

Primärvårdens kvalitetsregister Västra Götaland – QregPV

# Tidstrender i QregPV under sex år

Årsrapport 2015



## Årsrapport som ska inspirera till förbättringar

Den här årsrapporten redovisar data från QregPV, ett regionalt kvalitetsregister för offentlig och privat primärvård i Västra Götaland. Årets rapport är inriktad på att redovisa tidstrender i QregPV under de senaste sex åren. Den som vill se helt färsk data kan gå till webbplatsen [www.qregpv.se](http://www.qregpv.se). Data hämtas direkt från primärvårdens journaler och alla vårdcentraler finns med.

Fokus både i årsrapporten och i onlinestatistiken på webbplatsen ligger på patienter med hypertoni och kranskärslsjukdom. Det är två stora patientgrupper som när de behandlas i primärvården, inte följs upp i några andra kvalitetsregister. Primärvårdens insatser har avgörande betydelse när det gäller att förebygga framtida sjukdom bland dessa patienter. I QregPV:s data kan man se hur bra det arbetet går i regionen i stort och på enskilda vårdcentraler.

Årsrapporten vänder sig till vårdcentralspersonal i Västra Götaland, men också till andra intresserade. Syftet är att sprida kunskaper och motivera till förbättringsarbete. Redaktionen hoppas läsningen ska vara givande.

### REDAKTION

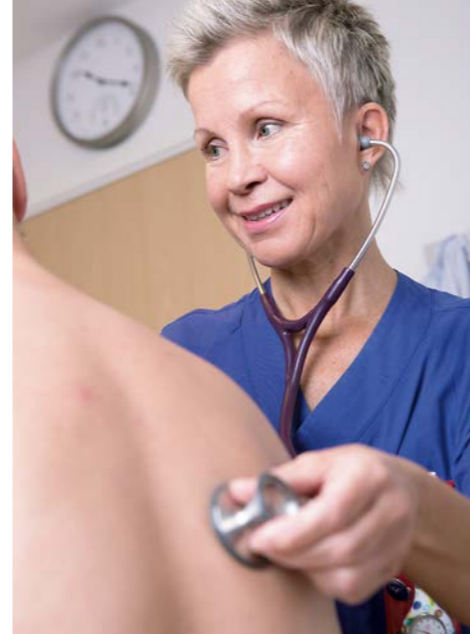
**Rapportförfattare:** Per Hjerpe, registerhållare, medicine doktor, [per.hjerpe@vgregion.se](mailto:per.hjerpe@vgregion.se)  
Staffan Björck, biträdande registerhållare, docent, [staffan.bjorck@vgregion.se](mailto:staffan.bjorck@vgregion.se)  
Catharina Bergsten, årsrapportsredaktör, [catharina.bergsten@registercentrum.se](mailto:catharina.bergsten@registercentrum.se)  
Samuel Adamsson Eryd, medicine doktor, [samuel.adamssoneryd@registercentrum.se](mailto:samuel.adamssoneryd@registercentrum.se)

**Statistik och analys:** Samuel Adamsson Eryd

**Projektledare:** Monika Hellstrand, utvecklingsledare, [monika.hellstrand@registercentrum.se](mailto:monika.hellstrand@registercentrum.se)

**Foto:** Max Själänder, Lena Bokemark, Charlotta Sjöstedt, Paul Björkman samt privat.

**Layout:** Ibiz reklambyrå **Tryck:** Litorapid **ISSN:** ISSN - 2001-7634 **Tryckår:** 2016



## Innehållsförteckning

“Fler borde medicinera när livsstilsförändringarna inte räcker” .....	4
Diskussioner om blodtrycksbehandling bidrar till bra värden.....	7
Struktur för uppföljning är viktigast för resultatet.....	8
Två frågor om QregPV.....	9
Hälsolyftet + QregPV ger bättre förebyggande vård.....	10
Tidstrender i QregPV under sex år .....	12
Hypertoni – registerdata 2010–2015 .....	14
Kranskärslsjukdom – registerdata 2010–2015.....	18
Bakgrund och metodbeskrivning .....	22

KARIN MANHEM:

## “Fler borde medicinera när livsstilsförändringarna inte räcker”

**Tveksamhet mot läkemedelsbehandling är en viktig orsak till att bara hälften av alla personer med hypertoni når målvärdet. Det tror Karin Manhem, överläkare på medicinkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och professor i medicin.**

Text: Catharina Bergsten

Enligt Världshälsoorganisationen WHO är hypertoni den påverkbara faktorn som utslaget på alla åldrar inverkar på hälsan och överlevnaden mest i världen, den är till och med viktigare än rökning. Högt blodtryck kan bland annat leda till hjärtinfarkt, stroke, njur- och hjärtsvikt. Det är vanligt och relativt farligt men går att åtgärda med bra och billiga mediciner. Trots detta uppnår bara cirka hälften av alla personer med högt blodtryck målvärdet på 140/90 mm Hg. Karin Manhem, överläkare på medicinkliniken på Sahlgrenska Universitets-

sjukhuset och professor i medicin, tror att en orsak kan vara att hypertoni är ett glidande tillstånd som ofta inte ger några symtom; – När hypertoni väl upptäcks är det inte alltid som patienten vill påbörja en läkemedelsbehandling. Det är ju ett tillstånd och en risk som behandlas – inte en sjukdom. Patienten kan tänka; risken finns på gruppnivå, men gäller den verkligen mig? Jag som tränar och lever sunt. Och om läkaren rekommenderar läkemedelsbehandling kan personen uppleva sig som sjukförklarad; en negativ känsla som kan bidra till att han/hon tackar nej till läkemedel – och särskilt om blodtrycket bara är måttligt förhöjt.

Även inom vården kan det ibland finnas en tveksamhet mot läkemedelsbehandling, som Karin Manhem till viss del kan förstå. Diskussionerna om läkemedelsindustrifinansierade studier från 80- och 90-talen hänger fortfarande kvar. Ska man verkligen ge så många människor en behandling som ofta blir livslång, för att rädda en liten del?



**“Risken finns på gruppnivå, men gäller den verkligen mig?”**

Men Karin Manhem svar är att läkemedelsbehandling är helt nödvändig om andra sätt att minska blodtrycket har misslyckats: mer motion, rökstopp, minskad vikt och minskat midjemått, bättre kost, minskad stress, måttlig alkoholkonsumtion och måttligt saltande.

– En del människor klarar av att genomföra en stor livsstilsförändring, men många gör det inte.

De som lyckas har ofta varit med om något omtumlande och livsavgörande. De kanske har hittat den stora kärleken eller fått barnbarn. Plötsligt känner de sig oerhört motiverade att öka sina chanser till ett långt och friskt liv. Vissa patienter kan också lätta på läkemedelsbehandlingen i samband med pension. Den arbetsrelaterade stressen försvinner och människorna får mer tid att göra sådant de längtat efter, säger Karin Manhem.

### En långsam process

Ibland ifrågasätts värdet av läkemedelsbehandling av äldre individer med argumentet att det kanske bara förlänger livet med en dålig livskvalitet.

– Men vad är det som säger att

behandling är lika med dålig livskvalitet? Följsjukdomarna till hypertoni, som stroke och hjärtsvikt, är också ganska tråkiga att leva med, säger Karin Manhem.

Patientens ålder och övrig sjuklighet är en annan faktor som kan påverka beslut om läkemedelsbehandling. Om personen har måttligt högt blodtryck i åldern 25–30 år och i övrigt är frisk kanske han eller hon – eller läkaren – funderar över om man redan ska starta en livslång behandling.

– Men eftersom högt blodtryck påverkar kroppen i en långsam process är det viktigt att använda preventiv behandling. Hypertoni ger ju en gradvis förtjockning av kärl och förstelning av hjärtat, det är inget som sker snabbt. Organskadorna är relaterade till trycknivån, men också till hur länge man har haft hypertoni, förklarar Karin Manhem.

Hon lägger till att risken för biverkningar är något som alltid kommer upp när det handlar om medicinering och att frågan är viktig att ställa.

– Men i lågdos har de flesta hypertoni-läkemedel en mycket gynnsam biverkningsprofil.

**“Man kan tycka att preventiv behandling är osexigt, men det är uppenbarligen en verksam och kraftfull metod.”**



### TIPS VID HYPERTONIBEHANDLING:

- Det ger större vinst att kombinera preparat jämfört med att byta inom samma klass (färre biverkningar med lägre doser).
- Varje preparat sänker SBP i snitt 10 mm Hg.
- En rejäl livsstilsomläggning sänker SBP 10–15 mm Hg.
- Tiaziddiuretika skyddar mot frakturer, framför allt hos män.
- NSAID i normaldos ger inte sämre målpuffyllelse.
- Bättre blodtrycksbehandling ger lägre insjuknande i förmaksflimmer.



Karin Manhem tycker att det är fantastiskt att dödligheten i hjärtinfarkt har mer än halverats på 30 år.

– Över 90 procent av nedgången kan förklaras av lägre blodfetter, lägre blodtryck och minskad rökning på befolkningsnivå. Man kan tycka att preventiv behandling är osexigt, men det är uppenbarligen en verksam och kraftfull metod, säger hon.

Hypertoni är lätt att behandla, men i en pressad vardag kan vården ibland prioritera bort uppföljning.

– Uppföljning signalerar att behandlingen är viktig och är därför nödvändig för bra resultat. Jag tycker en till två gånger per år är lagom och det behöver inte vara hos läkare utan går ibland lika bra hos sköterska. Det viktiga är att patienten känner att någon bryr sig om hur hon eller han mår, säger Karin Manhem.

#### Psykisk ohälsa en riskfaktor

Ett av Karins uppdrag är att vara ordförande för regional terapigrupp

för hjärta/kärl, som är underställd Läkemedelskommittén. Gruppen har arbetat med att uppdatera de regionala riktlinjerna för hjärta/kärl och hösten

2016 kommer det uppdaterade riktlinjer avseende högt blodtryck. En aspekt som lyfts fram är att psykisk sjukdom är en risk för hjärt-kärlsjukdom och att människor med psykisk ohälsa ofta har en sämre hjärt-kärlhälsa jämfört med befolkningen i övrigt. Andra aspekter som tas upp är att blodtrycksmätning

hemma är bra och att även äldre billiga läkemedel kan kombineras för att nå ett bra resultat.

Karin Manhem har även arbetat med en uppdatering av Läkemedelsbokens kapitel om högt blodtryck tillsammans med allmänläkare och docent Kristina Bengtsson-Boström. Boken ges ut av Läkemedelsverket.

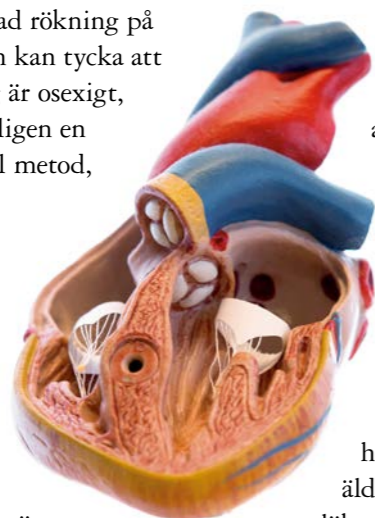
– Det är viktigt att vi är två specialister med delvis olika erfarenhet som

skriver kapitlet. När det gäller Rek-listan föreslår vi inga ändringar, det finns redan i dag en god och etablerad läkemedelsbehandling. I Läkemedelsboken finns bland annat nyskrivna avsnitt om svårbehandlade patienter där det är svårt att nå ett bra behandlingsresultat. Betydelsen av följsamhet är något vi diskuterar, även om inte heller vi har någon universallösning på detta kliniskt mycket viktiga problem. Vi skriver även här om personer med psykisk ohälsa och hjärt- och kärlsjukdom och om samsjuklighet och yttre faktorer som påverkar blodtrycket, säger Karin Manhem.

Hon vill uppmana alla vårdcentraler att använda QregPV och ta reda på hur den egna enheten ligger till. Hon pekar också på möjligheten att vända sig till registret med kliniska

frågeställningar. QregPV kan kopplas ihop med exempelvis läkemedelsregistret, så att ny kunskap kan tas fram.

– Delta i registrets utveckling och använd det som ett verktyg i ert kvalitets- och förbättringsarbete, säger Karin Manhem. ■



Arne Nässén, distriktsläkare, ansvarig läkare på vårdcentralen Capiro i Gårda.

#### Diskussioner om blodtrycksbehandling bidrar till bra värden

På Capiro vårdcentral Gårda i Göteborg har man under lång tid redovisat fina blodtrycksvärden. QregPV frågade Arne Nässén, distriktsläkare, specialist i allmänmedicin och medicinskt ansvarig läkare på vårdcentralen, hur det kan komma sig.

#### Hur arbetar ni på Capiro Gårda för att få så bra resultat när det gäller blodtryckskontroll?

– Vi jobbar aktivt med att följa upp våra resultat på gruppnivå. Där brukar vi använda verktyget RAVE – av den anledningen att vi då kan drilla ner på individnivå och se vilka patienter som ligger på höga nivåer – och när vi sedan några gånger per termin tittar på statistiken gemensamt i läkargruppen, diskuterar vi hur man i de enskilda fallen kan gå vidare med behandlingen.

#### Hur använder ni QregPV?

– QregPV använder vi oss av framför allt när vi vill "benchmarka", alltså se hur vi ligger till i förhållande till övriga vårdcentraler i regionen och framför allt då i närområdet. Det är alltid spännande att se hur vår nivå vad gäller blodtryckresultat ligger i förhållande till våra vårdgrannar.

#### Vilka är dina bästa råd till kollegor på andra vårdcentraler när det gäller att främja goda blodtrycksvärden?

– De bästa råd vi kan ge vad gäller blodtrycksbehandlingen är att diskutera den regelbundet inom läkargruppen på vårdcentralen. Det gör att man kommer lite längre, och man blir lite mer stärkt i att lägga till ytterligare preparat för att faktiskt nå de mål som finns för blodtrycksbehandlingen.

## Struktur för uppföljning är viktigast för resultatet

Framgångsrik hypertoniuppföljning behöver inte omfatta årliga kallelser till läkarbesök. Resultatet kan bli lika bra om patienten fångas upp av sköterska när det är dags att förnya receptet, visar ny statistik från QregPV.

Text: Catharina Bergsten

Närhälsans vårdcentraler Billingen respektive Norrmalm är belägna i samma hus i Skövde, men hade länge olika sätt att följa upp hypertoni. Per Hjerpe, distriktsläkare på Närhälsan Norrmalm och registerhållare för QregPV, blev intresserad av att se om de olika uppföljningsmetoderna resulterat i någon skillnad när det gällde måluppfyllelse.

– Intuitivt tror man kanske att det alltid måste vara en fördel om patienten regelbundet får träffa en läkare. Jag ville se om det verkligen var så, säger han.

Närhälsan Billingens modell var kallelser med årskontroll hos läkare och halvårskontroll hos sköterska. Läkaren fick månatliga patientlistor och ordinerade sedan provtagning efter mallar: B-glukos, blodstatus, kalium, kreatinin, U-protein, U-glukos, vikt och eventuellt blodfetter. Sköterskorna



hade en egen lista med årlig kallelse mellan läkarbesöken, då prover också togs.

– Modellen innebär ett personligt ansvar och ett engagemang från läkaren men är tidsödande administrativt, förklarar Per Hjerpe.

Den modell som Närhälsan Norrmalm har använt sedan över tio år omfattar inga kallelser och inga läkarbesök. Istället fångas patienterna upp vid receptönskemål. Antingen kan patienten ringa för recept och om det då är mer än nio månader sedan kontroll och patienten är välmående bokas receptförnyelse till läkare och tid för årskontroll hos sköterska.

– Receptförskrivning kan också ske vid

annat besök. Om det då är mer än nio månader sedan kontroll meddelas distriktssköterskan som bokar årskontroll hos sköterska, berättar Per Hjerpe.

En meningsfull jämförelse mellan de olika vårdcentralerna måste så klart ta hänsyn till eventuella skillnader när det gäller storlek och patientunderlag. Vårdcentralerna är nästan lika stora; Norrmalm hade 10 827 patienter listade 2014 medan Billingen hade 11 025. Antalet patienter med hypertoni-diagnos 2014 var 1 386 för Norrmalm och 1 878 för Billingen. Prevalensen var således 13 procent för Norrmalm och 17 procent för Billingen.

– Patientunderlaget för Billingen består av många äldre personer, vilket kan vara en förklaring till skillnaden. En orsak till att Norrmalm har färre personer med hypertoni är att vårdcentralen listar många unga, bland annat ligger högskolan i upptagningsområdet, säger Per Hjerpe.

Statistiken från QregPv som han har tittat på gäller för 2014 och halva 2015 och den visar att vårdcentralerna har samma måluppfyllelse vad gäller blodtryck < 140/90 (%).

– Det är nästan exakt samma siffror; Norrmalm hade 59,8 procent och Billingen 59,9 procent. Båda ligger bra till jämfört med regionen i övrigt som hade 49,2 procent, säger Per Hjerpe.

När det gäller måluppfyllelsen för LDL < 3,0 (%) var resultatet för Norrmalm 37,2 procent, för Billingen 42,1 procent och för VG-regionen 33,2 procent. Det var alltså något sämre siffror, men fortfarande bra måluppfyllelse jämfört med övriga regionen.

Per Hjerpes slutsats är att båda systemen ger goda och likvärdiga resultat. Han berättar att Närhälsan Billingen sedan en tid har övergått till en liknande modell för hypertoniuppföljning som Närhälsan Norrmalm.

– Viktigast är kanske inte hur man gör uppföljningarna utan att man gör dem på ett genomtänkt och strukturerat sätt, säger han. ■

## Två frågor om QregPV

1. Varför är QregPV ett bra verktyg för att förbättra vården?
2. Hur kan vi inspirera verksamheterna att använda registerdata?



ANN SÖDERSTRÖM

hälso- och sjukvårdsdirektör,  
Västra Götalandsregionen

**1.** Registret fångar medicinska resultat för stora patientgrupper, där redan små förbättringar i behandlingen har stor betydelse för folkhälsan. Det är viktigt att kunna följa upp vården och se sina egna resultat men också att kunna jämföra sig med andra och ständigt utveckla vården. Den enskilda enheten kan direkt se om det arbete man lägger ner har den effekt man önskar eller om man behöver förändra något i sitt arbetssätt. Till skillnad från andra kvalitetsregister innebär QregPV inte till något extraarbete för användarna. Dessutom ger det goda möjligheter att bedriva forskning inom området.

**2.** Verksamheten måste se nyttan med uppgifterna. Därför är det nödvändigt att kommunicera resultat och lyfta fram goda exempel. Utbildningsinsatser som visar hur en god behandling kan påverka folkhälsan, återkoppling till vårdcentralerna och stöd till förbättringsarbete behövs. Tillgång till data on-line är bra.



STEFAN BERGMAN

professor i allmänmedicin vid  
enheten för allmänmedicin,  
Sahlgrenska akademien

**1.** Bara det att vi registrerar vad vi gör och hur det går för våra patienter leder till att vi reflekterar över kvalitetsfrågorna i vardagsarbetet. Jag tror att den reflexionen också ökar medvetenheten och kunskapen kring vad som är god vård. Där intar ett regionalt register som QregPV en unik position, genom sin närhet till oss användare i VGR.

**2.** Tillgång till den information som finns i QregPV är grundläggande för att verksamheterna ska känna sig inspirerade att använda registret. Det är viktigt att alla användare kan känna att de och deras patienter har nytta av registret och att inte insamlandet är till för någon annan. Kan vi samtidigt stimulera medarbetare till utveckling och forskning med registerdata som grund, så kan det förhoppningsvis ge ytterligare inspiration till att ta vara på registrets möjligheter.





## Hälsolyftet + QregPV ger bättre förebyggande vård

Systematik och uppföljning är nyckelord i kvalitetsförbättringsarbetet. Därför är QregPV ett bra arbetsredskap, tycker Ingela W Kumlin, processledare för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård i Närhälsan.

Text: Catharina Bergsten

Under 2014–2016 implementerar Närhälsan i Västra Götalandsregionen en metodik för hälsofrämjande och förebyggande arbete, det så kallade Hälsolyftet. Ingela W Kumlin är utvecklingsledare och processledare för Hälsolyftet i Närhälsan. Implementeringen inkluderar så kallade KomIgång-utbildningar i Hälsolyftets metodik.

– Den omfattar ett frågeformulär om levnadsvanor, en självinstruerande hälsoprofil som patienten fyller i hemma samt uppföljande hälsosamtal. Utbildningen pågår en och en halv dag och den primära målgruppen är sjuksköterskor, men även undersköterskor, läkare och andra professioner kan delta, berättar hon.

Hälsolyftet ska implementeras på alla vårdcentraler i Närhälsan i Västra Götalandsregionen, totalt cirka 110 stycken. Under kursen lär sig deltagarna hur verktygen ska användas pedagogiskt, men det är också viktigt med tid för eftertanke. Hur ser det ut på vår vårdcentral? Vad har vi för patientgrupper och hur tar vi hand om dem? Vad ska vi börja Hälsolyftet med? I det arbetet tycker Ingela W Kumlin att QregPV kan vara ett bra redskap.

– Hälsolyftet handlar inte bara om primärprevention utan också om sekundärprevention. Patienter med kranskärlssjukdom och hypertoni utgör stora grupper i vården och för dem kan livsstilsförändringar vara

avgörande för hälsan. Jag föreslår att vårdcentralerna gör en djupdykning i registret och tittar på hur patientdata ser ut när det gäller de viktigaste riskfaktorerna. Utifrån den informationen kan man identifiera patientgrupper som är särskilt viktiga att jobba med, säger Ingela W Kumlin.

Det som hon tycker är särskilt viktigt är vilka mätvärden som registreras i QregPV. Mäter man till exempel blodtryck på hypertoni-patienterna (vilket borde vara en självklarhet), mäter man midjan, ställs frågan om rökning och – beroende på resultatet av mätningarna – erbjuds hälsosamtal och stöd till förändring?

– Hälsolyftet erbjuder en metodik som skiljer sig från det "gamla" sättet att

tala om för patienterna att de ska sluta röka, börja träna etcetera. Hälsolyftets metodik bygger istället på patientens reflektion och ställningstagande till behov av förändring, säger Ingela W Kumlin.

Hon menar att det kan finnas en poäng med att ta tag i en riskfaktor åt gången, exempelvis fysisk inaktivitet eller rökning, och fundera över hur den frågan hanteras.

– Fysisk aktivitet står högst upp på Rek-listan för personer med hypertoni. Men får patienterna hjälp med att öka sin fysiska aktivitet genom exempelvis Fysisk aktivitet på recept, eller hur gör vi hos oss? Det är en fråga som vårdcentralen kan ställa sig, säger Ingela W Kumlin.

Genom att beta av fråga för fråga kan man sedan utveckla vården så att patienterna får bästa möjliga hjälp att ändra de levnadsvanor som behöver förändras. Systematik och uppföljning

är nyckelord. Ingela W Kumlin säger att det kanske kan upplevas som en tröskel att sätta sig in i statistiken på QregPV, men att registret snart kan bli en hjälp i det systematiska kvalitetsförbättringsarbetet.

– Den tid man sätter av för data-granskning och reflektion tjänar man snart in, säger hon. ■

### INGELAS BÄSTA RÅD FÖR ATT KOMMA IGÅNG MED ATT QREGPV-ANVÄNDNINGEN:

- Sätt er tillsammans och gå igenom hur QregPV fungerar, till exempel under ett APT. Notera att statistiken tankas in automatiskt och uppdateras en gång i månaden.
- Hitta en ingång, exempelvis rökning, och diskutera hur ni jobbar med frågan på er vårdcentral. Hur stor andel av hypertoni- och kranskärlspatienterna röker? Görs det riktade insatser för dem? Vad kan vi förbättra?
- Jämför er med resten av Västra Götalandsregionen. Det är roligt att se hur ens egen vårdcentral ligger till i olika frågor! Lusten och motivationen att jobba med hälsofrämjande och förebyggande arbete kan öka när utvecklingen följs.
- Ta kontakt med vårdcentraler som ni ser är bra på olika områden. Utbyt erfarenheter och lär av varandra.



Bild: Göran Assner

## Tidstrender i QregPV under sex år

I det här avsnittet beskrivs förändringar i resultat 2010–2015. Det är den tid där det finns förhållandevis jämförbara data i QregPV. Det är också en intressant period eftersom inställningen till behandling ändrats både för mål för blodtryck och blodfettsubbningar. Det har skett en långsam förbättring i behandlingen av lipidrubbingar, men fortfarande är det få patienter som når målen i de nationella riktlinjerna. Efter en framgångsrik period med bättre och bättre blodtrycks kontroll ser vi under 2015 istället tecken på ett trendbrott med en sjunkande andel patienter som når de etablerade målen för blodtrycksbehandling.

### Bakgrund

Sedan föregående år har hanteringen av historiska data som rapporterats till kvalitetsregistret förbättrats. De data som kommit in varje månad 2010–2015 från deltagande vårdenheter är nu bearbetade och lagrade på ett enhetligt sätt vilket gör data analyserbara över tid.

### Blodtryck

Andel patienter som når blodtrycksmål har utvecklats mycket positivt mellan 2010 och 2014. Andel som når målet < 140/90 mm Hg för patienter med hypertoni utan komplikationer ökade från 38 % till 48 %. Samma positiva utveckling har också observerats för patienter med kranskärslsjukdom, där över 60 % numera når målbloodtrycket.

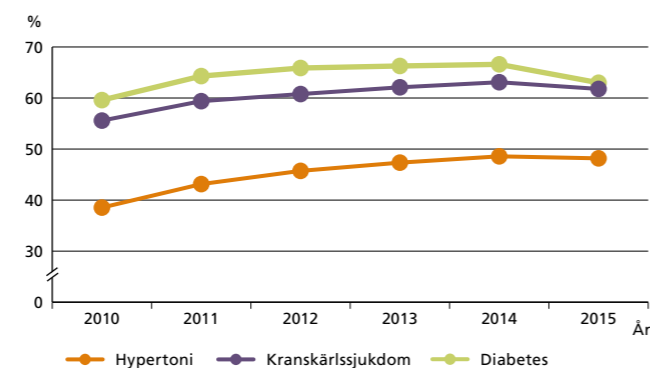
Förbättringen är så stor att den bör ha märkbar betydelse för antalet allvarliga komplikationer, såsom stroke och hjärtinfarkt, i regionen. Antalet vårdtillfällen i VGR för stroke minskade med 13 % mellan 2010 och 2014 och det är rimligt att tro att bättre blodtrycks kontroll är en viktig del av förklaringen. I en regional prognos förväntas demografiförändring göra att antalet vårdtillfällen för stroke år 2030 är drygt 1 200 fler per år, om inget görs utöver i dag. Det är därför av största vikt att hypertoni-omhändertagandet har hög kvalitet.

Men mellan 2014 och 2015 har förbättringen av blodtryck avstannat och vi ser till och med en antydning till sämre värden. Det kan vara en varningssignal för ett trendbrott till det sämre. Allra tydligast är det för patienter med diabetes vilket framgår av Figur 1. För diabetes skulle en förklaring kunna vara de förändrade behandlingsriktlinjerna där det rekommenderade blodtrycksmålet nyligen höjdes från <130/80 mm Hg till <140/85 mm Hg. Men vi ser också att färre patienter med diabetes når det betydligt högre nya blodtrycks-

målet som visas i figuren. Trenden är densamma för patienter i hela Sverige enligt statistik från Nationella Diabetesregistret ([www.ndr.nu](http://www.ndr.nu)). Möjligen kan det vara en allmänt förändrad inställning till blodtrycksbehandling som slår igenom på alla patienter med högt blodtryck.

Det som gör denna utveckling bekymmersam är att blodtryck kanske bör behandlas intensivare än man tidigare trott. En aktuell amerikansk studie, "Systolic blood pressure intervention trial" (SPRINT), visade att en sänkning av det systoliska blodtrycket till <120 mm Hg resulterade i överlägset färre allvarliga komplikationer jämfört med det allmänt använda målet <140 mm Hg, hos patienter med hög risk. Studien har ännu inte gett några avtryck i behandlingsrekommendationerna.

**Figur 1.** Andel individer med hypertoni, kranskärslsjukdom eller diabetes som når målbloodtryck.



Andelen som når målbloodtryck (<140/90 mmHg) har ökat under perioden 2010–2014 bland individer med hypertoni, kranskärslsjukdom och diabetes. Det senaste året finns dock tecken på ett trendbrott.

### Kolesterolnivåer

För patienter med kranskärslsjukdom ökar andelen som uppnår mål för LDL-kolesterol. Tidigare riktlinjer har angett ett värde <2,5 mmol/l och andelen som når det målet har ökat från 44 % till 48 %. En nyare regional terapirekommendation är < 1,8 mmol/l och här är det endast 15 % som når målet. Det kan vara så att patienter som nyligen insjuknat i kranskärslsjukdom får aktivare behandling och att patienter som insjuknat långt tidigare står kvar på sin gamla behandling. Under 1,8 mmol/l är ett mycket ambitiöst mål och det är oklart hur många som i praktiken kan uppnå det men resultatet är ändå ett användbart jämförelsetal när man granskar sin behandling. Som jämförelse kan nämnas att i SEPHIA, som är ett nationellt register för uppföljning ett år efter hjärtinfarkt, nådde 51 % detta mål.

Det finns anmärkningsvärda inomregionala skillnader med betydligt fler som når mål för LDL-kolesterol i Södra Älvsborg och Mittens Älvsborg. Det kan vara så att det är sjukhusens behandlingsstrategi efter akut hjärtinfarkt som ger dessa skillnader. I QregPV:s årsrapport 2014 beskrev vi hur framgångsrika vårdcentraler behandlade fler patienter, i högre grad använde atorvastatin och i högre utsträckning använde den högsta dosen.

### Livsstilsfaktorer

Det finns marginella trender till det bättre för andel med fetma och rökning.

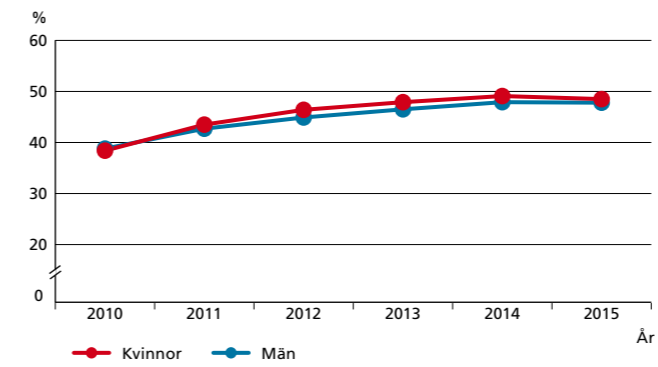
### KOMMENTAR:

”Det jag slås av när jag ser resultaten från QregPV är det trendbrott som förefaller gälla avseende hur många patienter med hypertoni som når målbloodtrycket. Det är en allvarlig signal om att vi måste intressera oss mer för denna patientgrupp. Vi ser ju att det går att sänka blodtrycket i gruppen med kranskärslsjukdom vilket visar att själva blodtryckssänkningen inte är omöjlig. Att 15 % av patienter vilka behandlas för hypertoni fortfarande är rökare är lite nedslående då vi vet att en rökande patient med välbehandlad hypertoni har högre risk än en icke-rökande patient med blodtryck över målnivån. Livsstilsförändringar kan vara svåra att genomföra, men de är mycket kraftfulla i det långa perspektivet.”

*professor Karin Manhem,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

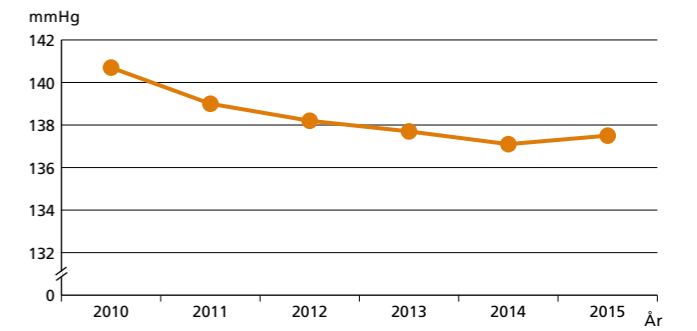
# HYPERTONI

**Figur 2.** Andel män respektive kvinnor som når målblodtryck.



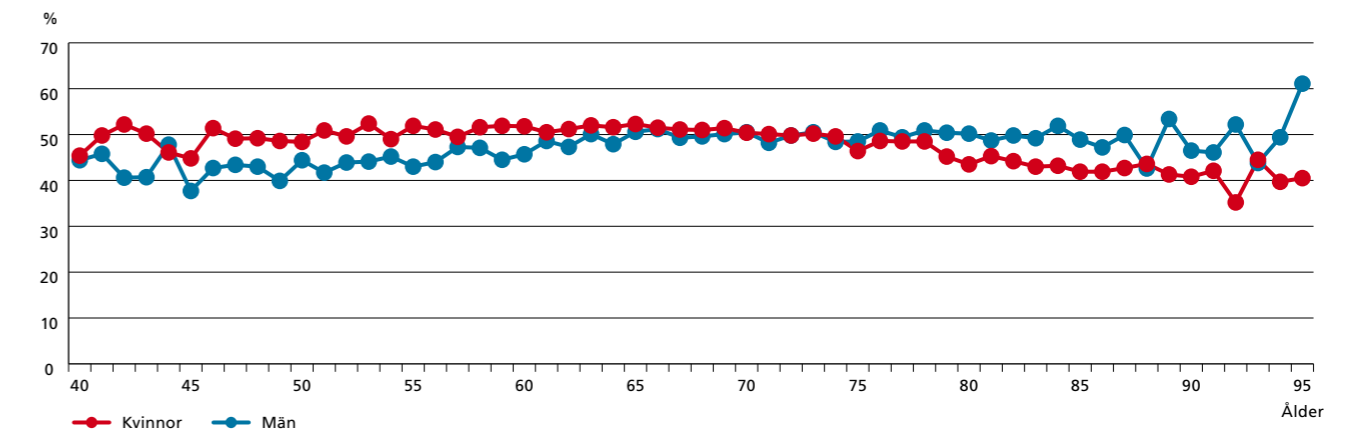
Andelen som når målblodtryck (<140/90 mmHg) har ökat under perioden 2010–2014 både bland män och kvinnor med hypertoni. Den uppåtgående trenden har avstannat det senaste året.

**Figur 3.** Genomsnittligt systoliskt blodtryck.



Det genomsnittliga systoliska blodtrycket bland individer med hypertoni har sjunkit med 3,6 mmHg under perioden 2010–2014. Det senaste året har dock det genomsnittliga systoliska blodtrycket börjat stiga.

**Figur 4.** Andel individer som nådde målblodtryck 2015 – ålder och kön.

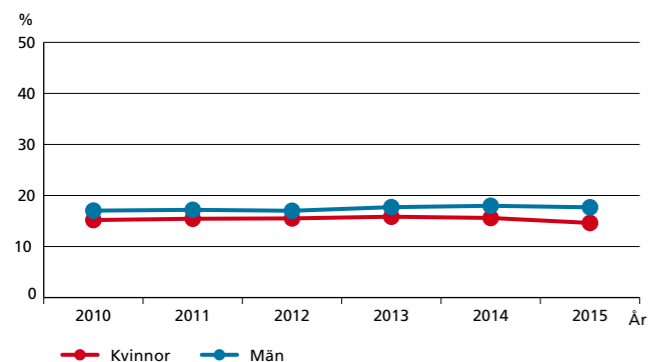


Andelen som når målblodtryck (<140/90 mmHg) är högst bland yngre kvinnor och äldre män.



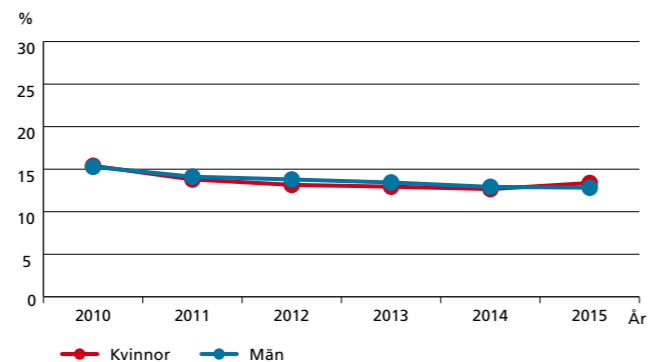


**Figur 5.** Andel som når mål för LDL-kolesterol.



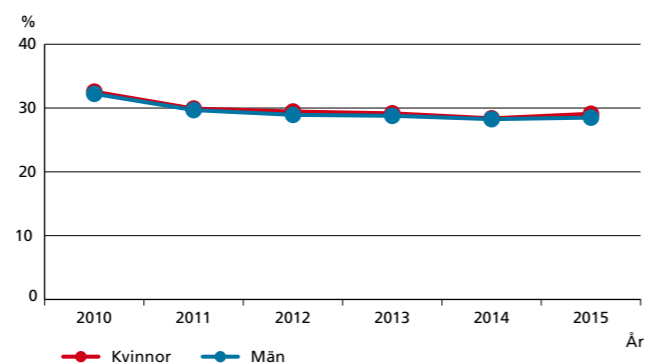
Andelen hypertoniker som når LDL-kolesterol <2,5 mmol/l har varit relativt oförändrad under perioden 2010–2015. Män har något bättre lipidkontroll jämfört med kvinnor.

**Figur 6.** Andel som röker.



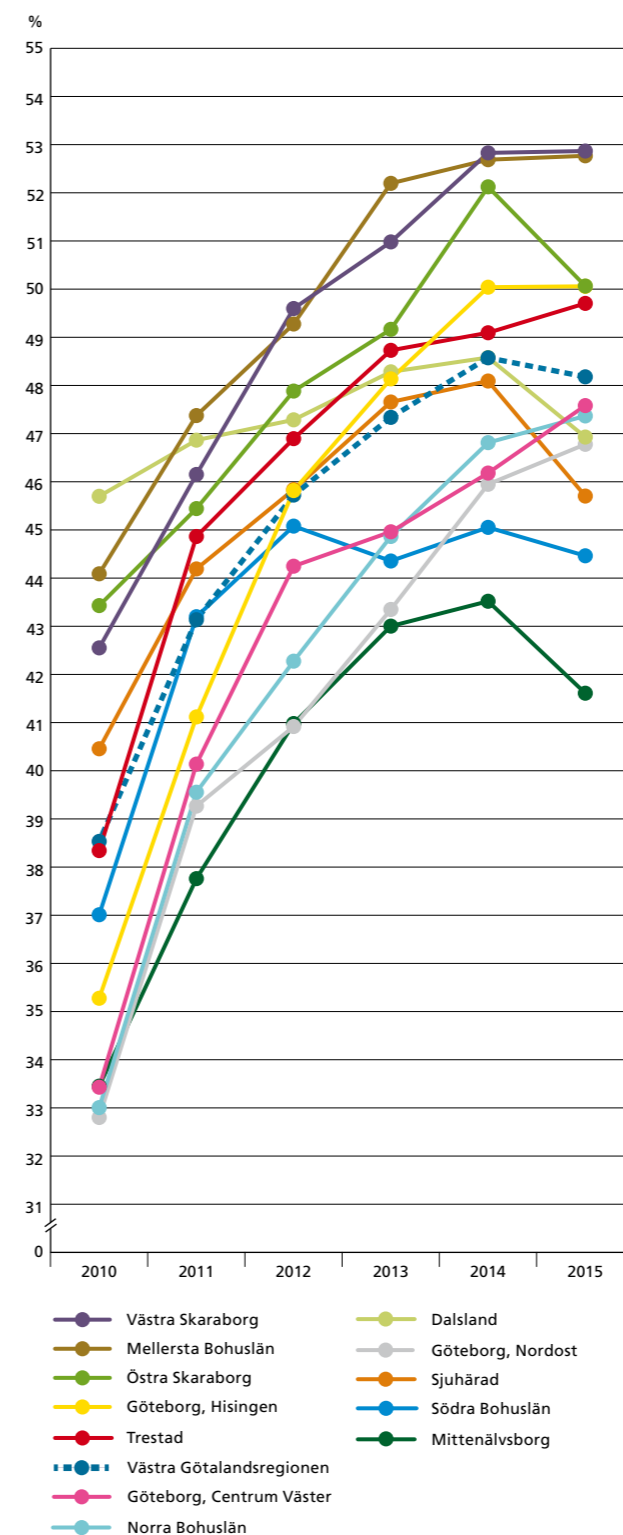
Andelen som röker bland kvinnor och män med hypertoni har varit ganska oförändrad under perioden 2010–2015.

**Figur 7.** Andel med fetma.



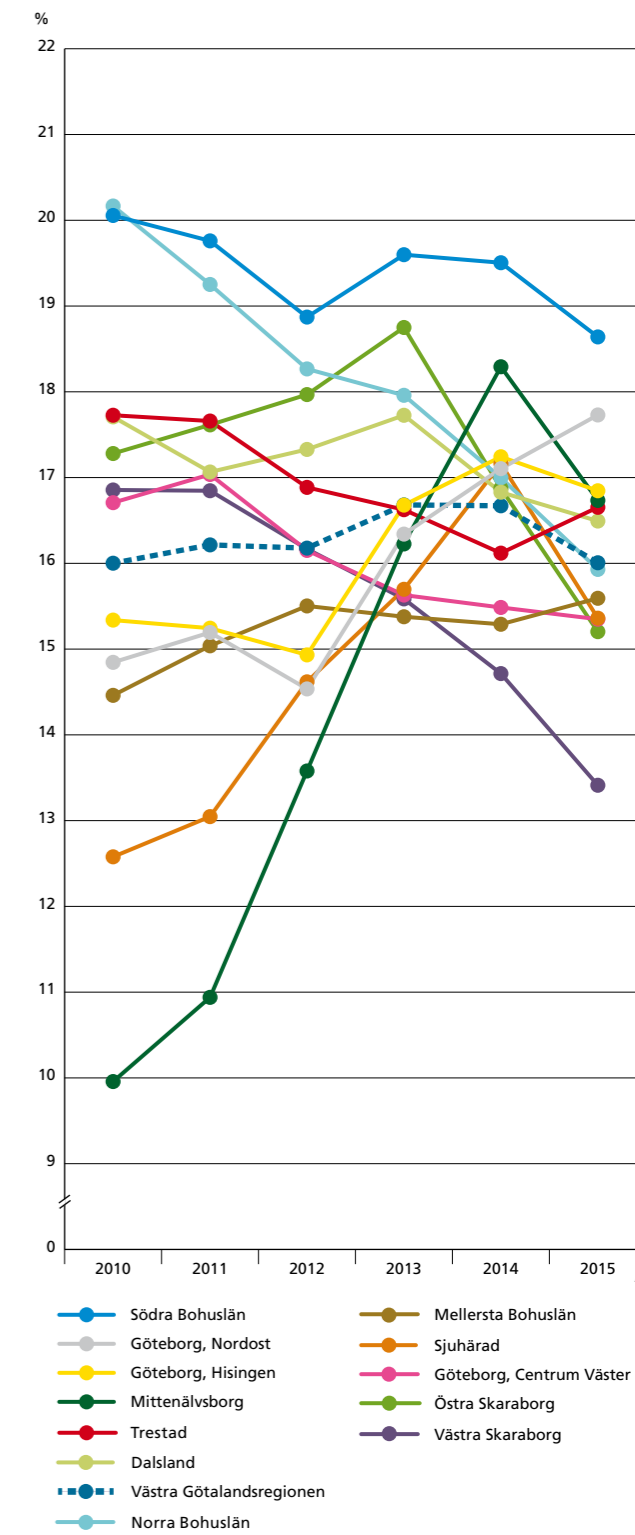
Andelen kvinnor och män med hypertoni och fetma (BMI>30) har minskat lite under perioden 2010–2015. Fetma är lika vanligt bland män som bland kvinnor med hypertoni.

**Figur 8.** Andel individer som når mål blodtryck i olika geografiska områden.



Andelen som når mål blodtryck (<140/90 mmHg) varierar mycket mellan olika geografiska områden. Bäst måluppfyllelse återfinns i Västra Skaraborg och Mellersta Bohuslän.

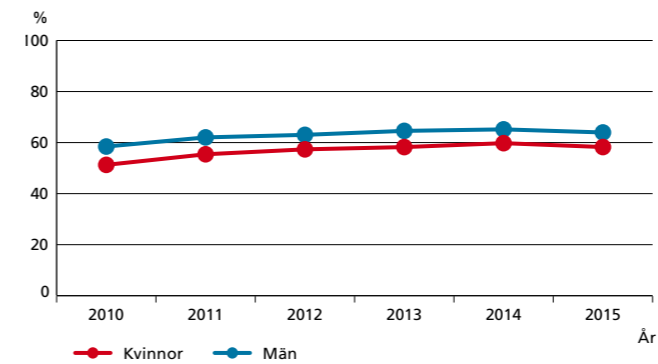
**Figur 9.** Andel individer som når mål för LDL-kolesterol i olika geografiska områden.



Andelen som når LDL-kolesterol <2,5 mmol/l varierar mycket mellan olika geografiska områden. Södra Bohuslän har haft bäst måluppfyllelse de senaste sex åren.

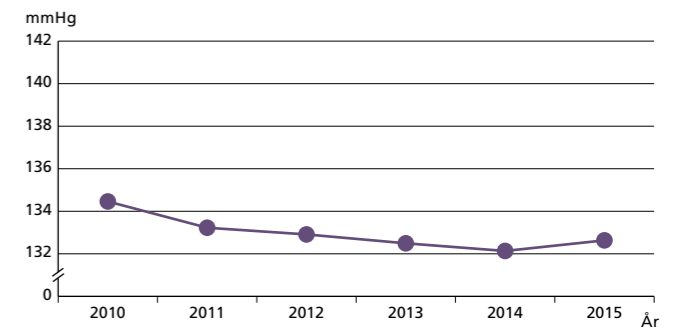
# KRANSKÄRLSSJUKDOM

**Figur 10.** Andel individer som nådde målblodtryck – ålder och kön.



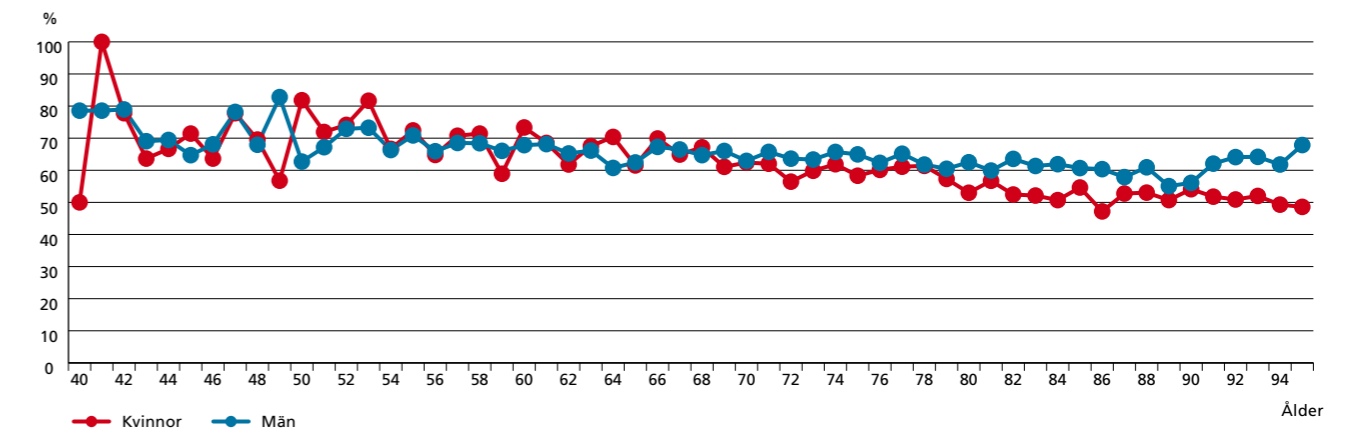
Andelen som når målblodtryck (<140/90 mmHg) har ökat under perioden 2010–2014 både bland män och kvinnor med kranskärlssjukdom. Den uppåtgående trenden har avstannat de senaste åren. Män når målet för blodtrycksbehandling i högre uträkning jämfört med kvinnor.

**Figur 11.** Genomsnittligt systoliskt blodtryck.

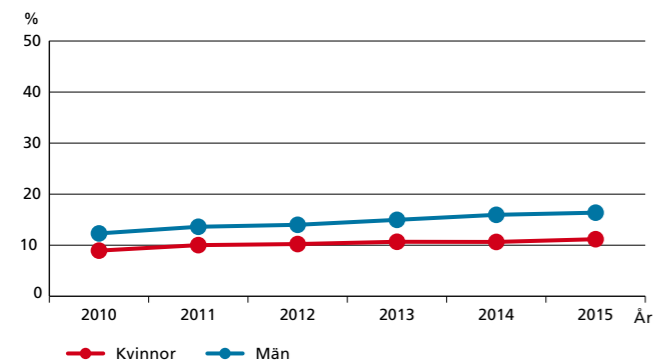


Det genomsnittliga systoliska blodtrycket bland individer med kranskärlssjukdom har sjunkit med 2,3 mmHg under perioden 2010–2014. Det senaste året har dock det genomsnittliga systoliska blodtrycket börjat stiga.

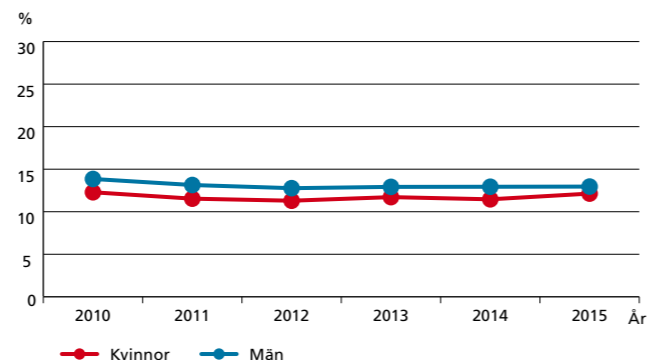
**Figur 12.** Andel individer som nådde målblodtrycket 2015 – ålder och kön.



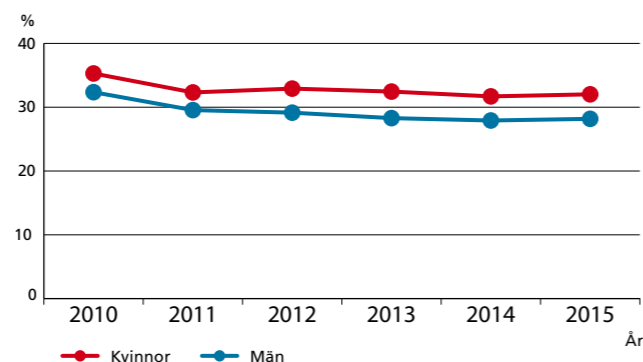
Andelen kvinnor med kranskärlssjukdom som når målblodtryck (<140/90 mmHg) sjunker med stigande ålder. Männerna har ungefär samma måluppfyllnad oavsett ålder.

**Figur 13.** Andel individer som når mål för LDL-kolesterol.

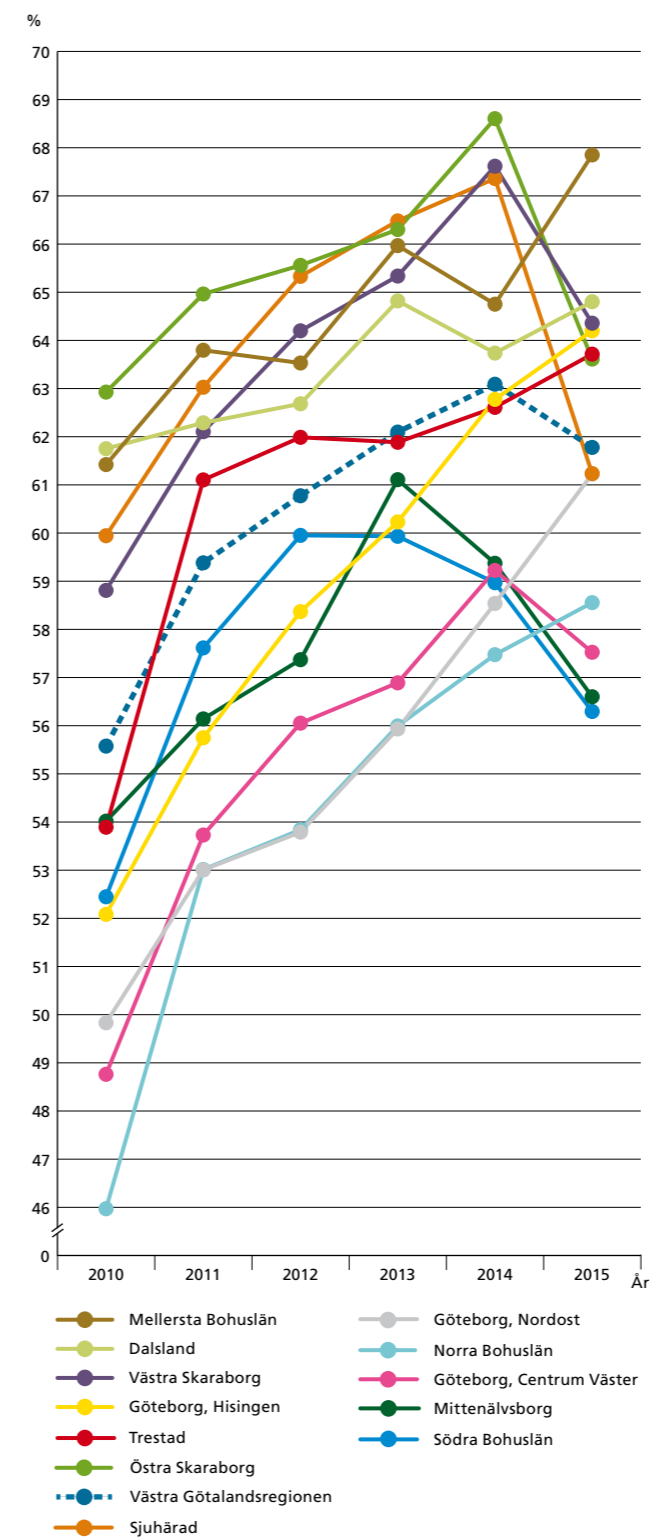
Andelen kranskärlssjuka som når LDL-kolesterol <1,8 mmol/l är i allmänhet relativt låg. Denna strikta regionala terapirekommendation infördes först 2013. Män har bättre lipidkontroll jämfört med kvinnor.

**Figur 14.** Andel som röker.

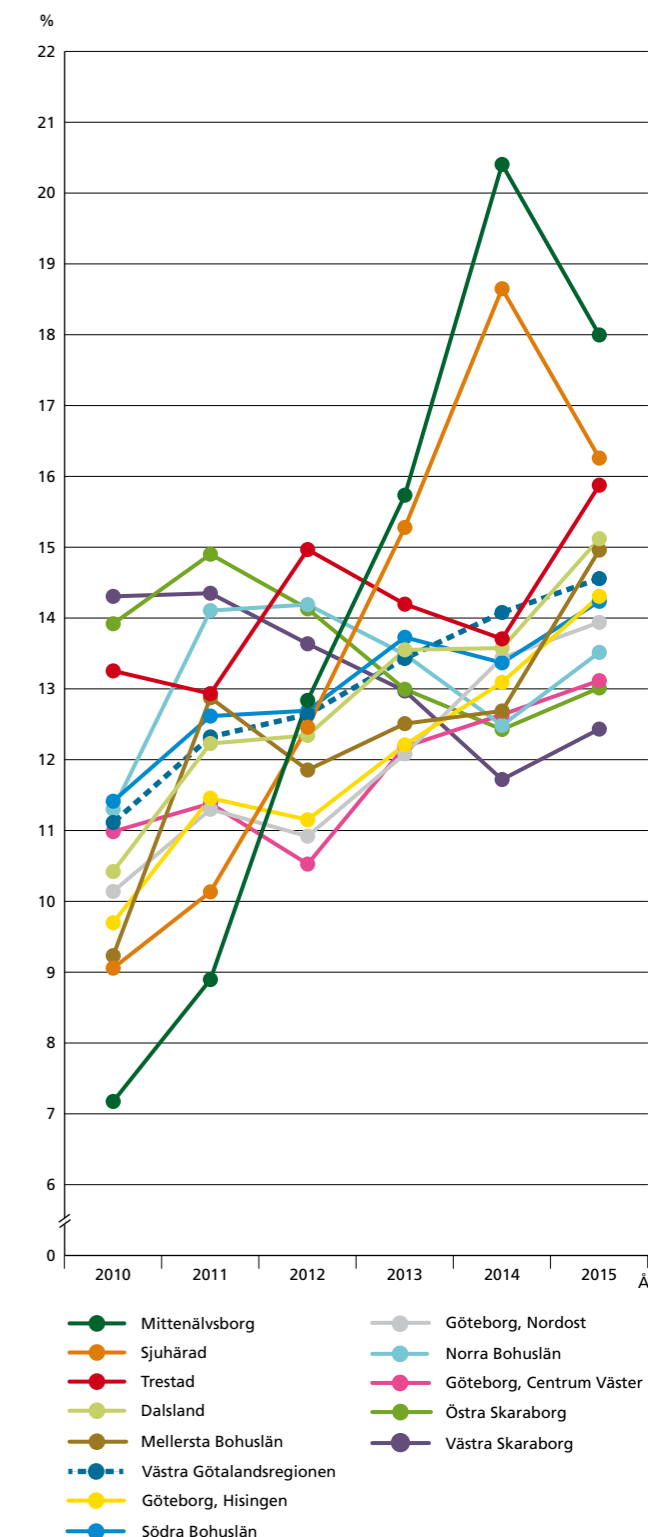
Andelen som röker bland kvinnor och män med kranskärlssjukdom har varit ganska oförändrad under perioden 2010–2015. Rökning är i allmänhet vanligare bland kranskärlssjuka män jämfört med kvinnor.

**Figur 15.** Andel med fetma.

Andelen kvinnor och män med kranskärlssjukdom och fetma (BMI>30) har minskat lite under perioden 2010–2015. Fetma är vanligare bland kvinnor med kranskärlssjukdom.

**Figur 16.** Andel individer som når mål blodtryck i olika geografiska områden.

Andelen som når mål blodtryck (<140/90 mmHg) varierar mycket mellan olika geografiska områden. Bäst måloppfyllelse återfinns under 2015 i Mellersta Bohuslän.

**Figur 17.** Andel individer som når mål för LDL-kolesterol i olika geografiska områden.

Andelen kranskärlssjuka som når LDL-kolesterol <1,8 mmol/l varierar mycket mellan olika geografiska områden. Sjuhärad och Mittenålvborg har under perioden 2010–2015 gått från att ha lägst till högst måloppfyllelse i hela Västra Götaland.

## Bakgrund och metodbeskrivning

En mer fullständig beskrivning av vad som ingår i QregPV och hur registreringen sker finns på [www.qregpv.se](http://www.qregpv.se).

För närvarande registreras information för fem kroniska sjukdomar:

- Hypertoni
- Diabetes
- Ischemisk hjärtsjukdom (kranskärslsjukdom)
- Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL
- Astma

I denna rapport beskrivs framförallt hypertoni och kranskärslsjukdom. För astma och KOL krävs ett fortsatt utvecklingsarbete för att skapa valida indikatorer.

### Datinsamling och hantering

Datinsamlingen sker en gång per månad med ett automatiserat uttagsverktyg från primärvårdsjournalerna. Aktuella individer identifieras via uppgift om registrerad diagnos under de senaste 900 dagarna. Därefter hämtas de data som är relevanta för respektive diagnosgrupp. Enbart det senaste värdet hämtas varje månad. I tabellen nedan visas vilka variabler som samlas in och hur lång tid tillbaka som data eftersöks.

Variabel	Tid som eftersöks
Blodtryck	450 dagar
Vikt	450 dagar
Längd	Obegränsat
Midjeomfång	450 dagar
Total kolesterol	900 dagar
LDL-kolesterol	900 dagar
Triglycerider	900 dagar
Rökning	450 dagar
HbA1c	450 dagar
Spirometri	900 dagar

### Beräkningar för figurer och tabeller

Beräkningarna i denna rapport har gjorts på ett datauttag första dagarna 2015 som aidentifierats genom att personnummer tagits bort. Data representerar därmed 2014 även om ett litet antal värden kan ha rapporterats tidigare.

Redovisningar på vårdcentralsnivå inkluderar vårdcentraler med minst 30 patienter inom aktuell diagnosgrupp. Samtliga åldrar ingår i analysen även om dessa inte redovisas i samtliga diagram.

### Hypertoni

All statistik baseras på patienter med diagnos hypertoni (diagnoskod ICD-10: I10\*-I15\*) men de patienter som har samtidig diabetes eller kranskärslsjukdom har exkluderats för att enklare kunna relatera till medicinska riktlinjer.

### Kranskärslsjukdom

Denna patientgrupp innehåller samtliga patienter med någon av dessa diagnoser (diagnoskod ICD-10: I20\*-I25\*) även de som har andra diagnoser.

Tabell 1. Antal individer med hypertoni, kranskärslsjukdom resp. diabetes.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hypertoni*	114 789	134 336	146 590	147 497	150 892	151 674
Kranskärslsjukdom	36 762	42 855	46 159	45 907	45 326	44 240
Diabetes	55 316	60 663	64 568	65 588	66 373	66 537

\*I gruppen med hypertoni är individer med samtidig kranskärslsjukdom och/eller diabetes exkluderade.

Tabell 2. Rapporteringsgrad 2015.

	Hypertoni		Kranskärslsjukdom	
	Antal rapporterade	Andel rapporterade (%)	Antal rapporterade	Andel rapporterade (%)
Systoliskt blodtryck	125 256	83	37 611	85
Diastoliskt blodtryck	125 074	82	37 573	85
Kolesterol	107 859	71	32 348	73
LDL-kolesterol	96 985	64	30 645	69
Triglycerider	84 019	55	26 856	61
Längd	130 623	86	38 298	87
Vikt	95 104	63	29 942	68
Midjeomfång	72 849	48	22 192	50
Uppgift rökning	91 707	60	28 330	64



QregPV är ett regionalt kvalitetsregister för primärvården i Västra Götaland. Data skickas till registret genom direktöverföring från journaler och alla vårdcentraler finns med, både offentligt drivna och privata. Denna årsrapport fokuserar på tidstrender när det gäller högt blodtryck och kranskärslsjukdom.

