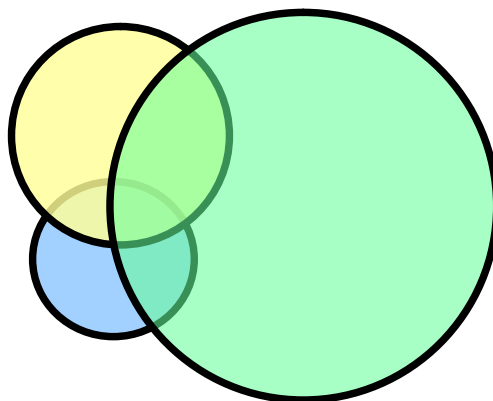


Primärvårdens kvalitetsregister VGR,

QregPV

Regionalt kvalitetsregister för kroniska sjukdomar i primärvård

Årsrapport 2011



Innehåll

Sammanfattning av 2011-2012 års rapport	3
Bakgrund	4
Registrets innehåll	5
Hypertoni.....	7
Ischemisk hjärtsjukdom.....	11
KOL.....	14
Registreringskvalitet.....	15
QregPV- Hur kvalitetsregisterdata kan användas i patientarbete.....	16
Fakta om QregPV	18

Rapportförfattare

Claes Hegen Registerhållare
Registercentrum VGR
413 45 Göteborg
Claes.hegen@vgregion.se

Staffan Björck
Registercentrum VGR
413 45 Göteborg
staffan.bjorck@vgregion.se

Bo Palaszewski
Registercentrum VGR
413 45 Göteborg
Bo.Palaszewski@vgregion.se

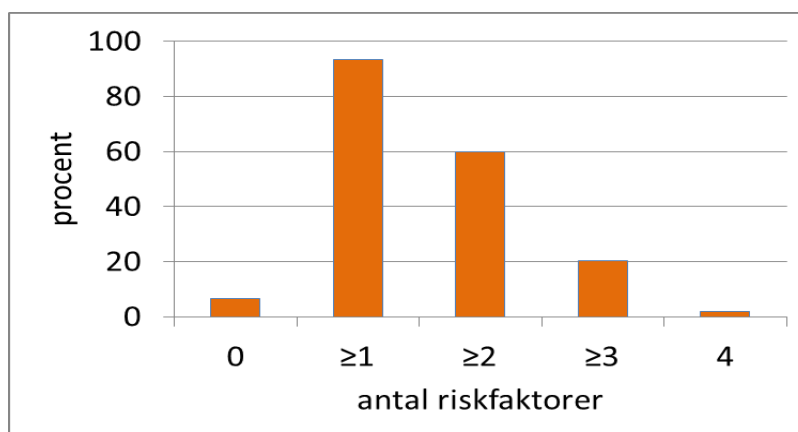
Sammanfattning av 2011 års rapport

Primärvårdens kvalitetsregister VGR (QregPV) är inne på sitt sjätte verksamhetsår. Men det är först under 2010-2011 som antalet anslutna vårdcentraler ökat till att omfatta i princip alla i Västra Götalandsregionen.

En viktig princip för QregPV är att samla ett begränsat antal mätvärden automatisk från journalsystem för några stora diagnosgrupper. De är hypertoni, kranskärlssjukdom, diabetes, astma och KOL. En förutsättning är att journalföringen är så strukturerad att det kan ske. Datakvaliteten har förbättrats markant under det senaste året parallellt med att vårdcentralerna fått tillgång till jämförande redovisning av registreringskvalitet.

Det är främst inom diagnosgrupperna hypertoni och kranskärlssjukdom i primärvård som registret börjat kunna återkoppla relevant information.

Genom det stora antalet patienter i diagnosgrupperna är den sammanlagda bördan av komplikationer hög. Så drabbades t.ex ca 1 400 patienter med av de 146 000 patienterna i QregPV med hypertoni av en hjärtinfarkt inom ett år efter sitt senaste besök, av de patienter som fanns i registret oktober 2010. I samma patientgrupp fick ca 1870 patienter en stroke. Med tanke på att det finns en stor variation i hur riskfaktorer är behandlade borde det finnas en betydande möjlighet att förhindra allvarlig sjuklighet. I bilden nedan visar antalet riskfaktorer för hjärtsjukdom hos patienter i primärvårdsregistret med kranskärlssjukdom.



Patienter med kranskärlssjukdom i QregPV. Sju procent har välreglerade riskfaktorer, i detta fall blodtryck < 140/90 mm Hg, LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l, är ickerökare och har BMI < 30. 94 % når inte målvärde för en riskfaktor eller fler och knappt 60 % har två eller fler riskfaktorer och 20 % har tre eller fler riskfaktorer etc.

Vi kan se att det finns en betydande skillnad i andelen kranskärlssjuka som uppnår behandlingsmål för kolesterol och vi kan redan avläsa att risken att återinsjukna är starkt kopplad till det vilket redovisas i rapporten.

Arbete pågår med att utvärdera hur såväl primärprofylax för hjärtsjukdom sker som sekundärprofylax sker efter slutenvårdsepiso-

der för t.ex. hjärtinfarkt och stroke. I kommande arbete kan kopplingar till läkemedelsdata göras vilket kan vara en viktig komponent.

Rapporten beskriver översiktligt registrets innehåll, innehåller avsnitt om registreringskvalitet och ger en inblick i hur lokalt förbättringsarbete kan ske.

Bakgrund

Primärvårdens kvalitetsregister VGR (QregPv) är ett kvalitetsregister med utvecklingsstöd från SKL. Hittills är endast vårdcentraler i Västra Götalandsregionen (VGR) anslutna.

QregPVs syfte är att återkoppla relevanta indikatorer till vårdcentraler för kroniska sjukdomars omhändertagande i primärvård.

QregPVs startades 2006 av det Allmänmedicinska Sektorsrådets Arbetsgrupp för Kvalitet (ASAK). Det är en professionellt sammansatt grupp som i praktiken fungerat som styrgrupp sedan start av registret. QregPV var inledningsvis en databas enbart för offentlig primärvård. I samband med vårdvalets införande i VGR har registret omvandlats till ett kvalitetsregister som omfattar såväl offentligt som privat driven primärvård i VGR. Detta

innebär bland annat information till patient, rätt att avböja deltagande, rätt till registerutdrag mm. Sedan 2010 är registret knutet till Registercentrum VGR.

QregPV har stöd av SKL och VGR. VGR stöder registret genom att ge ersättning till vårdcentraler för god registreringskvalitet vilket innebär så strukturerad journalföring att datahämtning kan ske. SKL stöder registret med ett utvecklingsanslag som i en del i en större satsning på register i primärvård.

Återkoppling till vårdcentraler sker än så länge i begränsad omfattning i ett generellt återkopplings-system för kvalitetsindikatorer i VGR.

Vad ingår i registret och hur sker registrering?

För närvarande registreras information för de fem kroniska sjukdomarna:

- hypertoni
- diabetes
- ischemisk hjärtsjukdom (kranskärslssjukdom).
- kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL
- astma

Datainsamlingen sker med ett uttagsverktyg från journal vilket kräver journalföring av uppgifter på ett strukturerat sätt. Först eftersöks uppgift om diagnos och därefter hämtas de data som är relevanta för den diagnosgruppen. Diagnos eftersöks upp till 900 dagar för det aktuella datauttaget.

För patienter inom de fem diagnosgrupperna inhämtas uppgifter om: längd, vikt, midjeomfång, HbA1c, kolesterol, triglycerider, LDL-kolesterol, blodtryck, rökning och spirometri. Det är alltid det senaste värdet som hämtas tillsammans med datum för registrering. Vilka indikatorer som ska registreras för respektive diagnos är beroende vad som är intressant för respektive diagnosområde. Förutom dessa mätvärden tillförs registret uppgifter om, kön, ålder, vårdcentral och nämndområde. Även senaste besöksdatum och datum för respektive mätvärde registreras. Data överförs varje månad till QregPV och därmed samlas även serier av mätvärden över tid. Det insamlade materialet speglar statusen för en patient vid dennes senaste besök på en vårdcentral som ingår i VG Primärvård.

Kliniskt förbättringsarbete och utveckling

QregPV har utvecklats för kliniskt förbättringsarbete. VGR tillhandahåller ett särskilt återkopplingsverktyg för öppen redovisning av utfall av resultat från QregPv men dessa indikatorer ingår i ett större sammanhang med indikatorer från många andra källor. De aktiviteter som dominerat är förbättring av registrets täckningsgrad. Men ett flertal indikatorer redovisas öppet vilket innebär att alla vårdcentraler kan se såväl sina egna som alla övrigas värden. Arbetet har inletts för att skapa ett särskilt webbaserat återkopplingsverktyg för att kunna presentera fler indikatorer för de enskilda vårdcentralerna. För mer detaljerad åtkomst av egna data så används

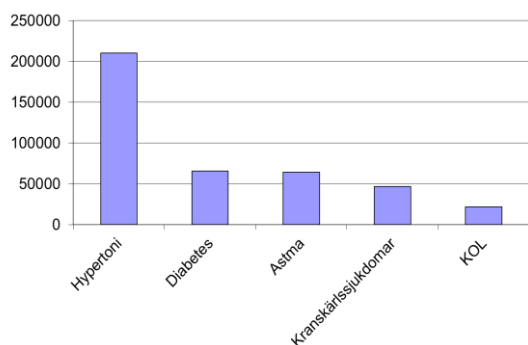
egna lokala applikationer. Exempel på sådant arbete ges på sidan 16.

Det kommande året planeras utveckling av återkopplingsverktyg, analys av sjuklighet för registrerade populationer och analys av vårdkedjor. Vidare kommer data att sambearbetas med läkemedelsdata och nya kvalitetsindikatorer att utvärderas. Parallellt med detta sker dialog med Regionen kring förbättringsarbete kopplat till registret.

Registrets innehåll

Övergripande redovisning

Av de fem kroniska diagnosgrupperna i QregPV är hypertoni den största. Av figur A-1 framgår att drygt 210 000, eller 70 procent, av de drygt 298 000 unika individerna som ingår i databasen har diagnosen hypertoni. 22 % diabetes, 22 % astma, 16 % ischemiska hjärtsjukdomar och sju procent har KOL. En betydande del av patienterna finns således registrerade under flera diagnoser.



Figur A-1. Diagnosfördelning i QregPV maj 2012. Antalet individer

Samsjuklighet

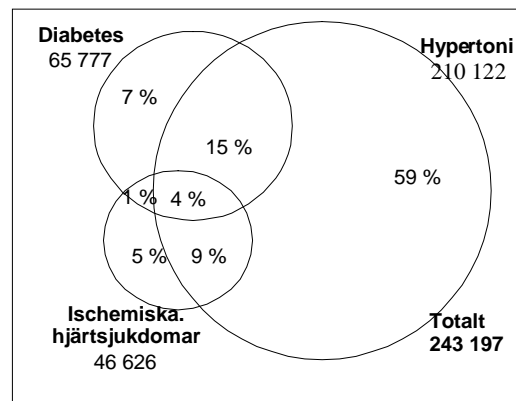
Det finns en betydande överlappning mellan de olika sjukdomsgrupperna. Patienters samsjuklighet är ungefär 30 procent, där det med samsjuklighet menas att en patient har två eller fler av de fem ingående diagnoserna diabetes, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, KOL eller astma. Patienter kan därtill ha samsjuklighet med andra diagnoser än de nämnda. Samsjuklighet är något vanligare bland de äldre patienterna. För patienter som är 75 år eller äldre är samsjukligheten ungefär 42 procent.

Tabell A-1. Fördelning av samsjuklighet, totalt. Antal individer fördelat på antal samtidiga diagnosgrupper som individen ingår i (av diabetes, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, astma och KOL) maj 201

Antal diagnoser	Antal	%
1	207382	69,6
2	72446	24,3
3	16092	5,4
4	1936	0,6
5	150	0,1
Total	298006	100

Samsjukligheten bland patienter för tre av de fem diagnosgrupperna redovisas i A-2. Av patienter i dessa tre diagnosgrupper hypertoni-diabetes-ischemisk hjärtsjukdom har hela 83 procent av patienterna diagnosen hypertoni. 28 procent av

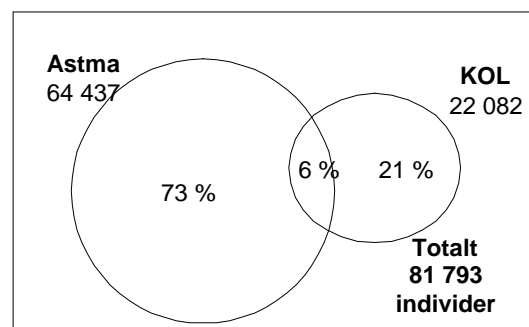
dessa patienter har dessutom samsjuklighet i diabetes och/eller ischemiska hjärtsjukdomar. Vanligaste formen av samsjuklighet är att ha diagnoserna diabetes och hypertoni. 15 procent av patienterna har denna typ av samsjuklighet där fyra procent dessutom har diagnosen ischemiska hjärtsjukdomar. Även samsjuklighet med diagnoserna hypertoni och ischemiska hjärtsjukdomar är relativt vanliga i materialet med nio procent.



Figur A-2 Samsjuklighet mellan diagnoserna hypertoni, diabetes och ischemiska hjärtsjukdomar, maj 2012

Samsjukligheten kan dock vara större än vad figuren visar. Sannolikt är det så att patienter med diabetes inte alltid får diagnosen hypertoni trots att de uppfyller kriteriet för hypertoni.

I figur A-3. visas samsjukligheten mellan diagnoserna astma och KOL. Diagnosen astma är den vanligaste diagnosen bland luftvägssjukdomar. Samsjukligheten för patienter med dessa två diagnoser uppgår till sex procent.



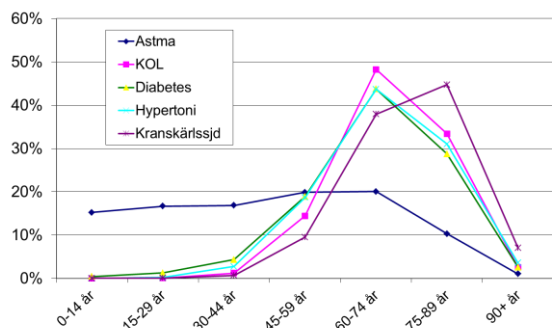
Figur A-3 Samsjuklighet för patienter med en eller flera av diagnoserna astma och KOL, maj 2012

Detta innebär att inom dessa grupper har 6 % av individerna under de senaste 900 dagarna fått både diagnosen KOL och Astma. Här kan samsjukligheten representera osäkerhet i diagnossättningen mellan de båda sjukdomsgrupperna.

Ålders- och könsfördelning

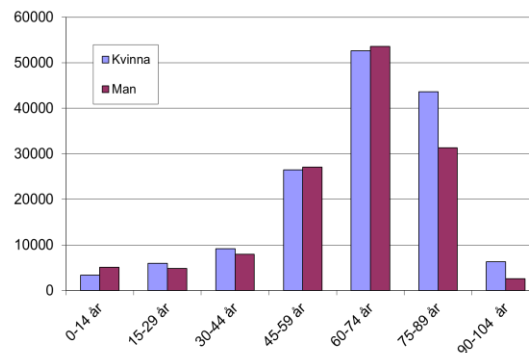
QregPV domineras av äldre patienter på grund av den stigande sjukdomsförekomsten med ålder. För närvarande återrapporteras i första hand resultat för åldersgruppen 30 till 75 år till vårdcentralerna.

Denna åldersgrupp utgör drygt 60 procent av de insamlade uppgifterna i QregPV. Det är åtta procent av patienterna som är yngre och 25 procent som är äldre än den grupp som ursprungligen definierades av ASAK att redovisa. Det är vanligt att redovisning av registerdata görs med en övre åldersgräns för att beskriva en mer enhetlig population. Åldersgränser i detta fall kan diskuteras utifrån representativitet m.m. I detta arbete har samtliga registrerade patienter ingått i analysen om inget annat anges. I figur A-4 redovisas åldersfördelningen för respektive diagnos.



Figur A-4. Åldersfördelning per diagnosgrupp. Procentuell fördelning inom respektive diagnosgrupp. Maj 2012.

Andelen kvinnor som besöker vårdcentralen för vård av någon av de fem studerade kroniska sjukdomarna är något högre än andelen män, 54 procent respektive 46 procent. Det beror inte på högre sjuklighet hos kvinnor utan att kvinnornas antal dominerar i de högre åldrarna.



Figur A-5. Åldersfördelning efter kön i QregPV maj 2012

Kvinnor som besöker vårdcentraler för vård av minst en av de fem studerade kroniska sjukdomarna är som regel något äldre än män vilket framgår av Figur A-5.

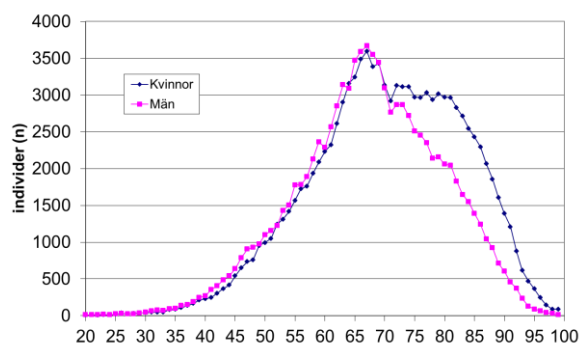
Hypertoni

I det följande redovisas patienter i diagnosgruppen hypertoni, maj 2012.

Förekomst

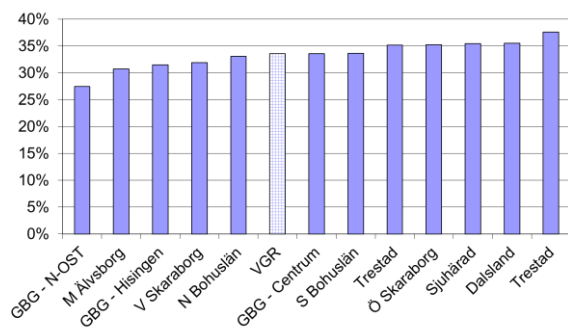
QregPV innehöll 210 122 individer i gruppen hypertoni vilket motsvarar en mycket stor del av befolkningen i VGR, knappt 12 %.

Det finns en markant överrepresentation av äldre kvinnor i hypertonigruppen i QregPV. Figur H-1 visar ålders och könsfördelningen.



Figur H-1. Antal individer med hypertoni i registret maj 2012.

Den högre andelen kvinnor beror framförallt på ett större antal kvinnor i befolkningen i de äldsta åldersgrupperna. QregPVs hypertoniker utgör drygt en tredjedel (36 %) av regionens befolkning i ålderna 50 år och äldre. Den inomregionala fördelningen redovisas i figur H-2

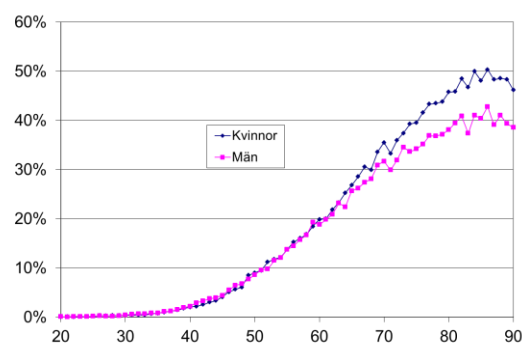


Figur H-2. Andel av befolkningen 50+ med hypertoni i primärvård inom VG-primärvård (åldersstandardiserade data), maj 2012

Det framgår att andelen diagnostiserad hypertoni i primärvård är låg i nordöstra Göteborg) och Mittentälvborg. Talen påverkas av vård hos andra

vårdgivare framförallt om patientens sjukdom kontrolleras inom den specialiserade vården. Det är anmärkningsvärt att andelen hypertoni är så låg i nordöstra Göteborg sett till den höga incidensen av kranskärslsjukdom i unga år i detta område.

I figur H-3 visas andelen hypertoniker i QregPV i förhållande till befolkningens mängd.



Figur H-3. Patienter med hypertoni i primärvård i procent av befolkningen. OBS patienter med hypertoni som enbart kontrolleras i specialiserad vård ingår inte. Maj 2012

Även om registret inte omfattar alla individer med hypertoni så ger resultatet en tydlig bild av hur stor gruppen hypertoniker faktiskt är. I en aktuell undersökning i Stockholm var förekomsten av diagnostiserad hypertoni hos 60-åriga män ca 26 % och 21 % hos kvinnor. Till detta kom en minst lika stor andel med odiagnostiserad hypertoni.

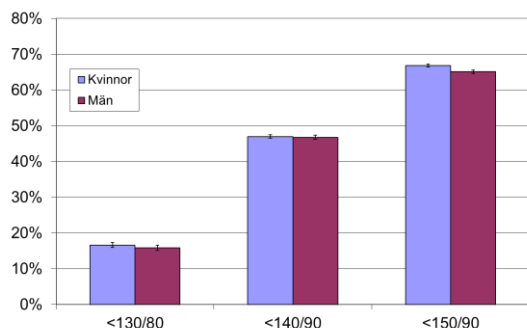
QregPV innehåller således idag en betydande del av regionens befolkning med deras riskfaktorer för hjärtkärslsjukdom i form av blodtryckskontroll, blodfetter, rökning BMI och midjeomfång.

Förekomsten av hypertoni hos kvinnor och män är i stort sett densamma upp till någonstans mellan 65 och 70 års ålder enligt QregPV. Enligt epidemiologiska undersökningar är hypertoni vanligare hos män vilket talar för att fler män än kvinnor inte får hypertoni i primärvård och därmed inte behandling.

Om individer med samtidig diabetes exkluderas rör det sig om 164 814 unika individer i QregPV. I det följande redovisas några karakteristika för denna population.

Blodtryckskontroll

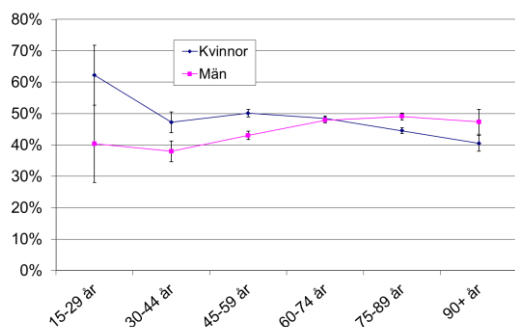
Uppgift om blodtryckskontroll för patienter med hypertoni är central. I figuren nedan redovisas hur stor andel patienter med hypertoni-diagnos som uppnår olika blodtrycksnivåer.



Figur H-4. Andel av hypertoni-gruppen som uppnår olika blodtrycksmål. Maj 2012.

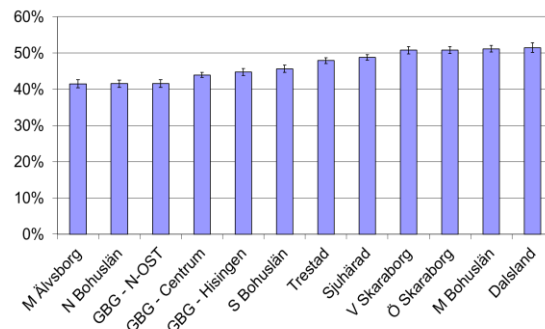
Således uppnår knappt hälften av patienterna med hypertoni-diagnos målbloodtrycket < 140/90 mm Hg.

Andelen som uppnår målbloodtrycket varierar något med åldern där yngre kvinnor och äldre män har bäst blodtryckskontroll.



Figur H-5. Blodtryck < 140/90 mm Hg hos kvinnor och män med hypertoni i primärvårdsregistret. Värden med 95 % konfidensintervall. Maj 2012.

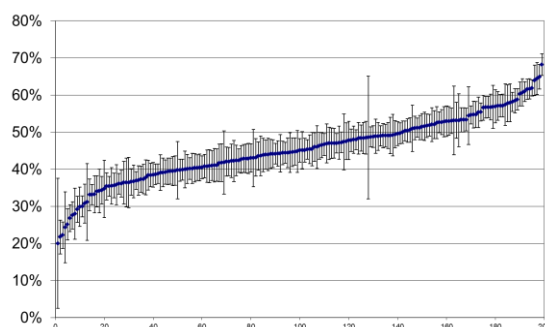
Det finns en inomregional variation i andelen som uppnår målbloodtrycket < 140/90 mm Hg. I figur H-6 redovisas andelen som uppnår ett målvärde för de 12 hälso- och sjukvårdsnämndsområdena i regionen.



Figur H-6. Andelen individer som uppnår blodtrycket < 140/90 mm Hg i primärvårdsregistret maj 2012 i hälso- och sjukvårdsnämndsområdena

Lägst andel med välreglerat blodtryck finns i Mittälvsborg, Norra Bohuslän och nordöstra Göteborg. Högst andel med bra blodtryck finns i Dalsland, mellersta Bohuslän och östra Skaraborg.

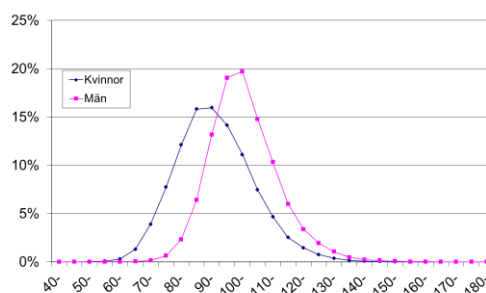
I figur H-7 redovisas fördelningen av blodtryckskontroll för alla vårdcentraler i VGR.



Figur H-7. Andelen patienter med hypertoni som uppnår blodtryck < 140/90 mm Hg där varje punkt representerar en vårdcentral. Värden med 95 % konfidensintervall. Maj 2012.

Midjeomfång och BMI

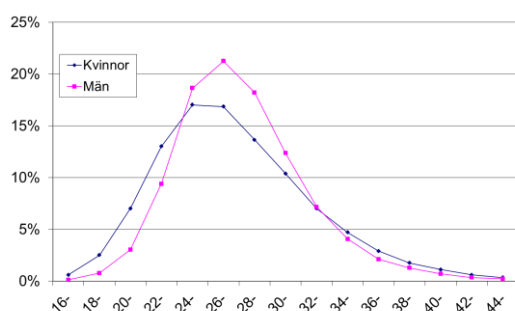
Midjeomfång är en oberoende riskfaktor för kranskärlsjukdom. I figur H-8 redovisas fördelningen i uppmätt midjeomfång.



Figur H-8. Fördelning av midjeomfång för individer med hypertoni. Maj 2012.

En målgräns som angivits för midjeomfång är mindre än 102 cm för män och mindre än 88 cm för kvinnor. 50 procent av männen och 35 procent av kvinnorna nådde dessa mål. Representativiteten för hela hypertoni populationen är oklar. Här kan det vara så att midjeomfång i större utsträckning mäts på individer med övervikt.

BMI är ett mått på kardiovaskulär risk och baseras på vikt i förhållande till ett längdmått. Ett BMI över 30 anges ofta som riskfull övervikt och är per definition fetma. Fördelningen av BMI för kvinnor och män visas i figur H-9.

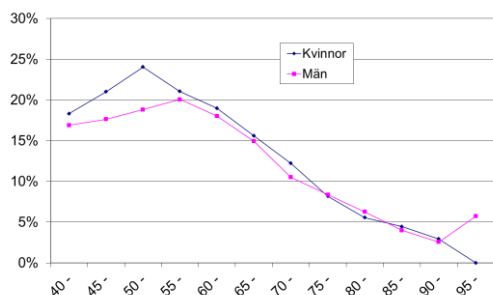


Figur H-9. Fördelning av BMI ≥ 30 för individer med hypertoni, maj 2012.

29 procent av männen och 30 procent av kvinnorna har ett BMI 30 som är eller högre.

Rökning

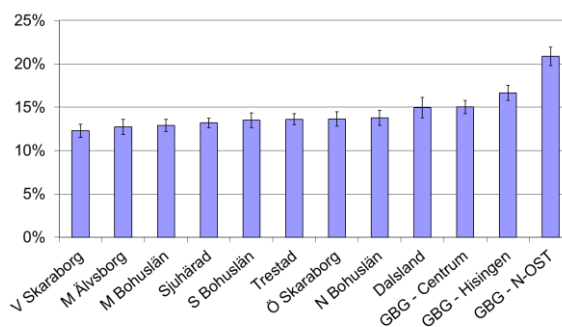
Ca 14 procent av männen och kvinnorna röker. Det är framförallt yngre kvinnor som röker i större utsträckning än män.



Figur H-10. Andel män respektive kvinnor som röker i olika åldersgrupper Maj 2012

I gruppen kvinnor 50-55 år röker 24 % av kvinnorna och 19 % av männen. Data är något osäkra på grund av registreringsbrister. Se del 2.

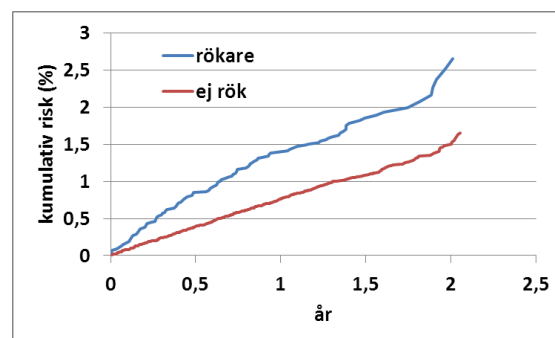
Figur H-11 visar den inomregionala fördelningen av rökning hos patienter med hypertoni (inkluderar även hypertoni/diabetes).



Figur H-11. Andel (%) som röker bland patienter med hypertoni. Maj 2012.

Andelen patienter med hypertoni som röker är nästan dubbelt så stor i nordöstra Göteborg som i västra Skaraborg.

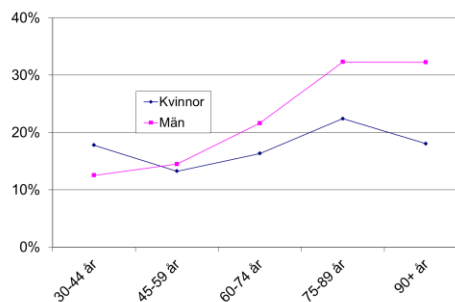
Vi kan redan nu koppla indikatorn rökning till faktiskt ökad risk att insjukna i hjärtinfarkt för de patienter som fanns i registret 2010



Figur H-12 Kumulativ risk att utveckla en hjärtinfarkt hos patienter i registret med hypertoni och/eller kranskärlssjukdomsdiagnos beroende på om de är rökare eller ej. Cox regression korrigerat för ålder och kön

Blodfetter

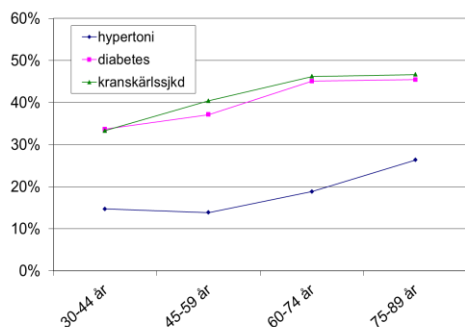
LDL-kolesterol är en viktig riskfaktor för att utveckla hjärt-kärlkomplikationer. Ett allmänt accepterat behandlingsmål när det finns skäl att behandla är att LDL-kolesterol skall vara under 2,5 mmol/l. I figur H-13 redovisas andelen som uppnår detta behandlingsmål.



Figur H-13. Andel med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l, maj 2012.

Andelen patienter med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l är påfallande lågt. Särskilt äldre kvinnor har låg

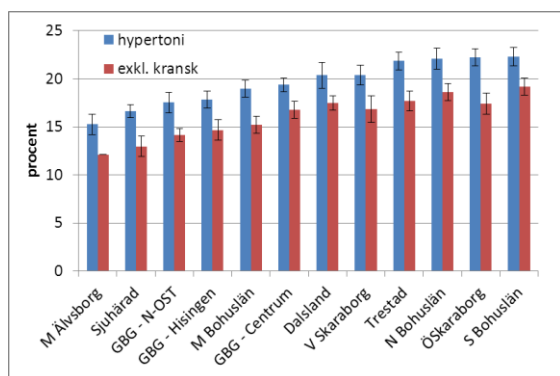
måluppfyllelse. Det är en markant skillnad mot de andra grupperna i registret.



Figur H-14. Andel med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l för grupperna hypertoni utan diabetesdiagnos, diabetes och kranskärslsjukdom, maj 2012.

Det är uppenbart att behandlingsintensiteten är högre för patienter i riskgrupperna diabetes och kranskärslsjukdom.

I figur H-15 redovisas den inomregionala variationen.



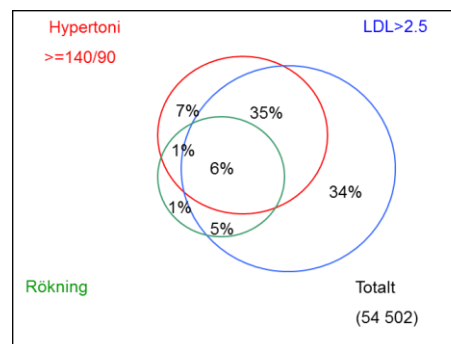
Figur H-15. Andel med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l för hypertoni utan diabetesdiagnos, uppdelat per hälso- och sjukvårdsnämndsområde. Maj 2012. Röda staplar=även kranskärslsjuka exkluderade.

Figuren visar att lägst andel med LDL-kolesterol finns i Mittenälvsborg. Figuren överensstämmer till en del med fynd från det nationella diabetesregistret, att lägst andel som uppnår behandlingsmål för kolesterol finns i Mittenälvsborg och Sjuhärad. Även om diabetes är exkluderat i denna graf kan det finnas skillnader i behandlingspraxis i regionens olika områden. Behandlingsmålet vid hypertoni är dock inte entydigt < 2,5 mmol/l utan är avhängigt förekomst av andra riskfaktorer.

Samverkan mellan riskfaktorer

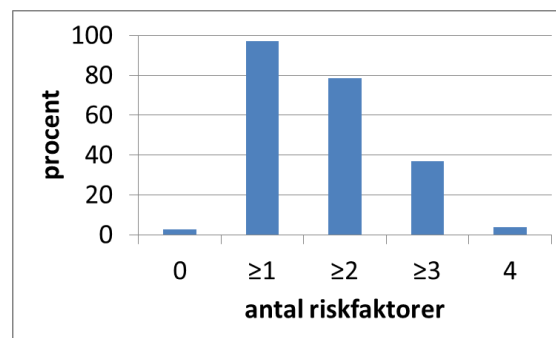
Det finns en betydande samverkan mellan riskfaktorer. Kombination av rökning, lipidrubbing och dåligt reglerat blodtryck flerdubblar risken för att utveckla hjärt-kärlkomplikationer. I bilden nedan

visas andelen individer som har en eller flera riskfaktorer i hela gruppen hypertoni utan diabetes.



Figur H-16. Andel (%) inom riskgrupperna med för högt blodtryck, LDL-kolesterol och rökning. I bilden ingår inte de 7 % som inte har någon av riskfaktorerna, oktober 2010.

Summan av procentsatserna visar att endast 10 % av hypertoni-gruppen har såväl blodtryck under 140/90, LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l och är icke-rökare. 43 % har en riskfaktor, ytterligare 42 % två, och 6 % tre samtidiga riskfaktorer. Beräkningarna är något osäkra på grund av att bortfallen i variablerna adderas och gruppen med alla värden registrerade är förhållandevis liten. Bilden nedan ger en annan beskrivning. Bilden visar att bara 3 % har fyra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom under kontroll. I detta fall blodtryck < 140/90 mm Hg, LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l, är icke-rökare och har BMI < 30. 97 % har en riskfaktor eller fler och knappt 80 % har två eller fler riskfaktorer och knappt 40 % har tre eller fler riskfaktorer etc.



Figur H-17. Andel med riskfaktorer vid hypertoni.

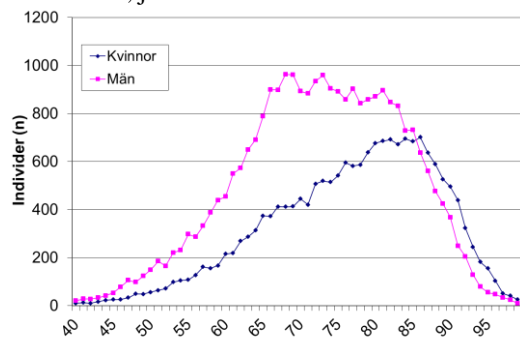
Kort om Diagnosgruppen Hypertoni

- Gruppen omfattar en mycket stor del av regionens befolkning
- En mycket stor del av dessa patienter har dåligt reglerade riskfaktorer och har därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdom

Ischemisk hjärtsjukdom

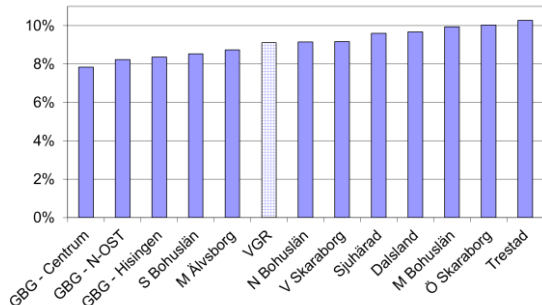
Förekomst

I maj 2012 innehöll QregPV 46 626 individer i gruppen ischemisk hjärtsjukdom varav 11 779 (25 %) även hade diabetesdiagnos och 31323 (67 %) hade en hypertoni-diagnos. Antalet män är betydligt fler 27 950, jämfört med 18 676 kvinnor.



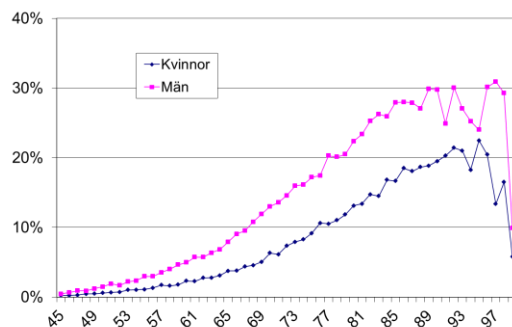
Figur K-1. Antal individer med kranskärslsjukdom i registret maj 2012.

Män får diagnos kranskärslsjukdom i betydligt yngre åldrar än kvinnor vilket också framgår av figur K-4 som är befolkningsrelaterade tal.



Figur K-2. Andel av befolkningen 55+ med kranskärslsjukdom inom VG-primärvård (åldersstandardiserade data), maj 2012

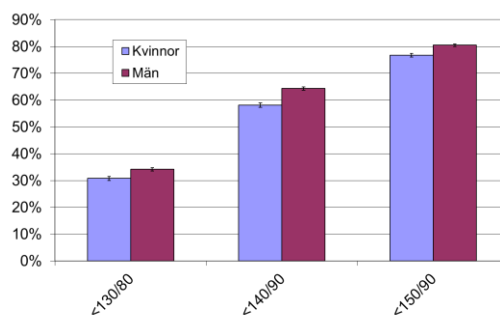
Det finns inomregionala skillnader som fordrar djupare analys för att tolka. Bortfall av patienter som sköts i specialiserad vård kan ha betydelse. Det låga antalet i nordöstra Göteborg är anmärkningsvärt med beaktande av den höga dödligheten i kranskärslsjukdomar i yngre åldrar i denna del av regionen. Det kan tala för att andelen odiagnostiserad kranskärslsjukdom är större i detta område.



Figur K-3. Patienter med kranskärslsjukdom i primärvård i procent av befolkningen. OBS patienter med kranskärslsjukdom som enbart kontrolleras i specialiserad vård ingår inte. Maj 2012.

Blodtryckskontroll

Kontroll av hypertoni är en viktig för att hindra progress av sjukdomen i gruppen som har kranskärslsjukdom. I figuren nedan redovisas hur stor andel som uppnår olika blodtrycksnivåer.

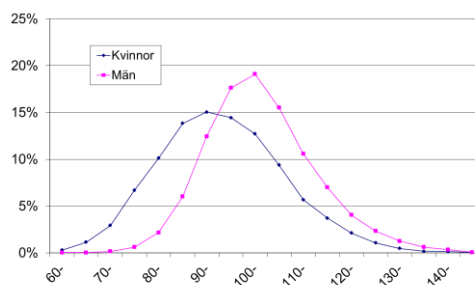


Figur K-4. Andel av kranskärslsjukdom som uppnår olika blodtrycksmål. Maj 2012.

Mer än hälften av patienterna med kranskärslsjukdom uppnår målblodtrycket < 140/90 mm Hg. Jämfört med hypertoni populationen är det fler som har välreglerat blodtryck.

Midjeomfång och BMI

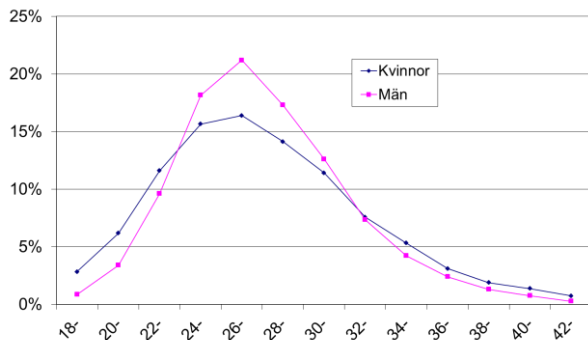
Midjeomfång är en oberoende riskfaktor för kranskärslsjukdom. I figur K-6 redovisas fördelningen i uppmätt midjeomfång.



Figur K-5. Fördelning av midjeomfång för individer med kranskärslsjukdom, maj 2012

En vedertagen målgräns som angivits för midjeomfång är mindre än 102 cm för män och mindre än 88 cm för kvinnor. 47 % av männen och 29 % av kvinnorna nådde dessa mål. Här kan det vara så att midjeomfång i större utsträckning mäts på individer med övervikt.

Fördelningen av BMI för kvinnor och män visas i figur K-6.

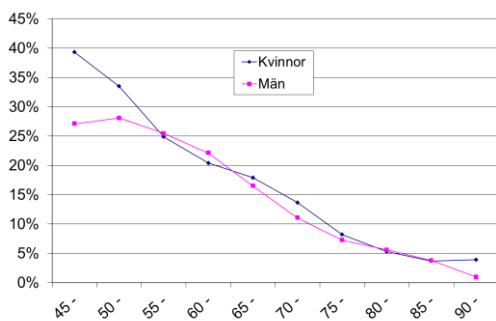


Figur K-6. Fördelning av BMI för individer med kranskärslsjukdom, maj, 2012.

Fördelningen är likartad den som ses i gruppen hypertoni. 29 % av männen och 32 % av kvinnorna har ett BMI vid 30 eller högre.

Rökning

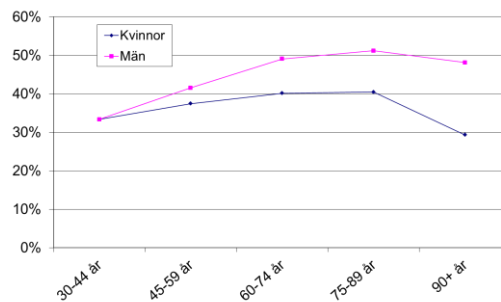
13 % av männen och 12 % av kvinnorna röker. Yngre kvinnor i gruppen kranskärslsjukdom röker i större utsträckning än män.



Figur K-7. Andel män respektive kvinnor som röker i olika åldersgrupper, maj 2012.

Blodfetter

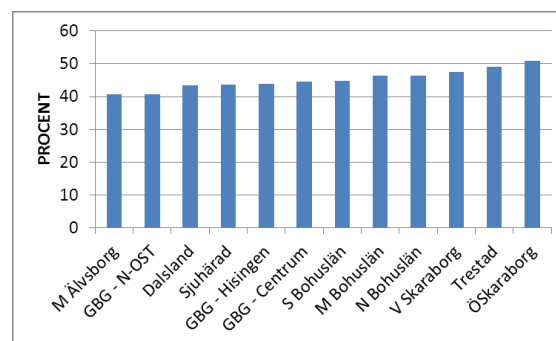
LDL-kolesterol är en viktig riskfaktor för att utveckla hjärt-kärlkomplikationer. Ett allmänt accepterat behandlingsmål är att LDL-kolesterol skall vara under 2,5 mmol/l. I figur K-8 redovisas andelen som uppnår detta behandlingsmål.



Figur K-8. Andel som uppnår behandlingsmål för LDL-kolesterol vid kranskärslsjukdom, maj 2012

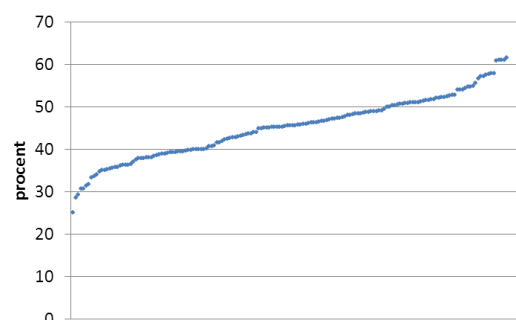
Andelen med bra LDL-kolesterol är lägre hos kvinnor än hos män för samtliga åldersklasser förutom de yngre (åldern 30-44 år).

I figuren nedan ges andel av patienter med kranskärslsjukdom som uppnår mål för LDL-kolesterol för hälso- och sjukvårdsnämndsområdena i regionen.



Figur K-9. Andel som uppnår behandlingsmål för LDL-kolesterol vid kranskärslsjukdom, maj 2012

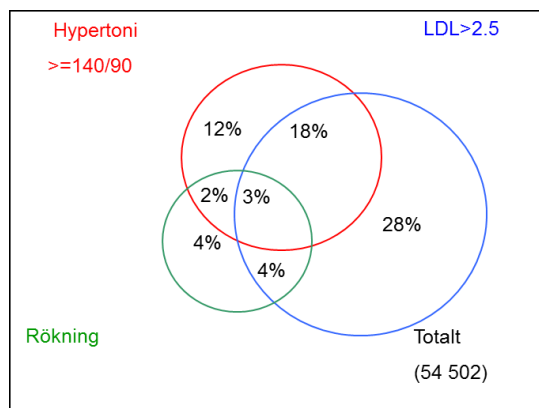
Figuren talar för att det finns en skillnad i behandlingspraxis i regionen. Denna skillnad framgår än tydligare när resultaten redovisas på vårdcentralnivå i figuren nedan.



Figur K-10. Andel som uppnår behandlingsmål för LDL-kolesterol vid kranskärslsjukdom, maj 2012. Varje punkt är en vårdcentral med >40 patienter.

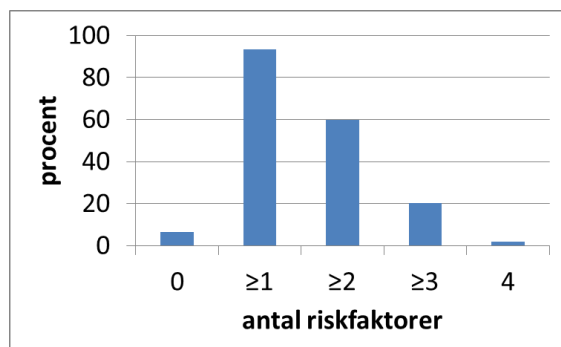
Samverkan mellan riskfaktorer

Det finns en betydande samverkan mellan riskfaktorer. Kombination av rökning, lipidrubbing och dåligt reglerat blodtryck flerdubblar risken för att utveckla hjärt-kärlkomplikationer. I bilden nedan visas andelen individer som har en eller flera riskfaktorer i hela gruppen hypertoni utan diabetes.



Figur K-11. Andel (%) inom kranskärlssjukdom med för högt blodtryck, LDL-kolesterol och rökning. I bilden ingår inte de 30 % som inte har någon av riskfaktorerna, maj 2012.

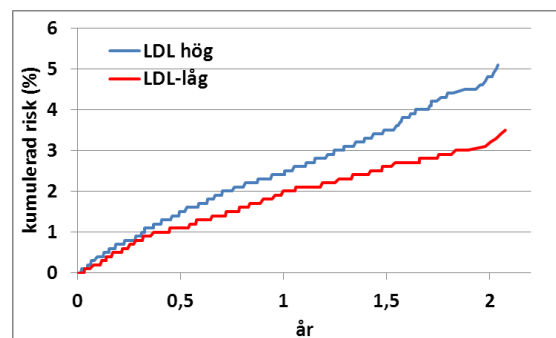
Summan av procentsatserna visar att ca 30 % har såväl blodtryck under 140/90, LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l och är icke-rökare. 44 % har en riskfaktor, ytterligare 23 % två, och 3 % tre samtidiga riskfaktorer. Således har gruppen kranskärlssjukdom sannolikt bättre behandlade riskfaktorer än gruppen hypertoni. I gruppen hypertoni ingår som en delmängd även patienter med kranskärlssjukdom varför skillnaden är ännu större än som framgår av presenterade data. Bilden nedan ger en annan beskrivning. Bilden visar att bara 7 % har fyra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom under kontroll. I detta fall blodtryck < 140/90 mm Hg, LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l, är icke-rökare och har BMI < 30. 94 % har en riskfaktor eller fler och knappt 60 % har två eller fler riskfaktorer och knappt 20 % har tre eller fler riskfaktorer etc.



Figur K-12. Andel med riskfaktorer vid hypertoni.

Det kan ibland vara svårt att knyta indikatorer i kvalitetsregister till faktisk sjuklighet. Bilden nedan

visar dock att nivåer av LDL-kolesterol i registret redan går att knyta till risk för komplikationer.



Figur K-13. Kumulativ risk att utveckla en hjärtinfarkt hos de patienter som fanns i registret med kranskärlssjukdom oktober 2010 beroende på om de har LDL-kolesterol under eller över 2,5 mmol/l. Cox regression korrigerat för ålder och kön.

De praxisskillnader som vi har påvisat torde således ha betydelse för patienternas fortsatta risk att utveckla komplikationer.

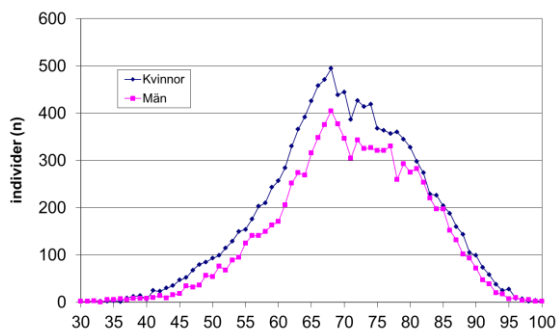
Kort om Diagnosgruppen kranskärlssjukdom

- diagnosgruppen kranskärlssjukdom som besöker primärvård är betydande och utgörs av ca 44 000 individer.
- En stor del av patienterna ingår också i diagnosgrupperna hypertoni och diabetes.
- En betydande del av patienterna har multipla riskfaktorer för att utveckla hjärtkärlhändelser

KOL

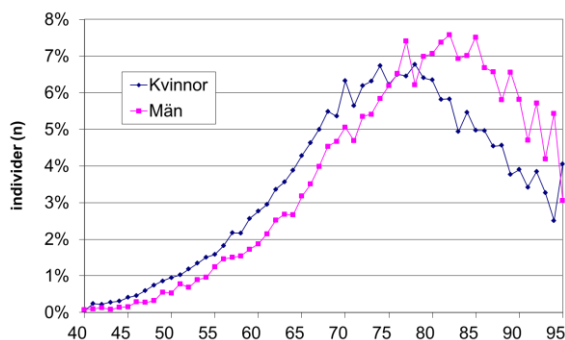
I maj 2012 innehöll registret ca 22 000 patienter med diagnosen KOL.

Antalet kvinnor med KOL var något större än antalet män.



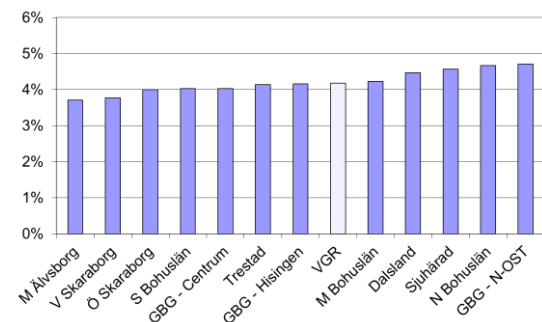
Figur KOL-1. Antal individer med KOL i registret maj 2012.

Även redovisat i andel av befolkningen är KOL vanligare hos kvinnor upp till 75-80 års ålder.



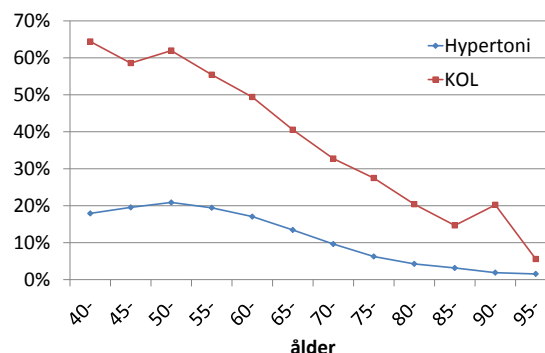
Figur KOL-2. Patienter med KOL i primärvård i procent av befolkningen. OBS patienter med KOL som enbart kontrolleras i specialiserad vård ingår inte. Maj 2012.

Det finns en tydlig skillnad mellan andel individer med KOL-diagnos i primärvård mellan de olika områdena i regionen.



Figur KOL-3. andel av befolkningen 55+ med KOL-sjukdom inom VG-primärvård (åldersstandardiserade data), maj 2012

Högst prevalenstal finns i nordöstra Göteborg där vi vet att andelen rökare är högst i regionen (figur H-11).

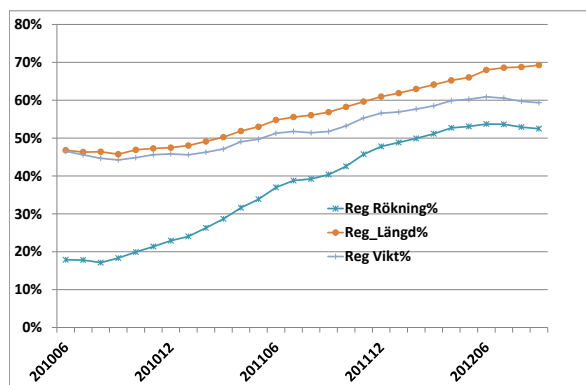


Figur KOL-4. Andel patienter med KOL som röker i olika åldersgrupper, maj 2012. Gruppen hypertoni (exklusive med KOL) är med som jämförelse

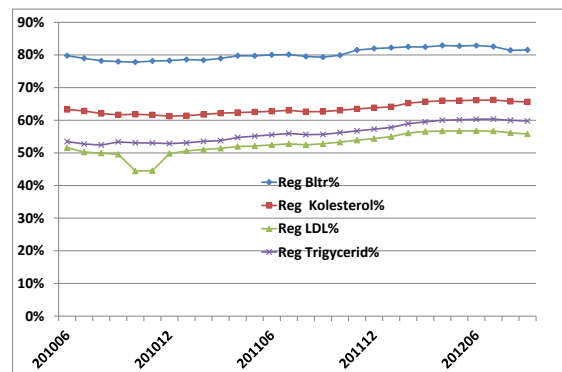
Några andra indikatorer för KOL redovisar vi inte i detta läge därför att utvecklingsarbete pågår.

Registreringskvalitet

Alla vårdcentraler inom Västra Götalandsregionens vårdval rapporterar till registret. Genom den automatiska datahämtningen fångas alla patienter som ingår i någon av diagnosgrupperna förutsatt att patienten inte avböjt att medverka. Återkopplingsverktyget som innehåller vissa mått på registreringskvalitet togs i drift från och med 2011 och efter det har registreringen av enskilda variabler förbättrats påtagligt. I figur T-1 och T-2 nedan visas utvecklingen av andel patienter med hypertoni som har uppgift registrerad



Figur T-1. Andel patienter i registret med hypertoni som har uppgift om längd, vikt och rökning..



Figur T-2. Andel patienter i registret med hypertoni som har uppgift om blodtryck och lipider..

Bilderna visar en påtaglig ökning av registreringskvalitet för rökning, längd och vikt. Däremot ses inte samma markanta effekt på blodtryck, längd och vikt. Det kan bero på att allt fler patienter tas in i registret men där kvaliteten i registrering av enskilda variabler inte riktigt hängit med.

QregPV- Hur kvalitetsregister-data kan användas i patientarbete

Jan Alvång

Distriktsläkare, Verksamhetschef
Vårdcentralen Källstorp
Trollhättan

Allmänmedicinska uppdraget är omfattande och såväl patientströmmar som bemanning fluktuerar vilket ökar svårigheten att åstadkomma en stabil och evidensbaserad vårdkvalitet över tid. Organisatoriskt tilldelas oftast en sjuksköterska ett särskilt uppdrag med att ha en särskild mottagning för en vanligare kronisk sjukdom. Inom vården har Västra Götalandsregionen valt att villkora en sådan funktion för Astma/KOL och Diabetes men inte för den största sjukdomsgruppen hjärtsjukdom.

Det är viktigt att vi gemensamt försöker utveckla verktyg för att kunna följa hur vi lyckas behandla våra större patientgrupper för att säkra att vi bedriver en evidensbaserad vård. Några perfekta verktyg finns inte men QregPV är ändå ett viktigt försök att samla data på ett sätt som inte belastar vårdcentralerna mer än nödvändigt. Det finns mycket kvar att göra när det gäller utvärdering och validering av data.

QregPV ger en medelvärdesbild men är i sig inte ett verktyg för att åstadkomma förbättringen. Man kan

se andra enheters resultat vilket i sig kan stimulera till att inte vara sämre än andra.

För att förbättra sin vårdkvalitet behövs relevant kunskap och att vårdcentralens arbete organiseras så att relevant tid finns för riktade insatser som i praktiken handlar om olika former av patientkontakter.

Om jag kallar sista patientbesöket för första vågen är den andra vågen när patienterna med samma diagnos identifieras och organiseras så att de sorteras efter mindre bra till mycket bra kontrollerade riskfaktorer. Då ser man naturligt var extra patientkontakter kan ge störst utdelning. Dessutom kan man se när mätvärden saknas för aktuell tidsperiod.

Vilka verktyg har jag idag för denna funktion? Profdoc, vårt journalsystem, har mindre bra sökfunktioner men kan med rätt kunskap klara uppgiften. Bättre funktioner finns i diabetesregistret NDR men det har ett begränsat antal variabler, jag ger nedan ett exempel hur det kan användas.

Vi använder verktyget RAVE som har bättre funktioner och jag övergår nu till att visa på en turordning i arbetssätt för diagnoserna Ischemisk hjärtsjukdom och Diabetes respektive.

Vill jag se vilka patienter i Primärvårdsregistret med kranskärslsjukdom som saknar LDL värde så börjar jag med SPEAR (återkopplingsverktyget för QregPV) som innehåller såväl tabeller som grafer..

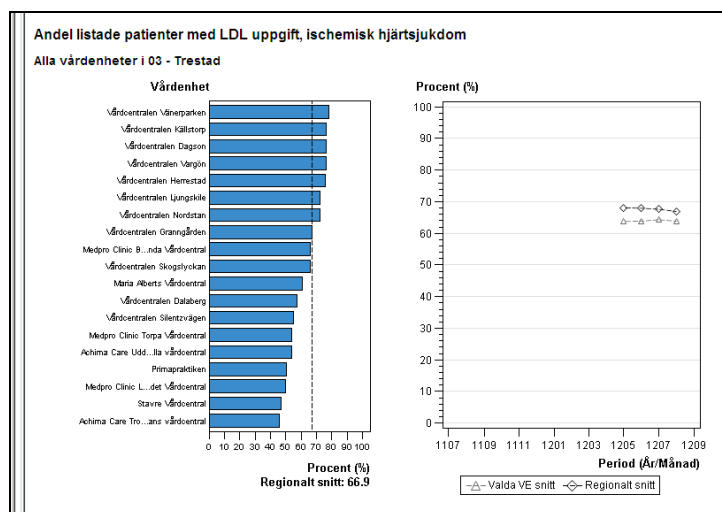
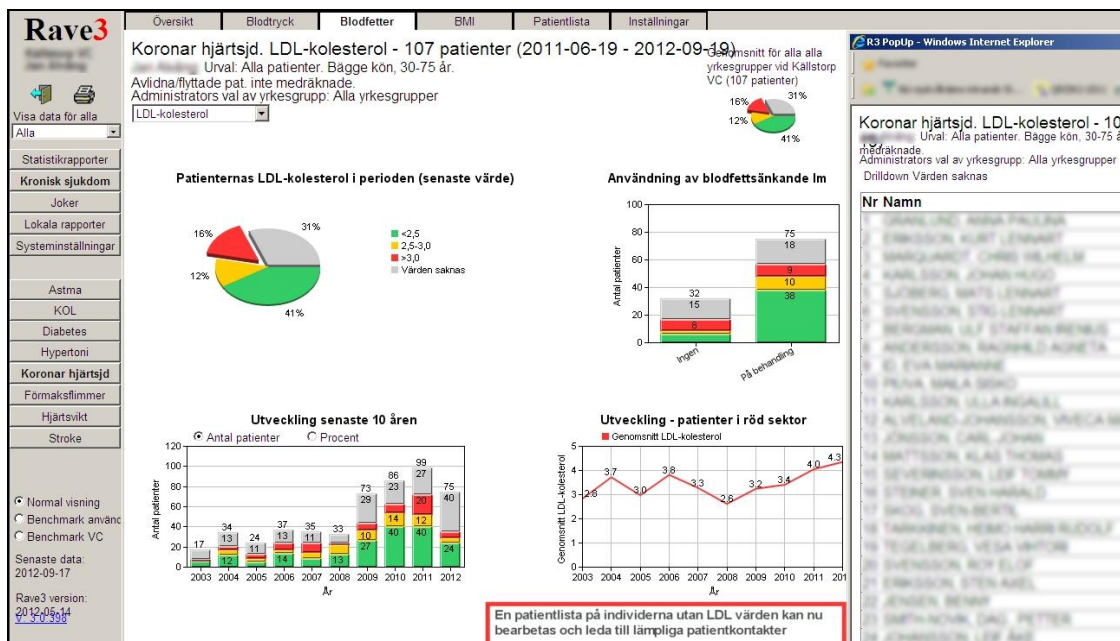


Bild från SPEAR som visar andel av patienter med kranskärslsjukdom som har uppgift LDL-kolesterol i primärvårdens kvalitetsregister

Eftersom SPEAR endast återkopplar medelvärden och hur jag förhåller mig till andra vårdcentraler så använder jag RAVE för att få fram en lista på de

specifika patienter som saknar LDL värde. Bilden nedan visar dels individer som saknar uppgift om LDL-kolesterol och dels patienternas värden.



Programmen är inte perfekta liksom registreringen av variablerna men man får praktiska listor med individer vars värden och i bästa fall vars vård kan förbättras.

En allmän svaghet är att valideringen av diagnoser saknas och att vissa variabler inte mättningsvis standardiserats som bäst exemplifieras av blodtrycksvärdena.

Diabetes, där kan jag antingen använda de data som återkopplas för målrelaterad ersättning eller även

här SPEAR som inte bara innehåller data från Primärvårdens kvalitetsregister VGR utan även andra data som kommer från Diabetesregistret. SPEAR är här en andrahandspublicering av Diabetesregisterdata framtagna vid specifika tidpunkter.

Därefter använder jag NDR och dess sökfunktion och får fram en lista på patienter som saknar albuminurivärde vid just den tidpunkt som jag gör sökningen.

Sökkriterier

Tidsintervall: Patienter som saknar rapporterad uppgift om **Mikroalbuminuri** fr.o.m **2011-06-19** t.o.m. **2012-09-19**

Registreringsålder: **30 - 80**

[Ändra sökkriterier](#)

Sökresultat

Antal personer med saknad rapporterad uppgift om **Mikroalbuminuri: 62**

Antal med rapporterad uppgift om **Mikroalbuminuri: 271**

Andel med saknad rapporterad uppgift om **Mikroalbuminuri: 19%**

Medelvärde alla enheter: Andel med saknad rapporterad uppgift om **Mikroalbuminuri: 30%**

Personnummer

En lista på patienter som saknar albuminuriuppgift som nu kan patient för patient granskas och om möjligt leda till patientkontakt och kontrollprov m m

Exempel: sökning efter patienter som saknar mätvärde i NDR

Denna ovan beskrivna andra vägen utblir ofta i konkurrens med tillgänglighetskravet men är en prioriteringsfråga och därmed ledningsfråga.

Fakta om QregPV

Primärvårdens kvalitetsregister VGR

Registerhållare

Claes Hegen

Registercentrum VGR

413 45 Göteborg

Claes.hegen@vgregion.se

Styrgrupp

Allmänmedicinska sektorsrådet:

Agneta Hamilton, ordförande

Övriga medarbetare och rapport- författare

ASAK gruppen (Allmänmedicinska sektorsrådets arbetsgrupp för kvalitet) främst genom Lars Björkman

Staffan Björck

Registercentrum VGR

Bo Palaszewski

Registercentrum VGR