

# Vår sjukvård tål att jämföras

En norrbottensanalys baserad på rapporten "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet" .....  
..... med förslag till utvecklingsområden.

## Öppna jämförelser – en viktig del av den strategiska styrningen

För sjätte året i rad har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt presenterat rapporten "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet".

Uppgifterna bygger på underlag som redovisats av respektive landsting samt externa källor, framför allt olika nationella kvalitetsregister.

Resultatet redovisas i fjorton sjukdomsspecifika eller behandlingsspecifika områden - som exempelvis diabetesvård, hjärtsjukvård och kvinnosjukvård – samt ett område som mer allmänt beskriver hur hälso- och sjukvården fungerar exempelvis i fråga om tillgänglighet och förtroende. Under dessa huvudområden finns totalt 173 underavdelningar så kallade indikatorer. Antalet indikatorer har ökat från år till år och flertalet indikatorer från den första rapporten 2006 har antingen tagits bort eller modifierats. Ambitionen har varit att bättre spegla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Nackdelen är att jämförelser av resultaten över tid försvåras. Flera av de nya indikatorerna i årets rapport bygger på patienternas egna bedömningar av en operation eller behandling; ett viktigt komplement till de traditionella medicinska resultatmått.

En viktig nyhet i år som är kopplad till Öppna Jämförelser är att Regeringen ingått en särskild överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Parterna menar att alla landsting ännu inte funnit formerna för att göra fördjupade analyser av de egna resultaten och inte gjort analyserna till en del av den strategiska styrningen för att göra hälso- och sjukvården mer jämlik och öppen för insyn för allmänheten. Uppgåelsen mellan Regeringen och SKL innebär att analysarbetet ska återrapporteras i form av genomförandeplaner som beskriver:

- Landstingets prioriterade områden.
- Tidsatta mål för områdenas utveckling.
- Hur utvecklingsarbetet ska bedrivas och följas upp.

Denna skrift är Norrbottens läns landstings egen analys av uppgifterna i Öppna Jämförelser. Resultaten bygger på ett omfattande arbete som gjorts av så kallade indikatoransvariga inom landstingets olika verksamheter. Rapporten avslutas med en genomförandeplan med det innehåll som parterna kommit överens om. På detta sätt skärps kraven på att mer tydligt stimulera det systematiska utvecklingsarbetet för att nå ökad kvalitet och effektivitet, att verka för att stärka patientens ställning samt att göra vården mer jämlik och bättre för alla medborgare.

Maj 2012

Gunnar Persson  
Landstingsdirektör

## Några övergripande mått på vår hälso- och sjukvård

Här redovisar vi några övergripande mått som speglar breda aspekter av hälso- och sjukvårdssystemet i Norrbotten, utan koppling till specifika sjukdomsgrupper eller behandlingstyper, som kommer senare.

**Medellivslängden** är ett allmängiltigt mått på hur folkhälsan i stort utvecklas. I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Den ökar i hela landet, men är fortfarande lägre i Norrbotten än i flertalet landsting, både för män och kvinnor. Men skillnaderna mellan landstingen är som mest två år. På kommunnivå är variationerna större. För män är skillnaden mellan längsta och kortaste medellivslängd 8,5 år, med Pajala som lägsta notering på 74,5 år!

**Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet.** Måttet avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser som till exempel rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. Generellt är dödligheten för kvinnor betydligt lägre än för män. Dödstalen per 100 000 invånare är lägre än riksgenomsnittet för både män (41,0) och kvinnor (31,8).

**Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.** Den andra gruppen av åtgärdbar dödlighet handlar om dödsfall som bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Stroke och diabetes är de diagnoser som har störst påverkan och för kvinnor även cancer i livmoderhalsen. Dödligheten för män är generellt sett klart högre än för kvinnor. Ett observandum är att dödstalet för män i Norrbotten är högst i landet; 68,3 fall per 100 000 invånare, jämfört med Halland som har den lägsta noteringen med 35,4.

**”Undvikbar slutenvård”** speglar den öppna vårdens insatser vid vissa kroniska/långvariga åkommor samt några akuta tillstånd där rätt behandling inom rimlig tid kan förhindra inläggning på sjukhus. Detta mått är relativt sett högre i Norrbotten än i flertalet landsting.

**Vårdrelaterade infektioner (VRI)** drabbar knappt var tionde patient som vårdas i slutenvård i Sverige. Totalt sett har andelen sjunkit tack vare ett omfattande arbete i landstingen inom ramen för en nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Andelen patienter med VRI i Norrbotten var 9 procent vid den senaste mätningen; variationen mellan landstingen är från knappt 7 till drygt 12 procent.

**Förtroende och patientnöjdhet.** Allmänhetens förtroende för vården vid vårdcentraler (60%) är mindre än förtroendet för vården vid sjukhus (71%), men skillnaden har minskat. Nästan fyra av fem norrbottningar instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den vård jag behöver”. Alla dessa uppgifter, som bygger på Vårdbarometern, är en förbättring jämfört med tidigare mätning.

**Tillgänglighet.** I Norrbotten besvaras 96 procent av alla samtal som kommer till primärvården. Tillgängligheten har förbättrats avsevärt tack vare det datoriserade telefonisystemet. Andelen patienter (94,2 procent) som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård är högre i Norrbotten än i flertalet landsting, och när det gäller andelen som väntat högst 90 dagar på operation är Norrbotten bäst i landet med 98 procents måluppfyllelse enligt den nationella vårdgarantin. Inom psykiatrin hade 3,5 procent av patienterna väntat mer än 90 dagar på besök till vuxenpsykiatrin. Det var lägre än genomsnittet för riket och en klar förbättring jämfört med tidigare mättillfälle i april 2009. När det gäller barn- och

ungdomspsykiatrien uppfyllde Norrbotten fullt ut vårdgarantins krav (30 dagar) på väntetid på besök.

## Vad kostar vår sjukvård i Norrbotten

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är att den ska vara effektiv. Det betyder att de samlade resurserna (personal, utrustning, läkemedel med mera) ska användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till att nå de uppsatta målen

### **27. Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad**

Denna indikator tar hänsyn till landstingens olika förutsättningar att bedriva sjukvård. Det finns faktorer som de enskilda landstingen inte har möjlighet att påverka som befolkningens ålder, socioekonomiska strukturer och sjukdomspanorama.

I en sådan ”strukturjusterad kostnadsjämförelse” ligger Norrbotten i stort sett i nivå med genomsnittet för riket med en kostnad per invånare på 20 717 kronor. Lägsta kostnad har Kalmar med 19 369 kronor per invånare, vilket betyder att Norrbotten rent matematiskt kan tänkas ha en effektiviseringspotential motsvarande cirka 1 348 kronor per individ, eller cirka 334 miljoner kronor för hela landstinget.

### **27A. Kostnad per invånare per verksamhetsgren**

Denna indikator beskriver den verkliga nettokostnaden, utan justeringar av strukturella skillnader. Norrbotten har under flera år, och även denna gång, redovisat högst nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare.

Skillnaden mellan Norrbottens kostnad per invånare (som är högst i landet med 22 578 kronor) och Östergötlands (som är lägst i landet med 19 334 kronor) är 3 244 kronor per invånare, vilket motsvarar cirka 804 miljoner kronor i en möjlig effektiviseringspotential. Dessa olika sätt att beskriva sjukvårdens kostnader visar hur viktigt det är med ett utjämningsystem som tar hänsyn till Norrbottens speciella förutsättningar och gör det tydligt hur viktigt det är att vid kostnadsjämförelser beakta faktorer som det enskilda landstinget inte självt kan påverka.

En stor utmaning för framtiden är att skapa förutsättningar till en ökad tillväxt i Norrbotten som genererar större skatteintäkter och gör det möjligt för landstinget att hänga med i den medicinsk-tekniska utvecklingen.

## Läkemedelsbehandling

Norrbotten ligger bättre till än riksgenomsnittet på alla redovisade indikatorer förutom några av de som avser läkemedel bland äldre. Det är viktigt att patientens totala läkemedelsbehandling omvärderas när nya läkemedelsbehandlingar påbörjas. Under 2012 kommer en förbättrad version av det elektroniska dosreceptet PASCAL som också blir integrerat i VAS. Inom primärvården planeras utökade insatser för att få en bättre uppföljning av äldre patienter utifrån ett helhetsperspektiv; bland annat samordnade läkemedelsgenomgångar. På Sunderby sjukhus pågår sedan 2010 en organiserad

läkemedelsuppföljning av äldre multisjuka patienter med apotekare involverade. Allt detta syftar till att åstadkomma en säkrare och effektivare hantering av läkemedel bland äldre.

### **31. Tio eller fler läkemedel**

Det är ett problem i sig, såväl medicinska och kostnadsmissiga som personliga, att använda många läkemedel samtidigt. Att använda tio eller fler läkemedel brukar betraktas som extremt bruk av läkemedel. Vid mätningen i december 2010 var andelen patienter i Norrbotten över 80 år som samtidigt använde tio eller fler läkemedel något över riksgenomsnittet, 12,3 procent mot 12,1 procent. En betydligt högre andel kvinnor (13,9) än män.

### **32. Läkemedelskombinationer bland äldre**

Många framför allt äldre och multisjuka använder många olika läkemedel. Men det finns kombinationer av läkemedel (så kallade D-interaktioner) som kan leda till svåra biverkningar, utebliven effekt eller i övrigt är svåra att bemästra. De bör därför undvikas. Vid mätningen i december 2010 hade 2,5 procent av patienterna i Norrbotten som är 80 år och äldre en riskfylld kombination av läkemedel – en högre andel kvinnor (2,8) än män (2,1). Det är en förbättring jämfört med tidigare mätning år 2008. Genomsnittet för riket låg på 2,6 procent.

### **33. Äldre med olämpliga läkemedel**

Användningen av vissa läkemedel innebär en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas om inte särskilda skäl föreligger.

De fyra läkemedlen/läkemedelsgrupperna är:

- Bensodiazepiner med lång halveringstid
- Läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- Smärtstillande medel innehållande tramadol
- Sömnmedel innehållande propiomazin

Vid mätningen i december 2010 var det 12,7 procent av patienterna i Norrbotten som är över 80 år som använde minst ett av dessa fyra olämpliga läkemedel; en betydligt högre andel kvinnor (14,5) än män (9,9). Rikssnittet låg på 11,9 procent.

### **34. Förekomst av antibiotikabehandling**

Det finns ett tydligt samband mellan användning av antibiotika och andelen motståndskraftiga bakterietyper. Ju mer antibiotika vi använder desto större är risken att hamna i en situation där patienter med allvarliga infektioner inte kan få effektiv behandling. Bland båda könen och sammantaget används antibiotika i lägre omfattning i Norrbotten än i riket som helhet.

### **35. Behandling av barn med luftvägsinfektion**

De flesta luftvägsinfektioner går över av sig själva. När antibiotika behövs är så kallat penicillin V att föredra, eftersom det är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. För både pojkar och flickor i Norrbotten används just detta antibiotika i betydligt högre grad än genomsnittligt för riket.

### **36. Kinoloner vid behandling av kvinnor med urinvägsantibiotika**

Kinoloner är ett antibiotika som slår brett och ska därför endast användas vid allvarliga infektioner. Det är alltså bra om kinoloner inte används i onödan. Under 2010 var andelen kvinnor 18 till 79 år som behandlades med kinoloner av alla som behandlats med urinvägsantibiotika 13,3 procent i Norrbotten. Det är en lägre andel än riksgenomsnittet.

### **37. Kombinationspreparat vid astma**

Astma har ökat de senaste 50 åren. Men modern behandling har gjort att patienterna sällan behöver läggas in på sjukhus. Så kallade kombinationspreparat ska enligt Läke­medelsverkets rekommendation inte användas innan man först provat andra astmaläkemedel. Andelen patienter som direkt satts in på kombinationspreparat är alltså ett mått på hur respektive landsting följer rekommendationen. I Norrbotten nyinsätts färre män (40,9 procent) och kvinnor (30,1) på kombinationspreparat jämfört med rikssnittet.

### **38. Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling**

Hur pass väl patienten är följsam till läkemedelsbehandlingen kan belysa kvaliteten i sjukvården och apoteksverksamheten samt samspelet dem emellan. I Norrbotten är följsamheten till behandling med blodtryckssänkande läkemedel högst i landet; åtta av tio patienter fortsätter sin behandling 18 månader efter första medicinuttaget.

## **Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård**

När det gäller graviditet och förlossning står sig Norrbotten väl, med friska barn och få bristningar trots en låg frekvens av kejsarsnitt. Sedan många år pågår ett aktivt kvalitetsarbete. Bland annat har medverkan i projektet ”Säker Förlossning” gett nya idéer som ytterligare kommer att höja en redan god kvalitet. Kostnadsnivån ligger i nivå med eller till och med under riket, vilket får betraktas som mycket bra med tanke på länets struktur.

### **42. Dödfödda**

Sedan 1970 har andelen dödfödda mer än halverats i Sverige. Norrbotten ligger på åttonde plats i riket med 3,08 dödfödda per 1 000 födda barn. Snittet i riket är 3,16. Det pågår ett fortlöpande kvalitetsarbete inom MVC och förlossningsvården med tydliga riktlinjer.

### **43. Neonatal dödlighet**

Med neonatal dödlighet avses barn som avlider inom 28 dygn efter förlossningen. Nivån speglar kvalitén på hela vårdkedjan från inskrivning på mödravårdscentral via förlossning, BB och eventuellt också barnsjukvård. Resultatet är därför svårt att analysera. Den neonatala dödligheten i Norrbotten 2005-2009 var 2,31 per 1 000 levande födda, att jämföras med rikssnittet på 1,64. Men uppgifterna bygger på små tal och skillnaderna är därför inte statistiskt säkerställda.

### **45. Apgar-poäng hos nyfödda**

Apgar är ett poängsystem för att bedöma nyföddas vitalitet fem minuter efter födseln. Norrbottens resultat har förbättrats under de senaste åren och ligger nära snittet för riket.

### **46. Bristningar vid förlossning**

Statistiken för 2005-2009 visar att Norrbotten ligger på tredje plats i riket med en betydligt lägre andel bristningar än rikssnittet. Målet är att hamna under 1,5 procent.

### **47. Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet**

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt ökar i Sverige. År 1990 var andelen 10,6 procent och år 2007 17,5. Kejsarsnitt är inte helt riskfritt för moder och barn. Ur medicinsk synvinkel bör därför kejsarsnitten hållas nere hos förstföderskor utan riskfaktorer vid okomplicerad graviditet. Norrbotten har en relativt låg andel kejsarsnitt för denna grupp

mammor och ligger på femte plats i riket. Framför allt Sunderby sjukhus har bedrivit ett aktivt arbete för att förlösa rätt mammor med kejsarsnitt och motsvarande insatser kommer under 2012 att göras vid Gällivare sjukhus som har en högre frekvens kejsarsnitt.

#### **48. Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning**

Kejsarsnitt, som utförs på operationssal, är starkt kostnadsdrivande. 2008 kostade kejsarsnitten på de 27 sjukhus som ingick i undersökningen i medeltal drygt 46 000 kronor, medan en vanlig förlossning kostade mindre än hälften i genomsnitt. I Norrbotten låg kostnaden per vårdtillfälle för en förlossning (inklusive kejsarsnitt) på 25 988 kronor vid Gällivare sjukhus och 25 287 vid Sunderby sjukhus.

## **Kvinnosjukvården ligger fortsatt bra till**

Generellt sett ligger Norrbotten bra till i fråga om kvinnosjukvården. Det finns inga alarmerande skillnader jämfört med riket som kräver djupare analyser fränsett den låga andelen kontinenta efter inkontinensoperation. Under 2012 kommer arbetet med kvinnosjukvårdens huvudprocesser att intensifieras för att ytterligare stärka effektivitet och säkerhet.

#### **49-51. Borttagande av livmoder**

Att ta bort livmodern är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Andelen som behöver återinläggas på sjukhus för behandling är en indikator på patientsäkerheten för kvinnosjukvården. Under perioden 2000-2010 återinskrevs endast 1,69 procent av de opererade kvinnorna i Norrbotten på grund av komplikationer. Det är en förbättring jämfört med föregående mätperiod och en mindre andel än i riket som helhet.

En hög andel (72 procent) av kvinnorna var komplikationsfria efter operationen och 92,5 procent var nöjda med resultatet ett år efter borttagandet av livmodern. Patientnöjdheten är hög i en riksjämförelse.

#### **57. Kostnad för livmoderoperation**

Under 2010 hade Sunderby sjukhus den lägsta kostnaden per vårdtillfälle i landet (35 177) i fråga om borttagande av livmoder. Däremot var motsvarande kostnad vid Gällivare sjukhus (55 018) i paritet med rikssnittet. Enheten i Gällivare är liten och jämförelsen blir därför inte riktigt relevant.

#### **52-53. Operation av framfall**

Andelen kvinnor i Norrbotten som ansåg att de var komplikationsfria efter operationen och ett år efter operationen är något lägre än i riket som helhet. Detta beror sannolikt på något för generösa indikationer för operation i kombination med ospecifika symtom. Nya rutiner och förbättrad patientinformation har tagits fram under 2011.

#### **55. Patientens bedömning av inkontinensoperation**

Norrbotten ligger sämst till i Sverige i fråga om patientens bedömning av resultatet av inkontinensoperation. Endast 49 procent av kvinnorna som opererades under 2009 uppgav att de var kontinenta. En förklaring kan vara att en hög andel med blandinkontinens opereras i Norrbotten, där man inte kan förvänta sig full kontinens efter operationen. Under 2011 har nya rutiner och ny patientinformation tagits fram. Dessutom erbjuds så kallade periuretrala injektioner till patienter med svåra läckage som inte är möjliga att operera.

### **56. Dagkirurgisk operation av livmoderframfall**

År 2010 opererades cirka 6 500 kvinnor för livmoderframfall. Diagnosen är bred och har olika svårighetsgrader. De olika svårighetsgraderna är avgörande för hur stor andel av operationerna som kan ske i dagkirurgi. Andelen operationer i dagkirurgi har ökat i riket sedan förra året, medan det skett en minskning i länet. För att klara förväntat ökade volymer krävs att andelen operationer i dagkirurgi höjs.

## **Rörelseorganens sjukdomar, en dyr post i sjukvården**

Sjukdomar och problem med rörelseorganen är den vanligaste anledningen till smärta, minskad arbetsförmåga, långtidssjukskrivning och sjukpensioneringar. En tredjedel av all ohälsa och sjukfrånvaro beror på problem med rörelseorganen och kostar samhället stora summor årligen. Enbart sjukskrivning på grund av artros belastar sjukförsäkringssystemet med 1,4 miljarder kronor årligen.

### **58-61. Knä- och höftprotesoperation**

Resultaten vid operation av knä- och höftprotes håller en mycket jämn nivå i hela landet och en hög internationell standard. Andelen höftoperationer som inte behöver omopereras inom tio år är hög (96,8 procent) i Norrbotten. När det gäller höftprotesoperationer är motsvarande siffra 94,3 procent. Båda siffrorna ligger nära genomsnittet för riket. Operationerna av knä- och höftprotes går för det mesta mycket bra. Så kallade ”oönskade händelser” inträffar sällan och Norrbotten ligger i detta avseende betydligt under medelvärdet för riket.

### **64. Väntetid inför operation av höftfraktur**

Alla höftfrakturer förs till akutsjukhus och opereras. Studier har visat att en fördröjning av operation till mer än 24 timmar kan leda till ökad dödlighet. Väntetiden till operation efter ankomst till sjukhus är bland de kortaste i riket, men det finns fortfarande förbättringspotential.

### **65. Protesoperation vid höftfraktur**

Tidigare har brott på lårbenshalsen vanligen åtgärdats genom spikning. Det är en snabb operation, men som har hög frekvens av komplikationer. Flera studier visar att insättande av höftprotes ger ett betydligt bättre resultat med mindre än 10 procent misslyckade fall, jämfört med 40-50 procent efter spikning. Behandlingsmodellen i Sverige har därför ändrats det senaste decenniet. Även i Norrbotten skiftades behandlingsstrategin snabbt. På Sunderby sjukhus, som tar hand om merparten av höftfrakturerna, opererades 65,9 procent med protes.

### **65. Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur**

Norrbotten ligger bland de sämre i landet då det gäller i vilken utsträckning (75,4 procent) patienterna kan återvända till sitt ursprungliga boende fyra månader efter operation. Siffran måste tolkas med försiktighet. Dels så har registreringen i detta register inte pågått länge och dels så är utfallet beroende på hur primärkommunen organiserar omsorgen.

### **71. Titthålskirurgi i knäleden**

Såväl i Sverige som internationellt pågår en diskussion om lämpligheten att använda titthålskirurgi i knäleden vid smärttillstånd som beror på artros eller vid meniskskada. Ett



flertal studier visar att ingreppet saknar patientnytta. I Norrbotten är antalet operationer med titthålskirurgi i knäled vid artros eller meniskskada förhållandevis lågt i en riksjämförelse. Arbetsätt och rutiner ses kontinuerligt över för att ytterligare minska volymen.

### **73. Biologiska läkemedel vid reumatism**

Nya, biologiskt framställda läkemedel, som injiceras eller ges som dropp, har mycket positiv inverkan på sjukdomen. Möjligheten att få denna behandling är ett viktigt mått på vårdkvalitet för patienter med reumatoid artrit. I januari 2010 låg Norrbotten sämst till av alla landsting; endast 12,9 procent av patienterna behandlades med biologiska läkemedel, jämfört med rikssnittet på 20,4 procent. En viktig förklaring är att inte alla patienter ingår i registret. Rutinerna håller på att ses över för att öka täckningsgraden till 100 procent.

### **74. Effekt vid behandling med biologiska läkemedel**

Effekten mäts via ett index som väger samman fyra variabler; en kombination av professionell bedömning och patientens egen uppfattning. Detta så kallade DAS-index visar att Norrbotten ligger i linje med riksgenomsnittet.

### **76-77. Kostnad för höft- och knäprotesoperation**

År 2010 låg kostnaden per vårdtillfälle för en höftprotesoperation i spannet 69 479 kronor (Piteå älvåldals sjukhus) och 91 230 kronor (Sunderby sjukhus). Riksmedeltalet var 74 937 kronor. Sunderbyn sjukhus höga kostnad beror på att de mest komplicerade och dyraste patienterna opereras där. Motsvarande uppgifter för knäprotesoperation var 66 049 kronor för Piteå älvåldals sjukhus och 69 279 kronor för Gällivare sjukhus. Genomsnittskostnaden för riket var 70 347 kronor.

## **Diabetesvårdens statistik ännu inte helt tillförlitlig**

Cirka fyra procent av befolkningen bedöms ha diabetes. 85-90 procent har vuxendiabetes (typ 2-diabetes), övriga har diabetes av typ 1, barn- och ungdomsdiabetes. Nationella diabetesregistret, NDR, är en informationsbank som samlar data om diabetespatienter i hela landet. I "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet" redovisas åtta indikatorer för diabetesvården i Sverige. Sex är baserade på data från NDR som inhämtas både från medicinkliniker och från primärvården.

År 2010 bedöms deltagandegraden av registret vara cirka 70 procent, med stora variationer mellan landstingen. Vid den förra rapporteringen var täckningsgraden för Norrbottens del under 50 procent. Diabetesstatistiken, som bygger på NDR, är därför inte tillförlitlig för Norrbottens del. Numera är de flesta vårdenheter anslutna till registret och fortsättningsvis kommer information om diabetesvårdens utveckling i länet att bli säkrare. Ett område att utveckla inom diabetesvården är att förbättra läkarstödet på länsdelssjukhusen.

### **79. Måluppfyllelse för blodsocker vid typ 1-diabetes**

År 2010 var det 14,7 procent av patienterna som nådde målet för blodsockervärdet, med stor skillnad mellan kvinnor (16,3) och män (13,6). Riksgenomsnittet totalt var 16,1 procent. Kontinuerlig uppföljning är viktig och måste prioriteras ytterligare av teamen.

### **81. Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes**

År 2010 var det 41,2 procent av patienterna som nådde målet för blodtryck, med oförklarligt stor skillnad mellan kvinnor (49,8) och män (35,0). Riksgenomsnittet totalt var 45,6 procent. Även här krävs en bättre uppföljning speciellt riktad mot männen.

### **84. Amputation vid diabetes**

Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes. I förlängningen kan detta leda till amputation. I Norrbotten amputerades 2,63 av 1 000 patienter med diabetes mellan åren 2007-2010 (gäller läkemedelsbehandlade patienter över 40 år). Det bör observeras att måttet inte speglar kvaliteten i dagens diabetesvård, utan snarare den vård som gavs för 5-10 år sedan. Satsningen på multidisciplinärt fotteam förväntas ge goda resultat.

## **Norrbotten har höga dödstal i hjärtinfarkt**

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste orsaken till död i Sverige, med akut hjärtinfarkt som den mest frekventa diagnosen. Vården av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar under den senaste tioårsperioden, vilket avsevärt har minskat dödligheten i hela riket. Men i Norrbotten är andelen som dör i hjärtinfarkt bland de högsta i landet för båda könen.

### **86. Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus**

En stor del av de som dör av hjärtstopp avlider redan innan ankomst till sjukhus. Den viktigaste åtgärden för överlevnad är tidig behandling med så kallad hjärtstartare. Sannolikheten att överleva ökar dramatiskt om andning och cirkulation kan hållas igång med hjärt-lungräddning (HLR). Under mätperioden 2009-2010 var 13,5 procent av norrbottningarna vid liv 30 dagar efter hjärtstopp med påbörjad HLR. Det är den bästa noteringen av alla landsting.

### **87. Dödlighet efter hjärtinfarkt**

Risken att dö inom 28 dagar efter hjärtinfarkt är ett etablerat mått på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet. Måttet mäter kvaliteten i hela vårdkedjan. Dödligheten inom 28 dagar efter hjärtinfarkt minskar stadigt i hela landet. Norrbotten tillhör de landsting som har de högsta dödstalen både för kvinnor (29,3 procent) och män (31,7 procent). Skillnaden i dödlighet mellan könen har minskat kraftigt.

### **88. Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt**

Detta mått mäter kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården på sjukhus. Bland samtliga sjukhusvårdade patienter i Sverige med hjärtinfarkt åren 2008-2010 dog drygt tretton procent inom 28 dagar och en tredjedel inom ett år. För Norrbottens del var andelen döda inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt högst i landet för män (15,8 procent) och näst högst för kvinnor (15,5 procent), med mycket liten skillnad mellan könen.

### **89. Ny infarkt eller död i hjärtsjukdom inom ett år**

Norrbotten har den högsta andelen patienter (15,9 procent) som får ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom ett år efter utskrivning från sjukhus.

### **90, 91. Behandling vid hjärtinfarkt**

Cirka 17 procent av alla som får hjärtinfarkt har behov av omedelbart öppnande av kranskärlen; så kallad reperfusionsbehandling. Det kan röra sig om PCI (ballongsprängning), trombolys och akut bypass-operation. PCI är idag den helt dominerande behandlingen. Från vecka 40 år 2011 är PCI-verksamheten fullt utbyggd och i drift dygnet runt på Sunderby sjukhus. Trombolys väljs i de fall PCI inte kan genomföras inom 90 minuter. Andelen patienter i Norrbotten som under 2010 fick reperfusionsbehandling var näst lägst i hela landet (77,3 procent). Något mindre än hälften av patienterna behandlades enligt tidsmålet.

#### **94. Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt**

Efter en hjärtinfarkt är höga nivåer för blodtryck och kolesterol starka riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. I Norrbotten får patienterna i hög grad (åtta av tio) blodfettssänkande behandling och andelen ligger något under genomsnittet för hela landet.

## **Strokesjukvården allt bättre**

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och den tredje vanligaste dödsorsaken. Cirka tre fjärdedelar av de som drabbas är över 65 år.

#### **103. Dödlighet efter förstagångsstroke**

Andelen som dog i stroke inom 28 respektive 90 dagar var högre i Norrbotten jämfört med riket som helhet, både bland män (22,2 procent) och kvinnor (23,4 procent) under perioden 2008-2010.

#### **104. Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke**

Av de sjukhusvårdade strokefallen under perioden 2008-2010 avled 16,3 procent av männen inom 28 respektive 90 dagar och 15,6 procent av kvinnorna. Männens dödstal är det näst sämsta av alla landsting. Kvinnornas tal ligger också klart över genomsnittet för riket. Variationen mellan sjukhusen i länet är stor men statistiken kan vara missvisande på grund av litet underlag.

Siffrorna för dödlighet i stroke speglar problemet med hjärt-kärlsjukdom i Norrbotten.

Arbetet med tidigt insatt primärprevention hos befolkningen kan förväntas få positiva effekter på lång sikt.

#### **105. Vård vid strokeenhet**

En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning som enbart arbetar med strokepatienter och har personal med särskild kompetens. 2010 vårdades över 90 procent av Norrbottens strokepatienter på särskild strokeenhet, som finns på alla sjukhus. Det är den näst högsta andelen av alla landsting.

#### **106. Trombolysbehandling**

Norrbotten har en väl fungerande trombolysverksamhet, trots de stora avstånden. En broschyr för allmänheten "Akut stroke" har spridits brett med information om strokesymtom och tidsfaktorns betydelse.

#### **108. Blodförtunnande behandling**

En betydligt högre andel patienter i Norrbotten (72,1 procent) får blodförtunnande behandling vid förmaksflimmer jämfört med genomsnittet för riket (65,8 procent).

### **110. Återinsjuknande efter stroke**

I Norrbotten fick cirka 10 procent av patienterna en ny stroke inom ett år. Det är i paritet med riksgenomsnittet. Statistiken bygger på uppgifter mellan åren 2005-2009.

### **111. Funktionsförmåga efter stroke**

I Norrbotten var nära åtta av tio patienter oberoende av andra för sin dagliga livsföring tre månader efter akutfasen – uppgifterna avser år 2010. Det är en förbättring mot tidigare mätning, men fortfarande något sämre än rikssnittet. Skillnaderna mellan sjukhusens strokeenheter är stor, men en likvärdig uppföljning håller på att introduceras.

### **112. Nöjda med sjukhusvården**

96,5 procent av norrbottningarna var år 2010 nöjda eller mycket nöjda med strokevården på sjukhusen.

## **Njursjukvården långsamt bättre**

Drygt fyra procent av den svenska befolkningen har påtagligt nedsatt njurfunktion. För mer parten är detta inget omedelbart hot. Endast en mindre del drabbas av så allvarlig njursvikt att dialys eller transplantation blir nödvändig för fortsatt överlevnad.

Drygt hälften av de behandlade patienterna i så kallad aktiv uremivård är njurtransplanterade, medan resten dialyseras. Njurtransplantation är den bästa behandlingen, med hög livskvalitet och låg risk att dö.

De indikatorer som redovisas för njursjukvården har Svenskt Njurregister som källa. Det bör observeras att värdena i Öppna Jämförelser inte riktigt speglar dagens verksamhet.

Dialysbristen i början av 2000-talet kommer att ge negativt genomslag i statistiken i ytterligare ett antal år.

### **114. Nya patienter i aktiv uremivård**

Aktiv uremivård är det samlade begreppet för dialysvård och njurtransplantation. Antalet patienter som årligen påbörjar aktiv uremivård är ett av njursjukvårdens viktigaste mått. Norrbotten ligger betydligt över rikssnittet när det gäller nya patienter i aktiv uremivård, både bland kvinnor och män. Antalet nyupptagna i behandling kan inte likställas med sjukdomsförekomst, men uppgiften speglar ändå länets befolkningsprofil med hög och stigande medelålder samt tillgängligheten till behandling. Vad tillgängligheten beträffar kommer den att ytterligare förbättras under hösten 2012 då ny dialysavdelning kommer att öppnas i Kiruna.

2008 fastställdes en länsstrategi för ”God njursjukvård i Norrbotten” som bland annat resulterade i en handlingsöverenskommelse med primärvården med fokus på preventiv njursjukvård – ett viktigt steg för att tidigt uppmärksamma njursvikt och kunna ge adekvata råd om behandling.

### **115. Risk för död i dialysbehandling**

Risken för dialyspatienter att dö är i grova drag tio gånger högre än den för transplanterade patienter. I Norrbotten ligger dödligheten över riksgenomsnittet. Direkta jämförelser med 2010 års data kan inte göras på grund av förändrade statistikmetoder, men i tidigare Öppna jämförelser har länet legat absolut sist i riket vad gäller överlevnadsdata. Den stora skillnaden mellan män (1,19 procent) och kvinnor (1,01 procent) ska analyseras vidare.

### **116. Andel patienter som når dialysmålet**

Norrboten ligger fortfarande klart under genomsnittet för landet då det gäller andelen patienter som når dialysmålet även om det skett en viss förbättring jämfört med föregående mätning – 71,4 procent 2010 mot 70,4 procent 2009. Norrbottens svaga position kan förklaras med långa resvägar till dialys samt bristande läkarresurser vid dialysavdelningarna.

### **117. Hur utförs bloddialysen**

Bästa sättet att utföra bloddialys är att använda patientens egna blodkärl (AV-fistel) eller använda ett syntetiskt material (AV-graf). Det minskar infektionsrisken jämfört med dialyskateter. Målet är att 70-80 procent av patienterna ska ha fistel eller graf. Rikssnittet för användandet av fistel/graf för kvinnor är 60 procent och i Norrbotten 72 procent. Motsvarande siffror för män är 71,3 respektive 82,4. Norrbotten har sedan flera år tillbaka en placering långt över rikssnittet.

## **Cancersjukvård med förhållandevis goda resultat**

Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärt-kärlsjukdom. Varje år får över 50 000 patienter diagnosen. Men många överlever tack vare bättre diagnostisering och utvecklade behandlingsmetoder. Kvalitén på behandling och handläggning av tjocktarmscancer hos både kvinnor och män har förbättrats i Norrbotten. Sjukdomen handläggs idag endast vid Sunderby sjukhus. Det bör ge avtryck i kommande mätningar.

### **119, 122, 125. Överlevnad vid cancersjukdom**

För både *tjocktarms-* och *ändtarmscancer* har Norrbotten totalt sett en något lägre 5-årsöverlevnad än genomsnittet för riket. Det beror i huvudsak på att överlevnaden för kvinnor med ändtarmscancer är påtagligt sämre. I registret för ändtarmscancer, där man endast registrerar överlevnad på patienter som opererats, har Norrbotten däremot mycket bra resultat. Det kan indikera att patienterna möjligen kommer sent eller inte alls till behandling.

Norrboten har den högsta 5-årsöverlevnaden i riket för *bröstcancer*. Frekvensen omoperationer är låg och Norrbotten har rikets kortaste ledtider för bröstcancer. De goda resultaten beror på ett målinriktat arbete för att skapa en god struktur i hela vårdkedjan. Kostnaden för bröstcanceroperationer i Norrbotten är sex procent lägre än rikssnittet.

*Lungcancer* är den tumörsjukdom som tar flest liv i Sverige. Sjukdomen är svår att behandla och andelen som blir botade är mycket lite för båda könen. Insjuknandet har ökat bland kvinnorna sedan början av 1970-talet, medan det hos männen har skett en 30-procentig minskning sedan början av 1980-talet. För Norrbottens del låg 1-årsöverlevnaden vid lungcancer över riksgenomsnittet under mätperioden 2003-2009; nästan hälften av patienterna (gäller båda könen) var vid liv ett år efter fastställd diagnos. Det förhållandevis goda resultatet kan tillskrivas en god struktur för cytostatikabehandlingen i länet samt ett förbättrat samarbete (bland annat videokonferenser) med Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

### **120. Omoperation vid tjocktarmscancer**

Under mätperioden 2007-2009 omopererades 5,6 procent av norrbottenspatienterna med tjocktarmscancer inom trettio dagar. Det är den tredje lägsta andelen i hela landet, men siffrorna döljer en stor skevhet mellan könen i Norrbotten; frekvensen för kvinnorna är mycket låg (1,2 procent) jämfört med männen (8,8 procent). Skillnaderna kan inte förklaras med olika

behandlingsrutiner etc utan är mer uttryck för slumpvariation beroende på ett litet statistiskt underlag. Kostnaden för operationerna i Norrbotten är 10 procent lägre än riksgenomsnittet vilket delvis beror på att vårdtiderna är kortare i Norrbotten.

### **123. Omoperation vid ändtarmscancer**

Under mätperioden 2005-2009 omopererades 11 procent av norrbottenspatienterna med ändtarmscancer inom trettio dagar. Det är i nivå med genomsnittet i riket. Kostnaden för operationerna i Norrbotten är 27 procent lägre än riksgenomsnittet vilket delvis beror på att vårdtiderna är kortare i Norrbotten.

### **121, 124. Avlidna efter operation för tjocktarms- och ändtarmscancer**

Norrbotten har låg dödlighet inom 30/90 dagar efter operation för tjocktarmscancer. Det gäller i synnerhet bland kvinnor. Andelen avlidna efter operation för ändtarmscancer är däremot högre i Norrbotten än rikssnittet och här är dödstalet för kvinnor betydligt högre än för män.

### **133. Kurativ behandling vid prostatacancer**

Var tionde man får sjukdomen under sin livstid och hälften av alla fall är under 69 år. Män med mellan- och högrisktumörer i prostatan brukar erbjudas kurativ behandling därför att risken att dö är betydligt större än vid lågrisktumörer. Andelen patienter i Norrbotten som fick kurativ behandling (operation eller strålning) låg nästan nio procentenheter lägre än riksgenomsnittet under 2009. Skillnaden är under observation, men inga specifika åtgärder planeras.

### **134. Väntetid till beslut om behandling vid huvud- och halscancer**

Väntetiden från remissankomst till beslut om behandling är lägre i Norra sjukvårdsregionen än genomsnittet för riket. Siffran för Norrbotten (41 dagar), Jämtland (48 dagar) och Västernorrland (55 dagar) är också något lägre än för Västerbotten (36 dagar), vilket beror på att hela behandlingen av öron-näsa-halscancer sker vid Universitetssjukhuset i Umeå. Det gör att vårdkedjan för patienter boende i Västerbotten blir kortare än för övriga patienter boende i den Norra sjukvårdsregionen.

## **Psykiatrisk vård har bra resultat**

Generellt sett så står sig den psykiatriska vården i länet bra i en riksjämförelse. För flera av de indikatorer för psykiatrin som redovisas i Öppna Jämförelser ligger Norrbotten på snittnivå i riket eller bättre. Särskilt glädjande är att vårdgarantin för besök inom barn- och ungdomspsykiatrin uppfylls till 100 procent.

### **5. Självmord**

Antalet personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framför allt bland män, men självmord är fortfarande betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. I Norrbotten åren 2008-2010 var självmordsfrekvensen 14,5 fall per 100 000 invånare, 20,3 för män och 8,8 för kvinnor. Det är en liten ökning från tidigare mätperiod (13,7).

### **135. Regelbunden behandling med sömnmedel/lugnande medel**

Regelbundet långtidsbruk av så kallade bensodiazepiner kan ge oönskade biverkningar. Därför är det viktigt att inte slentrianmässigt förskriva dessa läkemedel. Under 2010 var

antalet personer i åldrarna 20-79 som regelbundet använde lugnande medel/sömnmedel näst lägst i landet i Norrbotten, per 100 000 invånare.

### **136. Tre eller fler psykofarmaka bland äldre**

Samtidig behandling med många psykofarmaka ökar risken för biverkningar och kan vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Vid mättillfället den 31 december 2010 hade Norrbotten den näst lägsta andelen 80-åringar och äldre i landet som använde tre eller fler psykofarmaka. Det är ett bra resultat med tanke på att de risker (dåsighet och fall) som finns med långtidsbehandling med psykofarmaka.

### **137. Användning av lämpliga sömnmedel till äldre**

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att medlen får en förlängd verkan och att det byggs upp alltför höga nivåer i kroppen med risk för negativa biverkningar. Vid behandling av sömnbesvär är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Norrbotten redovisade vid mättillfället i december 2010 en betydligt lägre andel användare av lämpliga sömnmedel jämfört med riket som helhet, 43,3 procent mot 53,1 procent.

### **138. Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos**

Om personer som tidigare vårdats i slutenvård med en psykiatrisk diagnos får ett bra omhändertagande i den öppna somatiska vården, så kan "onödiga" inläggningar på sjukhus undvikas. År 2010 var dessa "onödiga" inläggningar i Norrbotten något högre än genomsnittet för riket, men uppgiften måste tolkas med stor försiktighet beroende på en rad lokala förutsättningar (tillgång till vårdplatser, variationer i diagnosättning och registrering). Under alla omständigheter krävs en bättre samordning med primärvården.

### **139. Återinskrivning inom en månad av patienter med schizofreni**

Måttet "återinskrivning av patienter med schizofreni inom en månad" kan ge en indikation om kvaliteten i slutenvården. En alltför tidig utskrivning kan äventyra den fortsatta vården, men måttet är inte någon ensidig sanning. Sammantaget för män och kvinnor var återinskrivningen låg i Norrbotten jämfört med riket som helhet under perioden 2007-2010. Skillnaderna mellan kvinnor och män har minskat jämfört med föregående mätning.

### **140. Återinskrivning inom sex månader av patienter med schizofreni**

Måttet "återinskrivning inom sex månader" belyser kvalitén i öppenvården samt kommunens insatser och samspelet dem emellan. Norrbottens siffror ligger i paritet med riksgenomsnittet, 37,3 procent mot 37,4 procent.

### **141. Följsamhet till behandling vid manodepressiv sjukdom**

Förebyggande behandling med litium används för att förhindra återfall bland patienter som är manodepressiva. I Norrbotten behandlades åtta av tio patienter regelbundet med litium under mätperioden 2009-2010; variationen mellan landstingen är mycket måttlig.

### **144. Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård**

År 2010 återföll 22,8 procent av patienterna i rättspsykiatrisk vård i Norrbotten i brottslig gärning. Det är betydligt högre andel än riksgenomsnittet på 15 procent. Uppgifterna baseras på personalens observationer eller patientens eller annans berättelse, inte på samkörning med brottsregistret, och måste därför tolkas med stor försiktighet.

# Kirurgin bra till i riksjämförelse

Under denna rubrik redovisas 17 indikatorer, varav sju är helt nya. Generellt står sig den kirurgiska verksamheten i länet bra i en riksjämförelse vad beträffar kirurgisk behandling. För samtliga undersökta parametrar i Öppna Jämförelser ligger Norrbotten på snittnivå i riket eller bättre.

## **146, 147. Operation av ljumskbråck**

Operation av ljumskbråck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. Cirka 90 procent av operationerna utförs på män. Operationen kan oftast göras i dagkirurgi. 2010 utfördes 83,6 procent av operationerna i Norrbotten på det sättet, vilket är betydligt över riksgenomsnittet på 77,4 procent. Operationerna går oftast bra, endast en mindre andel (cirka 2 procent) behöver omopereras. Operationskostnaden är cirka 7 procent högre än riksgenomsnittet. En närmare analys av orsakerna till detta kommer att göras.

## **149, 150. Operation av fetma**

Antalet patienter som opereras för svår fetma ökar påtagligt. Tre av fyra opererade är kvinnor. I Norrbotten utförs dessa operationer numera endast vid Sunderby sjukhus. Alla patienter registreras i det nationella kvalitetsregistret. I Norrbotten har 75 procent av patienternas övervikt försvunnit ett år efter operationen; kvinnornas övervikt (76,7 procent) mer än männens (68,8 procent). Landstingets kostnad för obesitasoperationer är cirka 11 procent högre än genomsnittet för riket. Det beror till största delen på att patienterna haft lång postoperativvård. Vårdprocessen har setts över vilket kommer att sänka kostnaderna med cirka 10 000 kronor per vårdtillfälle.

## **151-153. Borttagande av gallblåsa**

När gallblåsan ska tas bort är så kallad titthålskirurgi (miniinvasiv teknik) att föredra framför öppen kirurgi. Det minskar risken för komplikationer. I Norrbotten var andelen som opererades med den mer skonsamma tekniken förhållandevis hög 2010, betydligt högre för kvinnor (87,8 procent) än för män (68,8 procent).

När det gäller kirurgiska komplikationer inom 30 dagar har kvinnorna dubbelt så hög komplikationsfrekvens än männen. Totalt sett ligger länet dock långt under genomsnittet för riket.

Studier visar att förebyggande behandling med antibiotika minskar risken för infektioner vid planerade galloperationer. Andelen patienter som 2010 fick antibiotikabehandling före operationen var nästan 20 procent i Norrbotten med en oförklarligt stor skillnad mellan kvinnor (10,8 procent) och män (33,8 procent).

Kostnaden för galloperation är 8 procent lägre än genomsnittet för riket. En förklaring kan vara att vårdtiden är kortare i Norrbotten.

## **157. Död efter planerad operation för pulsåderbråck**

Norrbotten har den lägsta andelen döda inom 90 dagar efter planerad operation för pulsåderbråck, endast 1,56 procent.

## **159-160. Operation av sned nässkiljevägg/halsmandlar**

Så kallad setumplastik utförs till 80 procent på män. Statistik från 2009-2010 visar att nästan 85 procent av patienterna i Norrbotten var helt eller ganska nöjda sex månader efter operationen. Det är den tredje högsta siffran i landet. Det goda resultatet beror på att alla operatörer i länet använder samma teknik vilket ger förutsägbara resultat och dessutom



underlättas utbildningen av ST-läkare. Ytterligare en viktig faktor är att ingreppen utförs av ett relativt begränsat antal operatörer. Jämfört med riket som helhet så ligger Norrbotten extremt lågt när det gäller andel operationer som utförs i dagkirurgi; utvecklingsprojekt pågår för att öka andelen. Detsamma gäller för tonsilloperationer (borttagande av halsmandlar).

### **161, 162. Operation av grå starr**

Patientens synskärpa på det bästa ögat vid tidpunkten för operationen är ett mått på tillgänglighet till gråstarroperation i de olika landstingen. Statistik från 2010 visar att landstinget i Norrbotten opererar patienter med marginellt sämre syn än genomsnittet för riket. 85 procent av patienterna i Norrbotten upplevde att de fått en förbättrad syn tre månader efter operationen. Det är i och för sig ett bra resultat, men ändå den sämsta noteringen i landet.

## **Intensivvård i framkant**

Intensivvårdsavdelningen vid Sunderby sjukhus sänder sedan 2010 in data till Svenskt Intensivvårds Register (SIR), som är ett öppet nationellt kvalitetsregister. Den faktiska överlevnaden vid Sunderby sjukhus intensivvårdsavdelning är bättre än den förväntade och resultaten är mycket goda i en jämförelse med andra intensivvårdsavdelningar i Sverige. Rapporteringen till SIR är relativt ny för Sunderby sjukhus och utvecklas fortlöpande med avseende vilka patienter som inkluderas och vilka parametrar som registreras. Intensivvårdsavdelningarna vid sjukhusen i Piteå och Gällivare har nyligen börjat rapportera uppgifter till SIR och finns därför inte med denna gång.

## **Annan vård**

### **166. Viruskontroll vid HIV**

Obehandlad HIV-infektion leder till AIDS och döden. Men med modern livslång behandling har den drabbade normal förväntad livslängd. I Norrbotten hade 95,1 procent av patienterna god viruskontroll vid mättillfället i april 2011. Det är den tredje bästa noteringen i landet. Länet ligger klart över kvalitetsregistrets mål om att 90 procent av alla behandlade HIV-patienter ska ha så låga virusnivåer i blodet att de inte går att spåra.

### **167. Smärtskattning under sista levnadsveckan**

I Norrbotten skattades 12,9 procent av de döendes smärta med ett validerat (kvalitetssäkrat) smärtskattningsinstrument. Det är i och för sig en hög andel jämfört med andra landsting, men långt ifrån målet, enligt Svenska palliativregistret, som är att smärtskattningsinstrument ska användas för alla döende.

### **168. Ordination av morfin i livets slutskede**

God vård i livets slutskede innebär bland annat att det finns individuellt anpassade ordinationer i händelse av smärtgenombrott. Målet enligt Svenska palliativregistret är att 90 procent av patienterna ska ha ordination för smärstillande behandling. Norrbotten når i stort

sett upp till målet med 89,7 procent. Inom cancervården i länet har 94,8 procent av patienterna en individuell ordination av stark opioid.

### **169. Brytpunktssamtal i livets slutskede**

God vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom har nått en punkt där såväl botande som bromsande behandling avslutas. Det sker via ett så kallat brytpunktssamtal. I Norrbotten genomfördes sådana samtal med 30,1 procent av patienterna i livets slutskede under mätperioden januari-juni 2011; genomsnittet i riket var 36,6 procent. Målet enligt Svenska palliativregistret är att brytpunktssamtal ska genomföras i samtliga fall.

I Norrbotten har denna fråga varit i fokus under två år och ett flertal utbildningar är genomförda.

## **Mått på produktivitet används aktivt i Norrbotten för att stärka vården**

Ett av de viktigaste måtten som används nationellt för att jämföra produktivitet inom sjukvården är kostnad per DRG-poäng. Det svenska DRG-systemet är en klassificering av diagnoser och tillhörande vårdinsatser. Olika diagnoser får olika vikt eller poäng beroende på hur resurskrävande insatserna är. Uppgifter om kostnader hämtas från KPP-databasen (kostnad per patient) som merparten av alla sjukhus i landet levererar indata till.

Målet i Norrbotten är att kostnaden inte ska överstiga kostnaden i den nationella KPP-databasen för läns- och länsdelssjukhus i riket.

I Norrbotten används uppgifterna målmedvetet för att identifiera kostnadsskillnader inom länet och mellan länet och riket i övrigt. Det yttersta syftet är att leda och styra vårdprocesser för att få en kostnadseffektiv verksamhet.

### **Kostnad för slutenvård vid länets sjukhus jämfört med riket som helhet**

(Här ska det in ett stapeldiagram)

En jämförelse av kostnaderna för slutenvården vid länets sjukhus visar att sjukhusen i Gällivare och Kiruna har en högre produktionskostnad än snittkostnaden för riket som helhet. I Gällivare och Kiruna är kostnaderna högre inom alla specialiteter, vilket i hög grad beror på relativt låga volymer (smådriftsnackdelar). Barnsjukvården i Gällivare, som avviker mest, kräver viss basbemanning dygnet runt för att klara uppdraget trots låg volym patienter. I Kiruna beror den höga kostnadsnivån delvis på långa vårdtider. Brister i samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal omsorg leder många gånger till ”onödiga inläggningar” samt att utskrivningsklara patienter får ligga kvar i väntan på kommunalt boende.

### **Kostnadsjämförelser av diagnosgrupper vid länets sjukhus jämfört med riket som helhet – Norrbotten i förhållande till riket som helhet**

(Här ska det in två stapeldiagram som visar utfallet för de största vårdprocesserna inom divisionerna ”Opererande” respektive ”Medicin”).

# Utvecklingsområden i den norrbottniska hälso- och sjukvården

Resultaten från 2011 års upplaga av ”Öppna Jämförelser” (ÖJ) visar att hälso- och sjukvården i Norrbotten står sig väl jämfört med andra landsting. Så är fallet inom strategiskt viktiga områden som kirurgi, kvinnosjukvård inklusive förlossning samt psykiatri. Dessutom kan noteras att läkemedelshandlingen generellt fungerar bra och att tillgängligheten avsevärt förbättrats. Vårdbarometern, som visar befolkningens egna synpunkter, visar också att fyra av fem norrbottningar tycker att de får den vård de behöver.

Men det finns även områden där kvaliteten och effektiviteten kan förbättras. I detta avslutande kapitel beskrivs dessa. Valet av områden har sin grund i direkta uppgifter från ”Öppna Jämförelser” eller slutledningar från sammanvägningar av flera indikatorer i rapporten. Dessutom lyfts vissa ”blinda fläckar” fram som över huvud taget inte finns med i SKL:s och Socialstyrelsens rapport.

Avsikten, i linje med Regeringens överenskommelse med SKL, är att de egna analyserna ska bli en tydligare del i den strategiska styrningen för att göra hälso- och sjukvården bättre och effektivare.

## Undvikbar slutenvård

I Öppna Jämförelser redovisas ett mått på undvikbar slutenvård. Det bygger på antagandet att om patienter får ett bra omhändertagande i den öppna vården så kan ”onödiga” inläggningar på sjukhus undvikas. De diagnoser som valts ut ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller långvariga åkommor. De kroniska tillstånd som ingår i studien är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk obstruktiv sjukdom och kärlekskramp. Dessutom ingår några akuta tillstånd, där rätt behandling inom rätt tid kan förhindra inläggning på sjukhus. De tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner.

För både män och kvinnor är undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare i Norrbotten högre än genomsnittet för riket:

	<b>Norrbotten</b>	<b>Riket</b>
Män	1391	1306
Kvinnor	1167	1048
<b>Totalt</b>	<b>1259</b>	<b>1157</b>

Skillnaderna mellan kommunerna är betydande. I tabellen nedan redovisas andelen slutenvårdstillfällen som klassas som undvikbara enligt den definition som används både i Öppna Jämförelser och annan nationell uppföljning. Uppgifterna gäller personer som är 65 år och äldre år. Detta är en indikator som fortlöpande kommer att följas inom programarbetet med multisjuka äldre i Norrbotten.

<b>Hemortskommun</b>	<b>Procent undvikbara slutenvårdstillfällen</b>	
	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Arjeplog	15,2	11,3
Arvidsjaur	15,7	12,0

Boden	17,7	16,8
Gällivare	21,4	18,2
Haparanda	20,9	18,4
Jokkmokk	11,5	15,5
Kalix	20,7	18,4
Kiruna	18,0	18,7
Luleå	17,2	17,0
Pajala	14,0	18,7
Piteå	19,3	18,5
Älvsbyn	18,6	17,4
Överkalix	16,3	16,0
Övertorneå	13,7	15,2
Länet	18,2	17,5

I verkligheten kommer dessa möjliga undvikbara inläggningar aldrig helt att kunna undvikas. Många faktorer spelar in som inte går att styra. Siffrorna visar dock att det finns förutsättningar för ett bättre omhändertagande i den öppna vården som dessutom kan ge stora besparingar i slutändan.

### Nationella riktlinjer ger lokala vårdprogram

Inom Norrbottens läns landsting har expertgrupper tillsatts för att omsätta nationella riktlinjer och andra övergripande styrdokument till lokala vårdprogram och handläggningsöverenskommelser (så kallade HÖK:ar). Syftet är att stimulera förbättringsarbete och ytterst att säkerställa en bra och säker vård i hela länet inom respektive område. Expertgrupper finns idag inom följande områden:

- Demens
- Stroke
- Rörelseorganens sjukdomar
- Sjukdomsförebyggande metoder
- Diabetes

Expertgrupper är under uppbyggnad/planeras inom följande områden:

- Depression och ångest
- Obesitas (fetma)
- Hjärtsjukvård
- Cancer
- Palliation
- Schizofreni (psykosociala insatser)

På varje nivå i landstingets hälso- och sjukvård ska de viktigaste vårdprocesserna kunna beskrivas i fråga om vad som ska göras, vem som ska göra det och när det skall göras. Processerna med dess rutiner, åtgärder och riktlinjer ska dokumenteras så att informationen blir tillgänglig för alla när den behövs. ”VIS-Vård” är ett stöd i det arbetet som håller på att införas i den norrbottniska hälso- och sjukvården.

### Fetma och övervikt ett snabbt växande hälsoproblem

Övervikt och fetma har blivit en av vår tids stora folksjukdomar som dessutom ökar alarmerande snabbt. Body Mass Index (BMI) är en internationellt accepterad metod att objektivt beskriva förhållandet mellan längd och vikt. Personer med ett BMI över 30 betraktas som feta. De som har ett BMI mellan 25-30 betraktas som överviktiga. Överviktiga och feta personer har en förhöjd risk att drabbas av allvarliga följdverkningar som till exempel högt

blodtryck, hjärtinfarkt, stroke, diabetes och olika former av cancer. Det är ett särskilt observandum för Norrbottens del som sedan tidigare har höga sjuktal inom just dessa områden.

Den ökade andelen feta och överviktiga är särskilt tydlig bland barn och unga vuxna. Det visar också de årliga rapporter som skolsköterskorna i Norrbotten sammanställer om barns hälsa. Därför har landstinget i samarbete med Piteå och Gällivare kommuner startat pilotprojektet *Livsviktigt* för att hitta förebyggande insatser för en bättre hälsa och livsstil bland skolelever med särskilt fokus på insatser mot övervikt och fetma.

Cirka 60 procent av männen och nästan 45 procent av kvinnorna i Norrbotten är idag feta eller överviktiga (BMI över 25). Norrbotten tillhör den fjärdedel av länen i Sverige med högst andel feta personer (över 30 i BMI) oavsett kön; 16,8 procent av männen och 14,9 procent av kvinnorna i åldrarna 16-84 år. De överflödiga kilona har också börjat ge ett nytt hälsoproblem; övervikten slår så hårt på knälederna att de måste bytas ut. Varje år görs cirka 13 000 knäprotesoperationer i Sverige. Det är en tredubbling sedan början av 1990-talet. Operationerna ökar snabbast bland 45-54-åringar – en tiobubbling från 1990 till 2010.

Den ökade utbredningen av personer med övervikt och fetma speglar i hög grad de förändringar i mat- och motionsvanor som skett de senaste 20 till 30 åren. Allt fler personer vill göra operativa ingrepp för att få bukt med sin övervikt och till det ska läggas den tickande bomben med byte av knäled i allt yngre år. Norrbotten tillhör de län i Sverige som tidigt kommit igång med obesitasoperationer. Idag utförs cirka 270 operationer av sjuklig fetma vid Sunderby sjukhus. En högre andel män än kvinnor lider av fetma, men tre av fyra som opereras är kvinnor.

Att bygga ut operationskapaciteten för gravt överviktiga är ingen långsiktigt hållbar strategi. För att vända på utvecklingen måste det till kraftfulla förebyggande åtgärder med insatser redan inom mödra- och barnhälsovården och senare i förskola och skola. Att informera och ge förutsättningar för goda kostvanor och främja fysisk aktivitet är angelägna uppgifter för såväl sjukvården som kommunerna. Det måste vara huvudstrategin. Ett led i den riktningen är att de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder håller på att införas i primärvården. Ett nytt hälsoinriktat uppdrag läggs på alla leverantörer från och med år 2013, nämligen att de ska erbjuda ett hälsosamtal till sina listade invånare som under året fyller 30 år. Dessutom har ett arbete påbörjats med att ta fram ett vårdprogram för hur fetmapatienter ska tas omhand innan det blir aktuellt med kirurgiska åtgärder. Ett särskilt Folkhälsocentrum håller på att byggas upp som ska fungera som ett nav för landstingets folkhälsoarbete.

## Bättre liv för sjuka äldre

I december 2011 träffade SKL och Socialdepartementet en överenskommelse om sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Avsikten är att landsting och kommuner tillsammans ska utveckla en god sammanhållen vård och omsorg.

I Norrbotten finns redan ett upprättat samarbete mellan landstinget och kommunerna. Ett område för samverkan är "Trygg ålderdom" med en gemensam handlingsplan för kunskapsutveckling inom äldreområdet åren 2011-2013. De områden som prioriterats är:

- Vård och omsorg vid stroke
- Bättre omhändertagande av personer med demenssjukdom
- Utveckling av den palliativa vården
- Samordnad individuell plan (SIP)
- Evidensbaserad praktik
- Vårdprevention
- Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre

En särskild ledningsstruktur har tagits fram som ska underlätta för chefer och ledare att gå från ord till handling. Den bygger på SKL:s nationella stöd med rubriken ”Ledningskraft”.

En strategisk plan för Norrbottens äldreinsatser för perioden 2012-2014 håller också på att utarbetas. Under 2012 inriktas landstingets insatser på att identifiera den aktuella målgruppen per vårdcentral så att huvudmännen tillsammans ska kunna trygga de mest sjuka äldres behov. Viktiga åtgärder är att se till att de personer som har insatser från både primärvård och kommun får en samordnad individuell plan, en fast vårdkontakt samt att användningen av läkemedel ses över.

## Utvecklingsområden inom psykiatri

Om man ser till de indikatorer som mäts i Öppna Jämförelser inom psykiatri så ligger Norrbotten bra till, men det finns ”blinda fläckar” som inte tas upp. För Norrbottens del handlar det om följande vårdområden som bättre måste uppmärksammas i samverkan med framförallt kommunerna:

- Unga vuxna med sammansatt problematik, bland annat med självskadebeteende, är en grupp som ökar kraftigt.
- Tvångsvård för gruppen unga vuxna ökar också, bland annat utifrån uttalade självmordshot.

Andra viktiga utvecklingsområden inom den norrbottniska psykiatri som man kommer att fokusera på är:

- Att fler patienter i öppenvården blir bedömda av specialister. Bristen på färdigutbildade psykiatriker gör att patienten alltför sällan får träffa en överläkare. Rekryteringen av psykiatriker har länge varit ett prioriterat område, men insatserna har inte givit önskat resultat.
- Att utarbeta tydligt formulerade och målsatta vårdplaner för alla patienter, inte bara för de som tvångsvårdas. Planerna ska göras tillsammans med patienten, revideras regelbundet och delges patient och närstående.
- Att standardisera och förkorta utredningstiden vid neuropsykiatrisk problematik.
- Att utveckla kompetens och insatser riktade till patienter med missbruks- och beroendeproblem är angeläget. Planering pågår för att inrätta ett för länet gemensamt kompetenscentrum med ett antal vårdplatser samt med uppdraget att genomföra konsultativa insatser riktade till personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

## Utvecklad invasiv kardiologi

En utvecklingsplan för den invasiva kardiologin håller på att tas fram. Målen är att minska beroendet av regionvården, öka tillgängligheten och ge en säkrare vård i och med att antalet laboratorier utökas till två.

## Stärkt infektionssjukvård

Infektionssjukvården finns inte med i Öppna Jämförelser. I det här sammanhanget förtjänar det dock att nämnas att infektionssjukvården i Norrbotten håller på att förändras. Planerna är att läkarna från infektionssjukvården vid Sunderby sjukhus ska besöka länsdelssjukhusen för att genomföra bland annat ronder. Avsikten är att höja personalens kompetens och minska på förskrivningen av antibiotika. Viss mottagningsverksamhet ska även förekomma för att öka tillgängligheten och minska på resandet för patienterna.

## **Stärkt palliativ vård i samverkan med kommunerna**

Inom länet pågår ett omfattande utvecklingsarbete kring den palliativa vården sedan ett par år tillbaka där även kommunerna medverkar. Bland annat arbetar man aktivt med att öka andelen patienter som får ett så kallat brytpunktssamtal; ett flertal utbildningar inom området är genomförda. Ett annat mål inom projektet är att öka medverkan i det nationella palliativregistret som är en värdefull källa i förbättringsarbetet. Palliativa rådgivningsteam finns idag inrättade vid samtliga fem sjukhus i länet.

## **Läkemedelsnyttjandet ses kontinuerligt över**

Norrbottnens läns landsting har nyligen beslutat att vart fjärde år upprätta en särskilt strategi för läkemedel som ansluter till de nationella visionerna och målen i fråga om användning/hantering av läkemedel. Nuvarande strategi gäller för åren 2012-2015 och med den som utgångspunkt fastställs årliga handlingsplaner utifrån de åtgärder som prioriterats. Ett viktigt syfte med de årliga planerna är att stimulera de olika verksamheternas planering och samverkan av förbättringsarbetet.

Statistik från Öppna jämförelser visar att kvinnor oftare rapporterar biverkningar och oftare drabbas av läkemedelsrelaterad sjuklighet. Och det förhållandet att kvinnor i genomsnitt ordinerar fler läkemedel än män ökar risken för att kvinnor ska drabbas av farliga kombinationer. Detta ska uppmärksammas i det fortsatta arbetet.

## **Barnets rättigheter ska stärkas**

I Öppna Jämförelser saknas mått och indikatorer i fråga om landstingens arbete med barnets rättigheter. Om det vore så skulle frågorna få större uppmärksamhet. I Norrbotten har ett arbete påbörjats för att identifiera möjliga indikatorer som gäller barns rättigheter; till exempel att dokumentera anmälningar till socialtjänsten vid misstanke om barn som far illa.

## **Bättre uppföljning av kontinuiteten**

En god läkar- eller vårdgivarkontinuitet är något som patienter ofta lyfter fram som en viktig aspekt. Hittills har inte kontinuiteten systematiskt mätts i den norrbottniska hälso- och sjukvården, men från och med år 2013 kommer denna indikator att regelbundet följas inom primärvården.

## **En jämställd vård är ett självklart mål**

Norrbottnens läns landsting arbetar för att flickor och pojkar samt kvinnor och män ska erbjudas jämlik vård och att omotiverade skillnader mellan könen ska utjämnas. Jämställdhetsperspektivet ska införlivas i alla verksamheter och i alla led från beslutsfattande till personalens möte med norrbottningen.

Vetskapen om att vården gör skillnad på kön där skillnad inte finns och att vården bortser från skillnader som faktiskt finns samt att vården ibland utgår från att individen är typisk för sitt kön, är förhållanden som kan skapa ojämställdhet och minska patientens säkerhet. Därför

är det viktigt att kontinuerligt granska skillnader och icke-skillnader för att kunna säkra att patientens vård utgår från behoven.