

Bilaga till

*Öppna jämförelser av
hälso- och sjukvårdens
kvalitet och effektivitet 2011*

Bilaga 3

Vårdkonsumtion – jämförelser mellan landsting

Innehåll

INLEDNING	3
Metodasppekter	4
ÖVERGRIPANDE VÅRDKONSUMTION	5
OMRÅDESVIS VÅRDKONSUMTION	10
Kvinnosjukvård	10
Rörelseorganens sjukdomar	14
Hjärtsjukvård	21
Strokesjukvård.....	33
Psykiatri	34
Annan vårdkonsumtion	35
TEKNISK BESKRIVNING	45

Inledning

Syftet med bilagan är att ge landstingen ett underlag för diskussioner om vårdplats-utnyttjande och behandlingsvolym. Utöver de egna underlag man har, kan man med detta material jämföra den egna befolkningens vårdkonsumtion med andra landsting. Bilagan är främst ett stöd för landstingens styrning och planering. Vårdkonsumtion kan i sig inte betraktas som indikatorer för kvalitet. Detta är också motivet till att dessa uppgifter presenteras i en separat bilaga, och blir ett komplement till de indikatorbaserade jämförelserna i huvudrapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011* (hädanefter kallad ÖJ 2011).

I bilagan redovisas antalet operationer, behandlingar eller vårdtillfällen per 100 000 invånare, som befolkningen i de olika landstingen erhåller (konsumerar). Dessutom redovisas, där så är lämpligt, rikstrender, medelvårdtider (vårdtiden delat på antal vårdtillfällen) antal vård dagar per patient (vårdtiden delat på antal patienter) samt andelen operationer i dagkirurgi av totalt antal operationer. Redovisningen avser ett urval operationer, behandlingar eller sjukdomstillstånd. Årets upplaga är omgjord jämfört med tidigare år då redovisningen utgick från de behandlingar/operationer som ingick i vårdgarantin. Eftersom vårdgarantin har vidgats och gäller all vård, är tidigare struktur inte längre aktuell. Årets vårdkonsumtionsbilaga har därför fått en likartad struktur som huvudrapporten.

Rapporten visar på stora skillnader i vårdkonsumtion i landet. Dessa skillnader kan antagligen inte förklaras enbart av olika vårdbehov eller i olika förekomst av sjukdomar hos befolkningen. Troligen betingas de även av andra faktorer, exempelvis: olika tillgång till läkare, operationspersonal, vårdplatser för den planerade vården eller skillnader i medicinsk praxis med olikartade bedömningar av hur stora sjukdomsbesvären skall vara, för att en patient skall komma ifråga för operation eller annan behandling (indikationer).

I denna rapport särredovisas inte uppgifter för kvinnor och män. Däremot finns könsuppdelade diagram tillgängliga på respektive organisations hemsida.

I rapporten görs ingen bedömning av vilken nivå på vårdkonsumtionen som är den optimala, det vill säga vilken frekvens som bäst överensstämmer med lämpliga indikationer för respektive ingrepp. Generellt sett kan inte en hög frekvens antas vara bättre än låg frekvens, lika lite som riksgenomsnittet kan tjäna som önskvärt målvärde. Diagrammen redovisas i fallande ordning men det finns ingen egentlig värdering i valet av rangordning.

METODASPEKTER

Bilagan består först och främst av diagram, som redovisas tillsammans med en förklarande text för varje enskild åtgärd.

Datakällor

Patientregistret (PAR) vid Socialstyrelsen är källan till alla jämförelser utom de som gäller kataraktoperationer samt CRT-implantat. För kataraktoperationer är Nationella Kataraktregistret källan och för CRT-implantat är Svenska ICD och Pacemaker registret källan. Uppgifterna i Patientregistret gällande slutenvård håller en jämn och bra kvalitet över tid och är rikstäckande från år 1987. Senast tillgängliga data är från 2010. Inom vissa diagnosgrupper finns bortfall och i förekommande fall hade kvalitetsregistren varit en bra kompletterande källa för att få än högre täckningsgrad.

I denna rapport redovisas klinikvårdtillfällena och inte sjukhusvårdtillfällena. Detta kan leda till en felkälla avseende medelvårdtider eftersom vissa sjukhus skriver ut patienten för fortsatt uppföljning och rehabilitering vid annan klinik, medan andra sjukhus har hela vårdförloppet på en och samma klinik.

Uppgifter från dagkirurgisk verksamhet började samlas in 1997 och uppgiftsinsamlingen från den specialiserade öppna vården utvidgades 2001. Det finns ett bortfall från främst mindre privata vårdgivare och som varierar mellan de olika behandlingarna. Det kan även föreligga olika praxis för inrapportering av dagkirurgiska operationer, vilket i vissa fall kan vara en förklaring till skillnader i vårdkonsumtion.

Databearbetning

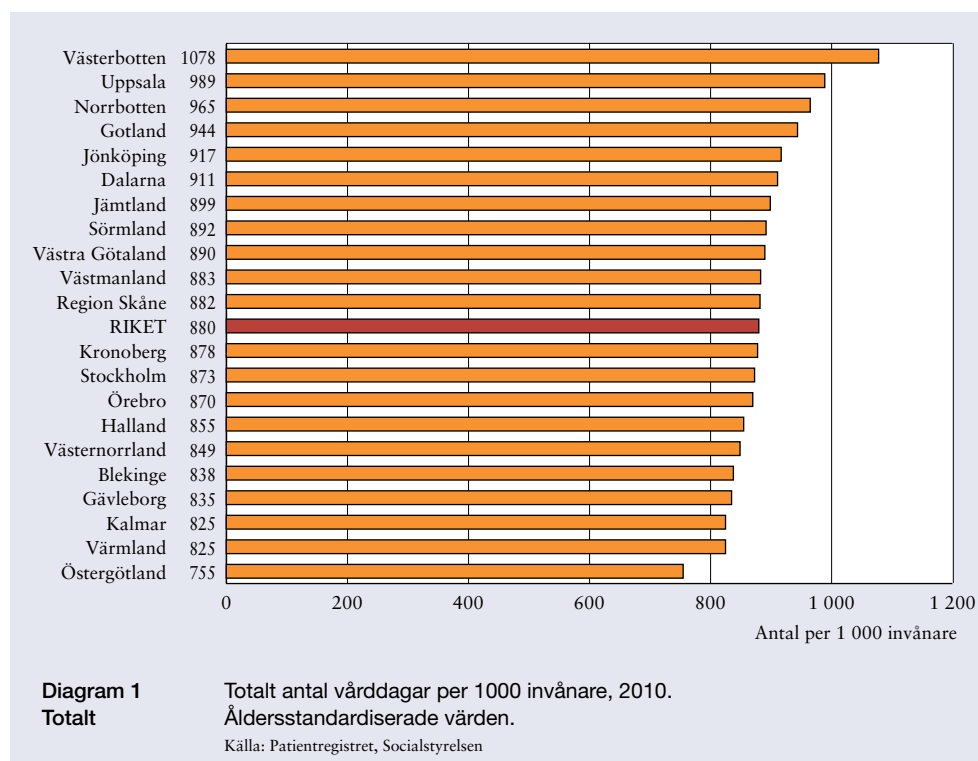
Operationsfrekvenser och andra volymer fördelas på landsting efter patientens hemort och speglar vårdkonsumtion till skillnad från vårdproduktion. Det spelar således ingen roll om vården utförs i det egna eller i ett annat landsting.

Alla jämförelser med PAR som källa har åldersstandardiserats och redovisas per 100 000 invånare. Frekvensen av kataraktoperationer har relaterats till antalet personer över en viss ålder i respektive landsting, för att väga in åldersstrukturen i landstingen vid presentationen.

Övergripande vårdkonsumtion

Vårdtillfällen, vårdtider och operationer (1–4)

På övergripande nivå blir måtten tämligen grova, men ger ändå en bild av den skillnad som föreligger mellan landstingen när det gäller total sjukvårdskonsumtion. Dessa skillnader kan inte enbart förklaras av skillnad i vårdbehov utan är troligen också en effekt av skillnader i praxis och hur vården är organiserad. För att få en bättre förståelse av vad som ligger bakom de övergripande resultaten kan de brytas ner på olika behandlingar och sjukdomsgrupper och ställas i relation till socioekonomiska faktorer, vårdplatstillgång, personaltillgång m m. När det gäller andelen operationer i dagkirurgi kan en del av skillnaden förklaras av registreringsproblem.



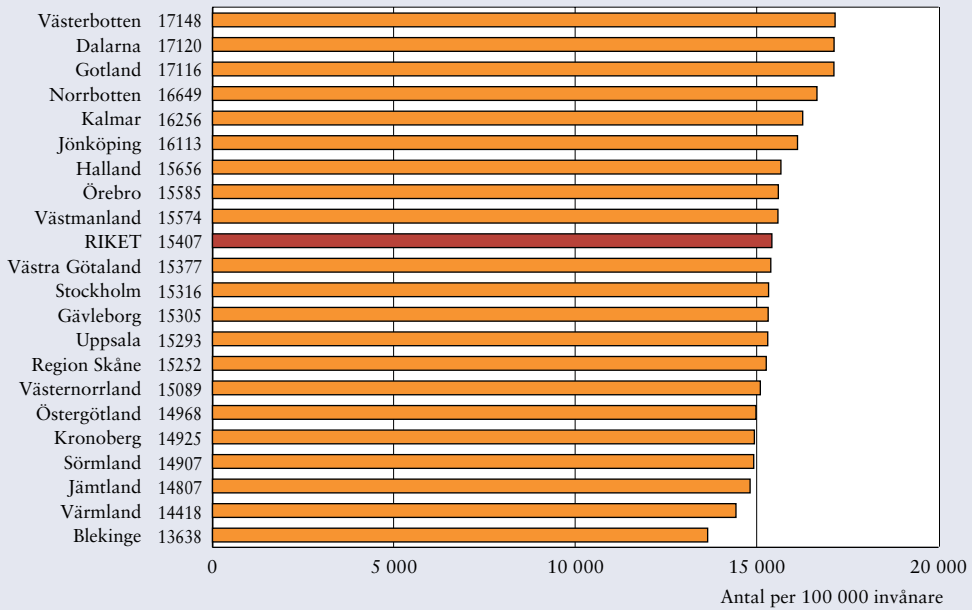


Diagram 2 Vårdtillfällen per 100 000 invånare, 2010. Åldersstandardiserade vården.
Totalt Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

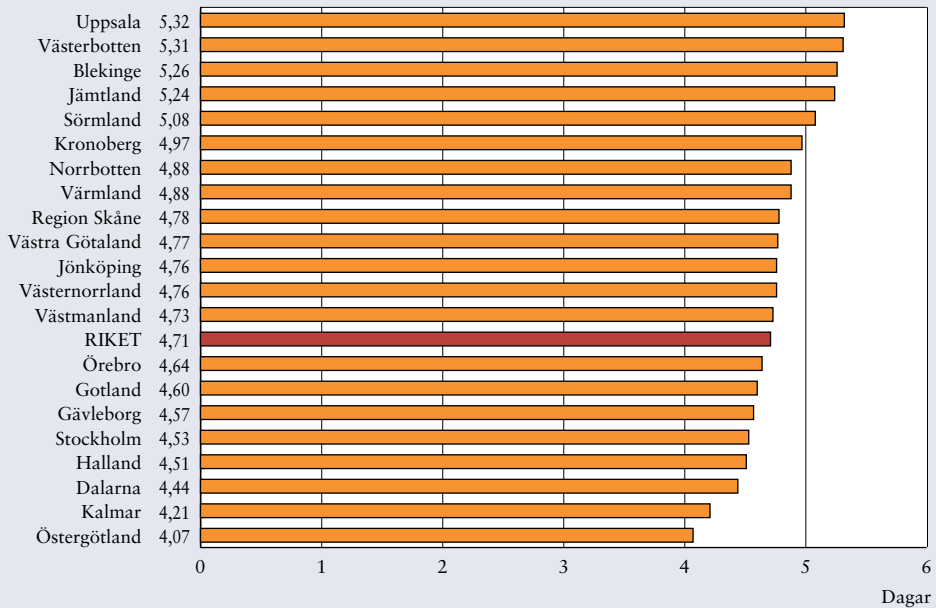


Diagram 3 Medelvårdtider, totalt, 2010.
Totalt Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

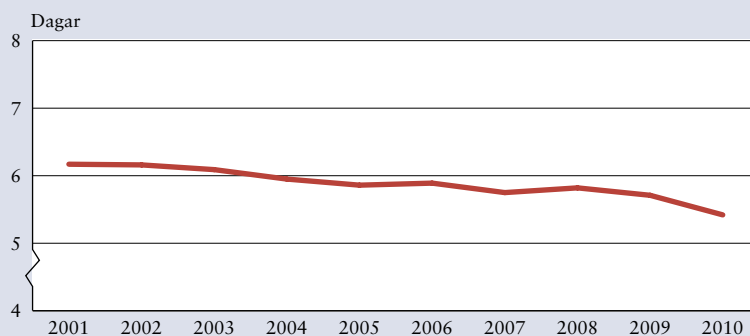


Diagram 3
Riket

Medelvårdtider, totalt, 2001–2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

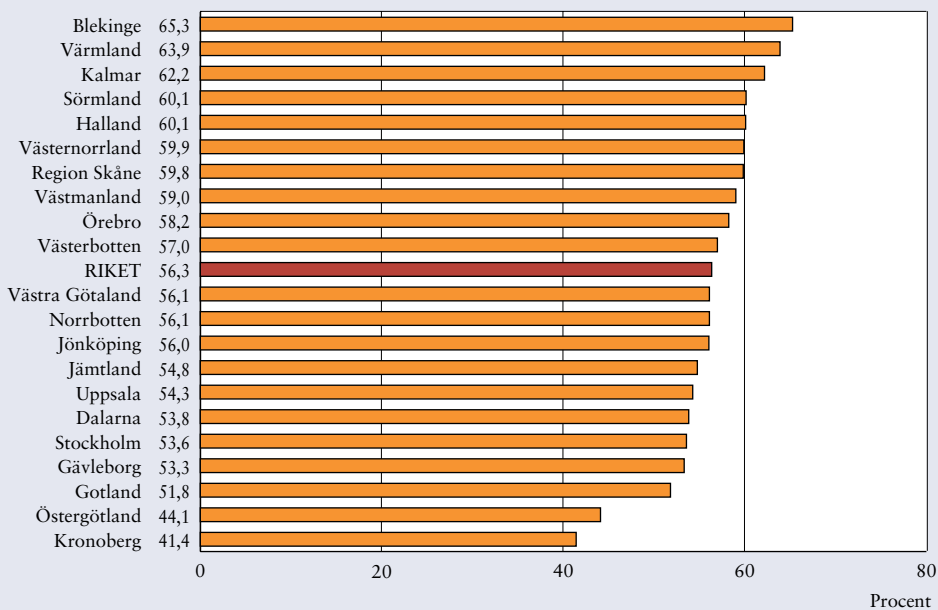


Diagram 4
Totalt

Antal operationer i dagkirurgi av totalt antal operationer, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Vårdplatser och beläggingsgrad (5–6)

Socialstyrelsen genomför projektet *Öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar* i samverkan med SKL. Projektet ska vara klart i slutet av år 2012 och består av fyra delprojekt. Ett av dessa rör framtagande av indikatorer. De andra delprojekten rör kunskapsammansättning och nulägesbeskrivning, fastställande av definitioner samt framtagande av en modell för uppföljning och utvärdering. I denna rapport redovisas mått på nationell nivå baserade på befintliga datakällor och statistik. De är inte direkta mått på överbeläggningar men visar tillgången till vårdplatser under en 10-årsperiod och beläggningen av dessa vårdplatser. Tillsammans med medelvårdtid (diagram 3) ger detta en bild av omsättningen av patienter.

Diagram 5 visar utvecklingen av antalet vårdplatser i riket totalt under perioden 2001–2010. Specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård är inkluderat. Under perioden har antalet vårdplatser minskat med cirka 12 procent, från drygt 29 000 till knappt 25 600.

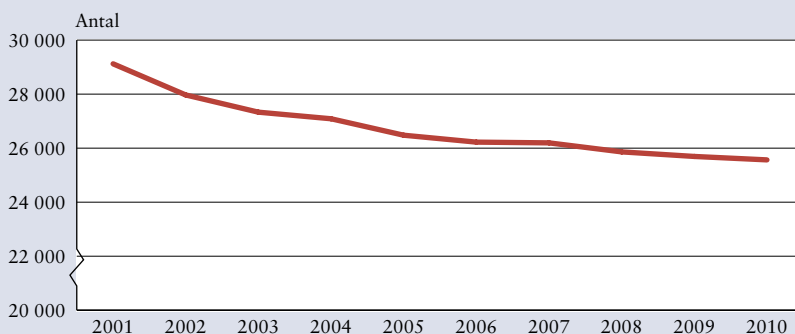


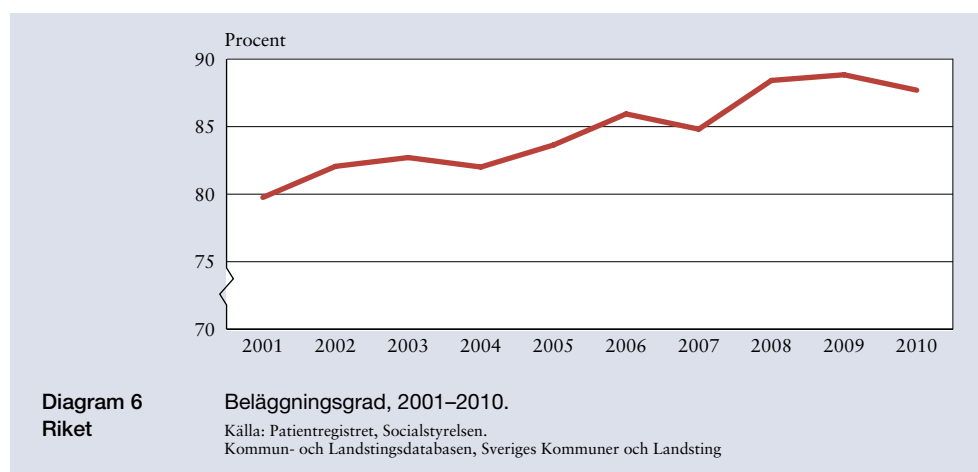
Diagram 5
Riket

Antal vårdplatser, totalt, 2001–2010.

Källa: Kommun- och Landstingsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting

Diagram 6 visar beläggningsgraden för dessa vårdplatser. Beläggningsgraden beräknas utifrån den sammanlagda vårdtiden i dagar i förhållande till totalt antal vårdplatser gånger 365 (dagar), det vill säga den maximalt möjliga vårdtiden i dagar. Vårdtid beräknas som utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum. Med denna beräkning har beläggningsgraden ökat under perioden, från 80 procent 2001 till 88 procent 2010.

Att beläggningsgraden har ökat under perioden beror dels på att antalet vårdplatser har minskat men även på att antalet patienter och vårdtillfällen per 100 000 invånare har ökat.



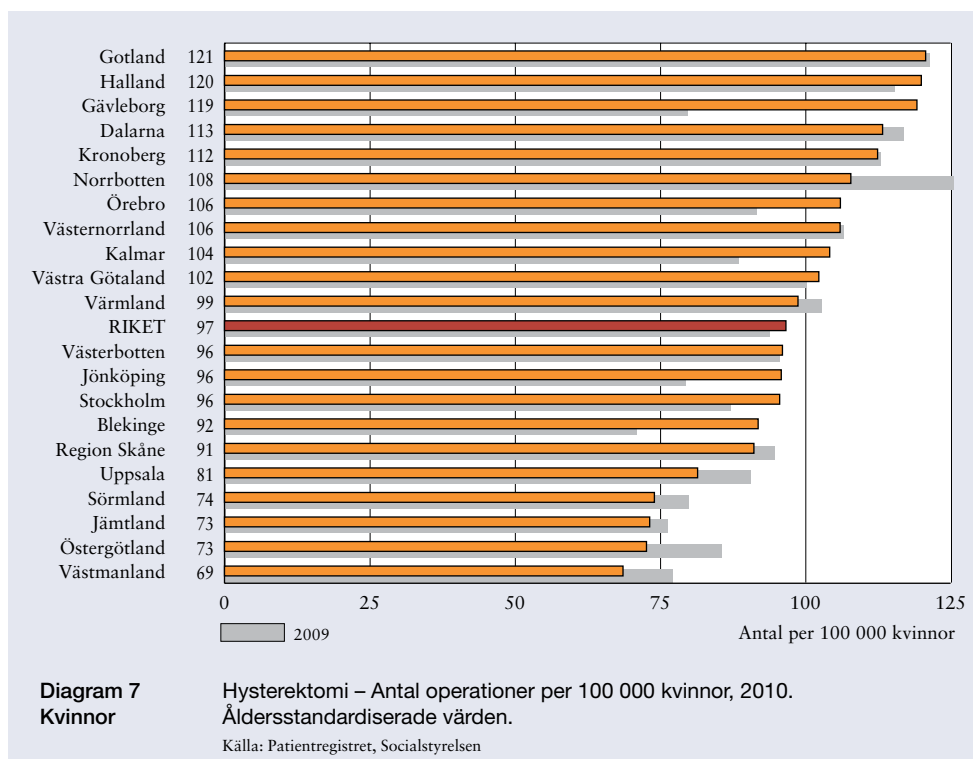
Områdesvis vårdkonsumtion

KVINNOSJUKVÅRD

Inom kvinnosjukvård visas vårdkonsumtionen inom fyra operationer/behandlingsar. Flertalet av dessa ligger även till grund för indikatorer i huvudrapporten. Förutom frekvenser redovisas medelvårdtid i förekommande fall samt andel operationer gjorda i dagkirurgi.

Borttagande av livmodern (7–8)

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort. Den vanligaste orsaken till operation är besvär med rikliga menstruationsblödningar eller myom. Antalet hysterektomier har ökat något under de senaste två åren och 2010 registrerades 4 469 operationer. Operationerna genomfördes inom slutenvården. Det finns tre olika operationsmetoder för hysterektomi; vaginal, laparoskopisk och öppen bukkirurgi. Vaginal och laparoskopisk hysterektomi är tekniskt mer krävande än öppen bukkirurgi. Val av operationsmetod kan påverka vårdtidens längd.



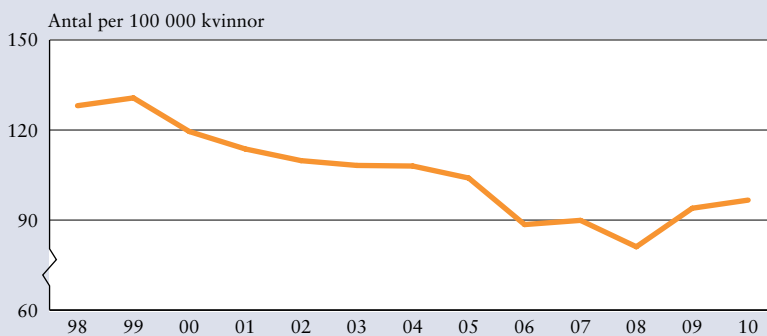


Diagram 7
Riket

Hysterektomi – Antal operationer per 100 000 kvinnor, 1998–2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

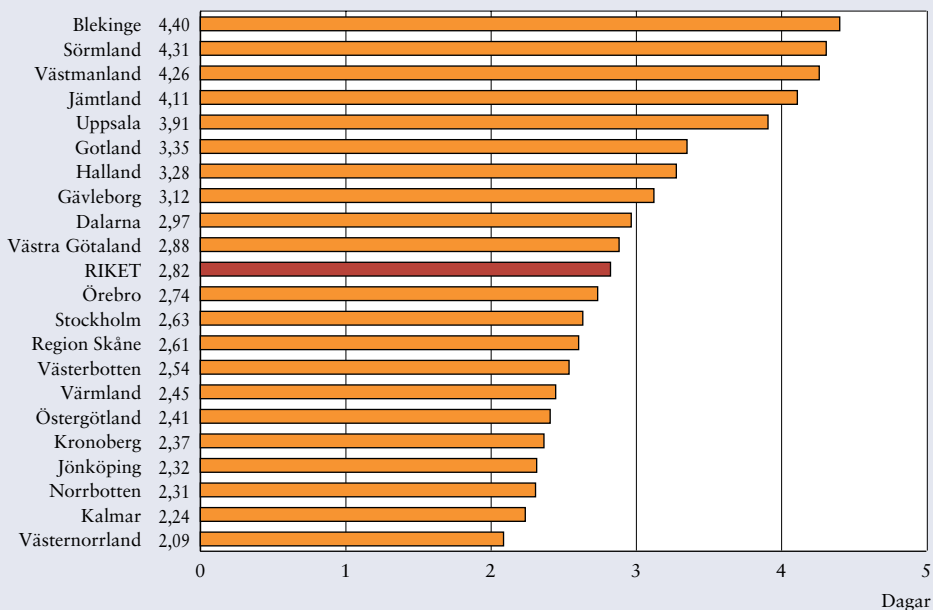


Diagram 8
Kvinnor

Medelvårdtid vid hysterektomi, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Framfall (9)

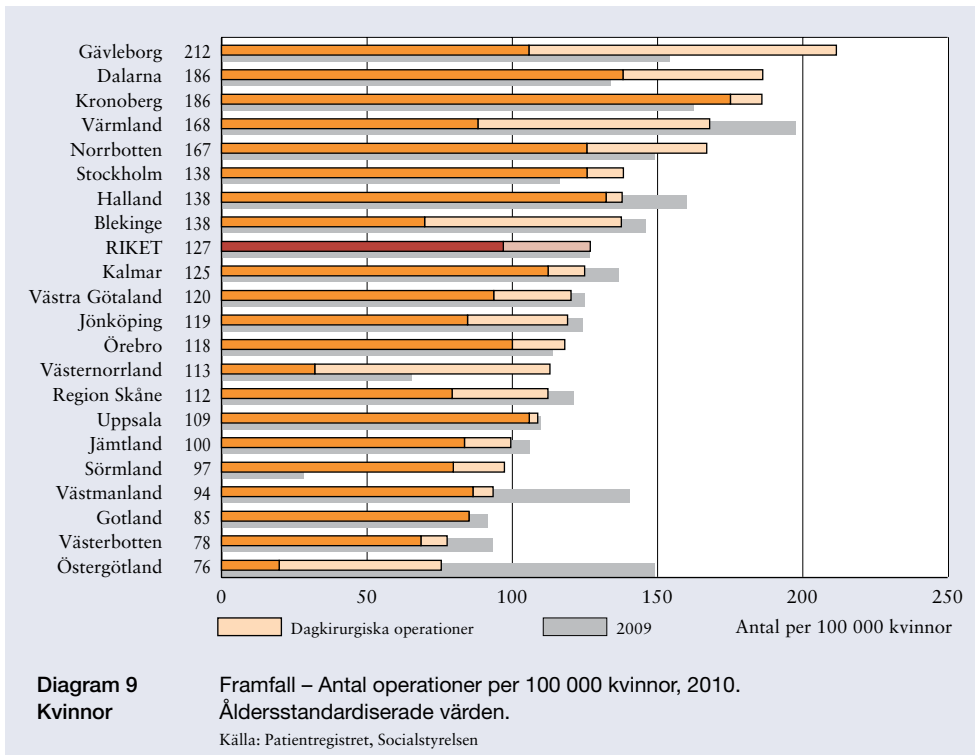
År 2010 registrerades 6 494 operationer för livmoderframfall, vilket inte är någon större förändring jämfört med 2009. Av samtliga operationer utfördes 24 procent som dagkirurgisk operation, men det varierar kraftigt mellan landstingen. Skillnaderna kan förklaras av olika praxis, men kan även vara ett uttryck för problem med registrering.

Urininkontinens (10)

År 2010 registrerades 3 335 operationer för urininkontinens bland kvinnor, vilket är ungefär samma volym som 2009. 70 procent av operationerna genomfördes som dagkirurgi. Skillnaderna mellan landstingen är stora, vilket delvis kan vara orsakat av registreringsproblem.

Skrapning (11)

Här ingår, förutom skrapning, även utvidgning och biopsi av livmodern, livmoderhalsen eller kvarhållen moderkaka oavsett diagnos. Detta är behandlingar som i huvudsak borde utföras inom dagkirurgin. År 2010 genomfördes 18 586 operationer och 71 procent av dessa gjordes som dagkirurgi. Variationen mellan landstingen, avseende dagkirurgiska operationer, är inte lika påtaglig som vid tidigare beskrivna behandlingar inom kvinnosjukvård.



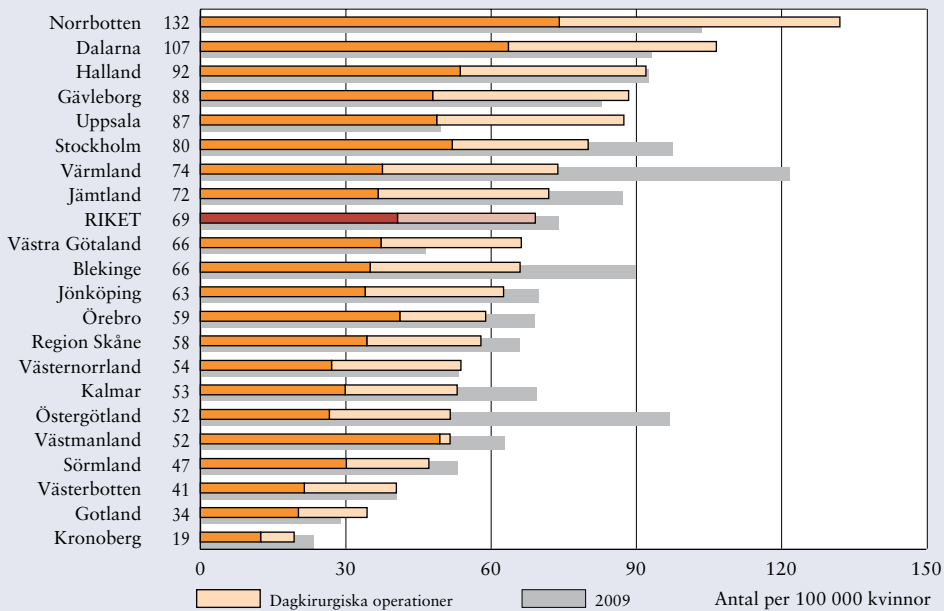


Diagram 10
Kvinnor

Urininkontinens – Antal operationer per 100 000 kvinnor, 2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

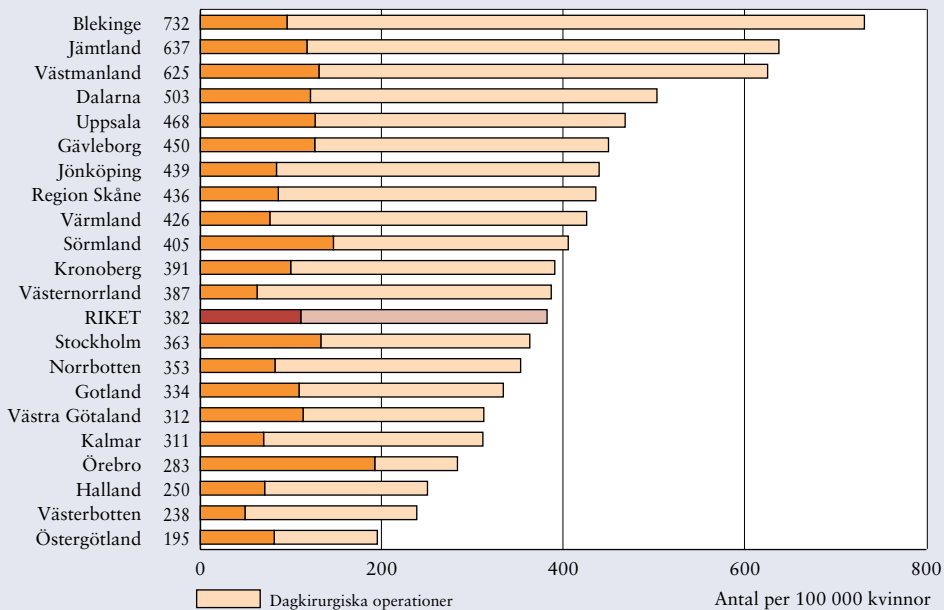


Diagram 11
Kvinnor

Skrapning – Antal operationer per 100 000 kvinnor, 2010.
Åldersstandardiserade värden.

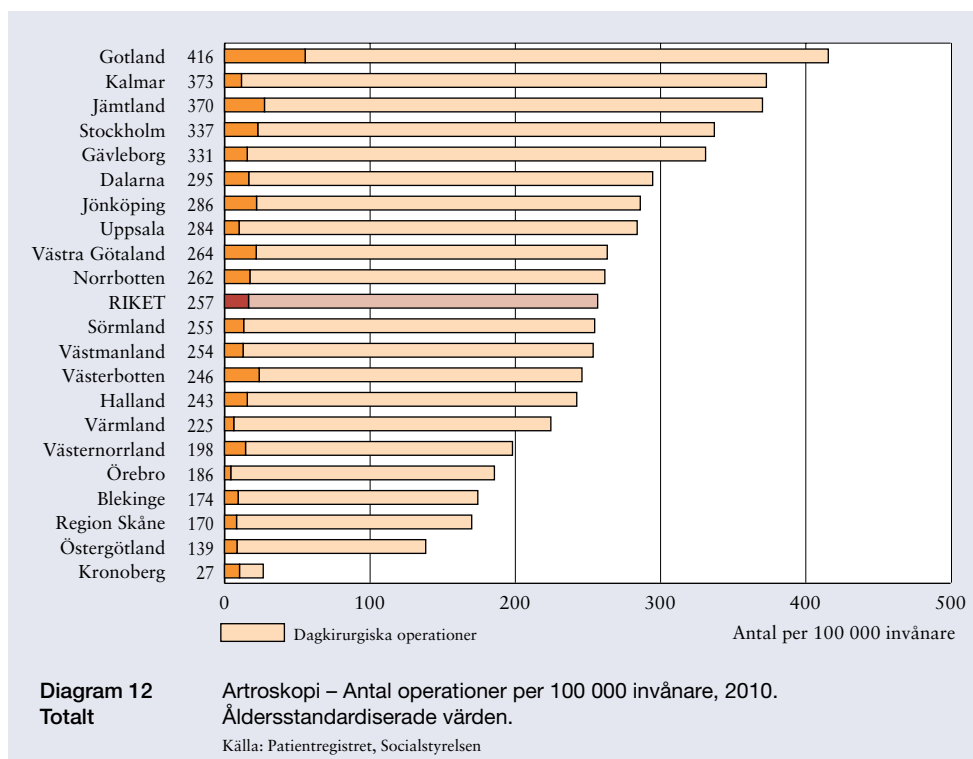
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

Här presenteras ett antal mått som rör behandlingar och sjukdomsgrupper inom rörelseorganens sjukdomar. De flesta finns även beskrivna i huvudrapporten, men ett observandum är att i denna beskrivning så finns inte samma avgränsning när det gäller artroskopi som i huvudrapporten. Det är framförallt volymer, men även variation i medelvårdtider som presenteras.

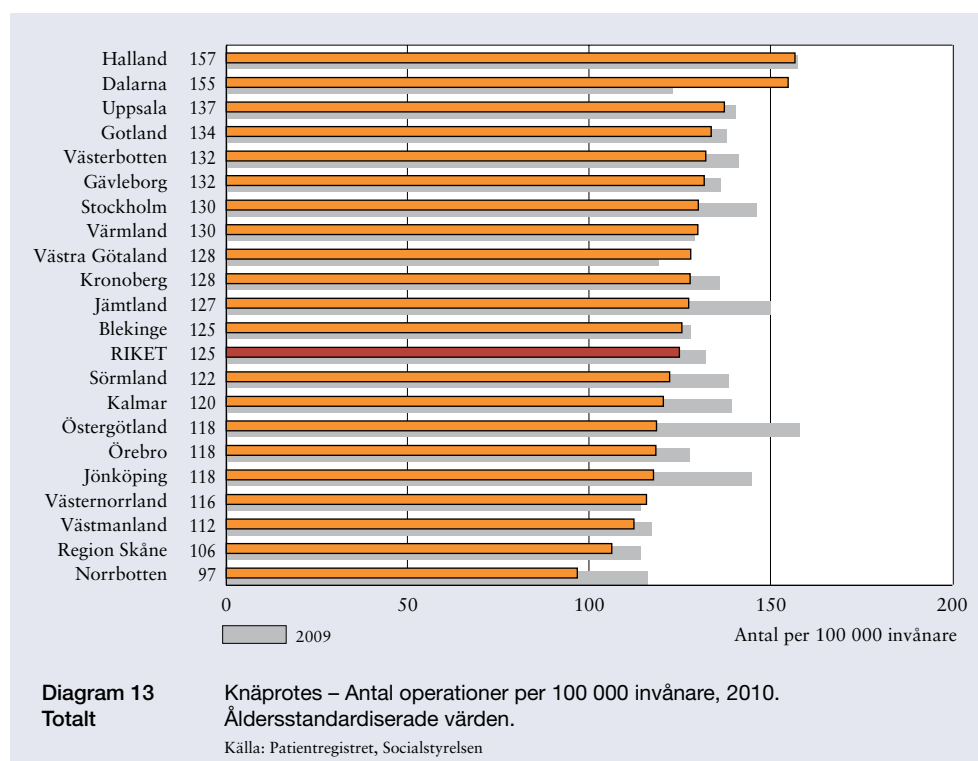
Artroskopi (12)

Artroskopi i knäleden används dels som en metod för att ställa diagnos, men i vissa fall även som en åtgärd t.ex. för att ta bort skadad menisk. I huvudrapporten redovisas artroskopi för en avgränsad patientgrupp där åtgärden anses onödig. Här redovisas samtliga artroskopiingrepp oavsett orsak. Artroskopi utförs huvudsakligen som dagkirurgi. År 2010 utfördes 24 193 ingrepp och 94 procent av dessa var inom dagkirurgin.



Knäprotosoperation (13–14)

Knä- och höftprotosoperationer utgör en stor del av ortopedins ickeakuta verksamhet. Många landsting har under flera år haft problem med långa väntetider för operation, men på senare år har tillgängligheten förbättrats. Knäprotosoperationer har stadigt ökat under de senaste 10 åren, vilket delvis kan förklaras av den ökade satsningen för att minska väntetider till operation. År 2010 registrerades 12 253 operationer i PAR, varav 60 procent utfördes på kvinnor. Operationerna genomfördes inom slutenvården med en medelvårdtid på cirka 5 dagar. Vid en jämförelse mellan PAR och Svenska knäprotosregistret har något fler operationer rapporteras till kvalitetsregistret (se bilaga 2, Täckningsgradsjämförelser). Totalt sett registrerades cirka 95 procent av samtliga operationer i PAR.



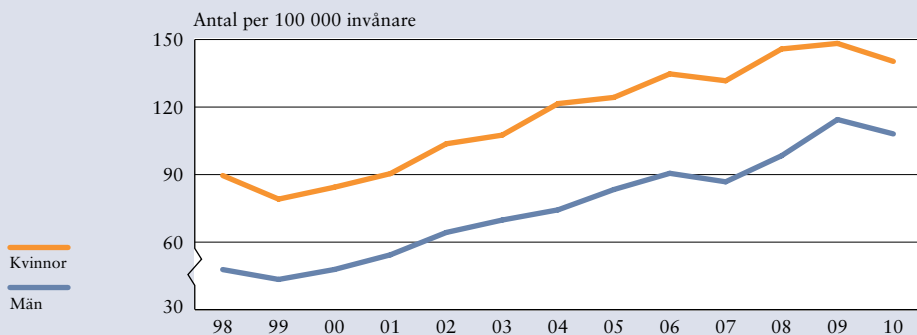


Diagram 13
Riket

Knäprotes – Antal operationer per 100 000 invånare, 1998–2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

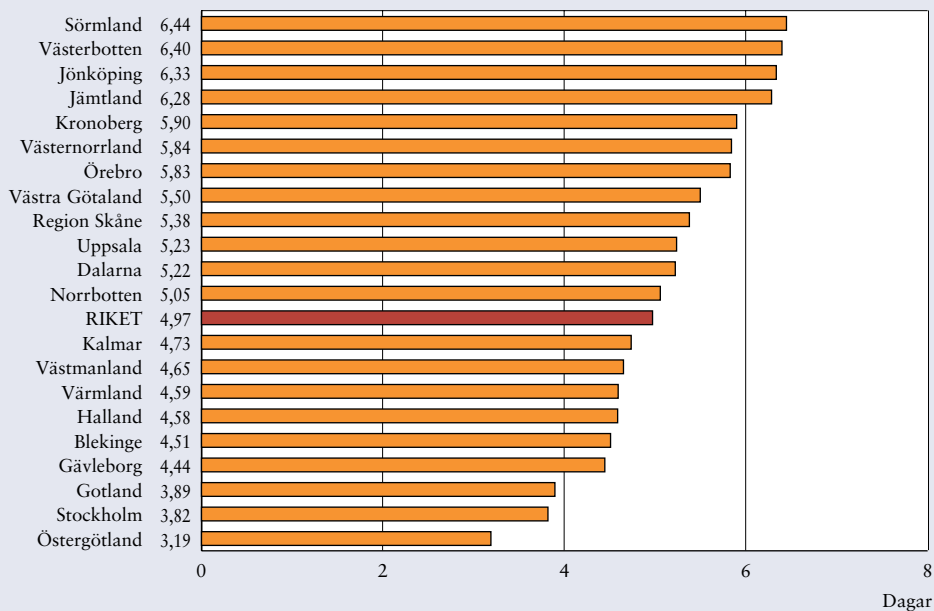


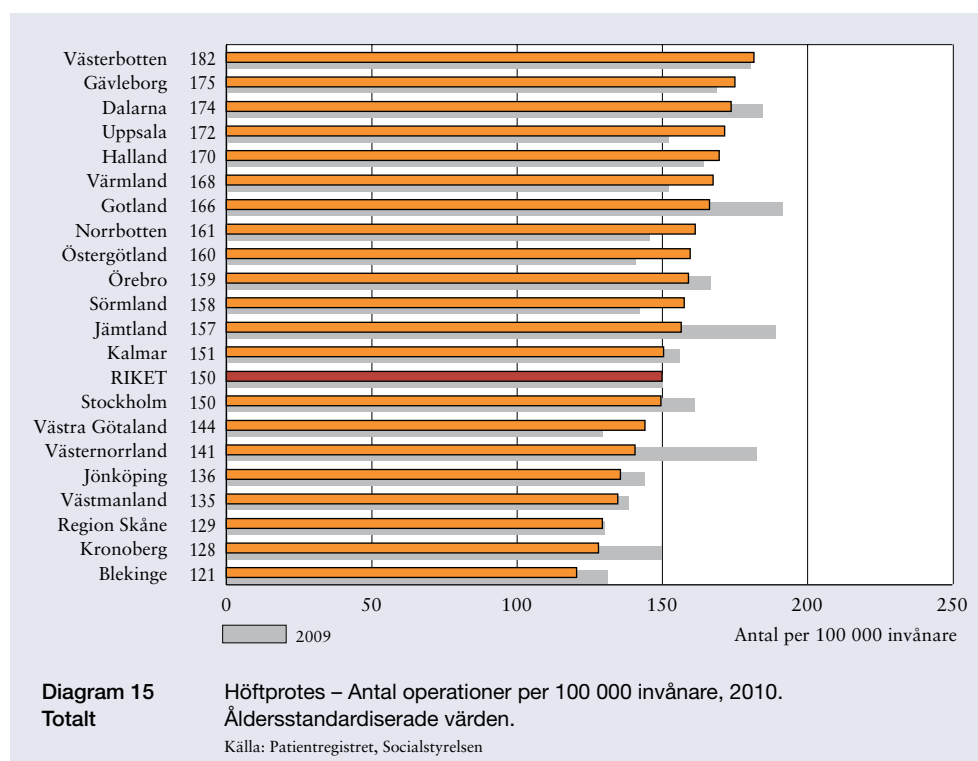
Diagram 14
Totalt

Medelvårdtider vid knäprotesoperation, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Höftprotesoperation (15–16)

Även höftprotesoperationer har ökat under de senaste 10 åren, delvis som en följd av satsningen för att korta vårdköer. År 2010 registrerades 14 730 operationer i PAR, varav 58 procent utfördes på kvinnor. Operationerna genomfördes inom slutenvården med en medelvårdtid på cirka 5 dagar. Vid en jämförelse mellan PAR och Svenska höftprotesregistret var resultatet detsamma som för knäproteser; 95 procent av samtliga höftprotesoperationer registrerades i PAR.



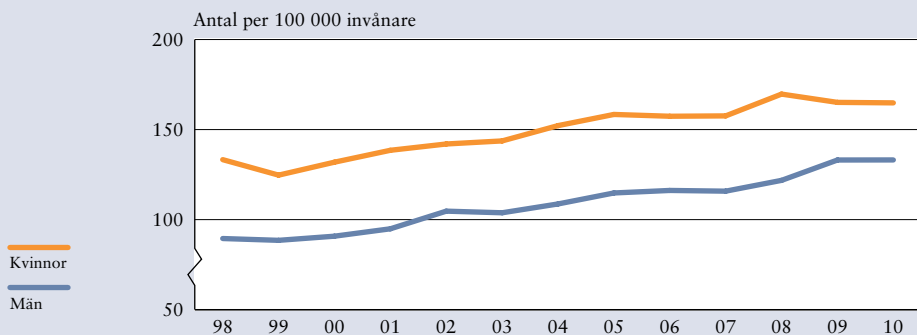


Diagram 15
Riket

Höftprotes – Antal operationer per 100 000 invånare, 1998–2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

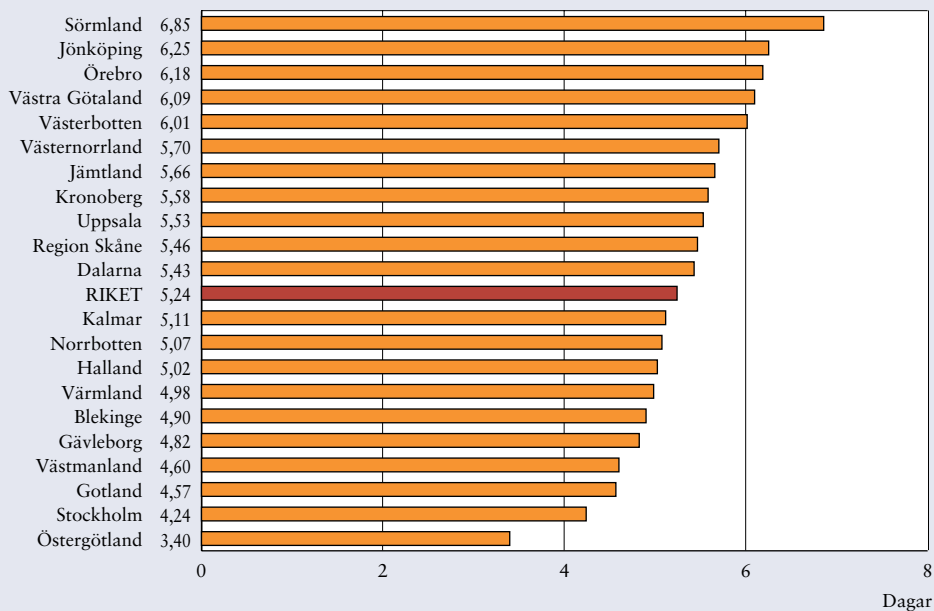


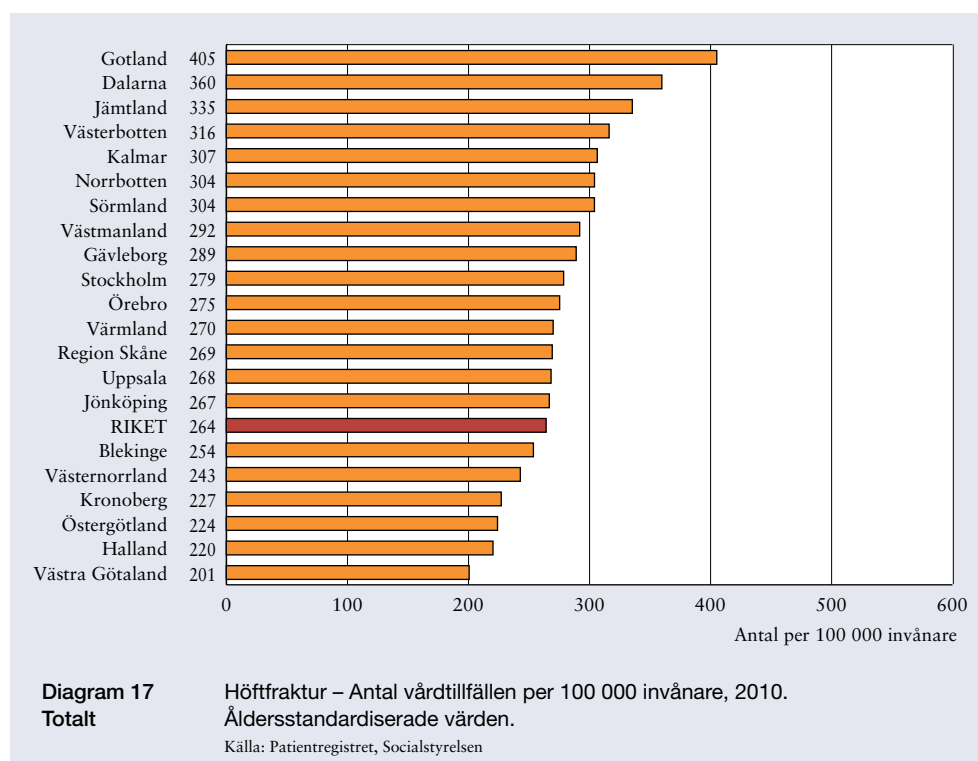
Diagram 16
Totalt

Medelvårdtider vid höftprotesoperation, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Höftfraktur (17–18)

Höftfraktur är särskilt vanligt bland äldre kvinnor. Under 2010 har 25 164 vårdtillfällen registrerats med diagnosen höftfraktur. Av dessa var 67 procent kvinnor. De senaste 10 åren har medelvårdtiden för en höftfraktur sjunkit från drygt 12 till knappt 10 dagar.



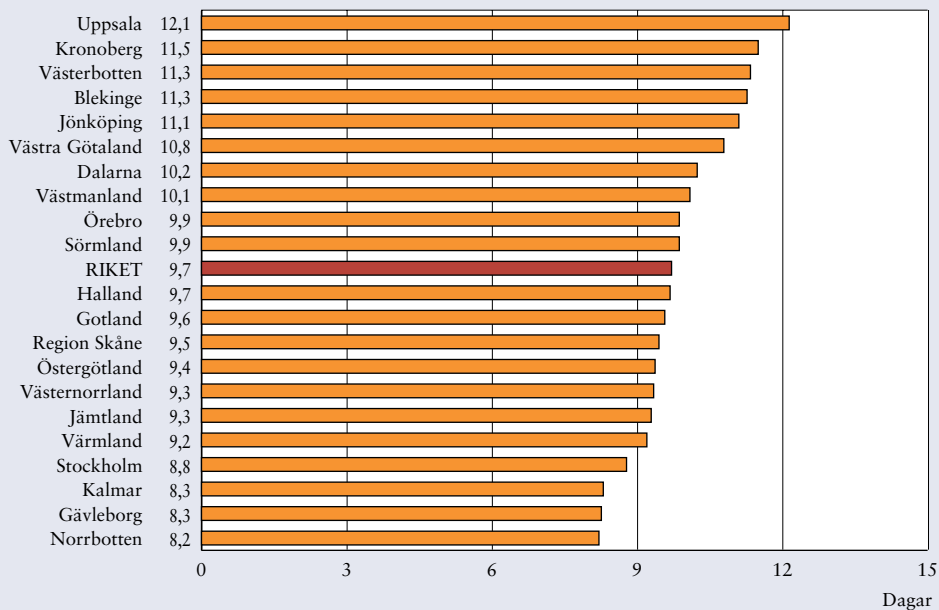


Diagram 18 Medelvårdtider vid höftfraktur, 2010.
Totalt

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

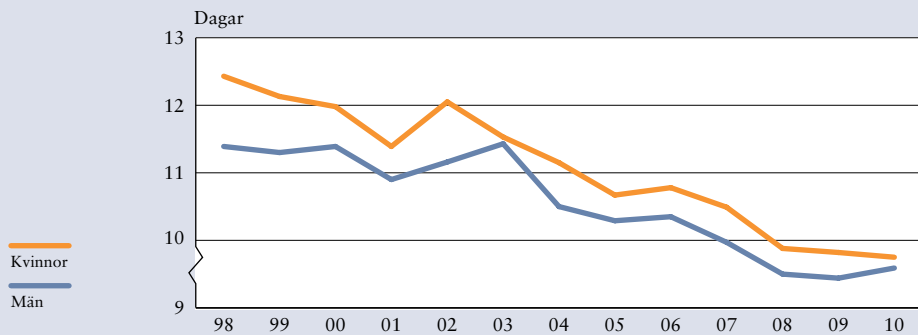


Diagram 18 Medelvårdtider vid höftfraktur, 1998–2010.
Riket

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

HJÄRTSJUKVÅRD

Till skillnad från flertalet övriga åtgärder och tillstånd som belyses i denna rapport avser jämförelserna av hjärtsjukvårdskonsumtion oftast akuta inläggningar i slutenvård. Detta är helt andra beslutssituationer än vid planerad vård och frågan om val av kriterier eller indikationer för behandling (inläggning på sjukhus) ser annorlunda ut. Men variationen är likväl intressant.

Några av de patientgrupper som är hälso- och sjukvårdens "storkonsument" återfinns i redovisningen nedan.

Det är känt att hjärt-kärlsjukligheten varierar över landet, så den redovisade variationen av förekomst av vårdtillfällen per invånare skall inte primärt ses som ett resultat av skillnader i medicinsk praxis.

Hjärtsvikt (19–21)

Uppskattningsvis finns det i Sverige ungefär 200 000 personer med symtomgivande hjärtsvikt och lika många med latent hjärtsvikt. Hjärtsvikt medför påtagligt ökad risk för förtida död och är även en vanlig orsak till sjukhusvård, men behovet av sjukhusvård anses påverkbart. Tre diagram visas: Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, antal vård dagar per patient och år samt medelvårdtid vid sjukhus. Under 2010 fanns det drygt 30 000 vårdtillfällen med diagnosen hjärtsvikt, med stor variation mellan landsting. Vård dagar per patient och år speglar dels vårdtidens längd, dels antalet vårdtillfällen per år.

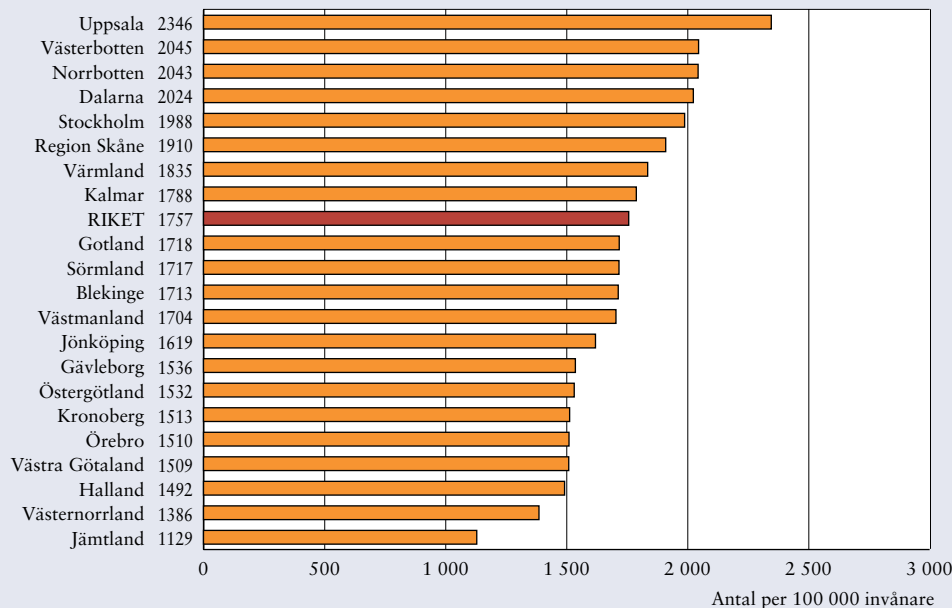


Diagram 19
Totalt

Hjärtsvikt – Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, 2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

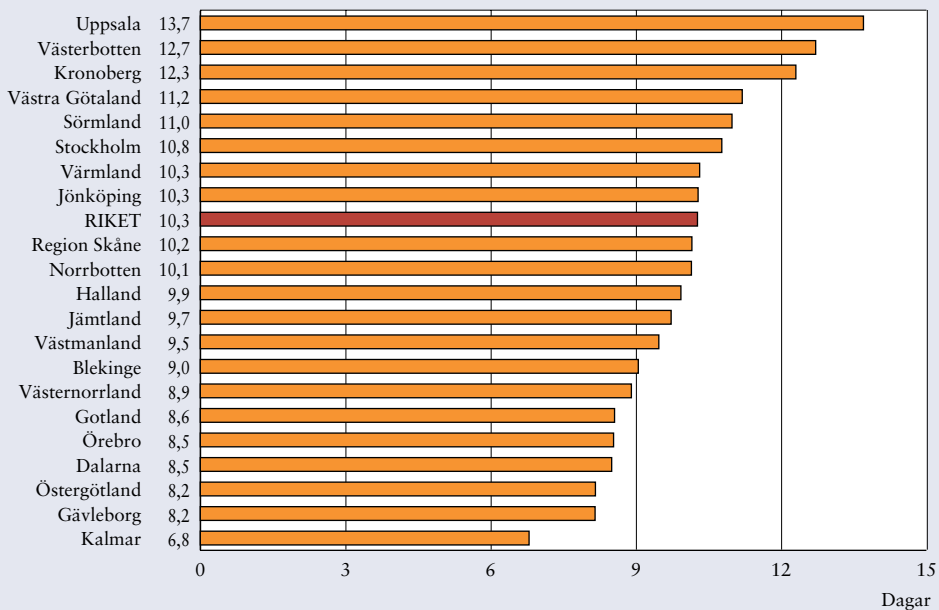


Diagram 20
Totalt

Hjärtsvikt – Antal vård dagar per patient, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

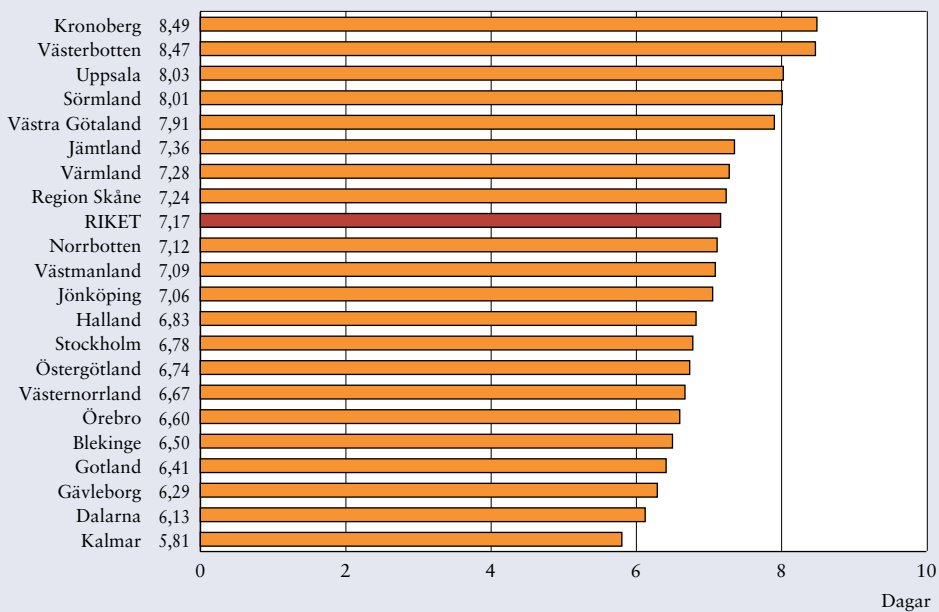


Diagram 21
Totalt

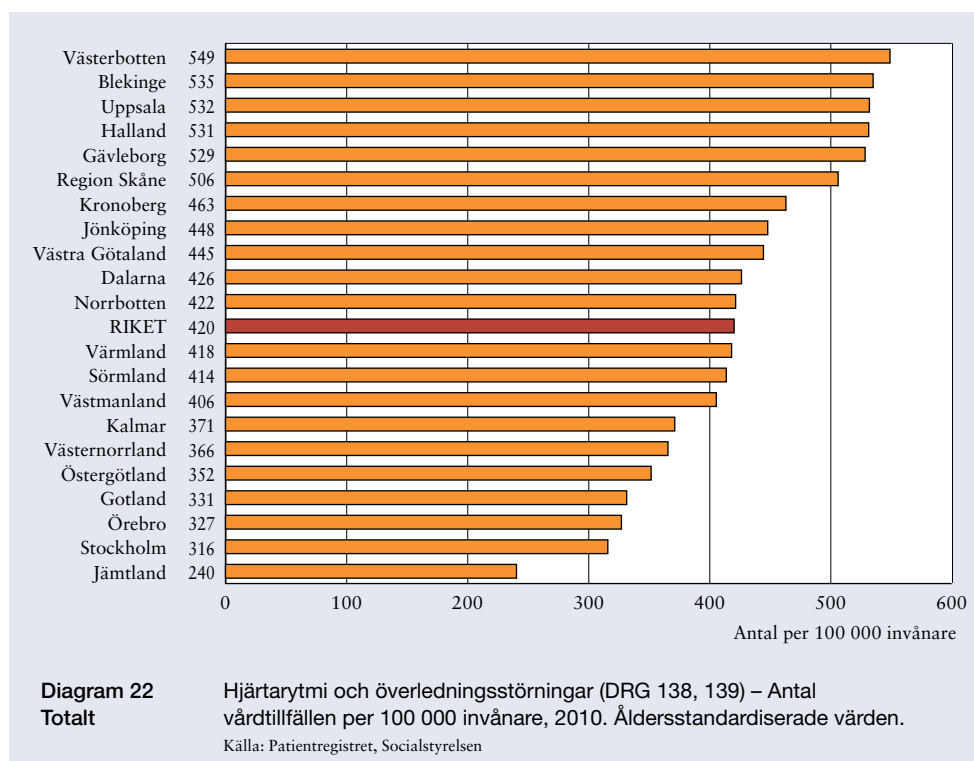
Medelvårdtid vid hjärtsvikt, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Arytmier (22–24)

Med arytmier menas hjärtrytmrubbningar av olika slag. Förmaksflimmer är den vanligaste formen av hjärtrytmrubbning och förekommer hos cirka 100 000 personer. En del av patienterna kan vara helt besvärsfria, andra ha sådana besvär som kräver akut inläggning på sjukhus. Behandlingen inriktas på att hålla hjärtfrekvensen normal, återställa normal hjärtrytm om möjligt och lämpligt, förebygga återfall i förmaksflimmer samt att förebygga bildande av blodproppar.

Urvalet baseras på vårdtillfällen med DRG "Hjärtarytmier och överledningsstörningar" (138, 139). Vårdtillfällen med inläggning av pacemaker eller implanterbar defibrillator ingår ej, utan redovisas separat. Totalt fanns det under 2010 cirka 40 000 vårdtillfällen inom dessa båda DRG registrerade i PAR.



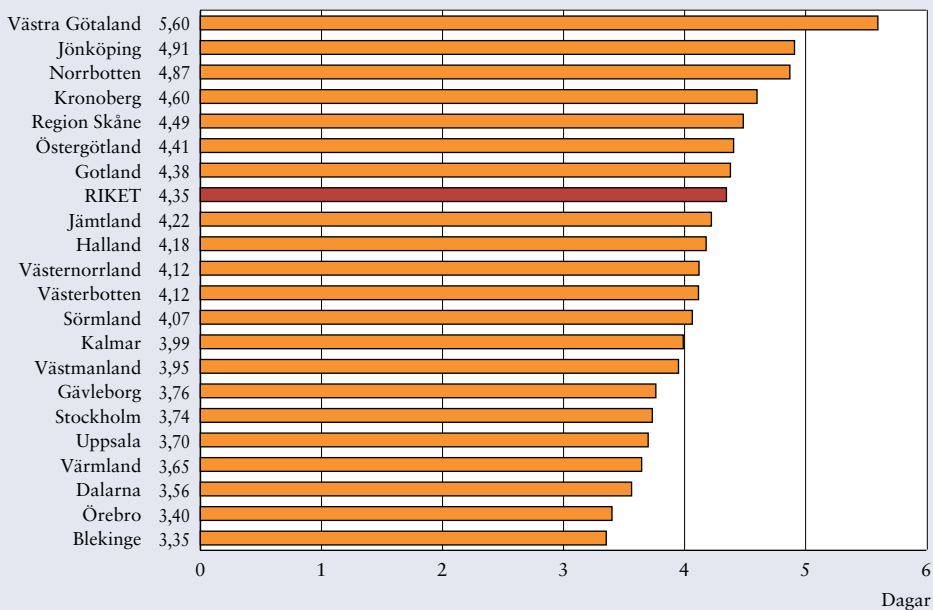


Diagram 23
Totalt

Hjärtarytmi och överledningsstörningar (DRG 138,139)
– Antal vård dagar per patient, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

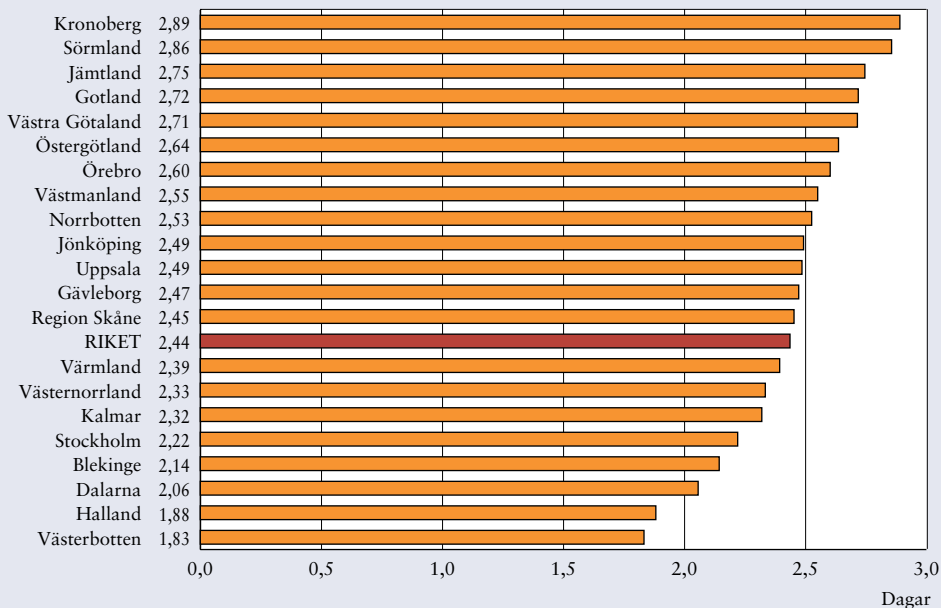


Diagram 24
Totalt

Medelvårdtid vid hjärtarytmi och överledningsstörningar, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Angina pectoris/kärlkramp (25–27)

Närmare 200 000 personer har kärlkramp, angina pectoris (som betyder "trångt bröst" på latin.), vilket innebär att hjärtat inte syresätts tillräckligt. Ungefär dubbelt så många män som kvinnor drabbas. Symptomen yttrar sig som regel vid ansträngning och är övergående; om det uppträder vid vila och inte upphör finns risk för att tillståndet håller på att övergå i en infarkt. 2010 återfanns 10 200 fall av Angina pectoris utan infarkt (DRG 140), med stor variation mellan landsting, som sannolikt delvis beror på variation i diagnosättning.

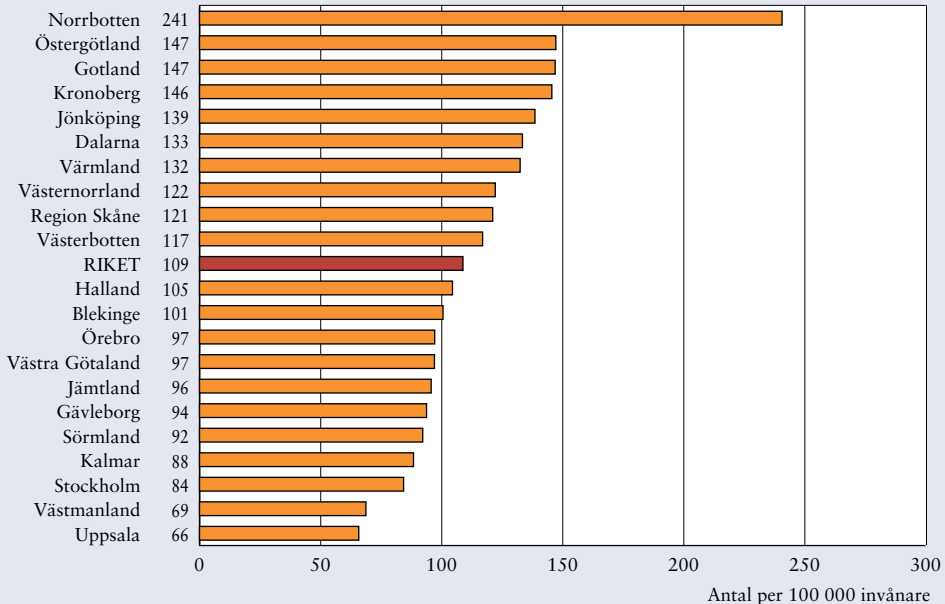


Diagram 25
Totalt

Angina pectoris (DRG 140) – Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, 2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

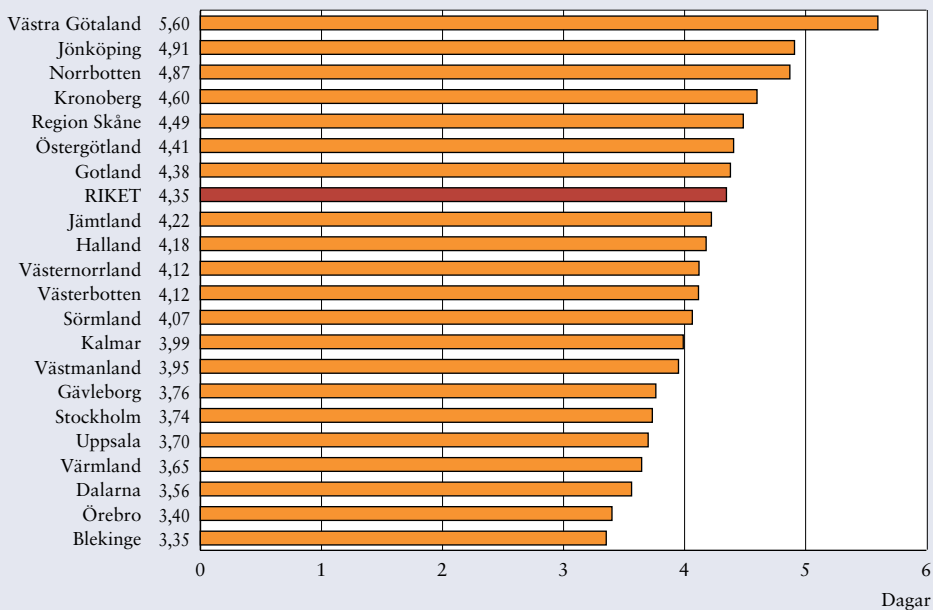


Diagram 26
Totalt

Angina pectoris (DRG 140) – Antal vård dagar per patient, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

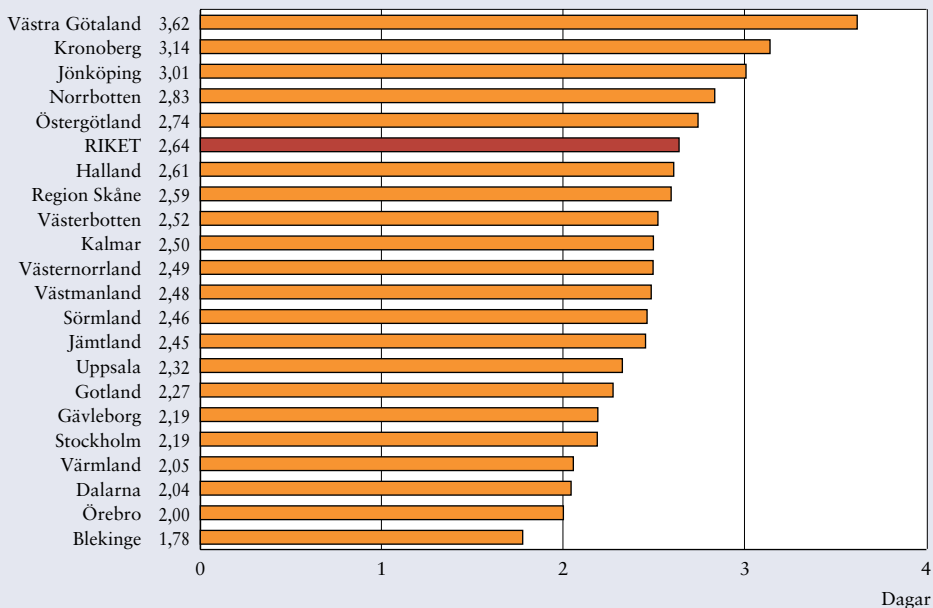


Diagram 27
Totalt

Medelvårdtid vid angina pectoris, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Planerad PCI vid kranskärlsförträngning (28–30)

Perkutan vidgning av hjärtats kärl (PCI) utförs dels vid akut hjärtinfarkt, dels som planerad behandling vid kärlförträngning där ingen infarkt skett. Under 2010 registrerades 7 214 sådana behandlingar i PAR. Det finns en viss underrapportering till PAR, jämfört med rapporteringen till kvalitetsregistret SWEDEHEART (se vidare jämförelser av täckningsgrad, Bilaga 2 i ÖJ 2011). Variationen i behandlingsfrekvensen skall tolkas i ljuset av att hjärt-kärlsjukligheten i befolkningarna varierar.

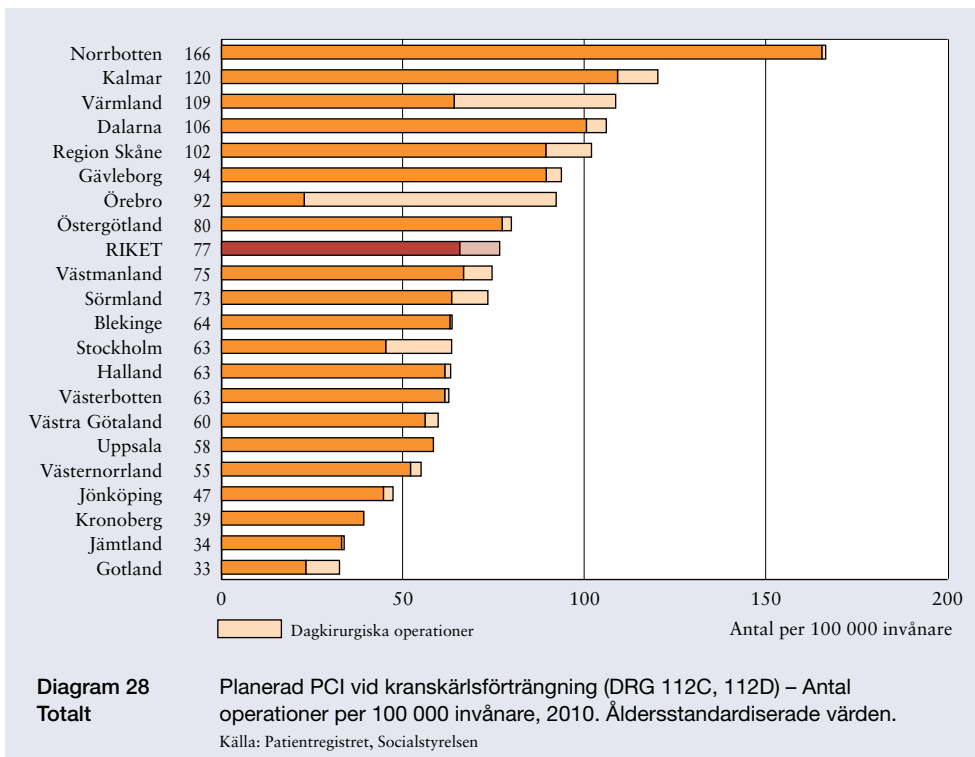




Diagram 29 Planerad PCI vid kranskärlsförträngning (DRG 112C, 112D)
Totalt – Antal vård dagar per patient, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

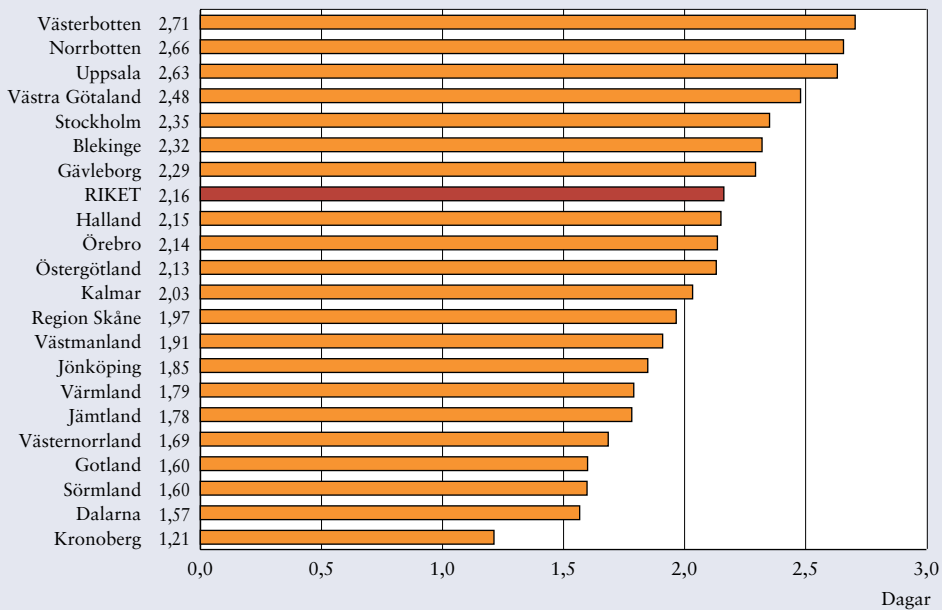


Diagram 30 Medelvårdtid vid planerad PCI vid kranskärlsförträngning, 2010.

Totalt

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Kranskärloperation (31)

Här redovisas bypassoperationer vid förträngningar i hjärtats kärl. Operationen utförs i princip enbart i planerad vård och är ett alternativ till PCI för vissa patienter. Antalet operationer har minskat och ersatts av PCI. Drygs 3 000 operationer utförs varje år, av samtliga universitetssjukhus och av Blekingesjukhuset. Källan är Patientregistret, som 2010 hade ungefär lika många fall som kvalitetsregistret, Hjärtkirurgiregistret, vilket tyder på att täckningsgraden är god.

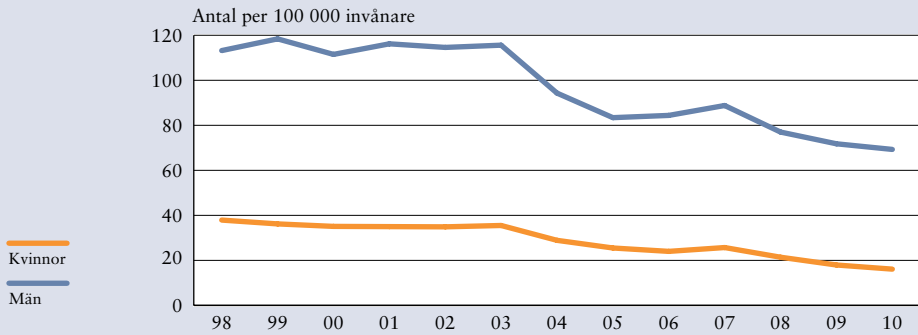


Diagram 31
Riket

Kranskärloperationer – Antal operationer per 100 000 invånare, 1998–2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

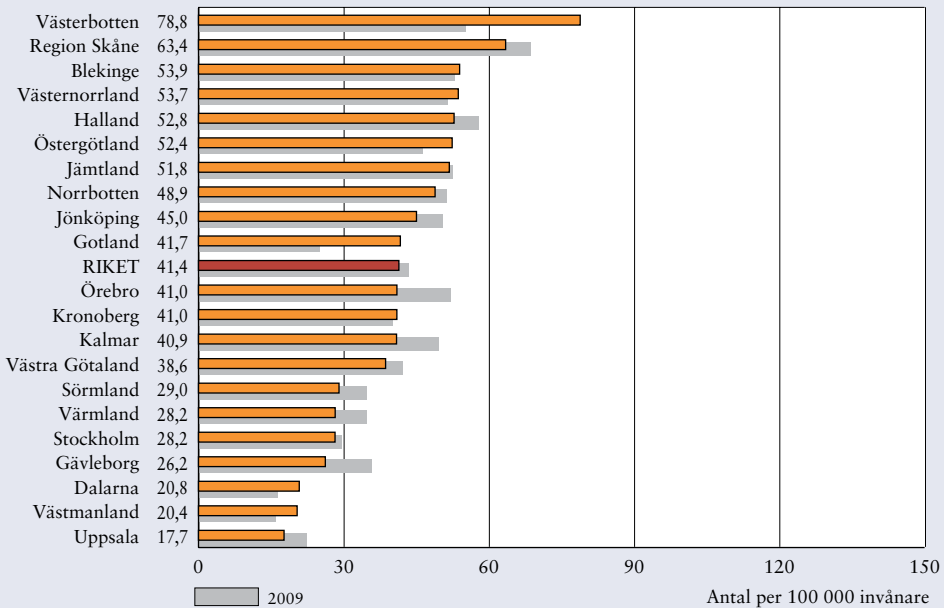


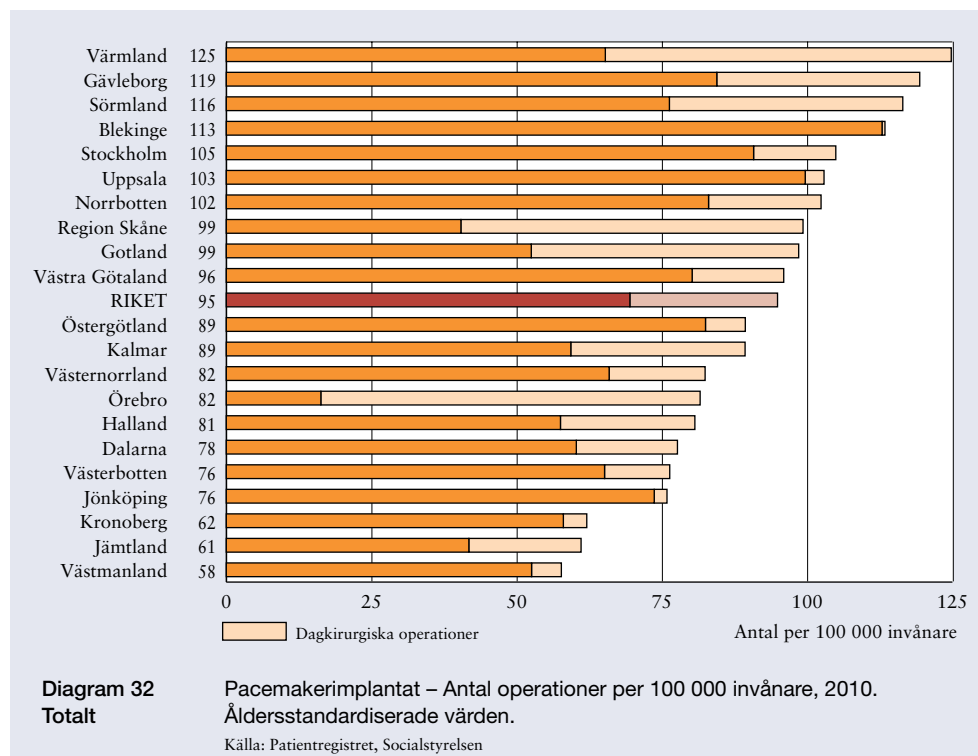
Diagram 31
Totalt

Kranskärloperationer – Antal operationer per 100 000 invånare, 2010. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

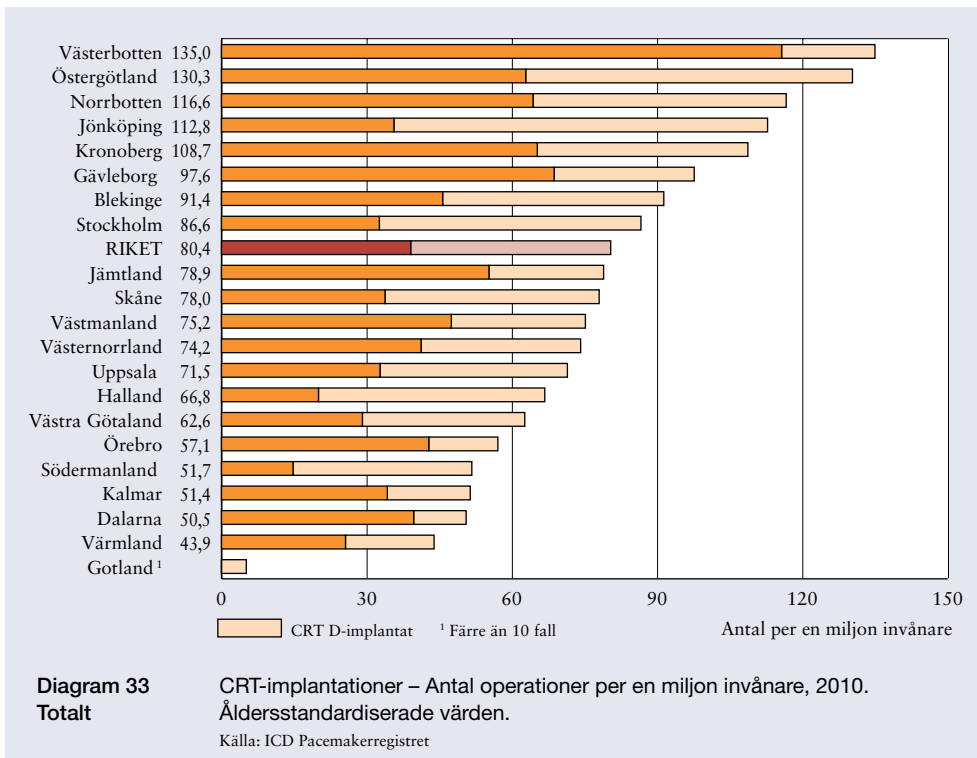
Insättning eller byte av permanent pacemaker (32)

Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Här visas antal operationer per landsting där insättning eller byte av permanent pacemaker genomförts. I PAR fanns 6 664 operationer för 2010, utförda vid drygt 50-talet sjukhus. Medelvårdtiden i riket är 2,6 dagar, med en variation mellan landsting från 2,6 till 8 dagar.



Insättning av sviktpacemaker (CRT) (33)

Hjärtsvikt behandlas framförallt med läkemedel. Insättning av svikt- eller CRT-pacemaker är en relativt ny behandling för patienter med hjärtsvikt och vid tecken på att hjärtats kamrar inte aktiveras på ett normalt sätt. I ICD- och pacemakerregistret, som är källan till jämförelsen, fanns det 757 fall av nyinsättning av CRT-pacemaker (CRT-P) eller ICD med CRT-funktion (CRT-D) under 2010.

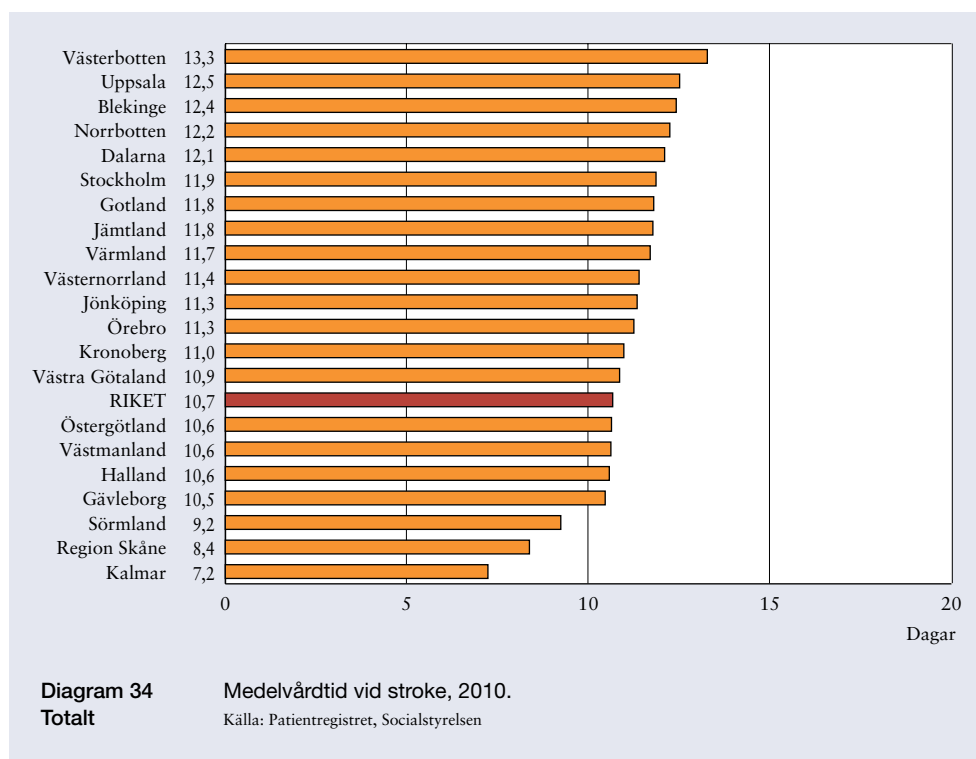


STROKESJUKVÅRD

Inom strokesjukvården presenteras mått som beskriver vårdkonsumtionen för patienter som drabbats av stroke.

Stroke (34)

Stroke är ett akut sjukdomstillstånd, där patienterna i princip i samtliga fall skall sjukhusvårdas. Antalet fall per landsting speglar därför sjukdomsförekomsten och i viss mån variation i diagnossättning, snarare än vårdkonsumtionsvariation som vid en planerad kirurgisk behandling. Istället visas här medelvårdtid. Uppgifterna är hämtade från PAR och avser så kallade klinikvårdtillfällen. Det innebär att vid sjukhus där patienten överförs mellan kliniker så redovisas två fall med en för låg medelvårdtid. Även andra aspekter på främst organisationen för rehabilitering påverkar medelvårdtiden, som i vilken mån den sker vid sjukhuset eller i hemmet, med stöd av specialiserade team för strokerehabilitering.

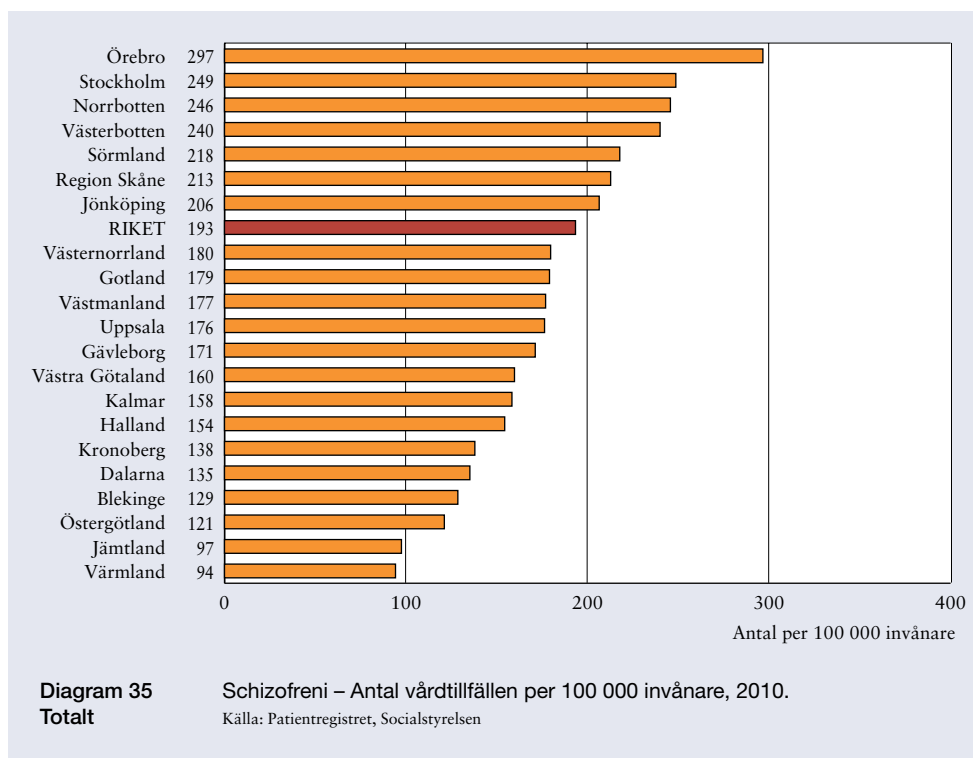


PSYKIATRI

Inom psykiatri finns i denna rapport endast ett mått på vårdkonsumtion. Bristen på relevanta mått hänger främst samman med bristen på lämpliga data för att spegla olika behandlingar eller åtgärder inom psykiatri.

Schizofreni (35)

Ungefär en procent av befolkningen kommer under sin livstid att insjukna i schizofreni. Kvinnor och män drabbas i lika hög grad. Risken att insjukna är högst i ungdomen och minskar sedan, för att efter 70 års ålder öka något igen. Antalet vårdtillfällen kan dels påverkas av antalet sjuka i ett landsting, men även av hur väl det öppna omhändertagandet och den kommunala vården och stödet fungerar.

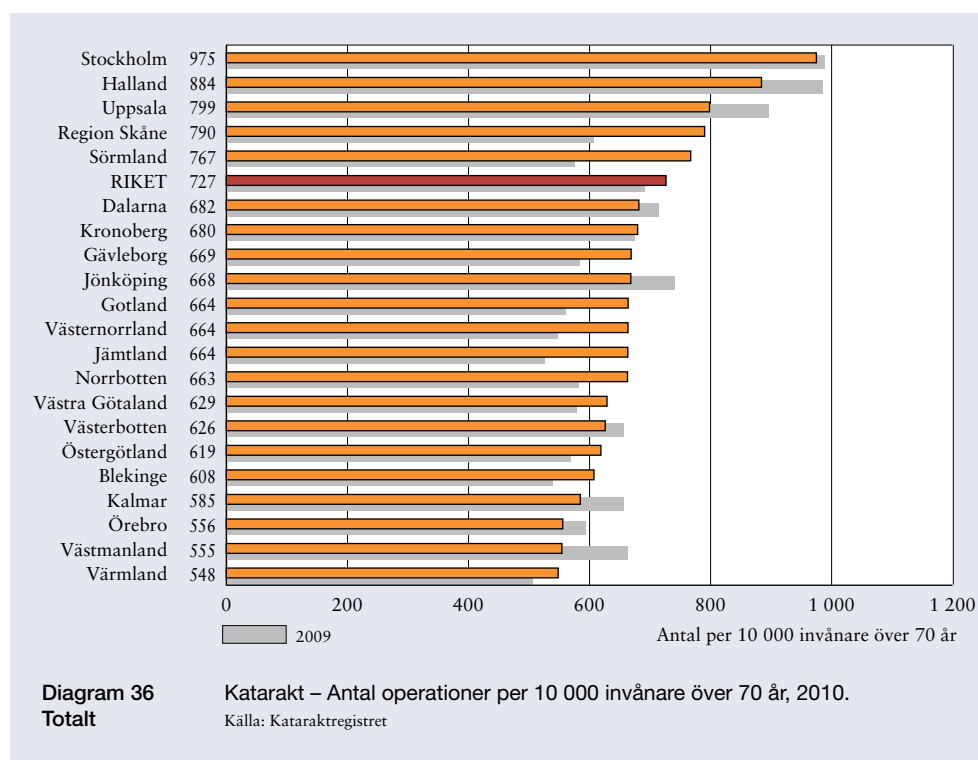


ANNAN VÅRDKONSUMTION

Här finns mått på vårdkonsumtion som presenterats i tidigare års publikation. Nytt för i år är frekvens av vårdtillfällen för blödande magsår, ett område som även presenteras i huvudrapporten.

Kataraktoperationer (36)

I Kataraktregistret registrerades 2010 över 88 000 operationer av patienter med grå starr, en ökning med 9 procent jämfört med 2009. Väsentliga synförbättringar nås för en stor del av patienterna. Den långsiktiga utvecklingen har gått mot att patienterna, nationellt sett, ser allt bättre vid tidpunkten för operation. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor. Operationen utförs i stort sett uteslutande som dagkirurgi.



Prostataförstoring (37)

Antalet operationer vid prostataförstoring har minskat sedan år 2005, men har de senaste åren legat på en stabil nivå nationellt sett. Idag finns flera olika behandlingsalternativ som t.ex. medicinsk behandling och andra nya metoder. Kirurgi är ett effektivt sätt att få bort hindret för urinflödet och är ibland det enda behandlingsalternativet, men kan också innebära större risker än andra behandlingar. År 2010 utfördes totalt 5 100 operationer. Operationerna utfördes framförallt inom slutenvården, 94 procent.

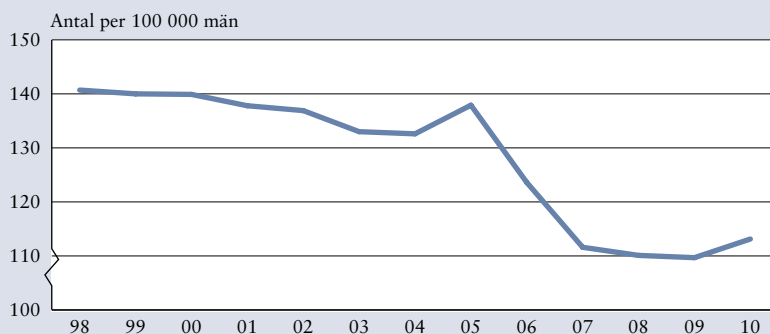


Diagram 37
Riket

Prostataförstoring – Antal operationer per 100 000 män, 1998–2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

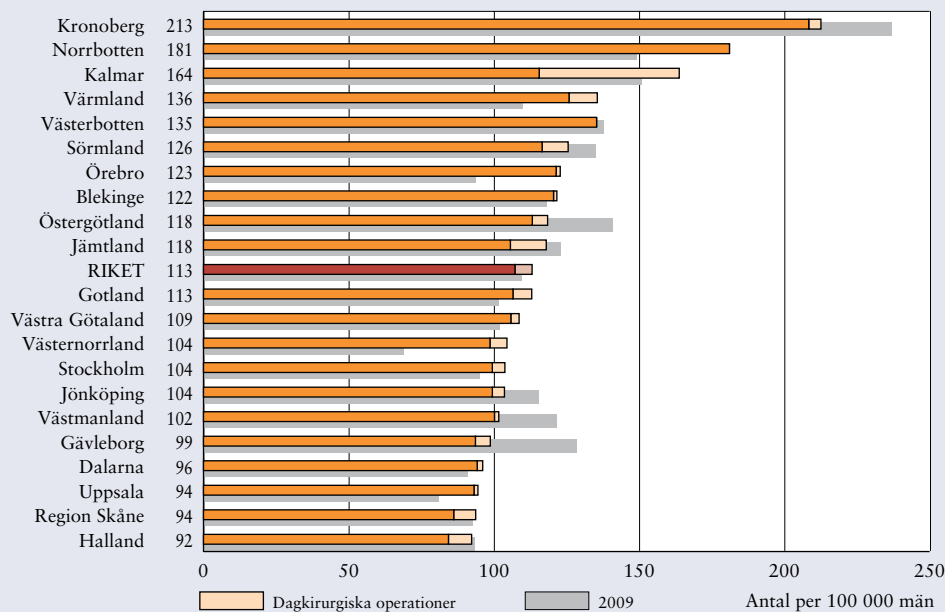


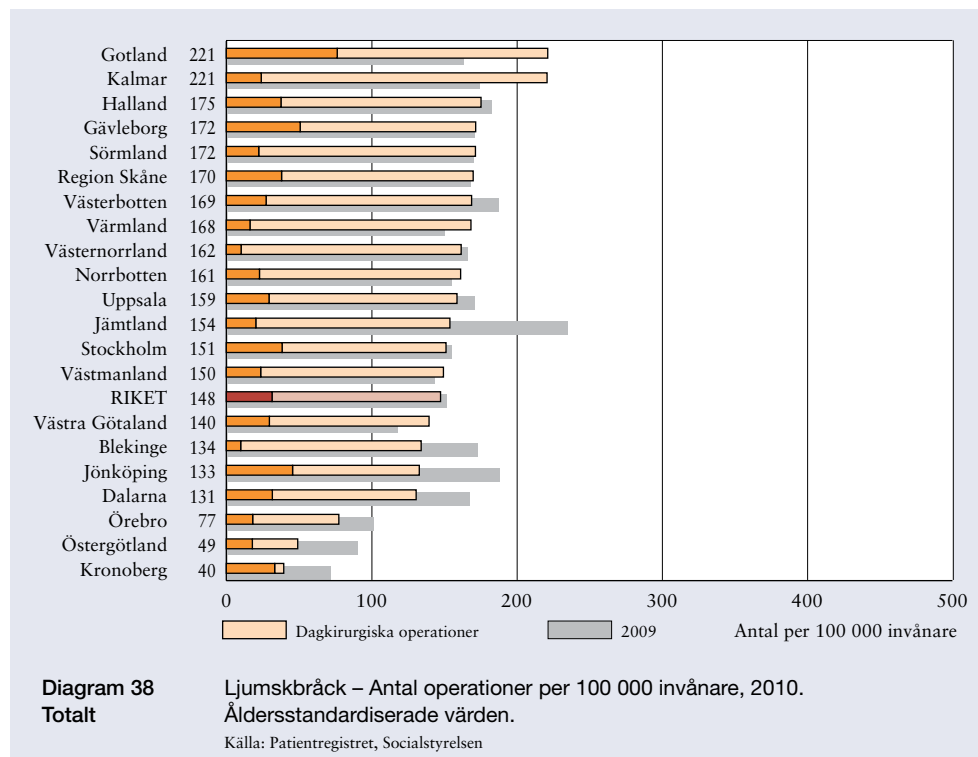
Diagram 37
Män

Prostataförstoring – Antal operationer per 100 000 män, 2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

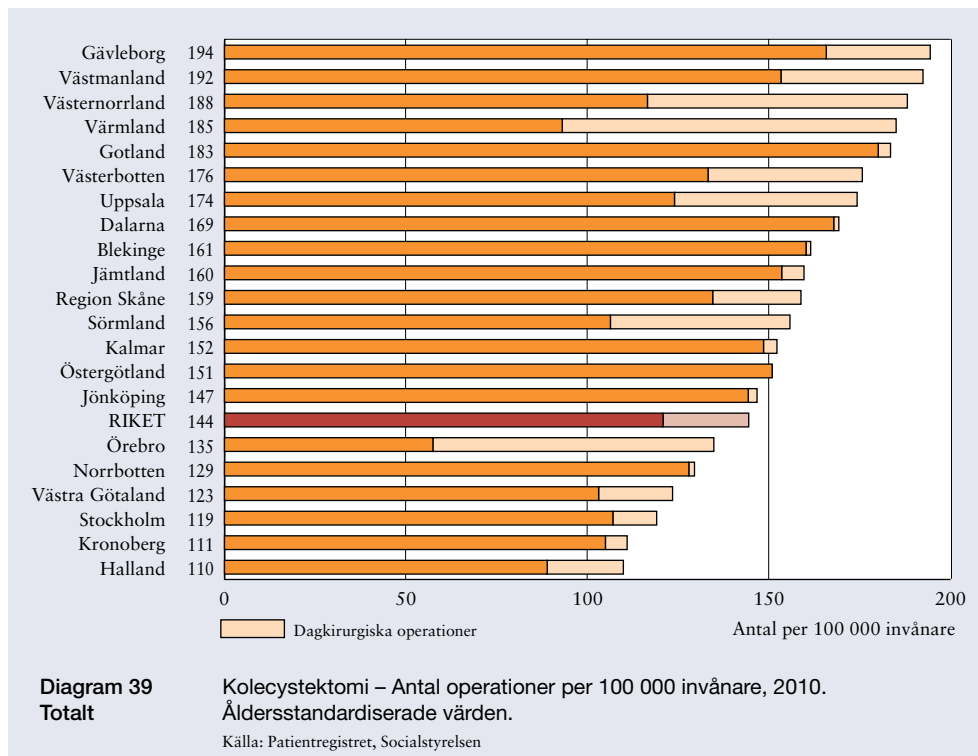
Ljumsnbråcksoperation (38)

Operation för ljumsnbräck är den vanligaste allmänkirurgiska operationen i Sverige. År 2010 registrerades 18 000 ljumsnbråcksoperationer, varav 92 procent utfördes på män. Av samtliga operationer utfördes 77 procent som dagkirurgi, men detta varierar kraftigt mellan landstingen. Kronobergs avvikande värde beror på registreringskillnader. På riksnivå har ingen förändring skett jämfört med 2009, utan antalet operationer är oförändrat.



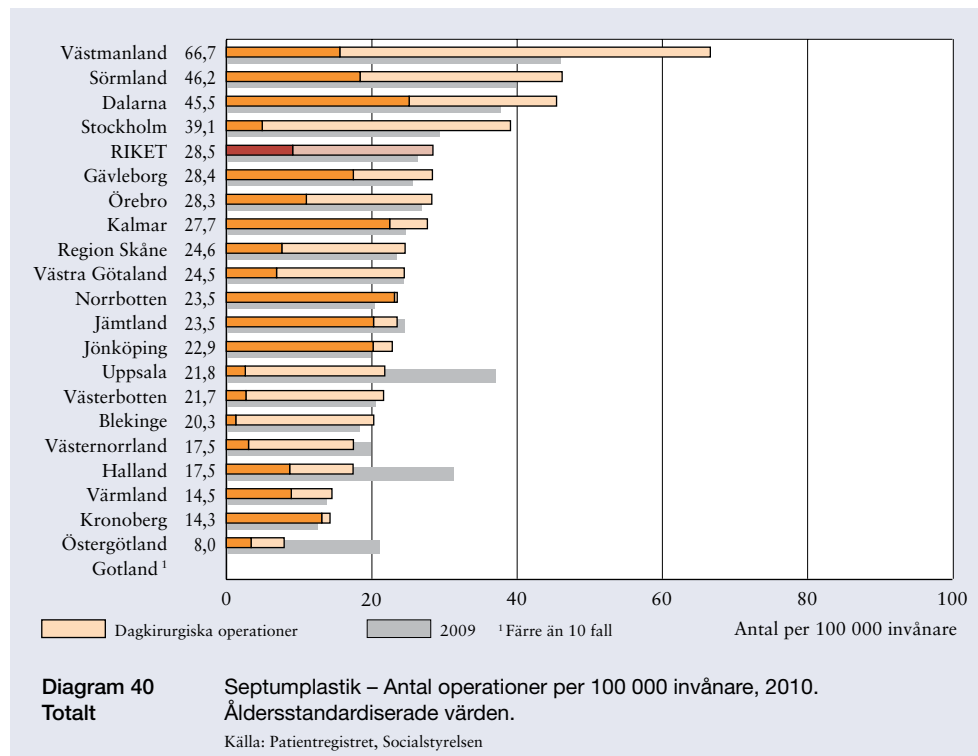
Kolecystektomier (39)

Gallsten är en vanlig sjukdom och upp till hälften av befolkningen kommer någon gång i livet utveckla en sten i gallblåsa. De flesta känner inte av dem och behöver inte opereras. Gallstensoperation är ändå en av de vanligaste kirurgiska ingreppen i Sverige. Under 2010 registrerades 12 000 kolecystektomier, borttagande av gallblåsan, vilket var en liten minskning jämfört med 2009. Majoriteten, 80 procent, av operationerna utfördes i slutenvården. Det var framförallt kvinnor som opererades (71 procent).



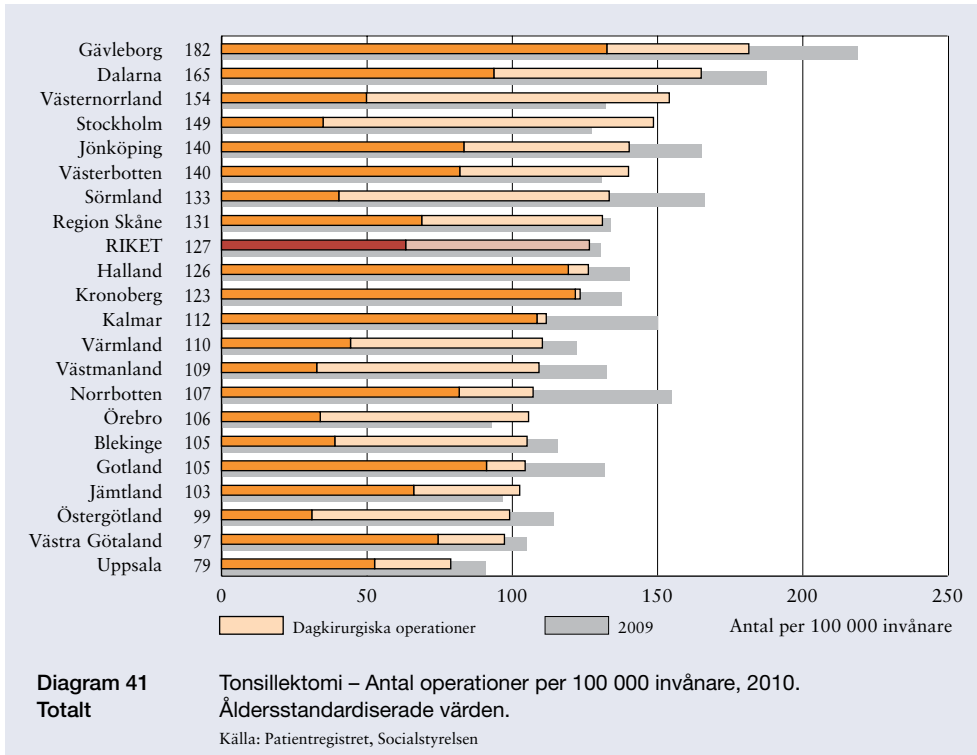
Septumplastik (40)

Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg, hos individer där detta ger upphov till besvär med nästäppa och snarkning. Jämfört med år 2009 har antalet operationer ökat marginellt och år 2010 utfördes knappt 2 700 operationer. Cirka två tredjedelar av operationerna gjordes i dagkirurgi på riksnivå. Septumplastik var betydligt vanligare bland män som stod för 80 procent av det totala antalet operationer.



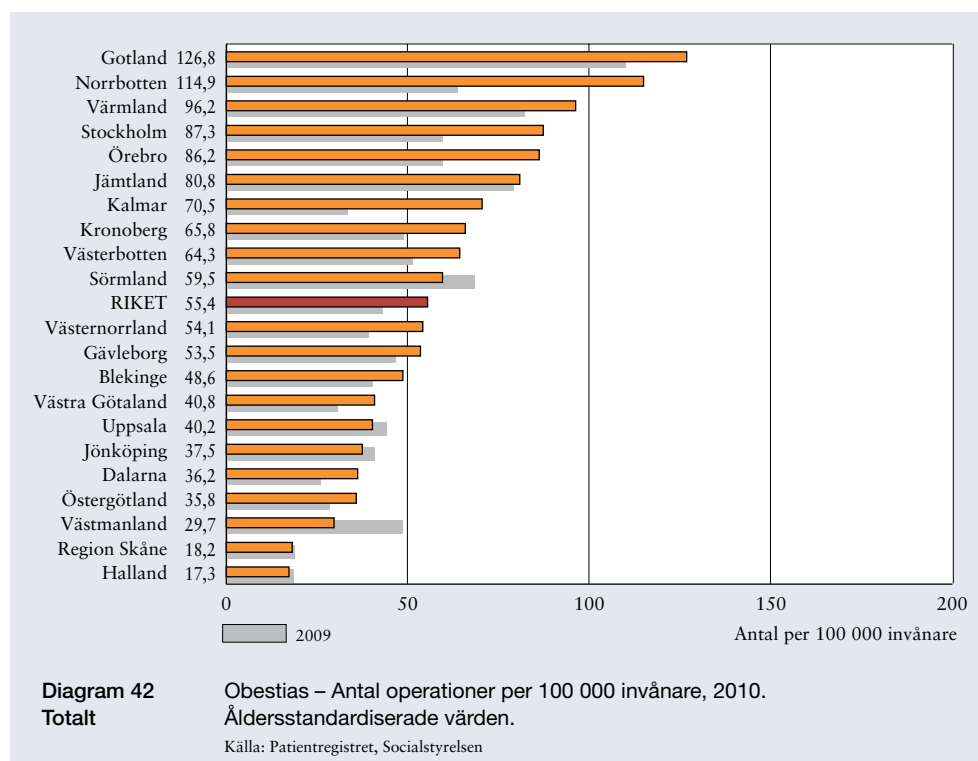
Tonsillektomi (41)

Tonsillektomi är en operation där halsmandlarna avlägsnas, till exempel vid upprepad halsfluss eller snarkningsproblem. Sedan år 2001 har antalet tonsillektomier ökat och år 2010 utfördes 10 000 operationer och ingreppet är ett av de vanligaste som görs på barn. En majoritet av operationerna utfördes i slutenvård, totalt sett medan det finns stora variationer mellan landstingen. Operationen var något vanligare bland kvinnor än bland män.



Obesitaskirurgi (42–43)

Obesitaskirurgi innebär volyminskränkande ingrepp på magsäcken i syfte att patienten ska gå ned i vikt. Ingreppen innefattar bland annat Gastric bypass och Gastric banding. Antalet operationer har ökat kraftigt de senaste fem-tio åren, framförallt bland kvinnor. De patienter som opereras är inte sällan diabetiker, hjärt/kärlsjuka eller har ledbesvär. År 2010 utfördes totalt över 8 000 operationer, varav 75 procent utfördes på kvinnor. Operationerna genomfördes inom slutenvården. Det är stor variation i antalet operationer mellan landstingen.



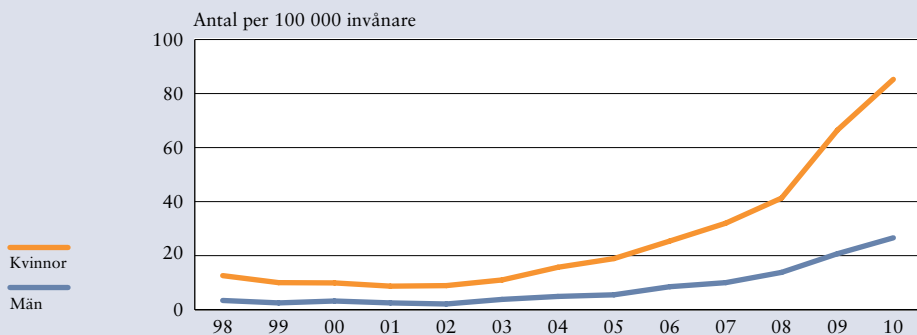


Diagram 42
Riket

Obestias – Antal operationer per 100 000 invånare, 1998–2010.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

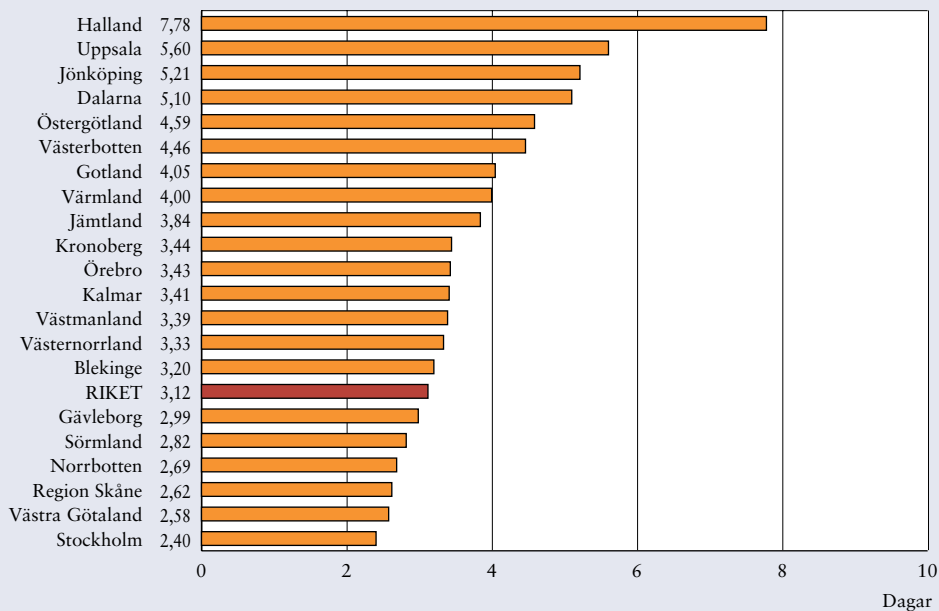


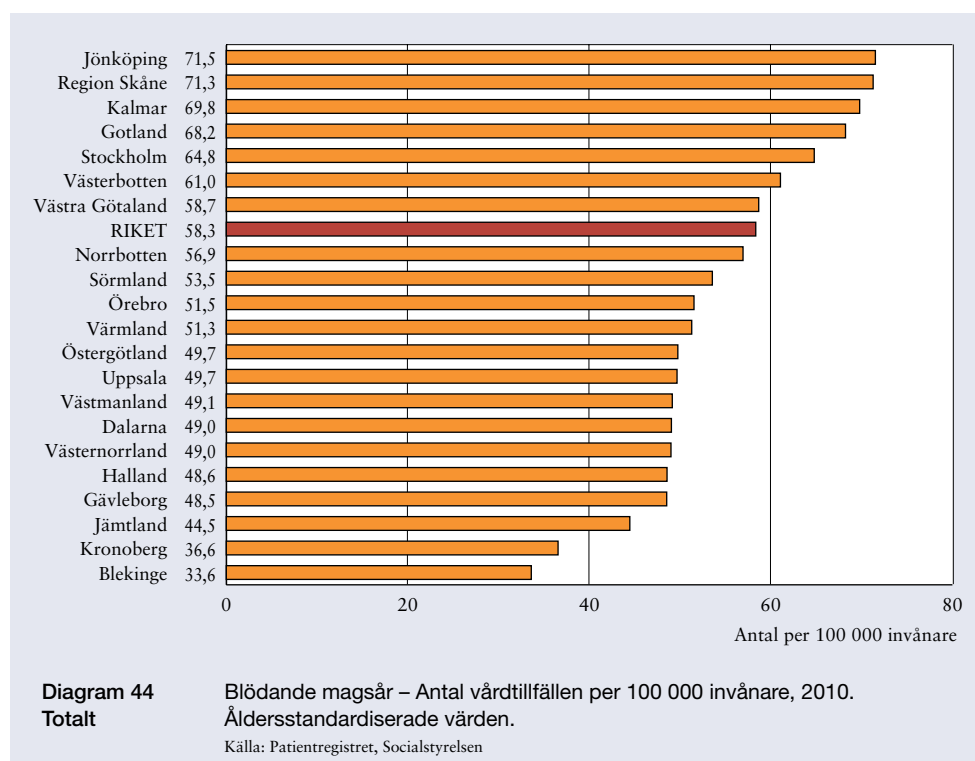
Diagram 43
Totalt

Medelvårdtid vid obesitaskirurgi, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Blödande magsår (44–45)

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Män löper större risk än kvinnor att insjukna. Riskfaktorer för blödande magsår är, förutom förekomst av infektion orsakad av *Helicobacter pylori*, bland annat hög ålder och bruk av smärtstillande och inflammationsdämpande medel. Under 2010 registrerades 5 492 vårdtillfällen med blödande magsår i PAR.



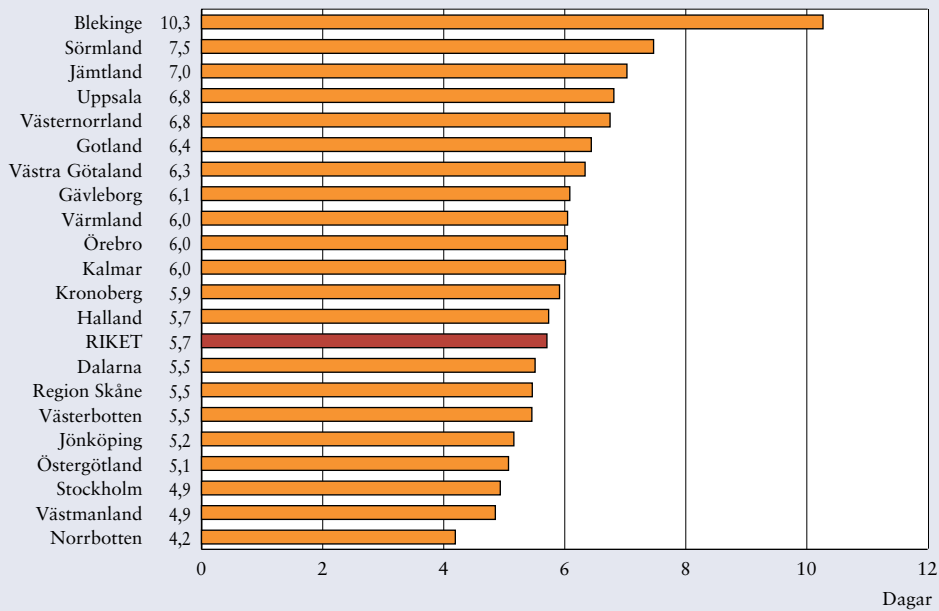


Diagram 45
Totalt

Medelvårdtid vid blödande magsår, 2010.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Typ av operation/åtgärd	Åtgärdskod (KVÅ)	Diagnoskod (KSH97)	Diagnosrelaterad grupp (DRG)
Kvinnosjukvård			
Hysterektomi	LCC10, LCC11, LCC20, LCD00, LCD01, LCD04, LCD10, LCD11	D25, D26, N85, N87, N92	
Operation för livmoderframfall	LEF	N81.1-N81.6, N81.9, N88.4, N99.3	
Operation vid urininkontinens bland kvinnor	KDG, LEG		
Skrapning	LDA00, LDA10, LCA10, LCA13, MBA00, MBA03		
Rörelseorganens sjukdomar			
Artroskopi	NGA01, NGA11, NGD01, NGD11 och NGF31		
Knäprotesoperation	NGB29, NGB39, NGB49,		
Höftprotesoperation (primär)	NFB29, NFB39, NFB49, NFB62, NFB99	Exklusive S72	
Höftfraktur		S72	
Hjärtsjukvård			
Hjärtsvikt		I50, I110, I420, I426	
Hjärtarytmier och överledningsstörning			I38, I39
Angina pectoris			I40
PCI (Ej vid hjärtinfark)			I12C, I12D
Kranskärlsoperation (ej PCI)	FNA, FNB, FNC, FND, FNE, FNF		
Pacemakerimplantat			I15B
Strokesjukvård			
Stroke		I61, I63, I64	
Psykiatri			
Schizofreni		F20-F29	

Annan vårdkonsumtion			
Kataraktoperation	CJC, CJD, CJE	H25, H26 (ej H26.4), H28	
Operation vid prostataförstoring	KED	N40	
Ljumsbråcksoperation	JAB	K40.2, K40.9	
Kolecystektomier	JKA20, JKA21, JKB00		
Septumplastik	DJB10, DJD20		
Tonsillektomi	EMB10, EMB20, EMB99		
Obesitaskirurgi	JDF, JFD00	E66	
Blödande magsår		K25.0, K25.4, K26.0, K26.4	