

**RSK 593-2006**

# **Uppföljning av resultat från "Öppna Jämförelser"**

Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Västra Götalandsregionen, februari 2007

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen (SoS) har gemensamt presenterat en jämförelse av kvalitet och effektivitet inom den svenska hälso- och sjukvården i rapporten "Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - jämförelser mellan landsting 2006" utkom i maj 2006. Öppna Jämförelser är ett utvecklingsarbete och i kommande rapporter planeras att kunna presentera allt fler uppgifter samt att komplettera landstingsjämförelsen med jämförelser mellan sjukhus och kliniker.

I rapporten har hittills endast presenterats data för hela landsting. Västra Götalandsregionens resultat har präglats av att regionens storlek. Många resultat har varit nära genomsnittet i Sverige eftersom regionens resultat i sin tur är ett genomsnitt av många utförare. Det är förhållandevis få mätetal som avviker märkbart positivt eller negativt. Men det gör samtidigt att de resultat som visar på negativa avvikelser kan vara värda särskild uppmärksamhet eftersom de inte är bra - trots att de är ett genomsnitt av flera aktörer.

Kvalitetsvariabler har tidigare insamlats för redovisning i sjukvårdsgruppen, senast i april 2006. Redovisningen har hittills haft karaktär av metodutveckling och data har inte sammanställts i form av regional rapport. Enligt planeringen har ytterligare sex kvalitetsvariabler insamlats under hösten 2006 efter att ett förslag på nyckeltal har godkänts av beredningsgruppen.

De nyckeltal som valts är hämtade från "Öppna Jämförelser" och är nyckeltal där VGR låg under riksgenomsnittet. För beskrivning av dessa nyckeltal hänvisas till rapporten "Öppna Jämförelser". Insamlingen har syftat till att redovisa data på mer detaljerad nivå för att ge en bättre bild av avvikelserna och i förlängningen till att förbättra vårdens resultat.

De insamlade indikatorerna är:

- Femårsöverlevnad vid ändtarmscancer
- Andel som får botande behandling vid prostatacancer hos män <65 år gamla
- Andel som får återfall i ljumskbräck fem år efter operation
- Väntetid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus
- Andel diabetiker som gör ögonbottenkontroll enligt mål
- Andel patienter som behandlas med clopidogrel efter hjärtinfarkt

Insamlingen har skett under hösten 2006. Resultat från de tre första indikatorerna har sammanställts efter att data hämtats från centrala register och de tre sista genom att sjukhusen själva tagit fram sina data från relevanta register.

**Ärendets beredning:**

Arbetet har genomförts av Staffan Björck vid analysenheten, hälso- och sjukvårdsavdelningen. Arbetet har genomförts med ett flertal kontakter med berörda sektorsråd såväl vid sammanställning av frågor som vid analys av resultat. För formuleringarna i manuskriptet ansvarar dock författaren ensam. Onkologiskt centrum har tillsammans med berörda sektorsråd medverkat vid dataframtagning för två variabler. En preliminär muntlig presentation av data har gjorts för sjukvårdsgruppen 2006-11-30.

## Sammanfattande diskussion

Denna insamling av kvalitetsindikatorer är avrapportering av ett specifikt uppdrag. Erfarenheterna kan också användas i ett mer långsiktigt arbete med regionala kvalitetsindikatorer. Här lämnas några allmänna erfarenheter från arbetet.

### Insamlingsmetoder

Tre av kvalitetsvariablerna har insamlats från centrala register vilket har inneburit fördelar. Analysenheten har därigenom fått tillgång till enhetliga data som sedan kunnat faktagranskas av berörda. Den centrala åtkomsten har förenklat hanteringen genom att problem med att frågor uppfattas olika har eliminerats. VGR har ingen självklar tillgång till centralt registrerade data. Framtagandet av de specifika variabler som presenteras här har skett efter förankring i linjeorganisationen och förankring medicinskt/professionellt för varje enskild indikator. En indikator har hämtats från registrets hemsida eftersom det är helt öppna data (Bräckregistret).

De data som samlats in från respektive sjukhus har haft större enhetlighet än tidigare insamlingar. En fördel med detta arbetssätt har varit att respektive utförare själv ser sina data och blir förtrogen med dessa. Det blir senare en meningsfull återkoppling med det färdiga resultatet i förhållande till helheten. Nackdelar är att förfaringssättet är mer tidsödande. Ett flertal svar kommer har inte kommit inom utsatt tid. Ibland har frågor uppfattas olika. När det har varit uppenbara felaktigheter har nya frågor ställts till respektive enhet vilket också varit tidsödande. Det har inte varit hanterbart, av tidsskäl, att dessutom låta varje enhet läsa det färdiga manuskriptet i förväg. Kommunikationen med respektive verksamhet har skett i flera led där data ofta levererats av personer som i sin tur sammanställt data för t.ex. ett helt sjukhus eller sjukhusgrupp.

Således innebär det flera fördelar att så långt som möjligt insamla data från centrala källor.

En reflektion med anledning av arbetssättet är att den professionella förankringen av resultaten har varit en viktig och nödvändig komponent i arbetet. Det har givit möjlighet att kommunicera resultat från den nationella jämförelsen till verksamheter och det har gett material som kan användas för en professionell diskussion inom de regionala medicinska sektorsråden.

### Samlad bedömning av kvalitetsindikatorerna

För en detaljerad diskussion av respektive variabel hänvisas till respektive avsnitt. Denna genomgång av kvalitetsindikatorer visar att tolkningen kan vara mycket komplex. Vissa är relativt lätt tillgängliga medan andra måste sättas in i komplicerade sammanhang för att ge användbar information.

Fyra av variablerna speglar mer kortsiktig uppföljning mot uppställda mål. Det gäller indikatorerna väntetid till operation för höftfraktur, clopidogrelbehandling vid infarkt, ögonbottenkontroll av diabetiker och andel som fått botande behandling vid prostatacancer.

De två resterande variablerna speglar långsiktiga - femårsresultat. Indikatorn för bräckoperation är viktig som den enda allmänkirurgiska indikatorn i öppna jämförelser. Dödlighet i cancer är en viktig kvalitetsvariabel som är levande inom professionen men där

tolkningen av resultat för enskilda kliniker är komplex och beroende av variabler som inte fångas inom projekt som "öppna jämförelser". Det kan gälla t.ex. tumörens svårighetsgrad och vid vilken tidpunkt i förloppet patienten söker vård på grund av t.ex. screeningsprogram.

Orsaken till regionens avvikelse från riksgenomsnittet är blandade. VGRs resultat för diabetesindikatorn kan konstateras bero på kvalitetsproblem i de data som finns i det nationella kvalitetsregistret. Det beror på brister i registrering som i sin tur t.ex. kan bero på datatekniska problem. Därför kan exakta och jämförbara data bara kan uppnås genom komplettering av dessa registerdata med manuell genomgång. För kvalitetsvariabeln prostatacancer innebär det lägre värdet för kurativt syftande behandling inte säkert att det ges sämre vård än i riket utan resultatet visar på olikheter i praxis för ett område under debatt och omprövning. VGR har haft praxis att ge väsentligt färre patienter clopidogrel efter hjärtinfarkt än i riket men här visar våra mer aktuella data att en omsvängning skett.

Risken för reoperation av bråck är högre i VGR än i riket. Även om skillnaden procentuellt är stor så innebär den endast ett återfall mer per 100 operationer än riksgenomsnittet. Här finns dock en betydande förbättringspotential för vissa enheter jämfört med de bästa enheterna i Sverige liksom för variabeln väntetid till operation av höftfraktur.

### **Om regionens resultat.**

Det finns naturligtvis alltid förbättringspotential inom de flesta områden. Även ett resultat som är bättre än genomsnittet kan förbättras om man strävar efter toppresultat. Indikatorerna beskrivs var för sig men tre områden kan nämnas där det kanske enklast framgår att det finns förbättringsmöjligheter för vissa enheter. Det gäller registreringen av ögonbottenkontroller i det nationella diabetesregistret, kvaliteten i ljumskbråckskirurgi och väntetiden till operation av höftfraktur.

### **Fortsatt arbete**

VGR är delaktig i projektet "Öppna Jämförelser" genom kontaktpersoner och fortsatt utveckling av indikatorer. Det förväntas utvecklas mot fler indikatorer och mer detaljerad redovisning Vidare pågår ett arbete för framtagning av regionala kvalitetsindikatorer. Det är naturligtvis viktigt att det arbetet anpassas till det nationella arbetet.

## Femårsöverlevnad vid ändtarmscancer

Variabeln i "Öppna Jämförelser" anger relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer under perioden 1998-2004. Variabeln beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den datakälla som använts är cancerregistret vilket innebär att alla patienter med ändtarmscancer ingår i analysen oberoende av om de opererats eller inte. Metoden tar heller inte hänsyn till tumörens svårighetsgrad eller hur tidigt i sjukvårdsförloppet patienten söker sjukvård och hur snabbt diagnos och behandling startar. Det slutliga resultatet påverkas till slut av kvaliteten i det operativa ingreppet liksom övriga vårdinsatser.

VGR hade en något lägre femårsöverlevnad (52,9%) för män än i riket som helhet (56,6%). Skillnaden är dock sannolikt inte signifikant.

De data som nu hämtats in för jämförelse av de egna utförarna är data av delvis annan karaktär. De gäller för opererade patienter och baseras på enhet där patienten opererats. De utgörs av:

- En rapport från rectalcancerregistret från början av 2006 som beskriver ett sammanvägt kvalitetsindex. Indexet ger kvalitetspoäng baserat på dödlighet inom 30 dagar, reoperationer, lokala återfall och överlevnad för opererade 1996-1999. Data är justerade för ålder, kön, stadium och tumörnivå.
- Data framtagna från onkologiskt centrum där datakällan är rectalcancerregistret. Data utgörs av relativ 5-årsöverlevnad för opererade patienter med ändtarmscancer i Västra sjukvårdsregionen 1998-2005 per sjukhus. Justering har inte gjorts av tumörstadium och ålder och kön.

Rapporten från rectalcancerregistret väckte uppmärksamhet i media främst genom resultaten för Stockholmssjukhusen som trots stor verksamhet generellt hade sämre resultat än riksgenomsnittet.

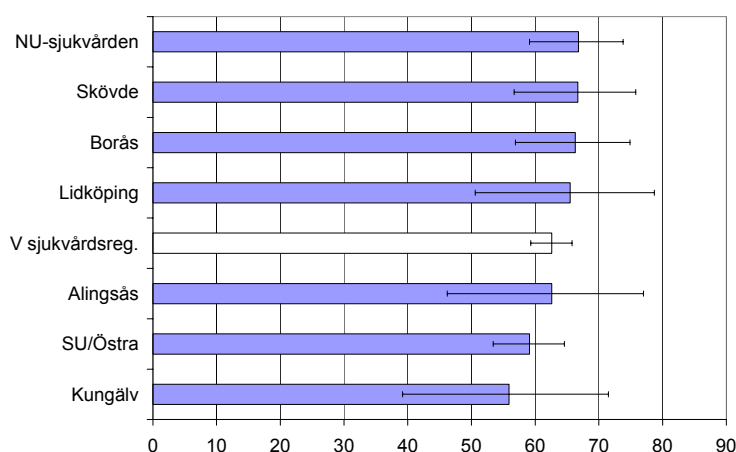
Även det sjukhus i VGR som hade lägst poäng hade högre värde än t.ex. Huddinge sjukhus. Lägst värde i Sverige var -4 och högst värde +3 kvalitetspoäng.

	poäng	antal operationer 95-04
Alingsås	2	90
Skövde	1	226
SU/Östra	0	653
Borås	0	273
Uddevalla	-1	335
Lidköping	-1	110
Kungälv	-2	93

Tabellen visar ett vanligt fenomen vid denna typ av jämförelser. Små sjukhus placerar sig både överst och nederst. För dessa sjukhus är resultatet mera statistiskt osäkert och utfall för

enstaka patienter kan ha större betydelse för slutresultatet. Det gör dock inte att man kan bortse från resultat som ändå kan vara en viktig indikator för egenkontroll. Ett problem med dessa data är att de, trots att de publicerades nyligen, inte har hög aktualitet.

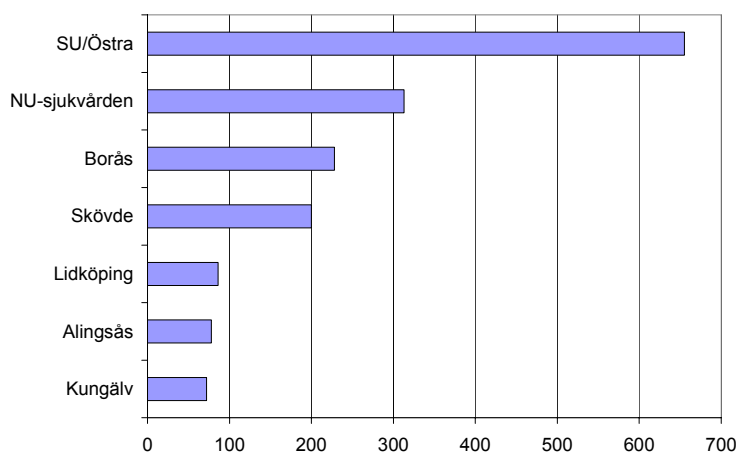
Den sammanställning som har gjorts nu av mer aktuella data gäller femårsöverlevnad för patienter som opererats 1998-2005 vid regionens sjukhus. De flesta patienter har ännu inte följts upp i fem år men den statistiska metoden korrigerar för det.



*Kumulativ 5-års relativ överlevnad för rectalcancer med 95% konfidensintervall.*

Bilden visar resultaten per enhet. Av figuren framgår att den statistiska osäkerheten blir stor för de mindre enheterna. Patienter opererade vid SU/Östra har något lägre 5-årsöverlevnad än patienter opererade vid NU-sjukvården och Skövde men i jämförelsen måste vägas in att någon korrektion inte gjorts av sjukdomens svårighetsgrad där SU/Östra har fler komplicerade fall. Ingen enhet avviker statistiskt säkert från värdet för Västra sjukvårdsregionen. Data har inte delats upp på kvinnor/män eftersom den statistiska osäkerheten skulle öka ytterligare.

Antalet operationer per enhet framgår av nedanstående bild.



*Antal opererade fall under perioden*

Antalet operationer varierar kraftigt. De tre minsta enheterna har ca 10 operationer per år under perioden. Men det är inte synonymt med antal operationer per operatör. Redovisning av

antal operationer per enhet inbegriper inte heller den samverkan som skett och sker inom regionen mellan enheterna för att säkra kompetens och kvalitet. Överlevnadsdata ger inga indikationer på att de mindre enheterna har sämre resultat för överlevnad. Men antalet operationer per enhet kan ändå vara underlag för strukturella diskussioner.

Det har inte varit möjligt att få fram exakta data för femårsöverlevnad efter operation för rectalcancer i VGR i förhållande till riket, inom den tid som stått till buds, men preliminära data från rectalcancerregistret och onkologiskt centrum talar för att det samlade resultatet vid enheterna i VGR inte avviker signifikant från det som gäller för riket

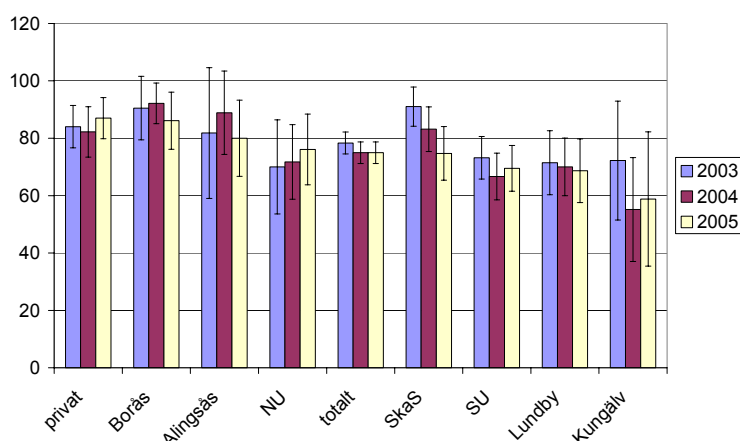
Sammanfattningsvis är de överlevnadsdata som redovisas i "Öppna Jämförelser" en kombination av typ av tumör, hur tidigt patienten kommer till vård och hur god behandlingen är. De aktuella data som inhämtats per utförare speglar resultatet av behandling vid respektive enhet. Det går inte att påvisa skillnader mellan enheterna i regionen eller att VGR skulle avvika negativt från resultaten i Sverige.

## Andel som får botande behandling vid prostatacancer hos män <65 år gamla

Variabeln i "Öppna Jämförelser" anger andelen patienter med lokaliserad prostatacancer som fått kurativt syftande behandling, 2004. Enbart patienter 65 år och yngre jämförs. Måttet anger den andel av patienterna som fått behandling i avsikt att bota sjukdomen. Datakälla är det nationella prostatacancerregistret. De botande behandlingar som kan förekomma är operation, så kallad radikal prostatektomi, eller strålbehandling. Alternativet till kurativt syftande behandling är att man avstår från botande behandling eller avvaktar.

Andelen för riket var 82% och för VGR 76% för 2004.

Data från prostatacancerregistret har tagits fram från onkologiskt centrum för åren 2003 till 2005. Observera att patienterna hänförs till den enhet där de diagnosticerats och där behandlingen beslutats medan behandling kan ha gjorts på annan plats. Vid Kungälv's sjukhus t.ex. görs varken radikal prostatektomi eller strålbehandling utan dessa görs vid andra enheter.



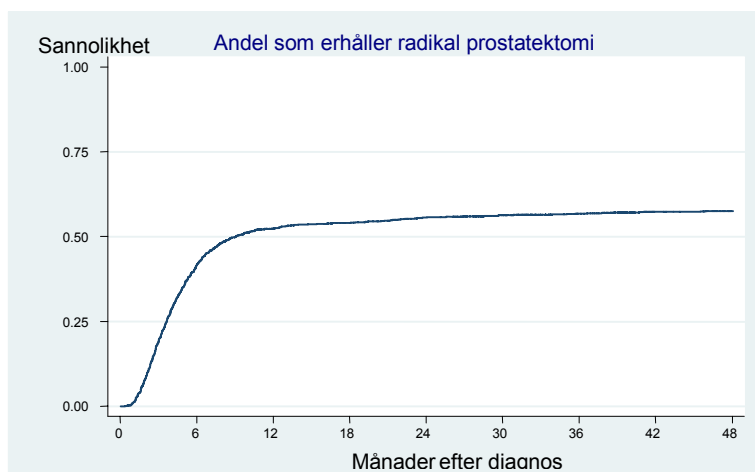
Andel patienter med lokaliserad prostatacancer som fått kurativt syftande behandling. Riksgenomsnitt 82,1%.

Bilden visar att den största andelen kurativt syftande behandling 2005 ges till patienter diagnosticerade inom privat vård och den lägsta till patienter diagnosticerade vid Kungälv's sjukhus. Privat vård är privata läkarmottagningar exklusive Lundby sjukhus. Den största delen i denna grupp under de tre åren är privat vård i Göteborg (81%). För 2005 är andelen som får kurativt syftande behandling högre än riksgenomsnittet inom privat vård och vid Borås medan övriga enheter ligger lägre.

Tolkningen av detta kvalitetsmått är dock inte enkel. Prostatacancerbehandlingen är under debatt. Mot en botande behandling måste ställas de biverkningar som behandlingen medför. Dit hör förutom allvarliga akuta operationskomplikationer, sena effekter som inkontinens och impotens. Till detta kommer att många tumörer kan ha ett mycket stillsamt och icke livshotande förlopp. Ibland intas ett avvaktande förhållningssätt som senare leder till aktiv behandling. De registreras då inte som aktivt behandlade om behandlingen ges senare än sex månader efter diagnos.

Onkologiskt centrum har under hösten 2006 tagit fram ett material om prostatacancerbehandling i västra sjukvårdsregionen. Av det framgår det att en inte oväsentlig

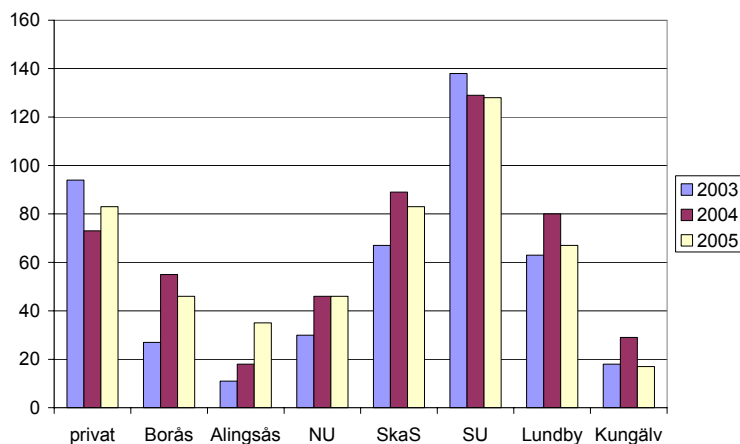
del får sin radikala behandling mer än sex månader efter diagnos vilket redovisas i figuren nedan. Så behandlas t.ex. 65% av alla patienter i Göteborg med kurativt syftande behandling men senare behandlas ca 40% av de där man avvaktat med aktiv behandling. Det är oklart om denna senareläggning av behandling påverkar den långsiktiga prognosen.



Andel patienter som erhåller radikal prostatektomi i Västra sjukvårdsregionen. Arbetsmaterial onkologiskt centrum 2006.

Den totala andelen som så småningom får kurativ behandling i västra sjukvårdsregionen är 75% som kan jämföras med rikets 74%. Dessa data gäller dock alla åldrar.

Antalet patienter per enhet ges i figuren nedan.

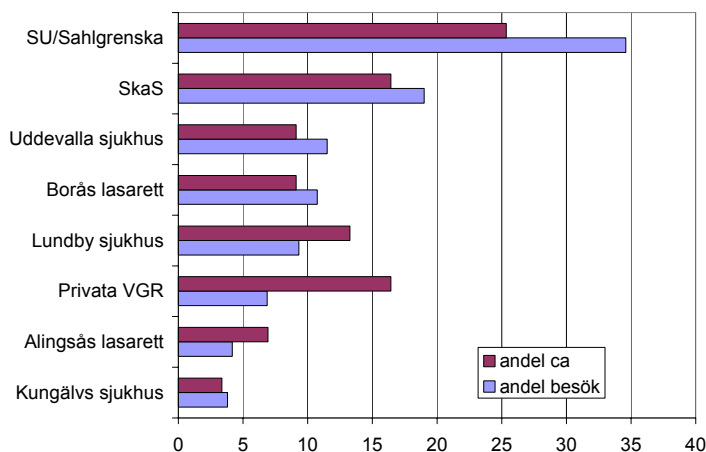


Antal patienter redovisade per enhet.

Som ett bifynd av sammanställningen kan konstateras att bilden visar att antalet fall av prostatacancer diagnosticerad inom privat vård är påfallande många i förhållande till produktionen inom de stora sjukhusgrupperna. Lundby sjukhus, tillsammans med det som i figuren betecknas som privat vård, utgör 31% av all diagnosticerad prostatacancer under det tre åren. De staplar som betecknar privat vård i figuren är offentligt finansierad vård men den kan också bestå av vård som finansieras på annat sätt. Via privata försäkringar eller av patienten själv. Denna "privat-privata" vård registreras inte i den regionala vårddatabasen eller på annat sätt varför omfattningen av denna är oklar. Däremot är den registrerad i prostatacancerregistret eftersom registreringen sker i samband med att cancerdiagnosen ställs. Var operation sedan sker är inte klart och i vilken omfattning också operation görs inom

privat vård. För att få ett perspektiv på fördelningen av cancerdiagnostiken har tagits fram de offentligt finansierade läkarbesöken till urologer, för män  $\geq 50$  år gamla, per enhet från den regionala vårddatabasen.

Figuren visar respektive enhets andel av regionens urologbesök och respektive enhets andel av prostatacancer.



*Andel av regionens offentligt finansierade besök och andelen av regionens registrerade prostatacancer.*

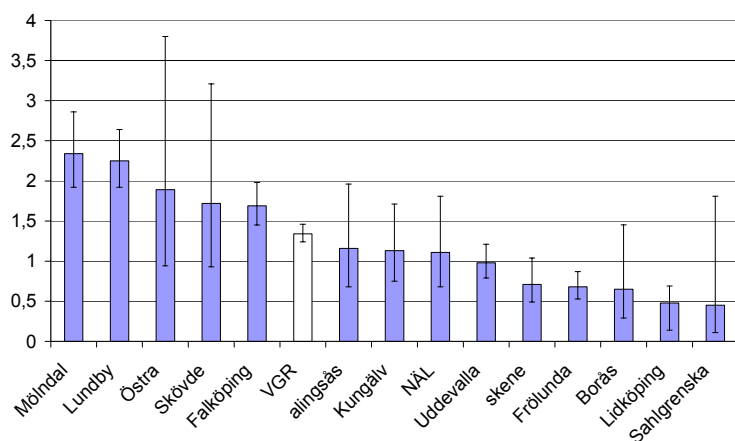
Figuren visar att andelen prostatacancer som diagnosticeras inom den privata vården är större än man kan förvänta sig av andelen besök. Den svarar t.ex. för lika stor andel av prostatacancerdiagnostiken som SkaS trots att andelen registrerade besök är bara drygt en tredjedel av SkaS. Det skulle kunna tala för att en del av den urologiska öppenvården utförs vid sidan av den offentliga finansieringen. En av flera orsaker skulle kunna vara uttryck för bristande kapacitet inom den urologiska vården. En annan orsak till den höga andelen cancerdiagnostik inom den privata vården skulle kunna vara individer som söker för hälsokontroll i privat vård och efterfrågar screening.

Sammanfattningsvis innebär inte data i "Öppna Jämförelser" som visar att i något mindre utsträckning får kurativt syftande behandling vid prostatacancer - att kvaliteten i vården är säkert sämre i VGR än i riket i detta avseende. Däremot kan data peka på en tillgänglighetsproblematik. Indikatorn är bara ett isolerat mått på prostatacancervården.

### **Andel som får återfall i ljumskbräck fem år efter operation**

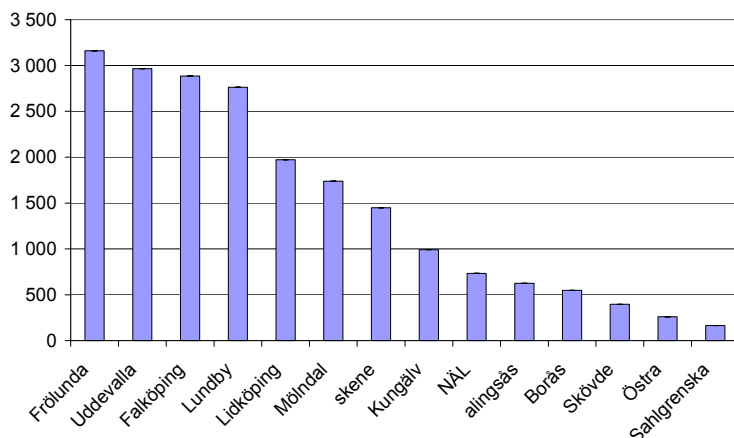
Operation av ljumskbräck är en av de vanligaste operationerna inom allmänkirurgin. Variabeln i "Öppna Jämförelser" anger andelen av patienter som opererats för ljumskbräck som får återfall och genomgår ny operation av sitt bräck inom fem år. Tidigare har upp mot 20% av opererade fått återfall men den risken har minskat kraftigt med nyare metoder. Svenskt bräckregister är ett nationellt kvalitetsregister som bedöms täcka 95% av landets operationer. För patienter opererade 1992-2005 var risken för omoperation 3,3% i Sverige medan den var 4,2 i VGR. Risken för återfall har såldes varit en procentenhet högre vid operation i VGR. Jämfört med de bästa landstingen är risken drygt tre gånger så stor vid operation i VGR.

Registret är öppet och alla deltagande sjukhus redovisar sina resultat som kan nås via bräckregistrets hemsida [www.svenskbrackregister.se](http://www.svenskbrackregister.se). Registret redovisar relativ risk för omoperation jämfört med riket varför det är dessa data som sammanställts i figuren nedan.



Relativ risk för omoperation av ljumskbräck inom fem år med konfidensintervall ( $\pm 95\%$ ). Risk för riket = 1,0. Risk för omoperation i t.ex. Lidköping är hälften av den i Sverige = 1,6%.

Av figuren framgår det att framförallt Mölndal och Lundby har sämre resultat än riket medan Lidköping och Frölunda är bättre än riket. Stor statistisk osäkerhet finns för uppgifter från SU/Östra, Borås och SU/Sahlgrenska. Det beror på få registrerade patienter vilket i sin tur kan bero på små operationsvolymen eller sen anslutning till registret. Antalet registrerade patienter framgår av bilden nedan.



*Antal registrerade bräckoperationer i Svenskt Bräckregister under perioden 1992-2005.*

Av figuren framgår det att de största volymerna bräckkirurgi som registrerats finns vid Frölunda specialistsjukhus, Uddevalla, Falköping Lundby, Lidköping och Mölndal. Det är således framförallt resultaten vid SU/Mölndal och Lundby sjukhus som förklarar det sämre utfallet för VGR. Det uppvägs delvis av resultaten från Lidköping och Frölunda specialistsjukhus.

Resultaten har förbättrats med tiden vilket i viss utsträckning kan påverka redovisningen. Sjukhus som startat registreringen sent redovisar inte tidigare eventuellt sämre resultat. Det tar också lång tid att få genomslag på förbättring av indikatorn femårsresultat. Den statistiska analysen i bräckregistret är dock kvalificerad. Jämförelsedata jämförs för ålder, kön, andel akuta operationer och när operationen gjordes för det sjukhus för vilket risken bedöms. Av bräckregistrets metodredovisning framgår inget problem som kan påverka rangordningen dramatiskt mellan regionens enheter utan de skillnader som redovisas förefaller i huvudsak vara reella skillnader i resultat.

Sammanfattningsvis har VGR sämre resultat än riket för risk för omoperation av ljumskbräck. Det finns sannolikt en betydande förbättringspotential för flera enheter.

### Väntetid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus

Höftfraktur är ett allvarligt tillstånd eftersom det framförallt drabbar äldre individer. Det är mycket resurskrävande eftersom det kräver akutvård, operation, slutenvård och långa vårdtider. Tiden mellan ankomsten till sjukhuset och när operationen inleds är ett viktigt kvalitetsmått eftersom fördröjning kan leda till att rehabilitering försenas och risken för komplikationer som trycksår, infektioner och blodpropp ökar. "Öppna Jämförelser" redovisar data från det nationella kvalitetsregistret riks-Höft. Den genomsnittliga väntetiden i riket är 1,2 dygn. I VGR är medelväntetiden något längre - 1,3 dygn. Måttet är emellertid grovt eftersom det baseras på vilket dygn patienten kom in till sjukhus och vilket dygn patienten opererades. Från 2006 används klockslag istället. Fram till årsskiftet 2005-2006 var registrering av klockslag för ankomst och operationsstart frivillig och utfördes av några ganska få kliniker som deltog i en utvidgad registrering.

Vid vår datainsamlingen från sjukhusen ställdes frågan "*Ange medelväntetid i timmar för tid mellan ankomst till sjukhus och start av operation för alla höftfrakturpatienter under 2005*". Vi var medvetna om att detta skulle kunna innebära svårigheter eftersom det skulle kunna innebära en mer detaljerad redovisning än vad Riks-höft anger. De allra flesta sjukhusen kunde dock redovisa någon form av data vilka framgår av tabellen nedan.

	dygn	>2d (%)	antal	kommentar
KSS	1,2			
Alingsås	0,6		10	Manuellt. svårighet att få fram data för längre tid och fler patienter
SÄS	1,1			data från egna system
Kungälv	0,8		18	5 månader 2006
SU/Mölndal	1,3	14	162	rikshöft 2005
SU/Östra	1,2	14	396	rikshöft 2005
SU/Sahlgrenska	1,7	39	440	rikshöft 2005
Uddevalla	1,3		104	70% av patienter under tre mån 2006
Lidköping	0,0			start 2006, åtkomstsvårigheter
medel, dygn	0,6			
öppna jämförelser VGR	1,3			
öppna jämförelser riket	1,2	22		

*Medelväntetid (timmar omvandlade till dygn) till operation för höftfraktur efter ankomst sjukhus och antal patienter statistiken bygger på.*

Sahlgrenska universitetssjukhuset har kompletterat sin redovisning med andel opererade efter ett respektive två dygn vilket redovisas som särskild kolumn. Sannolikt är den typen av angivelser bättre nyckeltal eftersom de kan kopplas mot ett mål.

Väntetidsuppgifterna innehåller osäkerhet. Dels är måttet för 2005 grovt eftersom det i flera fall baseras på vilket dygn patienten skrevs in respektive opererades. Måttet påverkas också av hur fullständig redovisningen är. Det påverkas också av hur stor andel som opereras primärt med en ledprotes istället för annan åtgärd. Det påverkas också av patientens tillstånd. Blodförtunnande behandling nödvändiggör oftast senareläggning av operationen.

I kommentar från Uddevalla framgår att 8% hade blodförtunnande behandling och ca 50% opererades med ledplastik där väntetiden var 1,4 dygn.

Det finns således vissa problem med jämförbarheten men om data för Kungälvvs sjukhus och Alingsås är representativa för ett helt år är det mycket kort fördröjning. Man kan också dra slutsatsen att fördröjningen är lång vid SU/Sahlgrenska där nära 40% inte är opererade efter två dygn. Data representerar dock 2005 vilket måste beaktas på grund av den omstrukturering av den ortopediska vården som sker för närvarande. Sedan början av 2006 handläggs hela denna patientgrupp på SU/Mölndal.

Sammanfattningsvis är tid till operation ett viktigt kvalitetsmått där precisionen i tidsangivelsen från rikshöft kommer att öka framgent. VGR avviker endast marginellt från värdet för riket som ännu inte innehåller data från alla landsting. Inom VGR avviker sannolikt SU/Sahlgrenska, som hade flest operationer i VGR, mest från övriga sjukhus med en fördröjning på 1,7 dygn till operation.

### **Andel diabetiker som gör ögonbottenkontroll enligt mål**

Modern diabetesbehandling med kontroll av ögats näthinna och tidig behandling av förändringar kan nästan helt förhindra den blindhet som tidigare var en vanlig senkomplikation till diabetes. Ögonkontroll är en av tre variabler i "Öppna Jämförelser" över kvaliteten i diabetesvården.

Vanligen sker ögonbottenkontroll vartannat år vid diabetes som debuterat i ungdomen. Ögonbottenkontroller registreras i det nationella diabetesregistret, som har mycket god täckningsgrad för landets medicinkliniker. Det nationella medelvärdet för andel diabetiker vid medicinklinik med debut före 30 års ålder, som kontrollerats enligt mål 2005, är 92%. Värdet för VGR var 84% och VGR hade därmed näst lägst värde i Sverige.

Den aktuella insamlingen på sjukhusnivå har gjorts genom att respektive sjukhus själv har tagit fram sina data. De redovisas i tabellen nedan.

	%	antal	ev kommentarer
Frölunda specialistsjukhus	99	80	
NÄL	97	346	
SU/Sahlgrenska	94	963	48% vid uttag från registret. Se kommentar i text
SU/Östra	93	367	
KSS	89	263	
SU/Mölndal	95	?	
Lidköpings sjukhus	83	119	
Borås	76	486	Problem med registrering.
Skene	95	84	Problem med registrering. Se kommentar i text
Kungälvss sjukhus	75	176	Ibland 3-års kontrollintervall. Vissa problem med kallelsesystem.
Alingsås sjukhus			problem med leverans och uttag av data från registret
Uddevalla sjukhus	Ca100	233	Tekniskt problem
medel	>90		
öppna jämförelser VGR	83,5		
öppna jämförelser riket	92		

*Andel av patienter med debut av diabetes före 30 års ålder som kontrollerar ögonbotten enligt mål.*

Den ojämförligt största enheten är SU/Sahlgrenska med 963 patienter. Av kommentarer framgår att vid uttag från diabetesregistret enligt våra anvisningar så är ögonbottenkontroll enligt mål bara 48%. Det beror på ett tekniskt fel som man känt till en längre tid men som man inte kunnat åtgärda. Det består i att det system som levererar data från ögonbottenfoto inte är kompatibelt med journalsystemet. Enligt uppgift kommer detta fel inte att kunna åtgärdas förrän under 2007. En manuell genomgång visar att vid SU kontrolleras 94% enligt mål vilket är en mycket hög siffra. Av detta skäl ingår inte SU/Sahlgrenska data i Öppna Jämförelser.

I en kommentar från SU/Sahlgrenska påpekas att det i praktiken är svårt att komma högre än en nivå runt 95%. Det beror på att patienter kanske inte vill komma på avtalad tid. Det kan också bero på dålig samarbetsförmåga av flera skäl och det kan också bero på annan allvarlig sjukdom etc.

Liknande problem med felaktig rapportering till "Öppna Jämförelser" fanns också för NU-sjukvården (32%) där rapporterad siffra för Uddevalla sjukhus var endast 25%. Från Uddevalla anger man idag att alla diabetespatienter gjort ögonbottenkontroll enligt mål.

Ett tolkningsproblem är att mål för kontrollintervall kan variera och vara längre än två år. Särkilt problematiskt från tolkningssynpunkt blir det om det är olika mål för olika patienter. Så är fallet för Kungälv som anger att en del patienter har tre år mellan kontroller därför att de inte har några problem. På samma sätt anger SU/Mölndal att 95 % av diabetespatienterna har genomgått ögonbottenundersökning enligt verksamhetens mål. Men samtidigt anger de att 87% av 259 patienter erhållit ögonbottenundersökning inom 2 år.

SÄS har problem att registrera att ögonbottenkontroller har gjorts. Skene har särskilt kommenterat att man har en fungerande screening. I data för 2005 ingår registreringsproblem. I en manuell granskning gjord i Skene för 2006 var andelen ögonbottenkontrollerade hela 98%. De patienter som uteblivit har gjort det av eget val.

Sammanfattningsvis finns det inga indikationer på att VGR skulle avvika negativt för denna kvalitetsvariabel. Det dåliga resultatet i "Öppna Jämförelser" kan förklaras av tekniska problem vid dataleverans till det nationella diabetesregistret. Vid SU/Sahlgrenska som är en av landets största enheter kontrolleras en mycket hög andel enligt verksamhetens mål.
--

### **Andel patienter som behandlas med clopidogrel efter hjärtinfarkt**

Dagens behandling vid hjärtinfarkt baseras på ett flertal läkemedel som syftar till att minska komplikationer och minska risken för nytt infarktsjuknande. Det nationella kvalitetsregistret för hjärtintensivvård (Riks-HIA) innehåller data om medicinering vid hjärtinfarkt. Ett av de nyare läkemedlen är clopidogrel (försäljningsnamn Plavix) som enligt riks-HIA rekommenderas för att minska risken för återinsjuknande efter så kallad icke ST-höjningsinfarkt. Det är en hjärtinfarkt som inte involverar det största blodkärlet som försörjer hjärtats framvägg.

I "Öppna Jämförelser" hade VGR landets lägsta andel patienter (46%) som behandlades med clopidogrel efter icke ST-höjningsinfarkt.

Data uppdelat per sjukhus har samlats in genom att sjukhusen själva hämtat data från riks-HIA om sina verksamheter. Vi har valt att samla in resultat från 2006 för att kunna göra en jämförelse mot 2005 som var det år som omfattades av Öppna Jämförelserns granskning. Resultatet anges i tabellen nedan

	%	kommentar
SU/Mölnadal	92	
SÄS	85	
KSS	81	
NÄL	79	
Kungälv	69	
SU/Sahlgrenska, HIA	64	År 2005
SU/Östra	52	
Lidköping	49	
Uddevalla	47	
Alingsås	35	
medel	ca 60-70	
öppna jämförelser VGR	44	
öppna jämförelser riket	60	

*Andel av patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som vid utskrivningen behandlas med clopidogrel under 2006 (t.o.m. augusti).*

Tabellen visar att VGR nu når upp till det genomsnittsvärde som gällde för riket i "Öppna Jämförelser". Det är fortfarande betydligt lägre än i det landsting som har högst användning, Uppsala med 84%.

Clopidogrel är en ny medicinsk terapi till relativt hög kostnad. Introduktionen av ny terapi sker naturligt med olika hastighet vid olika centra. Ett skäl till att VGR har haft lägre användning av clopidogrel än i riket som helhet är att sjukhusen har haft en avvaktande inställning. En biverkan av clopidogrel är blödningsbenägenhet som kan vara problem särskilt om patienten behöver opereras med kranskärlskirurgi. Efter att mer data om medlets egenskaper framkommit har en omsvängning i attityden skett. Därför har data insamlats per sjukhus för år 2006 istället för 2005 som redovisades i "Öppna Jämförelser".

De sökkriterier som använts i denna sammanställning och den från "öppna jämförelser" överensstämmer inte med de som använts i Riks-HIAs årsrapport och därmed med nyckeltal

som verksamheterna själva använder. Där exkluderas vissa patienter som inte skall ha clopidogrel. Det är olyckligt att insamlingen för olika ändamål sker efter olika kriterier men vi har valt att använda det sökkriteriet som använts i "Öppna Jämförelser" där samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt inkluderats. Det kan finnas skäl att "Öppna Jämförelser" anpassar sitt nyckeltal till det som används av riks-HIA för sin statistik.

Sammanfattningsvis kan konstateras att VGR har haft landets lägsta användning av clopidogrel som profylax efter icke-ST-höjningsinfarkt vilket baserats på en tidigare terapitradition. En omsvängning har skett och andelen som behandlas med clopidogrel ökar. Det finns betydande inomregional variation.