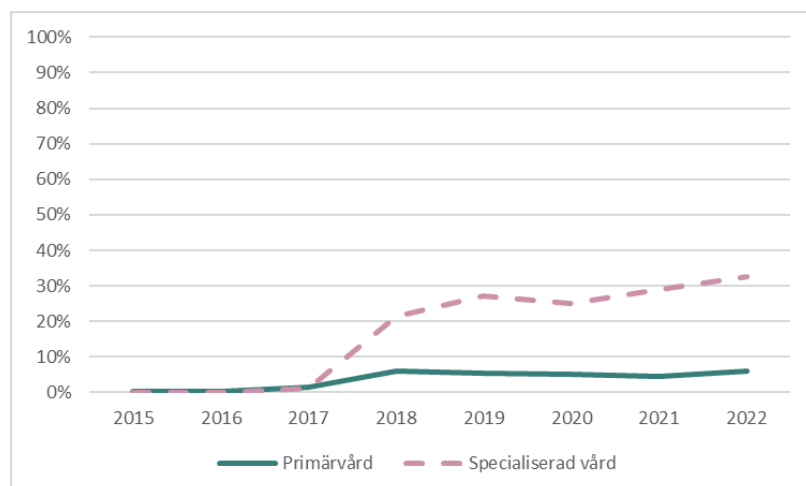


Källa: LVR. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2022 PV: 17, Spec: 10. Antal patienter år 2022 PV: 36332, Spec: 1788. Vårdförloppet fastställdes i september 2020.

Målnivån på 80 % som satts upp av Luftvägsregistret, klaras nästan inom den specialiserade vården medan utfallet i primärvården visar en uppåtgående trend men ligger ca 30 procentenheter under målnivån. Det finns stora regionala variationer och variationer inom regioner månad till månad. I några regioner varierar utfallet relativt mycket även mellan angränsande år. Inom Primärvård var det fyra och inom den specialiserade vården sju regioner, som klarade målnivån år 2022.

2.5.3.4. 6 minuters gångtest till KOL-patienter

Figur 37. Andel av patienter med KOL-diagnos som har genomfört 6 minuters gångtest – primärvård respektive specialiserad vård

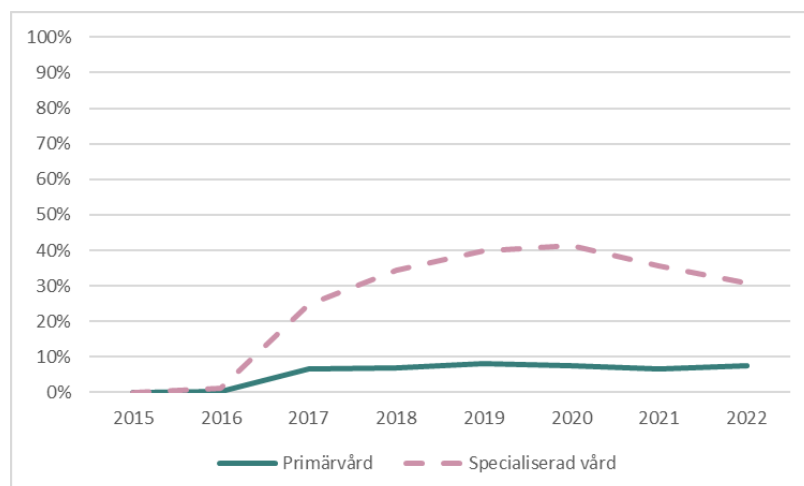


Källa: LVR. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2022 PV: 16, Spec: 8. Antal patienter år 2022 PV: 6839, Spec: 1346. Vårdförloppet fastställdes i september 2020. [6 minuters gångtest till KOL-patienter, Vården i siffror.](#)

Det är långt ifrån att Luftvägsregistrets målnivå om att 80 % av patienterna med KOL (och som uppfyller vissa kriterier) genomför 6-minuters gångtest. Inom primärvården är det under 10 % av patienterna som genomför testet medan drygt 30 % av patienterna gör det inom den specialiserade vården år 2022. Det finns bara små regionala variationer och fluktuationer inom regioner månad till månad inom primärvården men större variationer inom den specialiserade vården. Ingen region, varken inom primärvård eller specialiserad vård, klarade målnivån år 2022.

2.5.3.5. Behandlingsplan till KOL-patienter

Figur 38. Andel av patienter med KOL-diagnos som har erhållit skriftlig behandlingsplan – primärvård respektive specialiserad vård



Källa: LVR. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2022 PV: 17, Spec: 10. Antal patienter år 2022 PV: 36 332, Spec: 1788. Vårdförloppet fastställdes i september 2020. [Behandlingsplan till KOL-patienter, Vården i siffror.](#)

Det är långt ifrån att Luftvägsregistrets målnivå klaras. Inom primärvården är det enligt registerdata under 10 % av patienterna som erhållit en skriftlig behandlingsplan medan motsvarande andel inom den specialiserade vården ligger mellan 30-40 % under senare år. Det finns stora regionala variationer och variationer inom regioner månad till månad. I några regioner fluktuerar utfallet relativt mycket även mellan angränsande år. Ingen region klarade målnivån år 2022, vare sig inom primärvård eller inom den specialiserade vården.

2.6. Hjärtsvikt – nydebuterad

Vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad, fastställt i februari 2021

NPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärtsvikt är ett allvarligt och vanligt tillstånd som medför stora negativa konsekvenser för patienten. Besvär som trötthet, andfåddhet och sänkt fysisk kapacitet försvårar för många patienter att utföra vanliga aktiviteter i sitt dagliga liv. Tillståndet är behandlingsbart men underbehandling är vanligt. Varje år insjuknar upp emot 40 000 personer i Sverige med en nyupptäckt hjärtsvikt. 200 000 till 300 000 svenskar har hjärtsvikt och dödligheten är hög, i synnerhet inom det första året efter diagnosen. Det finns omotiverade skillnader mellan hur vården vid hjärtsvikt bedrivs i olika delar av landet.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp Hjärtsvikt nydebuterad, NKK.se](https://www.nkk.se/vardforlopp-hjartsvikt-nydebuterad)

2.6.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

Vårdförloppet har nio beslutade indikatorer som ska användas för uppföljning, både resultatmätt och processmätt. Det finns i nuläget inga bra datakällor för att på nationell nivå följa dessa. Skälen till detta är bland annat att Socialstyrelsens patientregister inte har uppgifter om patienter som vårdas i primärvård. Det finns vidare i Läkemiddelsregistret ingen uppgift om ordinationsorsak vid förskrivning av läkemedel.

Deltagandet i kvalitetsregistret för hjärtsvikt är lågt, särskilt i primärvård. Det pågår utvecklingsarbete för att överföra data till kvalitetsregistret, RiksSvikt, direkt från regionernas/vårdgivarnas vårdinformationssystem. Direktöverföring skulle påtagligt förbättra förutsättningarna för deltagande i kvalitetsregistret.

Kvalitetsuppföljningssystemet PrimärvårdsKvalitet (PVQ) har vissa indikatorer avseende hjärtsvikt, bland annat om läkemedelsbehandling, men då inte med fokus på patienter med nydebuterad hjärtsvikt, utan på alla med hjärtviktsdiagnos. I nuläget är dessutom data från PVQ inte tillgängliga nationellt, utan bara för regionerna eller t. o. m. enbart för vårdgivarna.

För några av vårdförloppets indikatorer har regionerna ombetts att beräkna resultat med hjälp av sina egna vårddatalager. Det är framför allt dessa som kan beskriva resultaten för vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt. Flera av vårdförloppets indikatorer avser en delpopulation av hjärtviktspatienter. Datafångst för detta kräver att en ny diagnoskod aktivt används. Det är i nuläget okänt i vilken omfattning denna nya ICD-kod används i primärvården.

2.6.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Nedan visas en sammanfattande bild över hur indikatorerna är kopplade till vårdförloppets beskrivna mål.

Datakällor:

- **Regionernas egna data:** under våren 2023 efterfrågades egenberäknade utfall för ett antal indikatorer från regionerna. Utfall bör tolkas med försiktighet eftersom ingen genomgående kvalitetskontroll har genomförts.

Vårdförlopp	Mål	Indikatorer	Utfall
Nydebuterad hjärtsvikt	Förbättra livskvalitet, fysisk kapacitet och överlevnad hos patienter med hjärtsvikt	Avlidna inom ett år vid nydebuterad hjärtsvikt <i>Datakälla: Regionernas egna data</i>	6-27% Målnivå saknas
		Individuellt fysioterapibesök vid nydebuterad hjärtsvikt	Data saknas
		Behandling med ACE-hämmande eller ARB-läkemedel samt betablockerare vid nydebuterad hjärtsvikt	Data saknas
		Behandling med MRA-läkemedel vid nydebuterad hjärtsvikt <i>Datakälla: Regionernas egna data</i>	7-75% Några regioner når målnivå (50%) men osäkra data
		Behandling med ARNI-läkemedel vid nydebuterad hjärtsvikt	Data saknas
	Minska behovet av sjukhusinläggningar hos patienter med hjärtsvikt	Oplanerad slutenvård första året med nydebuterad hjärtsvikt <i>Datakälla: Regionernas egna data</i>	2-40% Målnivå saknas
		Remissvar från ekokardiografi inom 30 dagar vid misstänkt hjärtsvikt	Data saknas
	Öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården	Uppföljning på hjärtsviktsmottagning vid nydebuterad hjärtsvikt	Data saknas
		Uppföljande ekokardiografi vid nydebuterad hjärtsvikt	Data saknas

2.6.3. Resultatredovisning

Regionerna ombads beräkna resultat för följande indikatorer, med hjälp av den indikatorbeskrivning som var tillgänglig:

- Oplanerad slutenvård första året med nydebuterad hjärtsvikt
- Avlidna inom ett år vid nydebuterad hjärtsvikt
- Behandling med MRA-läkemedel vid nydebuterad hjärtsvikt

Datainsamlingen hade en explorativ karaktär och regionerna har olika förutsättningar för sina beräkningar. Med detta sagt redovisas några resultat här, med fokus på rikets utfall (= summan av de medverkande regionerna³). 14 av 21 regioner medverkar med data, bland dem de tre stora. Innebörden är att en stor del av befolkningen in princip ingår i underlaget. Mer om detta nedan.

2.6.3.1. Oplanerad slutenvård första året med nydebuterad hjärtsvikt

Patienter med hjärtsvikt svarar för en betydande del av det samlade slutenvårdsutnyttjandet och behovet av slutenvård anses vara möjligt att påverka genom olika insatser i den öppna vården. Indikatorn om andelen patienter med nydebuterad hjärtsvikt som haft en oplanerad inskrivning i slutenvård inom ett år från hjärtsviktsdiagnos är en bred resultatindikator som ska spegla kvaliteten i vården vid hjärtsvikt.

Totalt för de aktuella regionerna hade 2020 knappt 14 procent av dessa hjärtsviktspatienter haft ett oplanerat slutenvårdstillfälle under året. Variationen mellan regionerna ger en signal om att det finns datakvalitets-/beräkningsproblem. Några regioner redovisar värden på 6-7 procent, medan några har andelar på 20-40 procent och i ett fall upp till 60 procent med oplanerat slutenvårdstillfälle. Denna variation är orimligt stor. Data finns för tre mätperioder, och resultaten är som helhet konsistenta över tid för respektive region.

I underlaget för mätperioden 2020 ingick totalt drygt 28 000 unika personer som nydiagnostiserats för hjärtsvikt (14 regioner för denna indikator). Ingen analys har gjorts av om antalet nya patienter per region verkar rimligt, i förhållande till befolkningen.

2.6.3.2. Avlidna inom ett år vid nydebuterad hjärtsvikt

Resultatet för indikatorn om andelen patienter med nydebuterad hjärtsvikt som avlider inom ett år visar att runt 20 procent avlider, för alla regioner summerat och för de mätperioderna som analysen omfattar, 2019, 2020 respektive 2021. En region har ett kraftigt avvikande resultat, men de flesta resultat förefaller rimliga – runt eller i närheten av genomsnittet.

Andelen avlidna inom ett år är ett kvalitetsmått, men påverkas även av hur svårt sjuka patienterna i nämnaren är: Om hjärtsviktsdiagnos sätts tidigare och med vidare kriterier i några regioner än i

³ Se mer utförlig beskrivning av datakvalitetsfrågor i rapportens inledning.

andra, kommer detta att leda till en lägre andel avlidna hos de förra, eftersom patienterna är friskare.

Antalet fall i nämnaren ligger runt 30 000; med innebörden att det i riket varje år tillkommer runt 35 000 nya patienter med diagnosen hjärtsvikt, efter en grov justering för att några regioner inte ingår i underlaget.

2.6.3.3. Behandling med MRA-läkemedel vid nydebuterad hjärtsvikt

Den tredje indikatorn som regionerna ombads lämna data för avser läkemedelsbehandling; andel patienter som hämtat ut MRA-läkemedel inom 120 dagar från diagnos. Den avser patienter med HFrEF-hjärtsvikt, d.v.s. med nedsatt ejektionsfraktion, som fångas med en nyligen införd diagnoskod (ICD-10 I50.1A). MRA-läkemedel minskar behovet av sjukhusvård och förlänger överlevnad. De ska användas tidigt, efter att diagnosen hjärtsvikt av typen HFrEF är konstaterad.

Tolv regioner har beräknat denna indikator och för första halvåret 2022 ingick 3 400 patienter i underlaget för indikatorn, eller runt 7 000 på helårsbasis. Men det framgår av dataunderlaget att denna diagnoskod sätts i olika utsträckning i olika regioner. För regionerna summerat var andelen som fick läkemedel inom 120 dagar (i något fall 6 månader) 45 procent, men med stor variation mellan regioner. För tidigare mätperioder är användningen av denna diagnoskod än lägre. Det är inte meningsfullt att jämföra regioner emellan, eftersom det råder osäkerhet om hur komplett diagnoskoden används.

2.6.3.4. Läkemedelsbehandling vid HFrEF-hjärtsvikt

En variant på de tre indikatorer om läkemedelsbehandling som ingår i vårdförloppet finns från 2023 i PVQ, och även den svarar mot de uppdaterade riktlinjerna för läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt. Den avser läkemedelsbehandling de senaste 18 månaderna för alla hjärtsviktspatienter med nedsatt ejektionsfraktion.⁴ Vårdförloppets tre indikatorer om olika läkemedel avser alla patienter med nydebuterad HFrEF-hjärtsvikt och har olika tidskrav på insättning av behandlingen.

PVQs indikator är inte publicerad, men är nåbar för personer med regional-lokal inloggning till PVQ. I riket hade 50 procent av den aktuella patientgruppen behandling med minst tre av fyra rekommenderade läkemedelsklasser, med en klar variation mellan de 18 regioner som ingick i underlaget. En viktig faktor för tolkningen är även i detta fall hur komplett HFrEF-diagnosen är satt, således om de relevanta patienterna verkligen ingår i underlaget för indikatorn.

⁴ Andel patienter med diagnos hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion (HFrEF) som förskrivits/ordinerats läkemedel från minst 3 av de 4 rekommenderade läkemedelsklasserna betablockare, ACEh/ARB, MRA och SGLT2, de senaste 18 månaderna

2.6.3.5. Summering i punkter

- 14 procent av patienter med nydebuterad hjärtsvikt hade ett oplanerat slutenvårdstillfälle inom ett år; men data från regionerna varierar stort, med effekt att resultatet är osäkert.
- 20 procent av patienter med nydebuterad hjärtsvikt avlider inom ett år, enligt data från regionerna och som ger ett stabilt intryck.
- De indikatorer som avser läkemedelsbehandling för patienter med HFrEF-hjärtsvikt är känsliga för oklar och ojämn användning av den nya diagnoskoden.
- För övriga indikatorer från vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt finns inga nationellt tillgängliga data. Regioner kan efter eget intresse och förutsättningar börja följa dem.

2.7. Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur

Vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, fastställt i februari 2021

NPO Endokrina sjukdomar

Vid osteoporos är skelettets benmassa nedsatt och dess mikroarkitektur förändrad, vilket medför att hållfastheten minskar och risken för frakturer ökar. Inom andelen av befolkningen som är över 50 år uppskattas cirka 500 000 personer vara drabbade, vilket motsvarar 6,8 procent av männen och 22,5 procent av kvinnorna. Tillståndet är således mycket vanligare bland kvinnor än bland män. Osteoporosrelaterade frakturer uppkommer vid lågenergitrauma, till exempel fall i samma plan, men kan även uppstå utan trauma. Typiska osteoporosrelaterade frakturer ses främst i höft, kotor, bäcken, överarm och handled.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, NKK.se](#)

2.7.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

Vårdförloppet har 16 indikatorer varav 15 (se Sammanfattande utfall kopplat till mål) är specificerade och publicerade på webbplatsen [Kvalitetsindikatorkatalog.se](#).

Flera av indikatorerna berör läkemedelsbehandling som ges på vårdenhet. Idag saknas etablerade sätt att nationellt fånga användning av läkemedel som ges på detta sätt, s.k. rekvisitionsläkemedel.

De flesta av indikatorerna i vårdförloppet bygger på uppföljning av dels frakturrisksbedömning, dels bentäthetsmätning. Vårdförloppet har fått gehör hos Socialstyrelsen för att förtydliga och förenkla de KVÅ-koder som bör användas för respektive åtgärd. De nya koderna gäller sedan år 2022 och försök har i samband med denna uppföljning genomförts att via den s.k. KPP-databasen erhålla data. Det har dock visat sig att KPP-databasen inte är användbar i dessa sammanhang. En kryptering av personnummer sker i databasen. Regioner och vårdgivare/sjukhus använder olika metoder för kryptering. Detta innebär att det inte går att säkerställa att det är data för unika individer som sammanställs.

Genom att efterfråga data från Socialstyrelsens hälsodataregister kan data erhållas men enbart för vårdkontakter hos läkare inom specialiserad vård, inte primärvård. Sannolikt finns fortfarande en kraftig underregistrering av de nya KVÅ-koderna. Fortsatt utvecklingsarbete behöver ske för att systematiskt och rationellt fånga information om berörda åtgärder. Bedömningen är att informationen kan fångas med hjälp av de nya åtgärdskoderna eller på annat dokumentationstekniskt sätt, exempelvis genom användning av en regional kod eller sökord med fasta alternativ.

Primärvårdskvalitet har identifierat fyra typindikatorer som berör patientgruppen i primärvård men där data ännu inte är publicerade på Vården i siffror. Indikatorerna är inte identiska med vårdförloppets indikatorer men kan komma att användas som en del i kommande uppföljningar.

Kontakter med tre regioner ger följande exempel på datatillgång och möjligheter till uppföljning av vårdförloppets indikatorer:

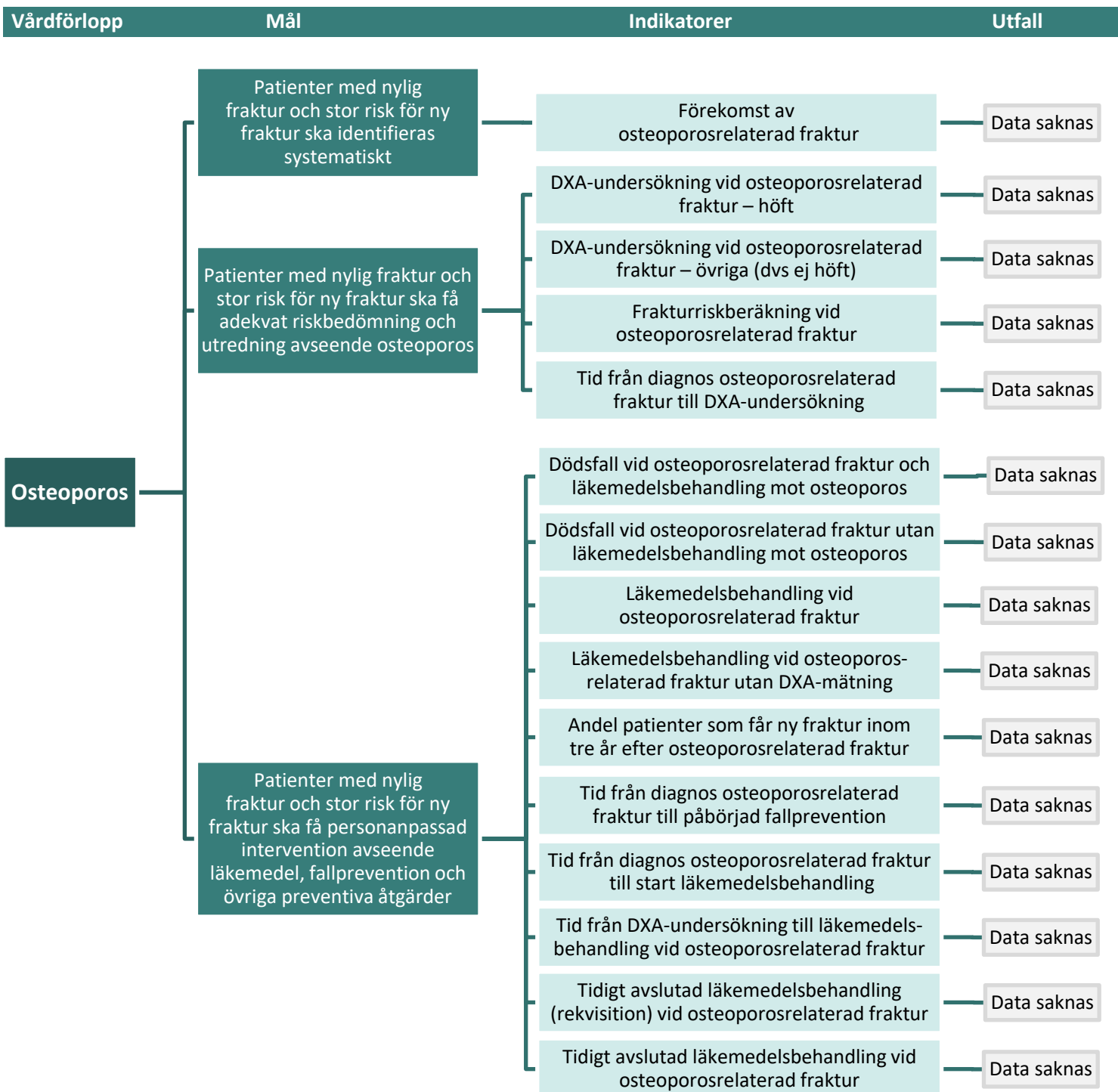
Västra Götalandsregionen: Har specificerat patientpopulationen genom koder i det patientadministrativa systemet. En särskild rapport som går mot regionens datalager skapas för att kunna fånga indikatorer i vårdförloppet. Detta är inte helt färdigt och data finns ännu inte tillgängliga.

Region Jönköping: Har idag inga uppföljningsdata men uppger att man har goda möjligheter att göra uppföljning av de indikatorer som bygger på data om patientgruppen (diagnoskoder) och KVÅ-koder och ledtider, förutsatt att koderna används. Däremot har Regionen inte data om uthämtade läkemedel.

Region Västerbotten: Har under våren gjort ett uttag av de indikatorer där källan inte uttryckligen varit Socialstyrelsens hälsodataregister. Några av indikatorerna bedöms i dagsläget vara möjliga att följa upp, men regionen saknar data om uthämtade läkemedel vilket troligen leder till att patienter exkluderas ur uppföljning. Vidare används inte åtgärdskod för frakturrisksberäkning och det går således inte att beräkna andel patienter med frakturrisksbedömning.

2.7.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

I nuläget saknas nationella datakällor för att följa indikatorerna. Därmed finns för närvarande inte möjlighet till en systematiserad nationell uppföljning.



2.8. Kognitiv svikt

Vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, fastställt i mars 2021 NPO Äldres hälsa och palliativ vård

Uppskattningsvis lever 130 000–150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige. Varje år insjuknar cirka 24 000 personer. Åldern är den enskilt viktigaste riskfaktorn för demenssjukdom. Även om prevalensen av demenssjukdom bland äldre förefaller ha sjunkit över tid förväntas antalet personer som lever med en demenssjukdom att öka. Detta eftersom en växande andel av befolkningen uppnår en allt högre ålder. Personer med symtom som skulle kunna tyda på demenssjukdom identifieras vanligen inom primärvården, där en basal utredning genomförs.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler personer med kognitiv svikt till följd av misstänkt demenssjukdom ska genomgå utredning och att sådan utredning ska starta i tidigt skede. Vidare är målsättningarna att:

- Korta utredningstiderna.
- Skapa bättre förutsättningar för att patientgruppen uppmärksammas, utreds och behandlas inom primärvård och specialiserad vård.
- Ge mer stöd till person, anhörig eller närstående.
- Minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar.
- Skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling.
- I ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp Kognitiv svikt, NKK.se](#)

2.8.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

Den i stort sett enda möjligheten att med nationellt tillgängliga data beskriva vårdinsatserna för personer med misstanke om kognitiv svikt är via Svenska Demensregistret, SveDem. Detta medför begränsningen att data bara finns för de personer som fått en demensdiagnos, inte för de med misstanke om diagnos eller som utretts och inte fått demensdiagnos. Vidare har SveDem en för låg täckningsgrad för att man ska vara trygg i att resultaten är representativa för hela demensvården. Man kan snarast ana att det finns en urvalsbias, att de vårdgivare som registrerar i SveDem utgör ett icke representativt urval vad avser demensvård. 2022 nyregistrerades knappt 6 000 patienter med nydebuterad demensdiagnos, vilket kan ställas mot den skattade incidensen på 24 000 nya patienter varje år. Av dessa 6 000 nyregistreringar kom mindre än hälften från primärvårdsenheter.

En aspekt är att SveDems datainsamling och publicerade indikatorer i något avseende kan avvika från de indikatorer som ingår i vårdförloppet. Den mer precisa beskrivningen av vårdförloppets indikatorer är i nuläget inte klar. Här används den indikatorlista som ingår i det beslutade vårdförloppet.

2.8.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Nedan visas en sammanfattande bild över hur indikatorerna är kopplade till vårdförloppets beskrivna mål. **Datakällor: Svenska Demensregistret (SveDem):** Enligt SveDems årsrapport 2021 kan täckningsgraden skattas till mellan 23 och 29 procent.

Vårdförlopp	Mål	Indikatorer	Utfall för riket år 2021
Kognitiv svikt	Korta utredningstiderna	Antal dagar från start av utredning till diagnos <i>Datakälla: SveDem</i>	58 dgr Målnivån (≤30 dgr) nås inte
		Antal dagar från remiss till specialiserad vård/diagnos <i>Datakälla: SveDem</i>	125 dgr Målnivån (≤60 dgr) nås inte
	Skapa bättre förutsättningar för att patientgruppen uppmärksammas, utreds och behandlas inom primärvård och specialiserad vård	Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning inför nydiagnostiserad demenssjukdom eller nydiagnostiserad kognitiv störning <i>Datakälla: SveDem</i>	65% Målnivån (≥90%) nås inte
		Ge mer stöd till person, anhörig eller närstående	Anhörigstöd vid nydiagnostiserad demenssjukdom eller nydiagnostiserad lindrig kognitiv störning <i>Datakälla: SveDem</i>
	Patientstöd vid nydiagnostiserad demenssjukdom eller nydiagnostiserad lindrig kognitiv störning <i>Datakälla: SveDem</i>		82% Målnivån (≥90%) nås ej
	Minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar	Basal kognitiv utredning inför nydiagnostiserad demenssjukdom eller nydiagnostiserad lindrig kognitiv störning <i>Datakälla: SveDem</i>	Målnivån (≥90%) nås av vissa regioner; liten spridning
	Skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling	Demensläkemedel vid nydiagnostiserad Alzheimers sjukdom <i>Datakälla: SveDem</i>	Målnivån nås i specialiserad vård (målnivå ≥80%) men inte riktigt i primärvård (målnivå ≥75%)
	I ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård	Inga indikatorer (se patient- och anhörigstöd)	

2.8.3. Resultatredovisning

SveDem publicerar resultatet för ett antal indikatorer som svarar mot vårdförloppet, med diagram och med data i Excelformat (register.se). Här används den sammanslagna redovisningen för primärvård och specialiserad vård från SveDem.

2.8.3.1. Vårdförloppets indikatorer om basal demensutredning

Vårdförloppet har tre indikatorer om basal utredning av kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom:

- Antal dagar mellan utredningsstart och diagnos
- Andel personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som fått en fullständig basal kognitiv utredning
- Andel personer med nydiagnostiserad demenssjukdom som fått en strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen.

De flesta enheter som utför kognitiv utredning/demensutredning involverar flera yrkeskategorier. För personen som genomgår en kognitiv utredning/demensutredning innebär det ofta flera besök i sjukvården och det finns många orsaker till att utredningen kan dra ut på tiden.

Antal dagar mellan utredningsstart och diagnos var i riket 58 dagar 2022, beräknat som ett genomsnitt av regionernas medianvärde i dagar. Vårdförloppets målnivå är angiven till högst 30 dagar. Ingen region når målet, men några har färre än 40 dagar. Generellt är variationen stor.

Fullständig basal kognitiv utredning har enligt SveDems definition och redovisning knappt 91 procent av patienterna i riket fått under 2022. Åtta regioner når vårdförloppets mål om 90 procent. Ingen region har en lägre andel än 80 procent (en region med få fall exkluderat). Här är spridningen mellan regionerna påtagligt lägre än för indikatorn ovan.

Strukturerad funktions- och aktivitetsbedömning som del av demensutredningen fick under 2022 drygt 65 procent, men många regioner har klart lägre andel. 16 regioner har utfall lägre än 35 procent, vilket gör att det är ett långt avstånd till vårdförloppets målnivå att lägst 90 procent av alla patienter ska ha fått funktions- och aktivitetsbedömning som del i demensutredningen.

2.8.3.2. Vårdförloppets indikatorer om utvidgad utredning

För de fyra vårdförloppsindikatorerna om utvidgad utredning finns det data i SveDem:

- Tid från kontaktdatum/mottagen remiss till diagnos
- Andel personer med Alzheimers sjukdom som förskrivs demensläkemedel i samband med att personen informeras om diagnosen
- Andel personer med demenssjukdom där vården initierat anhörigstöd i samband med att personen informerats om diagnosen
- Andel personer med demenssjukdom där vården initierat patientstöd i samband med att personen informerats om diagnosen

Vårdförloppet anger målet att tiden från kontaktdatum/mottagen remiss till diagnos ska vara under 60 dagar. Data från SveDem redovisas per region (inte för riket) och det oviktade medelvärdet för regionerna visar att 2022 var mediantiden mellan kontakt/remiss och diagnos cirka 108 dagar, alltså klart fler dagar än målet.

Enligt de nationella riktlinjerna och vårdförloppet bör personer med Alzheimers sjukdom erbjudas symtomlindrande läkemedelsbehandling för de kognitiva symptomen, i samband med att personen informeras om diagnosen. Målet är satt till över 75 respektive 80 procent, för primärvård och specialiserad vård.

I riket fick sammantaget för båda vårdgrenarna knappt 80 procent av dessa patienter behandling med symtomlindrande läkemedel. Målet nåddes i denna grova beskrivning, men spridningen mellan regioner är trots detta påtaglig, också beroende att på flera regioner har 100 procent behandlade.

Anhörigstöd initierades i 80 procent av fallen under 2022, att jämföra med vårdförloppets mål på lägst 95 procent. Målet nås av en region och två andra har resultat i närheten av målnivån. Patientstöd, slutligen, initierades i samband med att personen informerades om diagnosen i knappt 82 procent av fallen. Målnivån var även här lägst 95 procent. Ingen nådde målet, men fyra regioner var nära, med andelar över 90 procent.

2.8.3.3. Summering i punktform

- Kvalitetsregistret SveDem ger information om resultaten för flera av vårdförloppets indikatorer, men låg täckningsgrad ger stor osäkerhet om hur representativa resultaten är.
- För indikatorer om basal kognitiv utredning och symtomlindrande läkemedel nås vårdförloppets målnivå under 2022.
- För övriga fem indikatorer som kan studeras via SveDems öppna redovisning nåddes inte målen.
- Variationen mellan regionerna varierar, är i några fall påtagligt stor, men den låga och säkerligen varierande täckningsgraden gör att man inte kan dra slutsatser om variation mellan regioner.

2.9. Sepsis

Fastställt i maj 2021

NPO infektionssjukdomar

Sepsis är en allvarlig komplikation till infektionssjukdomar, som kan resultera i död eller sjuklighet med långvarigt försämrad funktionsnivå. Det finns evidens för att tiden till behandling har betydelse för överlevnaden hos de svårast sjuka patienterna med sepsis, de med septisk chock.

Vårdförloppet omfattar vuxna patienter med misstänkt allvarlig sepsis på akutmottagning.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp sepsis, NKK.se](#)

2.9.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

I nuläget saknas nationella datakällor för att följa upp de tolv indikatorer som har publicerats för uppföljning av vårdförlopp sepsis. I ett av Infektionsregistrets delregister för sepsis/septisk chock inkluderas patienter som hamnar på intensivvårdsavdelning (IVA) eller intermediärvårdsavdelning (IMA) inom 24 timmar från ankomst, vilket alltså utgör en delmängd av vårdförloppets målpopulation. Därmed finns för närvarande inte möjlighet till en systematiserad nationell uppföljning, för den population som vårdförloppet avser. Även på regional och lokal nivå finns utmaningar i att följa upp patientpopulationen, framför allt på grund av svårigheten i att identifiera densamma.

Till skillnad från de flesta övriga vårdförlopp, så kan vårdförloppets målpopulation ej identifieras med hjälp av diagnoskoder (ICD-10). Visserligen ska enligt vårdförloppets åtgärder diagnoskod R65.1 (sepsis) eller R57.2 (septisk chock) sättas som tilläggsdiagnos efter infektionsdiagnosen (om sepsis förelegat under vårdtiden), men det är en kraftig underregistrering av dessa tilläggsdiagnoser och korrekt diagnoskodning uppskattas ges hos färre än 20% av patienter med sepsis⁵. Registrering av ovan nämnda tilläggsdiagnoser är därför en egen uppföljningsindikator, i linje med vårdförloppets mål om att få en korrekt sepsisdiagnos.

Målet om tidig upptäckt och adekvat undersökning, behandling och monitorering föreslås följas upp via flertalet processmått kopplade till vårdförloppets beskrivna åtgärder vid sepsisalarm.

Målet om adekvat information och uppföljning föreslås följas upp genom dokumentation av patientkontakt 2–6 veckor efter utskrivning.

Enligt internationella kriterier (Sepsis-3) är definitionen av sepsis ett tillstånd av livshotande organdysfunktion, vilket monitoreras genom beräkning av så kallad SOFA score (Sequential Organ

⁵ Valik JL et al. BMJ Qual Saf 2020 29(9):735-745 och Mellhammar L et al Open Forum Infect Dis 2016;3(4):ofw207

Failure Assessment). I dagsläget har dock endast Region Stockholm automatiserad beräkning av SOFA score, dessutom endast momentan beräkning utan lagring av data.

Med anledning av avsaknaden av möjlighet att följa upp enligt SOFA score, definieras den retrospektivt identifierbara patientpopulationen i vårdförloppet enligt följande kriterier: vuxen patient med RETTS röd eller NEWS2 ≥ 7 samt infektion (enligt ICD-10) som huvuddiagnos för vårdtillfället. Olika regioner har olika förutsättningar att i sina system fånga data från triage- och tidigvarningssystemen RETTS/NEWS från ambulans och akutmottagningar.

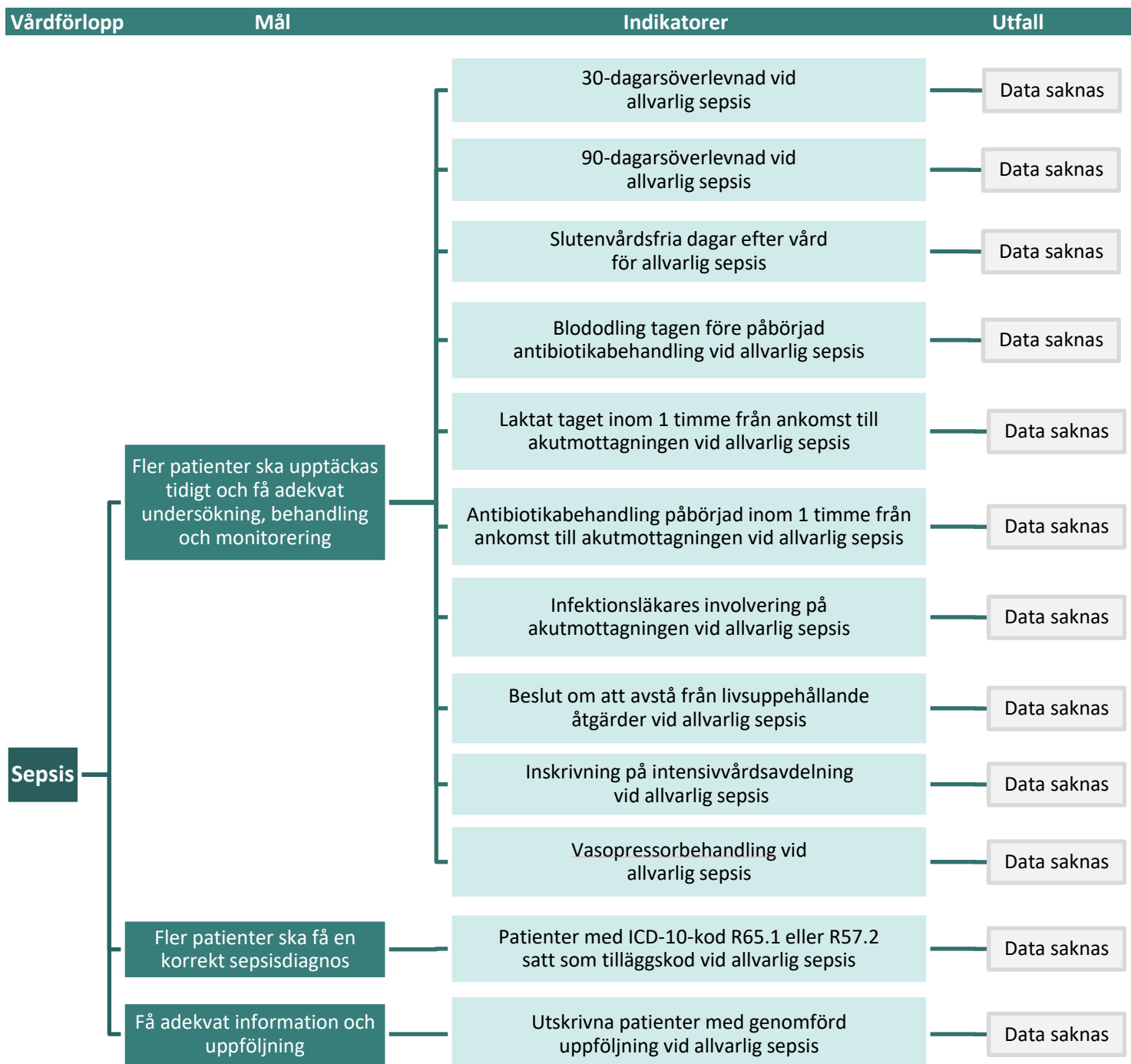
En viktig komponent i vårdförlopp sepsis är införande av sepsisalarm, d.v.s. ett larm som aktiveras av personal på akutmottagningen vid misstänkt allvarlig sepsis och som kan kopplas till åtgärder enligt vårdförloppet. Vid tiden för vårdförloppets godkännande hade hälften av akutmottagningarna redan infört sepsisalarm eller specifikt sepsisspår, vilka kan anpassas till vårdförloppet. Dock är det endast en handfull regioner som i dagsläget har digital dokumentation av sepsisalarm. Två exempel är Region Skåne, som införde sepsisalarm år 2012⁶ samt Region Jönköpings län, som har arbetat med sepsisalarm sedan 2018 (Eksjö, Värnamo och Ryhov). Dessa två regioner har löpande uppföljning av sepsisalarm med vissa indikatorer som överlappar med vårdförlopp sepsis. Exempelvis får mer än 90 % av patienterna med sepsisalarm laktatvärde taget inom 60 minuter, medan ca 70 % av patienterna får antibiotika inom 60 minuter (i båda regionerna). Denna statistik innefattar dock inte patienter som uppfyller kriterierna för misstänkt allvarlig sepsis enligt vårdförloppet, där sepsisalarm borde ha aktiverats, men inte gjorde det. Detta kan jämföras med data från Infektionsregistret (patienter som vårdats på IVA/IMA inom 24 timmar) för 2020–2022, där laktat kontrollerades inom 60 minuter för 90% av patienterna (data från nio regioner) medan endast 44% av patienter fick antibiotika inom 60 minuter (data från tio regioner). Till Infektionsregistret rapporterar alla landets infektionskliniker, men graden av inrapportering är mycket varierande.

Två regionsamverkansmöten med fokus på uppföljning av vårdförlopp sepsis har genomförts, i syftet att möjliggöra erfarenhetsutbyte kring implementering av uppföljningen. En nationell arbetsgrupp för strukturerad vårdinformation sepsis, NAG SVI sepsis, har etablerats med uppdrag att bl.a. ta fram nationellt gemensamma, systemoberoende och strukturerade mallar för elektronisk beräkning av SOFA, dokumentation av sepsisalarm och en checklista att användas vid klinisk uppföljning 2-6 veckor efter utskrivning.

⁶ Rosenqvist M et al. Infect Dis (Lond) 2017;49:507-13 och Rosenqvist M et al. Crit Care Med 2020;48(4):484-90.

2.9.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Nedan visas en sammanfattande bild över hur indikatorerna är kopplade till vårdförloppets beskrivna mål.



2.10. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet

Fastställd i december 2021

NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Denna version av den generiska modellen (för klinisk verksamhet) bygger på den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som godkändes av SKS i mars 2021.

Den generiska modellen för rehabilitering syftar till att säkerställa att rehabilitering utgår från en gemensam struktur med likartade termer och begrepp. Modellen beskriver rehabiliteringsprocessen och i den ingår även delar av det försäkringsmedicinska arbetet. Rehabilitering är en del av vård och behandling för ett hälsotillstånd och inte en parallell process. Detsamma gäller försäkringsmedicin, exempelvis är sjukskrivning en åtgärd inom vård och behandling.

Det här är en bearbetning av den generiska modellen som en nationell arbetsgrupp utvecklade på uppdrag av det nationella programområdet (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Denna version riktar sig till all verksamhet inom rehabiliteringsområdet såväl till ledning som till medarbetare. Den generiska modellen för rehabilitering ska kunna användas oavsett hälso- och funktionstillstånd, diagnos och patientgrupp.

Fortsatt läsning: [Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet \(pdf\)](#)

2.10.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

I presentationen av uppföljningsdata nedan, ingår de tre indikatorer som finns i den generiska modellens version för klinisk verksamhet. Data har hämtats från SKRs KPP⁷-databas. Uppgifterna bygger på rapportering av data som regionerna lämnar till KPP-databasen.

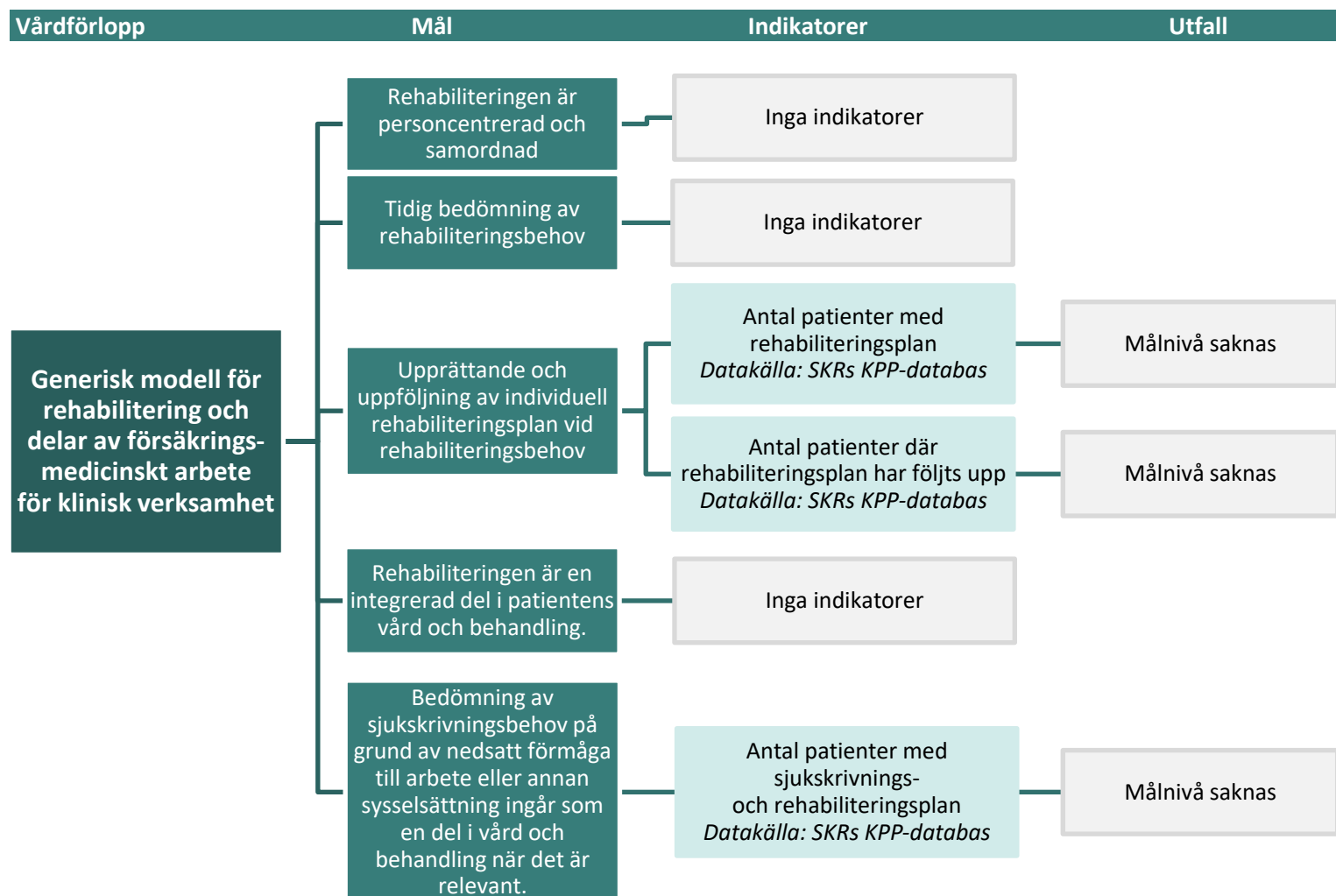
2.10.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Nedan visas en sammanfattande bild över hur väl beskrivna mål uppfylls i dagsläget, baserat på tillgängliga data. För mer detaljerad beskrivning av varje indikator, se nedan. Valda indikatorer är otillräckliga för att kunna följa upp samtliga mål. Det bedöms föreligga stor risk att tillgängliga data (enligt nedan) inte ger en representativ bild av i vilken grad olika planer faktiskt används. Detta med tanke på att två av tre rekommenderade koder i princip inte alls har använts åren 2019 och 2020. Utvecklingen av hur många planer som registreras enligt rekommenderade koder bör fortsatt följas.

⁷ Kostnad per patient

Datakällor

- SKR:s KPP-databas:** KPP (kostnad per patient) databaser innehåller kostnadsuppgifter för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården samt primärvård. Databasen för den specialiserade somatiska vården innehåller cirka 1,2 miljoner klinikvårdtillfällen vilket är drygt 94 procent av samtliga vårdtillfällen inom den svenska specialiserade somatiska slutenvården. För den öppna vården är motsvarande siffra 14,7 miljoner öppenvårdskontakter vilket motsvarar cirka 83 procent av den samlade specialiserade somatiska öppenvården.



2.10.3. Resultatredovisning

Uppföljningen kartlägger förekomsten av vissa åtgärder bland alla patienter, vilket strikt sett inte kan ses som en indikator, utan snarast pekar på i vilken dessa åtgärds-koder används. Enligt KPP-databasen är det tydligt att de aktuella KVÅ-koderna, har börjat registreras eller användas 2020 och framför allt 2021. Tidigare har de aktuella koderna i princip inte använts eller registrerats. En delförklaring, utöver att rapporteringen till KPP-databasen kan ha förändrats, kan vara att användningen och/eller registreringen av denna slags planer varit mycket begränsad till följd av pandemin.

Tabell 3. Uppföljning av åtgärder.

Antal i riket (enligt SKRs KPP-databas)	2019	2020	2021
Antal unika patienter som fått minst en rehabiliteringsplan upprättad under det senaste året	0	19	6542
Antal unika patienter där uppföljning av rehabiliteringsplan genomförts minst en gång under det senaste året	0	3	3445
Antal unika patienter där minst en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbetslivet har upprättats under det senaste året	0	607	714

2.11. Schizofreni – förstagångsinsjuknande

Vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande, fastställt i september 2020 (reviderat med schizofreni – fortsatt vård och stöd i juni 2022) och sammanslaget

NPO Psykisk hälsa

Vårdförlopp Schizofreni förstagångsinsjuknade fastställdes i SKS i september 2020 och har under 2022 kompletterats med vårdförlopp schizofreni fortsatt vård och stöd. I samband med att andra delen av vårdförloppet lanserades så reviderades också indikatorerna. I samband med pågående arbetet att slå ihop de båda vårdförloppsdelarna till en helhet pågår under våren 2023 en ytterligare revidering av indikatorerna.

Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd inkluderar flera olika diagnoser: schizofreni, schizoaffektivt syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykosor samt ospecificerad icke-organisk psykos. Den allvarligaste och vanligaste formen av tillståndet är schizofreni. Vid det första insjuknandet i psykos är det svårt att på förhand säga hur sjukdomen kommer att utveckla sig, det vill säga vilka som kommer att få schizofreni eller annan diagnos. Knappt en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 individer. Cirka 1500 – 2000 individer insjuknar varje år i en diagnos inom schizofrenispektrum i Sverige, av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni.

En gemensam indikatorlista har utarbetats för vårdförloppets båda delar (förstagångsinsjuknande respektive fortsatt vård och stöd). Nya indikatorspecifikationer finns publicerade sedan hösten 2022. Specifikationerna är skrivna för att möjliggöra datauttag från regioners vårdinformationssystem.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp Schizofreni, NKK.se](#)

2.11.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

Vårdförloppet har 15 indikatorer och dessutom tre som klassas som utvecklingsindikatorer. I presentationen av uppföljningsdata nedan, ingår tre av vårdförloppets indikatorer. Data för indikatorerna har begärts genom en förfrågan till regionerna i januari 2023. 14 regioner har inkommit med data avseende en eller flera indikatorer. Som framgår i redovisningarna nedan finns en mycket stor spridning i utfallet främst mellan regioner men i några fall även inom regioner. Tolkningen utifrån lämnade kommentarer från regionerna är att spridningen till stor del ger uttryck för skillnader i registreringspraxis, datatillgång och tolkning av indikatorreceptet. Innan dessa skillnader är utjämnade är det inte utifrån denna slags data möjligt att identifiera skillnader i vårdpraxis. Målpopulationen i vårdförloppet är genomgående förstagångsinsjuknade patienter. Utfallsuppgifter avser dock, i enlighet med nuvarande specifikationer i Kvalitetsindikatorkatalogen, hela populationen med aktuell diagnos.

2.11.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

En översyn bör ske av vårdförloppets mål och hur dessa kopplar till indikatorer.

Nedan visas en sammanfattande bild över hur väl vårdförloppets beskrivna mål uppfylls i dagsläget, baserat på tillgängliga data. Inkomna data visar en stor spridning i utfall mellan och delvis inom regioner. Datakvaliteten bedöms inte som tillräcklig för att göra samlade bedömningar i relation till mål. Under nästa rubrik återges dock en sammanfattning av redovisade utfall för tre indikatorer.

Datakällor

- Regionernas egna data: under våren 2023 efterfrågades egenberäknade utfall för ett antal indikatorer från regionerna. Utfall bör tolkas med försiktighet eftersom ingen genomgående kvalitetskontroll har genomförts.

Vårdförlopp	Mål	Indikatorer	Utfall
Schizofreni – förstagångs- insjuknande	Tidigt, samordnat, professionellt omhändertagande	Samtidig missbruksdiagnos hos patienter med schizofreni	Data saknas
	Delaktighet i planering och beslut av vård och stöd	Fördjupad läkemedelsgenomgång för patienter med schizofreni	Data saknas
		Hälsosamtal till patienter med schizofreni	Data saknas
		Delaktighet på arbetsmarknaden hos patienter med schizofreni	Data saknas
		Psykopedagogiska insatser hos patienter med schizofreni	Data saknas
	Vård och stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap och evidens, utifrån behov och situation	Antipsykotiska läkemedel till patienter med schizofreni	Data saknas
		KBT till patienter med schizofreni	Data saknas
		Insatser för rökfrihet till individer med schizofreni	Data saknas
		Psykiatrisk slutenvård hos patienter med schizofreni <i>Datakälla: Regionernas egna data</i>	Utfall 10-70% Målnivå saknas
		Krisplan hos patienter med Schizofreni <i>Datakälla: Regionernas egna data</i>	Utfall 5-50% Målnivån (100%) nås inte
	Vårdplan eller SIP som är välkänd och tydlig, bygger på behov genom samtycke	Vårdplan hos patienter med schizofreni <i>Datakälla: Regionernas egna data</i>	Utfall 0-100% Målnivån (100%) nås inte
		Samordnad individuell vårdplan för patienter med Schizofreni	Data saknas
	Kan ge närstående möjlighet att involveras i vård- och stödprocessen	Krisintervention hos patienter med schizofreni	Data saknas
	Behovet av psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder minimeras	Tvångsvård hos patienter med schizofreni	Data saknas
	Stöd för att minska antalet suicidförsök och fullbordade suicid	Suicidriskbedömning till patienter med schizofreni	Data saknas

2.11.3. Resultatredovisning

2.11.3.1. Psykiatrisk slutenvård hos patienter med schizofreni

För indikatorn andel individer med diagnos schizofreni som fått psykiatrisk slutenvård under de senaste tolv månaderna har data inkommit från 13 regioner. Utfallen från två regioner sticker ut, deras utfall ligger på 55 till dryga 70 %. Övriga som lämnat data ligger i intervallet 10 – 30 %. Den stora spridningen kan inte enbart förklaras med olika vårdpraxis utan hänger sannolikt mestadels ihop med olikheter i registreringspraxis och datatillgång samt olikheter i tolkning av indikatorrecept. Ingen målnivå finns angiven inom kunskapsstyrningen.

2.11.3.2. Krisplan hos patienter med schizofreni

Tolv regioner har lämnat data avseende andel individer som har en krisplan under de senaste 12 månaderna. En region utmärker sig och redovisar den klart högsta andelen patienter som fått en krisplan som också ökar påtagligt. Enligt lämnade data ökade andelen i den aktuella regionen från ca 25 % till närmare 50 % under mätperioden. De flesta andra regioner (sju) av de som lämnat data redovisar betydligt lägre andel vilket innebär enstaka procent. Två regioner har dock utfall i storleken 10 – 20 %. Den stora spridningen kan inte enbart förklaras med olika vårdpraxis utan hänger sannolikt mestadels ihop med olikheter i registreringspraxis och datatillgång samt olikheter kring tolkning av indikatorrecept. Trots brister i datakvalitet antyder utfallet att målnivån på 100% inte uppnås.

2.11.3.3. Vårdplan hos patienter med schizofreni

För indikatorn avseende andel individer som fått en vårdplan under de senaste tolv månaderna har data inkommit från 13 regioner. En region redovisar ett stabilt utfall under mätperioden på 100 %. En annan region redovisar mycket låga andelar under mätperiodens tre första år för att sedan öka till 70 % för år 2022. Detta förklaras enligt lämnad kommentar med att regionen tidigare använt andra KVÅ-koder och om samtliga koder tas med blir utfallet betydligt jämnare under mätperioden. Två regioner har utfall på ca 40–50 % medan resterande nio regioner ligger mellan 0 och 10 %. En något ökande trend syns i inlämnade data på totalnivå. Den stora spridningen kan inte enbart förklaras med olika vårdpraxis utan hänger sannolikt mestadels ihop med olikheter i registreringspraxis och datatillgång samt olikheter kring tolkning av indikatorrecept. Trots brister i datakvalitet antyder utfallet att målnivån på 100 % uppnås av en region men inte av övriga.

2.12. Knäledsartros

Vårdförlopp Knäledsartros, fastställt i februari 2022

NPO Rörelseorganens sjukdomar

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige, och drabbar oftast knäled, följt av hand- och höftled. Alla strukturer kring leden påverkas vid knäledsartros, inte bara ledens brosk. Sjukdomen ger symtom i form av smärta, och långvariga besvär leder ofta till nedsatt funktion och livskvalitet samt till ökad risk för samsjuklighet. Patienter med artros får inte alltid rätt vård i rätt tid och inte heller i enlighet med de nationella riktlinjerna. Vårdförloppet för knäledsartros grundar sig på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och på rekommendationer från Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Fortsatt läsning: [Vårdförlopp Knäledsartros, NKK.se](#)

2.12.1. Förutsättningar för indikatoruppföljning

I presentationen av uppföljningsdata nedan, ingår sex av vårdförloppets åtta indikatorer. Data för fyra indikatorer hämtas från det Nationella kvalitetsregistret Svenska Artrosregistret (f.d. BOA-registret) som dock har en begränsad täckningsgrad och jämförelse mellan regioner är därför inte lämplig. Ett generellt observandum är att antalet registrerade patienter i registret är klart lägre år 2021 än de två föregående åren för de flesta indikatorerna. Det omvända gäller dock för indikatorn Grundbehandling vid knäledsartros. Datauttag har även begärts från regionerna för två indikatorer. Följande två indikatorer ingår inte i nedanstående redovisning då användbar datakälla ännu saknas:

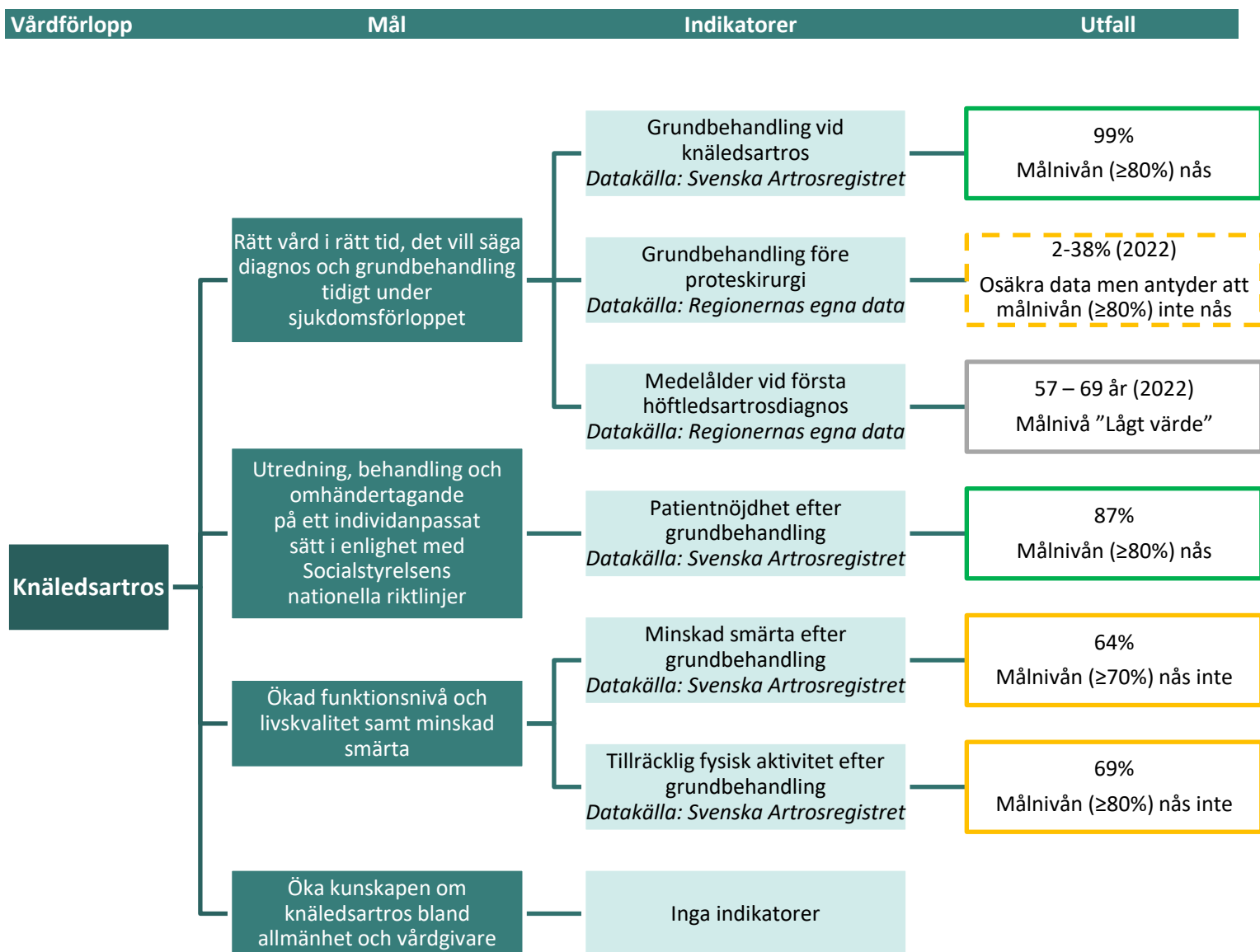
- Uppgift om BMI vid knäledsartros
- Röntgen före diagnos knäledsartros

2.12.2. Sammanfattande utfall kopplat till mål

Nedan visas en sammanfattande bild över hur väl vårdförloppets beskrivna mål uppfylls i dagsläget, baserat på tillgängliga data. För mer detaljerad beskrivning av varje indikator, se motsvarande rubrik nedan.

Datakällor

- Svenska Artrosregistret: Till Svenska Artrosregistret rapporterar under 2022 cirka 700 enheter. Uppföljning efter genomgången grundbehandling sker efter 3 respektive 12 månader. Deltagande i uppföljning (svarsfrekvens) varierar mellan enheter och mellan regioner. Av patienter med ett första besök under 2022 deltog 72 procent i uppföljningen efter tre månader och 39 procent i uppföljningen efter ett år.
- Regionernas egna data: under våren 2023 efterfrågades egenberäknade utfall för ett antal indikatorer från regionerna. Utfall bör tolkas med försiktighet eftersom ingen genomgående kvalitetskontroll har genomförts.



2.12.3. Resultatredovisning

2.12.3.1. Patientnöjdhet efter grundbehandling vid knäledsartros

Andel patienter med nydebuterad knäledsartros och genomgången grundbehandling som är nöjda med den hjälp de fått för att hantera sin diagnos.

Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2021: 18. Antal patienter år 2021: 2498. Vårdförloppet fastställdes i februari 2022. [Patientnöjdhet efter grundbehandling vid knäledsartros, Vården i siffror.](#)

Utfallet ligger tämligen stabilt och överträffar uppställd målnivå nationellt. Det finns vissa regionala variationer och mindre fluktuationer inom regioner från år till år. Sexton regioner nådde målnivån år 2021 och två gjorde inte det.

2.12.3.2. Minskad smärta efter grundbehandling vid knäledsartros

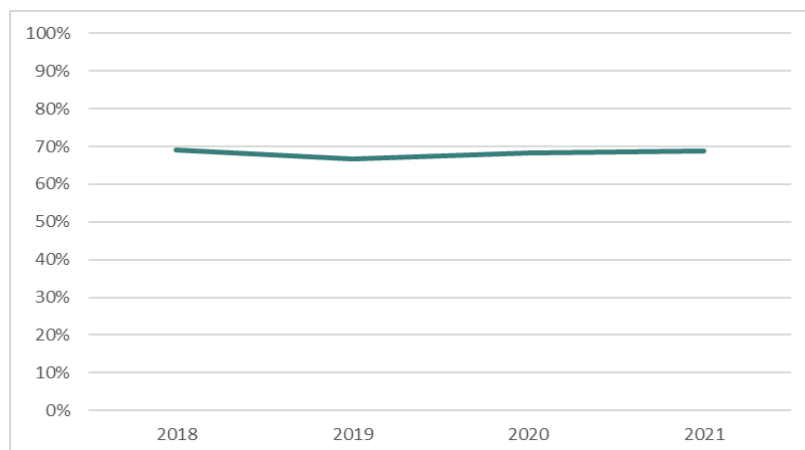
Andel patienter med nydebuterad knäledsartros och genomgången grundbehandling som uppnår smärtreduktion enligt Numeric Rating Scale (NRS) med minst en enhet

Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 50 procent. Antal regioner år 2021: 17. Antal patienter år 2021: 1743. Vårdförloppet fastställdes i februari 2022. [Minskad smärta efter grundbehandling vid knäledsartros, Vården i siffror.](#)

Data från Svenska Artrosregistret visar att utfallet fram till början av 2021 legat något över den målnivå på 50 % som gäller för registret. Därefter har en nivåhöjning skett så att målnivån på 70 % som ställts upp inom ramen för kunskapsstyrningssystemet, nästan uppnås. Det finns regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal men dessa utjämnas när data jämförs årsvis. Fyra regioner nådde målnivån år 2021.

2.12.3.3. Tillräcklig fysisk aktivitet efter grundbehandling vid knäledsartros

Figur 39 Andel patienter med nydebuterad knäledsartros som efter genomgången grundbehandling är fysiskt aktiva minst 150 minuter/vecka



Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2021: 16. Antal patienter år 2021: 1108. Vårdförloppet fastställdes i februari 2022. [Tillräcklig fysisk aktivitet efter grundbehandling vid knäledsartros, Vården i siffror.](#)

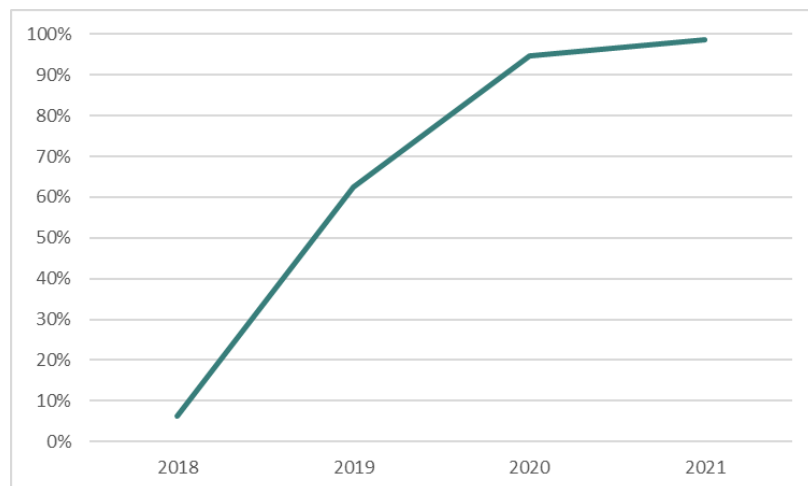
Målnivån på 80 % som satts upp av Svenska Artrosregistret och av kunskapsstyrningssystemet klaras inte. Utfallet ligger relativt stabilt något under 70 % nationellt under senare år. Det finns regionala variationer och fluktuationer inom regioner från månad till månad och mellan kvartal. För några regioner är även skillnaderna mellan år ganska stora. Två regioner nådde målnivån år 2021.

2.12.3.4. Medelålder vid nydebuterad knäledsartrosdiagnos

Här har 14 regioner lämnat data. Utfallen är stabila över mätperioden och 13 av regionerna ligger på mellan 65 och knappa 70 år i medelålder medan en region ligger dryga tio år lägre. Målnivån "lågt värde" har satts upp för denna indikator.

2.12.3.5. Grundbehandling vid knäledsartros

Figur 40. Andel patienter med nydebuterad knäledsartros som genomgått grundbehandling



Källa: Svenska Artrosregistret. Målnivå: ≥ 80 procent. Antal regioner år 2021: 19. Antal patienter år 2021: 12957. Vårdförloppet fastställdes i februari 2022. [Grundbehandling vid knäledsartros, Vården i siffror.](#)

Enligt data från Svenska Artrosregistret har en kraftig förbättring skett och sedan år 2020 klaras både kunskapsstyrningssystemets målnivå (80 %) och den högre nivå på 90 % som Svenska Artrosregistret använder. Förbättringen är så stor att den troligen avspeglar olika förändringar i registrering och rapportering, snarare än en förändring i vården av patienter. 19 regioner nådde målnivån år 2021.

2.12.3.6. Grundbehandling före proteskirurgi vid knäledsartros

Data avseende andel patienter med knäledsartros som genomgått grundbehandling före proteskirurgi finns från fyra regioner för hela mätperioden och dessutom för två ytterligare regioner för det sista respektive sista och nästsista året. Lämnade data visar på stor variation mellan regioner i andel patienter som får grundbehandling före proteskirurgi. Andelen varierar mellan enstaka procent upp till 45 %. Bedömningen är att spridningen främst sammanhänger med variation i registreringspraxis och datatillgång hos berörda regioner och inte beror av olika vårdpraxis. Inlämnade data från regionerna har brister i datakvalitet men antyder ändå att kunskapsstyrningssystemets målnivå på minst 80 %, inte uppnås nationellt.