

# Diabetesindex 2007

## En jämförelse av landstingens diabetessjukvård

1	Förord .....	2
2	Sammanfattning.....	4
3	Bakgrund .....	6
4	Utformning av Diabetesindex 2007 .....	8
5	Indikatorer i Diabetesindex 2007 .....	9
6	Resultat i Diabetesindex 2007 .....	14
7	Frågor och svar om vårdkonsument- och diagnosindex .....	16
8	Konsumentinformation om sjukvård.....	18
9	Om Health Consumer Powerhouse .....	21

Diabetesindex 2007  
© Health Consumer Powerhouse  
ISBN 978-91-976874-2-3  
Rapporten kan laddas ned från [www.healthpowerhouse.se](http://www.healthpowerhouse.se)  
Kontaktperson: Oscar Hjertqvist  
E-post: [oscar.hjertqvist@healthpowerhouse.com](mailto:oscar.hjertqvist@healthpowerhouse.com)  
Telefon: +46 8 642 08 60

# 1 Förord

350 000 människor i Sverige bedöms ha diabetes. Det gör diabetes till en av de stora folksjukdomarna. Mycket talar för att mörkertalet är stort, eftersom det ännu inte görs någon screening av diabetes. Allt talar sålunda för att många har diabetes men utan att ha fått någon diagnos.

Diabetesindex (DIX) gör 2007 för andra året jämförelser som underlättar för vårdkonsumenten. Vi redovisar hur väl eller illa de 21 landstingen (inkl. Gotlands kommun) lever upp till dagens konsumentkrav på god diabetesvård. Oavsett om landstinget anlitar fristående producenter eller låter egenregion svara för vårdinsatserna är det landstinget som svarar för inriktningen av diabetesvården och för dess finansiering. Hit hör även vad som kan betecknas som egenvård, till exempel bättre kosthåll och instser mot rökning. Framgång eller misslyckande avgörs av den samlade insatsen inom diabetesvården. Det folkvalda landstinget är därför en naturlig utgångspunkt för jämförelsen.

Diabetesindexet jämför tolv indikatorer vilka tillsammans ger en god bild av tillgänglighet, bemötande och medicinska resultat. Den som jämför årets index med föregående års finner några smärre justeringar av indikatorer och grafisk utformning. Det går även att utläsa skillnader i behandlingsresultat mellan de båda åren. Det gäller framför allt sjukvårdens förebyggande insatser i form av ögon- och fotkontroll av diabetiker. Här tyder 2007 års Diabetesindex på försämrad täckning, uttryckt som andelen patienter som får sådana kontroller enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Här är flera tolkningar möjliga av statistiken. En är att det pågår en förändring av undersökningsmetoder ute i landstingen som gör att även glesare kontroller garanterar god övervakning.

En annan att alltför behandlande vårdenheter nu rapporterar till diabetesregistret och att de nytillkomna generellt har sämre siffror vilket drar ned den totala täckningen (utan att kontrollen hos redan kända vårdenheter behöver ha påverkats).

En tredje tänkbar förklaring är naturligtvis att ögon- och fotkontrollen faktiskt har blivit sämre. Diabetessjukvården tycks här sakna tydliga svar. Det gör det mycket angeläget att ansvariga myndigheter tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, fortsätter utveckla rapportering och kvalitetsregister så att denna för landets diabetiker så viktiga fråga får tillfredsställande svar.

Diabetesindex 2007 borde ge även landstingspolitiker och tjänstemannastaber mycket att fundera över när det gäller diabetesvården. Varför är skillnaderna i ambition, arbetssätt och resultat ännu betydande mellan landstingen? Avspeglar de policy och resurstilldelning inom respektive landsting? Eller är de oavsiktliga? Använder de folkvalda hjälpmedel som Diabetesindex för att utvärdera och följa upp landstingets diabetesvård? Vår redovisning av förbättringsbehoven inom svensk diabetesvård pekar i en bestämd riktning..

Ett viktigt element för Health Consumer Powerhouse är att för varje index samarbeta med berörda patientorganisationer och andra intressenter. Informationsutbytet med Svenska Diabetesförbundet ([www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)) har varit mycket värdefullt och vi tackar för gott samarbete.

Ett extra tack vill vi ge Margareta Nilsson, ordförande för Svenska Diabetesförbundet, Urban Rosenqvist, professor emeritus i hälso- och sjukvårdsforskning vid Uppsala universitet samt Karin Larsson, sektionschef avdelningen för diabetesvård vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala. Vi tackar även Nationella Diabetesregistret för att ha tillhandahållit mycket användbar statistik.

Vi vill även tacka läkemedelsföretaget GSK AB ([www.gsk.se](http://www.gsk.se)) som stöttat utvecklingen av 2007 års Diabetesindex genom ett ovillkorat forskningsbidrag. Health Consumer Powerhouse accepterar ekonomiskt stöd som inte äventyrar vårt oberoende eller som är förknippat med villkor.

I likhet med våra övriga index kommer Diabetesindex att utvecklas över tid och bli alltmer relevant och tillförlitligt. Synpunkter från dig och andra läsare är av stort värde i detta kontinuerliga utvecklings- och förbättringsarbete. Vi välkomnar därför kommentarer och förslag som kan beaktas i 2008 års Diabetesindex.

Stockholm den 11 december 2007

Johan Hjertqvist  
VD  
Health Consumer Powerhouse AB

## 2 Sammanfattning

### 2.1 Resultat

Genomgående har rapporteringen till Nationella Diabetesregistret (NDR) förbättrats – från uppskattningsvis 38 procent av diabetikerna under behandling år 2006 till 43 procent 2007. Vissa landsting har gjort stora framsteg vad gäller rapportering till NDR sedan Diabetesindex 2006, medan andra stått stilla. Att vissa landsting inte verkar göra något åt det faktum att nära 80 procent av diabetikerna inte registreras är svårbegripligt.

Fotkontroller och fotvård är en viktig, men föga glamorös del av diabetesvården, som många menar sätts på undantag. Av diabetikerna som vårdas i primärvården varierar andelen som genomgår årlig fotkontroll från 81 procent i Västra Götalandsregionen till 94 procent i Dalarna.

En av de allvarligaste komplikationerna av diabetes är fotamputation, och eftersom detta tillstånd är förhållandevis enkelt att mäta används det ofta som indikator på diabetesvårdens prestation. Andelen diabetiker som vårdas i primärvården och någon gång genomgått amputation varierar förvånansvärt mycket mellan landstingen. I Dalarna är de bara 0,2 procent, i Västra Götalandsregionen 0,5 procent och i Gävleborg 0,7 procent medan Halland har 1,5 procent amputerade och Västernorrland 1,7 procent. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda.

Man bör inte dra vittgående slutsatser om skillnader mellan två landsting, som skiljs åt av enstaka poäng. HCP avråder också från förhastade generaliseringar om svensk diabetesvård till följd av denna undersökning. Över tid kommer säkerheten i underlaget att öka.

HCP vill dock hävda, att de landsting, som återfinns i toppgruppen (på ”medaljplats”) torde anses ha god diabetesvård, medan de landsting, som återfinns i skalans nedre del torde ha större förbättringspotential.

### 2.2 Datatillgänglighet

Diabetesindex 2007 (DIX 2007) baseras precis som Diabetesindex 2006 (DIX 2006) till stor del på data från Nationella Diabetesregistret (NDR), vilket omfattar cirka 156 000 diabetiker under behandling.

NDR baseras - som alla svenska kvalitetsregister - på frivillig rapportering från behandlande läkare. NDR självt uppskattar att 43 procent av alla diabetespatienter rapporteras<sup>1</sup>. Variationen är stor - Östergötland rapporterar över 80 procent, Västra Götalandsregionen över 50 procent medan Norrbotten, Stockholm och Västmanland rapporterar något mer än 20 procent av sina diabetespatienter.

---

<sup>1</sup> Nationella Diabetesregistrets årsrapport 2007, sid 9

Denna uteblivna rapportering leder naturligtvis till osäkerhet, eftersom data för en majoritet av diabetikerna inte kan inkluderas i Diabetesindex 2007. Vi väljer dock att använda NDR:s data av två skäl:

För det första har NDR, trots sina brister, den bästa statistiken om diabetes i Sverige. Vi resonerar här på samma sätt som när vi inkluderade väntetidsstatistik i Vårdkonsumentindex år 2004 - detta är den enda allmänt tillgängliga och jämförbara statistik som finns tillgänglig för vårdkonsumenter, sjukvårdspolitiker eller läkare. Att inte utnyttja den befintliga informationen vore att avskräcka de landsting som idag rapporterar huvuddelen av sina diabetiker till NDR. Detta är det underlag många sjukvårdsstrategiska beslut rörande folkhälsa och diabetes grundar sig på, med sina begränsningar och osäkerheter.

- Det innebär att vi inte vet så mycket om vilken vård diabetespatienterna i Stockholm får. Är det en god vård, medelgod eller rentav dålig? Det vet vi inte, vilket är olyckligt. En del av förklaringen finns troligen i en otydlighet från huvudmännen, det vill säga landstingen, om vilken betydelse inrapporteringen till registret har, säger docent Björn Eliasson, ordförande i Svensk Förening för Diabetologi (SFD), som samlar landets diabetesläkare<sup>2</sup>.
- Sjukvården behöver kvalitetsregister för att kunna förbättra sina resultat. Vårdpersonalen måste våga inventera sin verksamhet och berätta hur det går, även om det tar tid. För hur kan vi annars veta om vi bedriver en bra vård eller inte? säger överläkare Sofia Gudbjörnsdottir vid Diabetescentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg som leder registret<sup>3</sup>.

För det andra vill vi uppmuntra till ökad rapportering till NDR genom att påpeka det otillfredsställande i dagens situation. Redan nu kan vi konstatera att rapporteringen ökar: år 2004 rapporterade 86 medicinkliniker och 538 vårdcentraler till NDR - 2005 hade nivån ökat till 92 respektive 649. 2006 rapporterade 96 medicinkliniker och 719 vårdcentraler till NDR. Det är troligt att denna positiva trend fortsätter och kommer att bidra till ökad exakthet hos kommande versioner av Diabetesindex och andra jämförelser.

## 2.3 Rekommendationer

Vi hoppas att Diabetesindex i sig kan stimulera till och ge inspiration att ta efter goda förebilder inom svensk diabetesvård, för sådana finns i stor utsträckning.

Vi har även några övergripande rekommendationer som mer är avsedda för landstingen än sjukvården.

- Diabetes är en folksjukdom med stora potentiella kostnader såväl för den enskilde diabetikern som för landsting och skattebetalare. Det exakta antalet diabetiker är okänt, samtidigt som det finns tecken på att allt fler och allt yngre får diabetes. Därför är det förvånansvärt att inga

---

<sup>2</sup> Pressmeddelande från Nationella Diabetesregistret 19 juni 2007

<sup>3</sup> Ibid.

landsting genomför **större screening-projekt**. Det vore tämligen enkelt och billigt och har inte den skrämmande effekt som felaktiga svar vid till exempel cancerscreening kan ha.

- Dålig rapportering till NDR innebär också dåligt beslutsunderlag för planering av framtida verksamhet. Hur ska Stockholm läns landsting kunna utforma diabetesvården eller utvärdera vården när mindre än var femte diabetiker registreras i Nationella Diabetesregistret? För Uppsala är det bara var fjärde diabetiker som registreras. Det är ofta landstingen centralt som avgör rapporteringsgraden genom incitament, att avsätta tid för rapportering, att ställa krav i upphandlingar och tillämpa användarvänliga datasystem. Östergötland har visat att man genom målmedvetet arbete drastiskt kan höja rapporteringsgraden.
- Även om tillgängligheten inom sjukvården förbättrats på senare år finns det fortfarande mottagningar som inte lever upp till vårdgarantins mål om att alla ska erbjudas vård inom 90 dagar. Diabetiker kan prioriteras och få snabbare vård än icke-diabetiker, men bäst vore att ingen behöver vänta mer än 90 dagar. En sådan väntetid anses för övrigt i många andra europeiska länder vara obegripligt lång.

## 2.4 Förändringar sedan Diabetesindex 2006

Det är frestande att jämföra olika landstings placering i Diabetesindex 2007 med deras placering i 2006 års index. Health Consumer Powerhouse avråder dock från detta av flera skäl.

Främsta orsaken är att tiotusentals nya diabetespatienter har registrerats hos Nationella Diabetesregistret sedan vi publicerade DIX 2006. Uppskattningsvis har andelen diabetiker som registrerats stigit från 38 procent till 43 vilket naturligtvis är positivt, men gör att resultaten inte är direkt jämförbara.

Några indikatorer har tagits bort och nya tillkommit, vilket påverkat landstingens resultat och placering. Den nationella sammanställningen över tillgänglighet i sjukvården, *Väntetider i Vården*, har ändrat några av de uppgifter vilka ingick i Diabetesindex 2006 vilket tvingat oss att anta dessa nya mått på väntetider.

Slutligen har Health Consumer Powerhouse tillämpat en tydligare metod för att beräkna landstingens placering, som dock gör tillbakablickande jämförelser svårare.

## 3 Bakgrund

Diabetes är en livslång, kronisk sjukdom som innebär regelbunden kontakt med många olika delar av sjukvården. För goda resultat måste inte bara sjukvårdens alla delar hålla hög kvalitet, utan även kunna samspela och informera varandra om förändringar i diabetikernas hälsa. Därför anses diabetesvårdens resultat vara en god indikator på sjukvårdssystemets funktion i allmänhet - mår diabetikerna bra är sjukvården troligen bra även för icke-diabetiker.

Bra diabetesvård kännetecknas enligt vården själv främst av ”vardagssjukvård” - det vill säga förmåga att engagera diabetikerna i egenvård, kontrollera värden och följa upp försämringar. Sjukvårdens tekniska utrustning och högspecialiserad vård är långt mindre betydelsefull för bra resultat än pedagogisk vårdpersonal, regelbundna möten med provtagningar samt uppföljning av testresultaten.

Diabetesvård är en verksamhet med mycket långt perspektiv. Resultaten i Diabetesindex 2007 är till stor del följden av beslut, behandlingsriktlinjer och utbildning som började för decennier sedan. Att snabbt förbättra resultat är svårt - de åtgärder som vidtas idag ger märkbar effekt först på flera års sikt.

Vad som är långt lättare är att börja ställa minimikrav på diabetesvården, öka andelen diabetiker som genomgår rutinundersökningar och att korta väntetiderna till specialistmottagningar. Flera landsting skulle på detta sätt snabbt kunna förbättra sin konsumentvänlighet inom diabetesvården.

### 3.1 Historik

Diabetes har dokumenterats långt före Kristi födelse i såväl Egypten, Indien som Grekland. Effektiva behandlingsmetoder saknades dock och patienterna dog snabbt. Olika former av dieter kunde något uppskjuta förloppet, men bara under några år och till priset av mycket lidande – den vanligaste dieten var nämligen svält.

Under sent 1800-tal började läkare experimentera på hundar. Man upptäckte att hundar som fått bukspottskörteln bortopererade utvecklade diabetes. 1921 lyckades Frederick Grant Banting och Charles Herbert Best i Kanada extrahera insulin från en hund vilket gavs till en diabetessjuk hund som blev bättre. Redan 1922 började insulin ges till människor i stor skala. 1923 tilldelades upptäckarna nobelpriset i medicin för upptäckten av insulin. Det var alltså ett mycket snabbt händelseförlopp och introduktion av läkemedlet.

Under tiden därefter har ständiga förbättringar skett både vad gäller insulin, metoder för att mäta blodsockret och behandling av komplikationer.

### 3.2 Särdrag för diabetessjukvården

Med tanke på att diabetes är en stor och allmänt förekommande sjukdom, som kan orsaka en mängd följsjukdomar och dessutom verkar öka, är det förvånande att förekomsten av diabetes inte mäts i större utsträckning.

Uppskattningsvis fyra procent av populationen i Sverige antas lida av diabetes – men detta är just en uppskattning, baserat på enstaka undersökningar. Andra källor påstår att långt fler är diabetiker – International Diabetes Federation uppskattar att 7,3 procent av svenskarna mellan 20 och 79 års ålder har diabetes men hela 10,2 procent av tyskarna<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Diabetes Atlas, International Diabetes Federation. Siffrorna avser 2003.

Trots denna brist på information och att undersökningar av potentiella diabetiker är långt billigare och mindre dramatiska än till exempel mammografi har det inte gjorts några större och uthålliga screening-projekt i Sverige.

Västra Götalandsregionen har en patientdatabas vid namn VEGA. I samband med ett nu pågående forskningsprojekt visade det sig att sammanlagt fyra procent av alla invånare under sju års tid registrerats med koden ”diabetes”<sup>5</sup>. Eftersom en del av dessa patienter under de sju åren torde ha dött, verkar uppskattningen att fyra procent av populationen lider av diabetes vara en trolig övre gräns för förekomsten av diabetes bland svenskarna. I och med att patientjournalerna datoriseras och görs sökbara kommer det att bli möjligt att uppskatta andelen diabetiker långt mer exakt än tidigare.

### 3.3 Svensk diabetesvård

Huvuddelen av diabetesvården sköter diabetikern själv genom att mäta sitt blodsocker, ta insulin vid behov, äta rätt och motionera. Diabetiker har även en fast kontakt med sjukvården för rådgivning, provtagning och rutinundersökningar. Det är med dessa resultat som diabetikerna registreras i Nationella Diabetesregistret. De flesta diabetiker har sin kontakt på en vårdcentral, men en mindre del har kontakten vid medicinkliniken på ett sjukhus.

## 4 Utformning av Diabetesindex 2007

Inledningsvis vill HCP påpeka att Diabetesindex mäter konsumentvänligheten i diabetessjukvårdens upplägg, inte verksamhetens kvalitet i sig. Med konsumentvänlighet avser vi här – liksom för våra övriga index – hur väl vården anpassats till användarens önskemål om informationstillgång, service, bekvämlighet och gott resultat.

Vårdkvalitet är en komplex och bitvis kontroversiell fråga där professionen ofta har olika uppfattningar om vad som utgör bästa vården, och där jämförbara data för alla 21 landsting ofta saknas. HCP har, genom att lyfta fram vissa aspekter av diabetessjukvården, angivit vad vi ser som centrala – och mätbara – konsumentkvaliteter.

Diabetesindex 2007 bygger, som alla Health Consumer Powerhouse index, i möjligaste mån på öppna, allmänt tillgängliga källor. Där sådana källor saknas har vi genomfört egna undersökningar.

### 4.1 Val av indikatorer

”Som man ropar i skogen får man svar”. Det, som är avgörande för resultatet i ett sjukvårdsindex är vilka indikatorer, som väljs ut för att kunna med någon relevans påstå att ”ett landsting, som får hög poäng, bereder sina invånare en god och konsumentvänlig vård”.

---

<sup>5</sup> Personlig kommunikation; studie under publicering

Diabetesindex 2007 bygger till stor del på Diabetesindex 2006 och de diskussioner, studier och sammanträden som låg till grund för detta första index. Under året har vi tagit till oss förslag, kommentarer och kritik i syfte att förbättra indexet, vilket avspeglas i att några indikatorer ersatts av andra. Vi tackar för dessa värdefulla förslag. Ansvar för ofullkomligheter och missförstånd som kan ha påverkat utformningen av indexet vilar helt på projektledaren.

## 4.2 Poängsättning i Diabetesindex 2007

Diabetesindex 2007 omfattar tolv indikatorer. Varje indikator kan ge 1 – 3 poäng med undantag för en indikator, som kan ge 1-2 poäng.

Kortfattat får de landsting, som utmärkt sig positivt genom att ha extra goda resultat eller ambitionsnivå, tre poäng. ”Extra bra” kan till exempel betyda att ha klart bättre resultat än riksgenomsnittet. De landsting, som utmärkt sig åt andra hållet får en poäng, och landsting som placerat sig mellan dessa får två poäng.

I indexmatrisen har tre poäng markerats med en grön fylld cirkel, två poäng med en gul halvfylld cirkel och en poäng med en röd tom cirkel. Vi behåller med andra ord ett symbolsystem som genom associationen till trafikljusens färger används i en mängd sammanhang, bland annat SKL:s *Öppna Jämförelser*.

### 4.2.1 Viktning

Vissa delar av diabetesvården anser HCP vara viktigare än andra. Därför har indikatorerna delats in i delgrenar, vilka i sin tur fått olika vikt.

- Delgrenarna Landstingscentralt och Tillgänglighet har givits vikten 1,0.
- Delgrenen Förebyggande vård har givits vikten 1,5.
- Delgrenen Resultat har givits vikten 2,0

Totalpoängen är beräknad på följande sätt:

- För varje delgren beräknas ”andel av möjlig poäng”
- Denna andel multipliceras med ovan angiven viktkoefficient
- Dessa tal summeras, och multipliceras med ”100 / summa vikter”, för att av pedagogiska skäl få ett index med maxpoäng = 100. Summa vikter i detta index är 5,5. Denna multiplikation påverkar inte rangordningen mellan landstingen.

Denna procedur görs för att inte antalet indikatorer på varje delgren skall styra delgrenens vikt; vikten definieras entydigt av den ansatta viktkoefficienten.

## 5 Indikatorer i Diabetesindex 2007

Urvalet av indikatorer har gjorts av HCP:s projektteam utifrån principen ”Efter bästa förstånd” med målsättningen att sätta samman ett index, där man kan

anse att ett landsting som får hög poäng erbjuder god, konsumentvänlig diabetessjukvård. ”Tröskelvärdena” för att ett landsting skall få ”grön”, ”gul” eller ”röd” score på respektive indikator finns förtecknade i avsnitt 6.

## 5.1 Landstingsövergripande

Hur konsumentorienterade är landstingen på central nivå? Det är på denna nivå man ger incitament för sjukvården att rapportera behandlingsresultat, utformar diabetesvården, formulerar riktlinjer och genomför utvärderingar.

### 5.1.1 Rapportering till Nationella Diabetesregistret

I vilken utsträckning rapporterar sjukvården de diabetiker de behandlar till Nationella Diabetesregistret? NDR är den främsta källan till kunskap om diabetes och behandlingsformer i Sverige. Ju mer information som kommer in till registret desto mer jämförelsematerial finns tillgängligt för att driva en bättre diabetesvård. En hög rapporteringsgrad är ett tecken på säker, konsumentvänlig vård.

### 5.1.2 Uppger antalet diabetessjuksköterskor

En grundpelare i diabetesvården är de specialistutbildade diabetessjuksköterskorna, som står för mycket av den vardagliga vården och rutinkontrollerna. Därför avsåg vi att mäta antalet diabetessköterskor, omräknat till heltidstjänster, per capita som arbetar i landstinget.

Till vår förvåning fann vi att många landsting varken kunde ange antalet heltidstjänster, utan även hävdade att landstinget centralt inte hade några data om de diabetessjuksköterskor som arbetade inom primärvården. Efter många kontakter verkade denna uppgivna informationsbrist vara sann. Andra landsting kunde däremot enkelt ange exakta siffror. Statikbristen omöjliggjorde dock en rak jämförelse eller användande av en tregradig skala.

Utifrån antagandet att konsumentvänlighet och kunskap om den egna organisationen brukar vara starkt sammankopplade, formulerades därför indikatorn om till ”Kan landstinget ange antalet diabetessjuksköterskor omräknat till heltidstjänster?”.

## 5.2 Förebyggande

Diabetes är i högsta grad en sjukdom där komplikationer kan förebyggas genom regelbundna kontroller. Det har varit en grundpelare i diabetesvården under generationer och bör känneteckna en diabetesvård som gör anspråk på att vara konsumentvänlig.

### 5.2.1 Ögonbottenkontroller

Hur stor andel av diabetikerna som behandlas på vårdcentraler har de senaste två åren genomgått ögonbottenkontroll? Ögonbottenkontroller är viktiga för att tidigt upptäcka och behandla ögonskador, vilket är en vanlig komplikation hos diabetiker.

Vi är medvetna om att diskussioner pågår om huruvida intervallet mellan kontrollerna bör vara enhetligt två år eller med riktlinjen tre år och större individuell anpassning. DIX 2007 väljer dock att behålla intervallet två år i denna indikator – både för att Socialstyrelsens rekommendationer fortfarande är ögonbottenundersökningar vartannat år men också för att Nationella Diabetesregistret rapporterar kontroller i tvåårsintervall.

### **5.2.2 Fotkontroller**

Hur stor andel av diabetespatienterna har genomgått en fotkontroll det senaste året? Fotkontroller är viktiga för att tidigt upptäcka och behandla olika former av skador på fötterna. Uteblivna kontroller kan leda till en rad följsjukdomar och i värsta fall att foten behöver amputeras.

## **5.3 Tillgänglighet till specialistvård**

Hur snabbt kan diabetiker som behöver besöka en specialist för vidare undersökning träffa denne? Det är möjligt att en diabetiker med misstänkta komplikationer skulle prioriteras och få vård snabbare än vad den officiella väntetiden anger, men korta väntetider generellt är att föredra. Dessa data kommer från *Väntetider i Vården*, den väntetidsdatabas som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting.

### **5.3.1 Väntetider till diabetesmottagning**

Hur lång väntetid är det för att få besöka en endokrinologisk mottagning i landstinget? För de landsting som saknar endokrinologisk mottagning har vi använt ködata för de medicinska klinikerna. Även om de flesta diabetiker vårdas på sin vårdcentral är tillgången till en diabetesmottagning på ett sjukhus viktig.

### **5.3.2 Väntetider till ögonsjukvård**

Hur lång är väntetid för att få besöka ögonsjukvården på sjukhusen i landstinget? Ögonkomplikationer är ett av hoten för diabetiker och tillgång till en ögonmottagning är viktig.

### **5.3.3 Väntetider till njurmottagning**

Hur lång väntetid är det för att få besöka en njurmedicinsk mottagning i landstinget? För de landsting som saknar njurmedicinsk mottagning har vi använt ködata för de medicinska klinikerna. En annan komplikation hos diabetiker är begynnande njursvikt.

## **5.4 Behandlingsresultat för vårdade i primärvården**

Resultatet av diabetesvården kan ytterst ses i form av hur väl behandlingsmålen uppfylls, att komplikationer inte tillstöter samt huruvida diabetespatienterna lever sunt. Konsumentvänlighet innebär inte bara hög tillgänglighet utan också hög kvalitet och tillförlitlighet i vad som erbjuds. Därför är behandlingsresultaten en viktig del att mäta. I alla indikatorerna avser data diabetiker som behandlas i primärvården.

#### **5.4.1 Andel med HbA1c < 6,0**

I vilken utsträckning uppnår landstinget målet att diabetikernas HbA1c-värde ska ligga på 6,0 eller lägre? Lågt HbA1c-värde, som (förenklat) avspeglar mängden socker i blodet, är en tydlig indikator på väl genomförd behandling.

#### **5.4.2 Andel fotamputerade**

Hur stor andel av diabetikerna i landstinget har genomgått en amputation ovan fotleden? Fotamputation är en av de yttersta konsekvenserna av misslyckad diabetesvård och anses internationellt vara en god indikator på sjukvårdens kvalitet i allmänhet. Notera att siffran mäter andelen diabetiker som någon gång amputerats - det behöver inte vara det senaste året, eller när de bodde i nuvarande landsting.

#### **5.4.3 Andel rökfria**

Hur stor andel av diabetikerna i landstinget röker? Rökning är allmänt ohälsosamt och extra olämpligt för diabetiker. Andelen rökare är en indikation på hur effektivt landstinget är vad gäller rökavvänjning – en viktig del av diabetesvården.





#### **5.4.4 Andel blodtryck <130/85**

Lyckas diabetesvården hålla diabetikernas blodtryck på en låg nivå? Högt blodtryck kan leda till en rad komplikationer, från skador på ögats näthinna till nedsatt njurfunktion. Att hålla blodtrycket under kontroll är en viktig del av diabetesvården. Här mäter vi andelen diabetiker med ett blodtryck under 130/85.

#### **5.4.5 Andel med mikroalbuminuri**

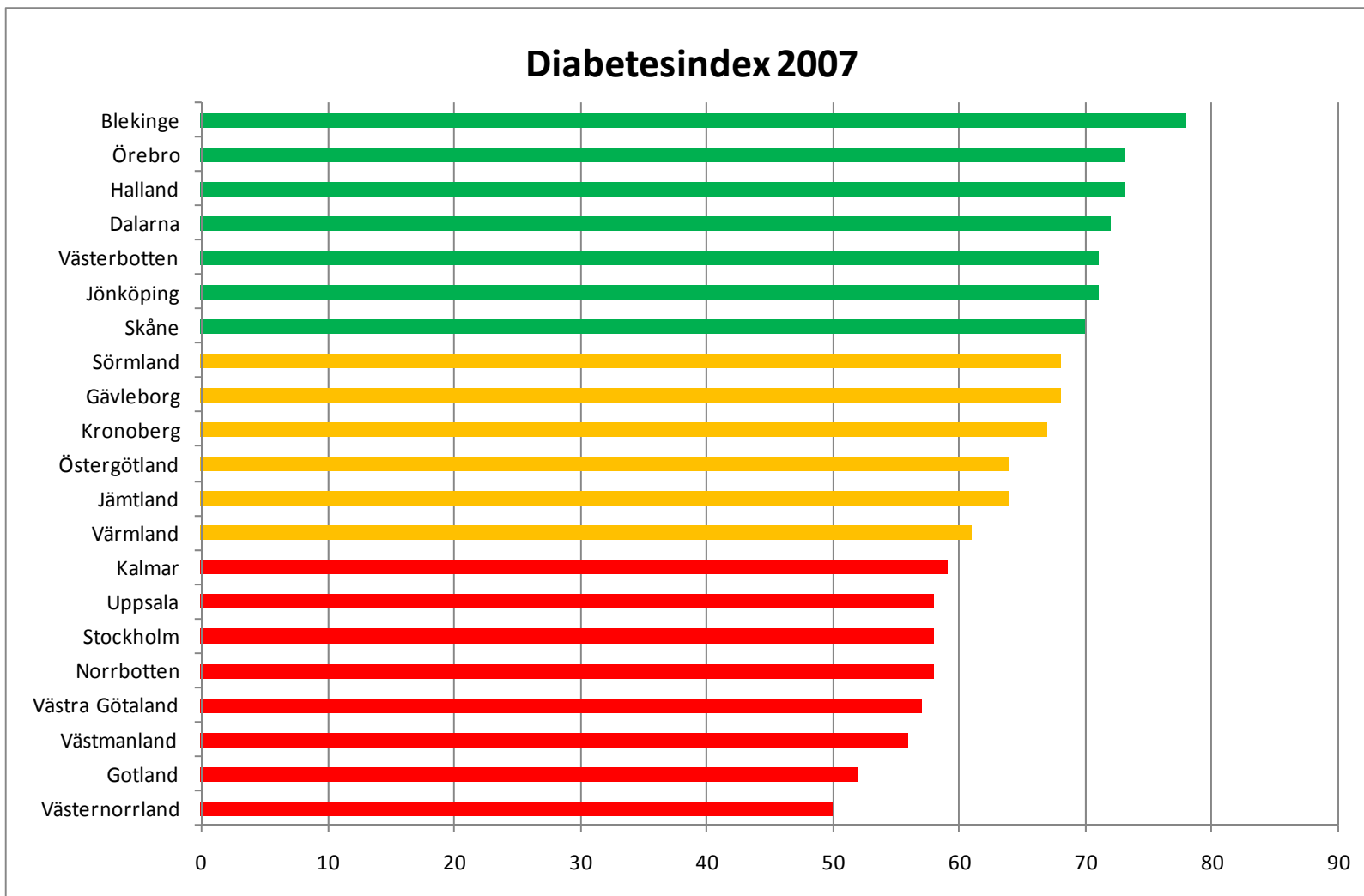
Hur stor andel av diabetikerna i landstinget lider av mikroalbuminuri? Mikroalbuminuri är första tecknet på njursvikt till följd av diabetes och kan i förlängningen leda till njursvikt och behov av dialys eller njurtransplantation.

## 5.5 Indikatorer och indikationsgränser i Diabetesindex 2007

Delgren	Indikator	Anmärkning	 3 poäng	 2 poäng	 1 poäng	Huvudsakliga datakällor
Landstingscentralt	Rapportering till NDR		>60%	40-60%	<40%	Nationella Diabetesregistret
	Antal diabetessköterskor	 = 2 poäng		Finns	Finns inte	Enkät till landstingen
Förebyggande vård	Ögonbottenundersökta	Diabetiker behandlade i primärvården	>85%	75-85%	<75%	Nationella Diabetesregistret
	Fotundersökta	Diabetiker behandlade i primärvården	>93%	90-93%	<90%	Nationella Diabetesregistret
Väntetider	Ögonsjukvård	Väntetid till besök	<8 veckor	8-13 veckor	>13 veckor	Väntetider inom vården
	Njurmottagning	Väntetid till besök	<4 veckor	4-9 veckor	9-13 veckor	Väntetider inom vården
	Diabetesmottagning	Väntetid till besök	<8 veckor	8-13 veckor	>13 veckor	Väntetider inom vården
Behandlingsresultat	Andel med HbA1c <6,0	Diabetiker behandlade i primärvården	>58%	50-58%	<50%	Nationella Diabetesregistret
	Andel fotamputerade	Diabetiker behandlade i primärvården	<0,8%	0,8-1,2%	>1,2	Nationella Diabetesregistret
	Andel rökare	Diabetiker behandlade i primärvården	<12%	12-14%	>14%	Nationella Diabetesregistret
	Andel blodtryck <130/80	Diabetiker behandlade i primärvården	>30%	25-30%	>25%	Nationella Diabetesregistret
	Mikroalbuminuri	Diabetiker behandlade i primärvården	<19%	19-25%	>25%	Nationella Diabetesregistret

## 6 Resultat i Diabetesindex 2007

Delgren	Indikator	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Kronoberg	Norrbottn	Skåne	Stockholm	Sörmland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	Västra Götaland	Örebro	Östergötland	
Landstingscentralt	Rapportering till NDR	●	●	○	●	○	●	●	○	●	○	●	○	○	○	●	●	○	○	●	●	●	●
	Antal diabetessköterskor	●	○	○	○	●	●	●	○	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	●
Förebyggande vård	Ögonbottenundersökta	●	●	●	○	●	○	○	○	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	●	○
	Fotundersökta	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○
Väntetider	Ögonsjukvård	●	○	●	○	●	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Njurmottagning	●	●	●	○	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Diabetesmottagning	●	○	●	●	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Behandlingsresultat	Andel med HbA1c <6,0	●	○	○	●	●	●	●	●	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Andel fotamputerade	●	●	○	●	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Andel rökare	○	●	○	●	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Andel blodtryck <130/80	○	○	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Mikroalbuminuri	●	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Total poäng		78	72	52	68	73	64	71	59	67	58	70	58	68	58	61	71	50	56	57	73	64	
Rangordning		1	4	20	8	2	11	5	14	10	15	7	15	8	15	13	5	21	19	18	2	11	



## 7 Frågor och svar om vårdkonsument- och diagnosindex

Här har HCP samlat frågor och svar om våra index som kan vara av intresse.

### 7.1 Varför ger ni ut vårdkonsumentindex?

Vårdkonsumentindex vill erbjuda vårdkonsumenten kunskap att göra välunderbyggda bedömningar. HCP framhåller de stora möjligheter till förbättring som faktiskt finns inom sjukvården. HCP vill också visa att några landsting redan arbetar för att ge vårdkonsumenten en starkare ställning. Det är viktigt att se till helheten – den medicinska kvaliteten plus bemötandet av konsumenten! De båda delarna kompletterar varandra. HCP:s index söker spegla helheten, i motsats till de jämförelser som bortser från service och tillgänglighet.

### 7.2 Vilken är tanken med diagnosindexen?

Vårdkonsumentindex ger en övergripande bild av hur väl landstingens sjukvård är anpassad till konsumenten. Diagnosindexen – som Diabetesindex 2007 - jämför vården av en viss sjukdom eller diagnosgrupp, såsom diabetes eller njurinsufficiens, eller en förebyggande funktion som vaccination. Här närmar HCP sig den handfasta konsumentinformationen, som gör det möjligt att granska väntetiden för behandling av en viss sjukdom, i vad mån en ny terapi slagit igenom eller behandlingsresultaten för denna sjukdom. Härigenom får patienter och konsumenter liksom sjukvården själv redskap för jämförelser, aktiva val och förbättringsarbete.

### 7.3 Vem vinner på att sjukvården jämförs?

Alla! Här är det en tydlig win-win-situation. Konsumenten blir bättre informerad och kan agera för att till exempel slippa vänta i onödan. Landstingspolitikern får ett redskap att ställa krav på och mäta sjukvårdens prestationer. Och för dem som arbetar i vården är det viktigt att veta hur verkligheten ser ut och vilka som är de starka och svaga sidorna. Det växande antal landsting som använder HCP:s index (liksom SKL och Socialstyrelsens *Öppna jämförelser*) i sitt förbättringsarbete har insett att öppenhet är det första steget mot verklig förbättring. För massmedierna är jämförelser på ett så viktigt område som sjukvården intressant stoff.

### 7.4 Går det att jämföra något så komplicerat som sjukvård?

Sjukvård är ingen unik verksamhet, utan kan mätas precis som många andra tjänsteverksamheter. Det kräver dock särskilda metoder och noggrannhet. Socialstyrelsen och sjukhusen själva mäter redan dagens medicinska kvalitet. WHO och OECD jämför hela länders sjukvårdssystem. Internationellt före-

kommer många olika mätningar och ranking av sjukvård, sjukhus och till och med individuella läkare. HCP:s olika vårdkonsumentindex (liksom EuroHealth Consumer Index) är dock ensamt om att mäta konsumentaspekter. För den som väntar på en behandling eller vill veta mer om sina läkemedel är det resultatet som räknas, inte de bakomliggande procedurerna eller organisationen.

## 7.5 Vad hoppas ni blir följden av era jämförelser?

HCP:s index stärker vårdkonsumentens ställning och driver på samhällsdebatten om sjukvårdens behov av förändring. Idealiskt kan detta redskap bli en motor för alla landsting att bli mer konsumentvänliga. Den som arbetar metodiskt med index och andra hjälpmedel kan lättare förbättra sin service till vårdkonsumenten. HCP ser konkreta resultat av vårt arbete när Sveriges Kommun- och Landstingsförbund samt Socialstyrelsen startat egna jämförelser ("Öppna Jämförelser"), enskilda landsting tar in HCP:s kriterier i sin kvalitetsuppföljning eller sjukvårdens hemsidor höjer ambitionsnivån.

Därför erbjuder HCP sig också att kostnadsfritt presentera HCP:s tjänster ute i landstingen, som ett steg i en kvalitetsdialog.

## 7.6 Vem ligger bakom Diabetesindex?

Diabetesindex, liksom alla HCP:s index, framställs och ägs av Health Consumer Powerhouse AB ([www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)). HCP är ett privat svenskt informationsföretag som också bedriver verksamhet internationellt. Health Consumer Powerhouse leds av Johan Hjertqvist.

## 7.7 Hur finansieras HCP:s verksamhet?

HCP är ett analys- och informationsföretag som säljer analyser och systemkunskande till kunder och partners inom och utanför Sverige. Informationsmarknaden är i hög grad konkurrensutsatt, även om konsumentsegmentet inom vården ännu bara är i början av sin tillväxt.

För HCP:s nya diagnosindex accepterar HCP under vissa förutsättningar ovilkorade forskningsanslag från intressenter som stiftelser och läkemedelsbolag på motsvarande sätt som uppdragsfinansierad forskning vid till exempel medicinska fakulteter. Denna finansieringsform innebär att finansiären ger ett bidrag men inte haft något inflytande över indexets inriktning och utformning. Urvalet av indikatorer liksom undersökningens slutsatser åvilar helt HCP.

För Diabetesindex 2007 har HCP på detta sätt tagit emot ett anslag från Glaxo-SmithKline AB. HCP accepterar ej anslag från de parter, som granskas i HCPs index, till exempel landsting.

## 7.8 Vad ska de landsting göra som inte lyckats så bra i Diabetesindex 2007?

HCP hoppas att mottagandet blir konstruktivt: att man inte gömmer sig bakom förnekanden eller hänvisningar till tolkningsproblem utan sakligt tar resultatet till sig med ambitionen att nästa år återfinnas på en betydligt bättre position.

Erfarenheter från andra rankingsystem är att de som tar vara på kunskapen för att förbättra sig också lyckas, medan de som känner sig förorättade missar denna möjlighet.

Detta är vårt bidrag till förbättringsprocessen. Kriterierna kan – och bör – självfallet diskuteras. Det går säkert – inte minst i dialog – att finna ännu träffsäkrare metoder och redovisningsformer. HCP välkomnar detta slags meningsutbyte och medverkar gärna i utvecklingsarbetet i landstingen genom en kostnadsfri presentation av indexet i varje landsting. Ibland krävs det inte så mycket för att ett landsting rejält ska kunna flytta sig uppåt i placeringarna.

## 7.9 Jag har hittat ett fel i Diabetesindex 2007!

HCP:s tjänster vinner på ett löpande förbättringsarbete. HCP tar gärna emot eventuella felanmälningar på [info@healthpowerhouse.com](mailto:info@healthpowerhouse.com). De fakta Diabetesindex 2007 vilar på samlades in under oktober-december 2007.

## 8 Konsumentinformation om sjukvård

Inom sjukvården börjar redovisningar av servicekvalitet dyka upp. *Dr Foster* i Storbritannien är ett sådant ambitiöst privatägt informationssystem. Brittiska National Health Services är ett annat bra exempel, med helpdesken *NHS Direct* som en nyttig resurs. I Nederländerna har de första stegen i ett likartat statligt system nyligen offentliggjorts. Franska vårdkonsumenter kan varje år läsa i tidskriften *Le Point* om de bästa franska sjukhusen. I Belgien erbjuder konsumentorganisationen *Test Achat* en hel del information om hälso- och vårdsektorn.

Den danska Sundhetsstyrelsen presenterar sedan oktober 2006 en websajt med namnet [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk), där man kan granska danska sjukhus utifrån en mängd kvalitetsparametrar, och som går så långt som till att ranka sjukhusen från enstjärniga till fem-stjärniga på likartat sätt som för hotell!

På läkemedelsområdet har Sverige och Danmark vad man kan kalla ”*patient-FASS*”, det vill säga en läkemedelsförteckning även på Internet, som ger vanliga konsumenter information om preparat, dosering, biverkningar med mera. Nederländerna har en liknande lösning. Vanligtvis inom EU måste man dock tala med sin läkare eller apotekare för att få information om läkemedel.

Fortfarande saknar flertalet européer tillgång till metodisk, jämförande konsumentinformation om sin sjukvård. I Euro Health Consumer Index 2007 redovisar HCP denna utveckling.

### 8.1 Öppna jämförelser

Den svenska Socialstyrelsen har arbetat inom projektet *Info-VU* (Informationsförsörjning och Verksamhetsuppföljning) med att samla och designa användarinformation, även om konsumentperspektivet ännu tycks saknas. SKL:s och Socialstyrelsens *Öppna jämförelser* har bitvis samma ambition och verkar ha övertagit Info-VU:s uppdrag.

Euro Health Consumer Index jämför, som tidigare sagts, EU-ländernas vårdssystem ur konsumentperspektiv. EU-kommissionen öppnade 2005 efter omfattande förberedelser sin *Health Portal*, som främst omfattar information om folkhälsa och epidemier men även rymmer vissa uppgifter som skulle kunna stärka vårdkonsumenten.

## 8.2 Många siffror – men inte för konsumenten

Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ), arbetar för att stödja kvalitetsutveckling i hela samhället. Man delar varje år ut utmärkelsen *Svensk Kvalitet* till organisationer som uppvisar hög kvalitet och kan ses som ett föredöme. Det finns en typ av modell för kvalitetsutvärdering som SIQ har utvecklat för att vara anpassad specifikt för vården.

*Vårdbarometern* är en rullande enkätundersökning av medborgarnas kunskaper om, erfarenheter av och attityder till hälso- och sjukvården, men saknar rankinginslag. Kritik har också riktats mot undersökningen, bland annat för att de intervjuade ibland varit för få och dessutom är ”medborgare”, och inte vårdkonsumenter. Svaren kommer alltså i många fall från personer som haft begränsad kontakt med, eller erfarenhet av, vården.

## 8.3 Väntetidsinformation

*Väntetider i vården* är ett projekt som drivs av SKL. På en hemsida har man samlat information om väntetider vid i samtliga Sveriges sjukhus och specialistmottagningar. Landstingen och regionerna rapporterar in sina uppgifter till den centrala databasen och ansvarar själva för att uppgifterna är korrekta och uppdaterade. Ibland kan dock uppgifter saknas genom att ett landsting eller enhet underlåtit att rapportera. Det är inte heller alla behandlingar som tas upp, utan primärt kirurgiska ingrepp.

## 8.4 Vårdkvalitet

När det gäller nationell ranking av offentlig vård i Sverige är nog de nationella kvalitetsregistren det närmaste man kommer en sådan. En del, som Nationella Kvalitetsregistret för Hjärtintensivvård (RIKS-HIA) och Riks-stroke (kvalitetsregistret för strokevård) har offentliggjorts, och där kan man visa på skillnader i behandlingsresultat mellan olika sjukhus. Andra kvalitetsregister lämnar ut information i varierande omfattning, men utan möjlighet att identifiera särskilda sjukhus. Registren rymmer i allmänhet den bästa statistiken som finns tillgänglig men tillförlitlighet varierar starkt. Trots sin viktiga uppgift är registren mycket styvmoderligt finansierade och bygger i stor utsträckning på frivilliga krafter.

Dessa system må vara besläktade med de tester och rankingsystem som finns på marknader för vanliga varor och tjänster, men en viktig skillnad: informationen är inte främst ämnad för brukaren. Åtminstone är den inte utformad och presenterad på det översiktliga och lättillgängliga vis som gör att en lekman enkelt kan ta den till sig. Det pågår dock ett omfattande arbete på att dels inrät-

ta nya register, dels att göra innehåller mer användarvänligt och tillgängligt för en bredare målgrupp.

## 8.5 Svårt för vårdkonsumenten att jämföra

Statistik och utredningar inom hälso- och sjukvården finns det, som sagt, gott om. Däremot är det ont om regelrätta jämförelser. De som finns är ofta svårtillgängliga och avsedda främst för tjänstemän och politiker, inte för dem som vården främst är till för – vårdkonsumenterna.

En målmedveten läsare som dessutom har tid och kunskap nog att veta var man skall leta kan hitta en hel del sjukvårdsdata. Offentlig statistik är oftast skriven på ett professionellt språk och knappast konsumenttillvänd. Tillspetsat skulle man kunna säga att vården ska vara till för de svaga, men informationen är ännu utformad för att passa de starka.

Detta är särskilt slående på EU-nivå, där den europé som behärskar engelska och har IT-vana kan vända sig till ett otal amerikanska eller engelska informationskällor medan andra européer får nöja sig med nationell information eller vad läkaren har att förmedla. Speciellt på läkemedelsområdet – där informationsflödet av legala skäl är starkt begränsat inom EU – blir kunskapsklyftan mycket påtaglig.

## 8.6 Hjärt- och Lungsjukas riksförbund

Ett användarvänligt undantag är den undersökning som Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund genomfört. Här handlar det alltså om en intresseförening, inte ett statligt initiativ. Sedan 1996 har man med tre års mellanrum jämfört vilken rehabilitering som svenska sjukhus erbjuder hjärtpatienter. Effekten och uppmärksamheten blev stor – mycket större än man från förbundets sida hade räknat med. De jämförda sjukhusen påverkades i hög grad.

De som fick lägst betyg såg över sin verksamhet för att bli bättre. De sjukhus som fick höga betyg fick ta emot studiebesök från sämre enheter och fick stå som goda exempel. Därigenom har rankingen haft stor betydelse.

## 9 Om Health Consumer Powerhouse

Health Consumer Powerhouse (HCP) är Europas ledande analys- och informationsföretag när det gäller hälso- och sjukvårdsinformation för vårdkonsumenten. HCP har kontor i Stockholm, Bryssel och Winnipeg. HCP är ett svenskt aktieföretag som analyserar sjukvårdens verklighet och redovisar resultatet i form av konsumentinformation.

För närvarande erbjuder HCP olika vårdkonsumentindex i Sverige samt Euro Health Consumer Index (EU). Våren 2008 kommer Canadian Health Consumer Index. HCP utvecklar för publicering 2008 även index som på EU-nivå jämför vården av hjärta/kärl- och diabetes.

HCP driver på utvecklingen genom att utforma analysen för vårdkonsumenten, som behöver kunskap för att kunna göra aktiva val och ta ökat ansvar för sin hälsa. HCP har ett nära samarbete med patientorganisationer och andra intressenter som verkar för ökad öppenhet och jämförbarhet i sjukvården.

HCP:s samverkar med företag, organisationer och myndigheter i en rad länder som har intresse av att sjukvården analyseras och att konsumenten får underlag att själv agera. HCP:s kunder drar nytta av den systemkunskap och analys som HCP erbjuder.

Vissa av index finansieras via oavkastade anslag från samarbetspartners. Samarbetet innebär att HCP identifierar ett område, till exempel en diagnos, som borde analyseras och belysas. HCP söker då finansiärer, som tillför kunskap och resurser. Det är HCP som avgör utformningen av indexet och har äganderätten till resultatet. Anslagsgivaren kan delta i samråd om denna process, men har inget inflytande över beslut om utformning och slutsatser. Sådant samarbete är vanligt i forskningsvärlden.

Health Consumer Powerhouse har upphovsrätten till index och andra tjänster men välkomnar alla att använda informationen för eget bruk eller för spridning, förutsatt att överenskommelse i det senare fallet träffas med HCP.

HCP accepterar inga uppdrag som äventyrar vårt oberoende. HCP tar inte heller partipolitiska uppdrag.

Företaget har grundats och leds av Johan Hjertqvist.