

Sex frågor om vården

Bilaga 3. Indikatorbeskrivningar.
Öppna jämförelser 2020

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Innehåll

Om indikatorbeskrivningarna	5
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"	8
1. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)	8
"Är hälso- och sjukvården hållbar?"	10
2. Förekomst av antibiotikabehandling	10
3. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan	11
4. Sjukfrånvaro bland regionanställda	13
5. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar	14
6. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer	16
7. Förtroende för sjukvården i sin helhet	17
8. Förtroende för att vård ges på lika villkor	19
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"	21
9. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver	21
10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren	22
11. Primärvårdens tillgänglighet per telefon	23
12. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar	24
13. Tid till läkarbedömning vid akutbesök	26
14. Responstid för ambulans	28
15. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup	28
16. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	29
17. Operation inom 90 dagar	31
18. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer	32
19. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	33
20. Utskrivningsklara patienter på sjukhus	34
21. Väntetid till särskilt boende	35
22. Rutin för vårdplanering i samverkan - säbo	36
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"	39
23. MPR - vaccination av barn	39
24. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll	40
25. Rökning vid diabetes	42
26. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt	43
27. Fallskador bland äldre	44
"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?"	46
28. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL	46
29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre	47
30. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)	50

31. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes.....	52
32. Trycksår i slutenvård (grad 2–4)	53
33. Vårdrelaterade infektioner	54
34. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)	55
35. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor.....	56
36. Äldre med läkemedel som bör undvikas	57
37. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre.....	59
38. Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur.....	60
39. Nöjd med rehabilitering efter insjuknandet i stroke	63
40. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)	64
41. Dödlighet efter hjärtinfarkt	65
42. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	66
43. Dödlighet efter höftfraktur	67
44. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	68
45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom	70
46. Återkommande slutenvård i livets slutskede	71
"Blir vi friskare och lever längre?"	73
47. Självs kattat allmänt hälsotillstånd	73
48. Egenrapporterad tandhälsa	74
49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)	75
50. Självmord i befolkningen	76
51. Återstående medellivslängd	77

Om indikatorbeskrivningarna

Socialstyrelsen arbetar med indikatorer i olika uppföljnings- och utvärderingssammanhang. Indikatorbeskrivningarna utgår från ett antal fastställda avsnittsrubriker. I de fall det inte finns någon text utgår avsnittsrubriken. Nedan finns mallen för en indikatorbeskrivning samt förklarande text för varje avsnittsrubrik.

Mall för indikatorbeskrivningar

Titel (Kortnamn)	Indikatorns kortnamn återspeglar ofta huvudrubrik i diagram, tillhörighet till ett (sjukdoms)område, (sjukdoms)grupp alternativt till behandling eller insats. Bör även återspegla syftet med indikatorn. Kortnamn ska innehålla max 6-7 ord, en titel med de viktigaste begreppen. Undvik att ha något om måtenhet här.
Mått	Fungerar som underrubrik i diagram. Om det är en kvot så anges det här även vad som mäts och i vilken population, alltså en mycket kortfattad beskrivning.
Mätenhet	Ex. <i>procent</i> . Kan användas vid behov och om det inte framgår under <i>Mått</i> .
Syfte	En kortfattad beskrivning av varför indikatorn används och vad den avser att visa. Indikatorns syfte omfattar två delar: Beskrivning av varför området är relevant att mäta. Beskrivning av vad indikatorn avser att spegla.
Tolkning	I de fall skillnaden är stor mellan vad som verkligen mäts och vad som avses att mätas kan även detta förklaras här. En sammanfattande text av hur indikatorn ska tolkas. Kan även användas som grundläggande text vid presentationer och i rapporter.
Nationellt kunskapsstöd	Anger namnet på det aktuella kunskapsstödet. Rubriken används endast när indikatorn härleds från en rekommendation eller ett ställningstagande och vill mäta följsamheten till denna.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Informationen ges i de fall som rubriken ovan (Nationellt kunskapsstöd) har fyllts i. Här beskrivs tillstånd och åtgärd, rekommendation samt prioriteringsgraden enligt nationella riktlinjer alternativt uppgifter om rekommendationer ur annat kunskapsstöd. Om indikatorn härleds från Nationella riktlinjer hämtas information i första hand via länkning till elektroniska dokument i andra hand anges länken för den plats där informationen finns eller så beskrivs parametrarna kortfattat direkt i denna beskrivning.
Referens	Här hänvisas till dokument, artiklar eller indikatorbatterier. Gäller andra stöddokument än där Socialstyrelsen mäter följsamhet till nationella kunskapsstöd
Riktning	Ange om högt eller lågt resultat för indikatorn är att föredra.
Målnivå	Anges om en målnivå har fastställts och beslutats av GD enligt Socialstyrelsens målnivåmodell. Dessutom anges och beskrivs målnivån kortfattat
Typ av indikator	Struktur, process eller resultat. Även andra typer kan förekomma.
Kvalitetsdimension	Indelning enligt <i>God vård och omsorg</i> .
Datakälla	Namnge möjliga ingående datakällor.
Datakällans status	Här anges med vilken periodicitet och aktualitet som data finns för indikatorn. Om data saknas men kan komma att finnas i ett senare skede anges att indikatorn är en utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	Ange felkällor och begränsningar både av teknisk och tolkningsmässig karaktär. Beakta särskilt de 6 kriterierna för indikatorerna enligt Socialstyrelsens Handbok för utveckling av indikatorer: Indikatorn ska ange riktning Indikatorn ska vara relevant Indikatorn ska vara valid Indikatorn ska vara vedertagen

	<p>Indikatorn ska vara påverkbar</p> <p>Indikatorn ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig data</p>
Teknisk beskrivning	<p>Här beskrivs i löpande text beräkningsmetoden, hur data hanteras, inklusive datumhantering och uppföljningsperioder.</p> <p>Ange hur populationerna är avgränsade, t.ex. mål- och mät- eller rampopulation.</p> <p>Populationer beskrivs här så långt möjligt också med ICD/KVÅ/ATC eller annat kodverk i tabellform. Detta kan ske antingen direkt under rubriken "Teknisk beskrivning" eller under någon av nedanstående underrubriker. Med tabellform menas här att presentera de koder som omfattas med intervall i spann eller i kategorier av koder för att slippa långa listor som är väldigt svåröverskådliga</p>
Mät- eller rampopulation:	<p>Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man faktiskt kan mäta och mäter i.</p> <p>Mätpopulationen kan beskrivas här med hjälp av något kodverk</p>
Målpopulation:	<p>Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man med indikatorn vill uttala sig om</p>
Täljare :	<p>Underrubriken används när måttet är en kvot. Täljaren kan beskrivas här med hjälp av koder i tabellform</p>
Nämnare:	<p>Underrubriken används när måttet är en kvot. Om nämnaren omfattas av en mätpopulation (rampopulation) som har beskrivits tidigare ovan hänvisas till denna. I annat fall kan nämnaren avgränsas med hjälp av koder i tabellform</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	<p>Information om lämpliga indelningar vid redovisning av resultat</p>
Kommentar	<p>Rubrik för övrigt. Ex vis:</p> <p>För rekommendationer om vad som bör åldersstandardiseras och inte. Problem som man behöver ta hänsyn till kan också nämnas här.</p>

"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"

1. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

35

Mått

Regionernas strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare enligt LPIK prisindex med kvalitetsjusterade löner för regionerna. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade

Mätenhet

Kronor per invånare.

Syfte

Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som regionen inte kan påverka bland annat befolkningens ålderssammansättning, sjukdomsförekomst m.m. Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård har exkluderats, eftersom regionernas ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Dessutom har omstruktureringskostnader exkluderats för att öka jämförbarheten. Kostnadsbegreppet som används är nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som regionen ska finansiera med regionsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annan region ingår. Kostnader för verksamhet som regionen säljer till andra regioner ingår inte. Kostnaden ställs mot invånare per 31 december. Måttet utgörs av den faktiska nettokostnaden per invånare (enligt ovan), exklusive läkemedel, dividerad med kvoten mellan standardkostnad för hälso- och sjukvård inkl. lönestruktur i respektive region och motsvarande för riket. Till det läggs läkemedelskostnaden dividerad med kvoten mellan regionens statsbidrag per invånare för läkemedel och genomsnittligt statsbidrag.

Tolkning

Årligen beräknas en standardkostnad för hälso- och sjukvården för respektive region baserat på uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen utifrån kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Skillnader i standardkostnad mellan regionerna ska spegla den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur med mera. Denna standardkostnad ligger sedan till

grund för regionernas kostnadsutjämning i det kommunala utjämnings-systemet.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Ekonomistatistik och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån. LPIK, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Det förekommer en rad olika kostnadsmått som berör hälso- och sjukvården och som uppdateras årligen. SCB tillhandahåller räkenskapsammandrag för kommuner och regioner, även uppdelat efter verksamhetsgrenar.

Felkällor och begränsningar

Modellen för beräkning av standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnadsläget. 2012 förändrades utjämnings-systemet, vilket påverkar beräkningar för den strukturjusterade nettokostnaden och gör att jämförelser med tidigare mätningar inte är lämplig.

Teknisk beskrivning

En förväntad standardkostnad beräknas årligen i det kommunala utjämnings-systemet för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive region med hänsyn till glesbygd samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder, sysselsättning, inkomster och boende. Även skillnader i lönestruktur ingår. Standardkostnaden beräknas utifrån riksgenomsnittet för varje delgrupp. Skillnader i standardkostnad mellan olika regioner avser att spegla den kostnadsmissiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan regionerna. Skillnaden mellan regionens standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i kostnadsutjämningen i den kommunalekonomiska utjämnningen. Statsbidraget för läkemedel fördelas mellan regionerna enligt en modell liknande kostnadsutjämningen för sjukvården. Kvoten mellan statsbidrag per invånare för den enskilda regionen och riksgenomsnittet uttrycker strukturella skillnader i bl.a. sjukdomspanorama som påverkar de förväntade läkemedelskostnaderna. Standardkostnad och läkemedelsbidragen räknas behovsindex som används för att justera de faktiska nettokostnaderna för hälso- och sjukvården och läkemedelskostnaderna för skillnader i strukturella förutsättningar.

Täljare: Strukturjusterad nettokostnad exkl. kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård, omstruktureringskostnader och tandvård i kronor.

Nämnare: Befolkningsmängd per 31 december.

”Är hälso- och sjukvården hållbar?”

2. Förekomst av antibiotikabehandling

217

Mått

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

Mätenhet

Antal per 1 000 invånare

Syfte

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskerar vi att hamna i en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Det finns ingen uttalad optimal nivå för användningen av antibiotika. Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) har dock angett 250 expedierade recept per 1 000 invånare och år som ett långsiktigt mål. Strama betonar i beskrivningen av indikatorn att detta mål kan vara en måttstock på länsnivå men att det inte är användbart kopplat till vårdenhet eller motsvarande.

Referens

Se vidare STRAMA:s behandlingsriktlinjer för olika verksamheter inom vården såsom primärvård samt för slutenvården.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Datakällans status

Felkällor och begränsningar

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd, jourmottagningar och liknande. Läkemedelsregistret har inga uppgifter om förskrivning, data samlas endast på de läkemedel som faktiskt hämtas ut.

Teknisk beskrivning

I måttet ingår även dosrecept men ej förskrivning av djurläkemedel och annan förskrivning utförd av veterinärer.

Läkemedel	ATC-kod
Antibiotika	J01
Exklusive metenamin	J01XX05

Täljare: Antal uthämtade recept på antibiotika (J01 exklusive J01XX05 metenamin).

Nämnare: Medelbefolkning hämtat från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personens folkbokföringsort.

Kommentar

Bör redovisas med åldersstandardiserade värden.

3. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan

606

Mått

Klimatpåverkan från medicinska gaser (lustgas, sevofluran, desfluran och isofluran). Antal kilo CO₂-ekvivalenter per invånare.

Mätenhet

Kg CO₂-ekv per invånare

Syfte

Indikatorn avser att mäta utsläpp av medicinska gaser som har klimatpåverkan. Hälso- och sjukvården står för en betydande del av klimatpåverkan i samhället. Ett varmare klimat kan spela roll för hälsoläget och hälso- och sjukvårdens framtida förutsättningar att ge god vård samt andra sociala och ekonomiska förutsättningar för hälso- och sjukvården. Läckage av lustgas är även ett arbetsmiljöproblem. Indikatorn ska spegla en del av hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan och klimatarbete.

Tolkning

Begränsad klimatpåverkan är ett av Sveriges miljömål. Det finns dock inget särskilt nationellt mål för minskad klimatpåverkan från medicinska gaser.

Referens

Öppna jämförelser: Miljöarbetet i regionerna (SKR)

<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-miljoarbetet-i-regionerna-2019.html>

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Kommun- och landstingsdatabasen.

Kvalitetsdimension

Hållbar

Datakällans status

Uppdateras årligen. Har statusen "utvecklingsnyckeltal" i Kolada.

Felkällor och begränsningar

Regionsjukhusen tar emot många patienter från närliggande regioner för specialistvård. Utsläpp per invånare speglar därmed inte bara skillnader i effektivitet. Mätmetoderna för lustgasutsläpp och därmed uppgifternas tillförlitlighet varierar mellan olika regioner. För anestesigaser används inköpsstatistik, vilket inte helt stämmer överens med faktiskt förbrukad mängd för enskilda år, men jämnar ut sig över tid. Mätningen avser sjukhus, primärvård och tandvård.

Åsikterna går också isär huruvida GWP100 är mest tillämpligt eller om det är mer relevant att använda GWP20 för anestesigaser, baserat på deras relativt snabba sönderfall i atmosfären. Baserat på försiktighetsprincipen används det högre värdet i rapportens beräkningar. Eftersom gaserna mäts i liter har en omräkning gjorts utifrån deras olika densiteter.

Källa: Redovisade GWP-värden är baserade på den utvärdering som regelbundet utförs av FN:s klimatpanel (IPCC).

Teknisk beskrivning

Egna uppgifter från regionerna för lustgas och Apoteket för övriga gaser. Gaserna räknas om till koldioxidekvivalenter enligt: Ett ämnes globala uppvärmningspotential anges som dess GWP-faktor. Denna beräknas som uppvärmningspotentialen under exempelvis 100 år för ett kilogram av ämnet i gasform i förhållande till ett kilogram koldioxid. För beräkning av de medicinska gasernas klimatpåverkan har följande GWP-faktorer använts:

Lustgas: 265 kg CO₂-ekvivalenter/kg lustgas.

Sevofluran: 216 kg CO₂e/kg (325 kg CO₂e/liter)

Desfluran: 1790 kg CO₂e/kg (731 kg CO₂e/liter)

Isofluran: 491 kg CO₂e/kg (2551 kg CO₂e/liter)

Källa: Redovisade GWP-värden är baserade på den utvärdering som regelbundet utförs av FN:s klimatpanel (IPCC).

Täljare: Antal kilo koldioxidekvivalenter

Nämnare: Befolkningsantal

Kommentar

Även sjukvårdens hjälp behövs för att Sverige ska ha en chans att nå högt ställda mål för att minska växthusutsläpp.

4. Sjukfrånvaro bland regionanställda

563

Mått

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn är en del av den obligatoriska sjukfrånvarorapportering som redovisas i regionernas årsredovisningar och är viktigt att följa över tid. Några av de främsta orsakerna till personalens frånvaro i hälso- och sjukvården är enligt Arbetsmiljöverket arbetsmiljön är fysiskt tungt, att det finns risk för smitta, skiftarbete, hög arbetsbelastning och oregelbundna arbetstider.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Sjukfrånvaroredovisningen, SKR.

Datakällans status

Felkällor och begränsningar

Här redovisas en sammanställning av den totala sjukfrånvarotiden hos anställda i kommuner och regioner.

Teknisk beskrivning

Täljare: Total sjukfrånvarotid

Nämnare: Sammanlagd ordinarie arbetstid

5. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

566

Mått

Medelvärde av täckningsgradsmätningar för fyra kvalitetsregister som berör stora folksjukdomar: Riks-Hia (ischemisk hjärtsjukdom), Riksstroke (cerebrovaskulär sjukdom), Rikshöft (osteoporos och höftfraktur) och Nationella diabetesregistret (diabetes).

Mätenhet

Medelvärde

Syfte

Täckningsgraden i sjukvårdens kvalitetsregister, såväl som i Socialstyrelsens hälsodataregister, är en viktig del av datakvaliteten. En låg täckningsgrad minskar användbarheten för exempelvis forskning och förbättringsarbete. Även för indikatorbaserade uppföljningar så som öppna jämförelser är det viktigt att täckningsgraden inte är för låg och framförallt inte ojämn mellan jämförelseobjekten avseende vilka patienter eller verksamhetsdelar som täcks in.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig

Datakälla

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Riks-Hia (Swe-deheart), Riksstroke, Rikshöft och Nationella diabetesregistret

Teknisk beskrivning

Medelvärde (oviktat) av fyra täckningsgradsmätningar vad gäller andelen fall som matchas i hälsodataregister och fall enbart i aktuellt kvalitetsregister (av alla fall i både kvalitetsregister och hälsodataregister).

Metod för respektive analys:

RIKS-HIA – Sweadheart

Urvalet ur patientregistrets slutenvård består av patienter äldre än 20 år med hjärtinfarkt som huvuddiagnos. Urvalet från RIKS-HIA är patienter äldre än 20 år med diagnoskod I21 eller I22. Om vårdtillfälle skett inom 28 dagar från en tidigare inskrivning har de två räknats som samma vårdtillfälle. Analysen

jämför alla nya händelser av hjärtinfarkt och genomförs på individnivå och datum. Om samma personnummer förekommer i de båda registren vid samma tidpunkt plus eller minus 27 dagar från inskrivningsdatum i patientregistret betraktas det som en matchning.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Akut hjärtinfarkt	I21
Reinfarkt	I22

Riksstroke – förstagångsstroke

Urvalet ur patientregistrets slutenvård består av alla fall med diagnoskod I61, I63 eller I64 som finns registrerad för första gången under det aktuella analysåret. (Finns det en strokediagnos för patienten mellan 1987 och fram till året innan analysåret så ingår de inte i analysen.) Andra tillfällen som inte ingår i analysen är:

- om patienten vårdats på hematologisk eller onkologisk klinik (MVO=108 respektive 741)
- om tillfället finns registrerat på andra sjukhus än de som rapporterar till Riksstroke (givet att de inte finns med i de båda registren)
- om huvuddiagnosen är C71 och bidiagnosen är I61
- om huvuddiagnosen är cancer och bidiagnosen C793 och I61.

Urvalet ur Riksstroke består av de patienter som har diagnostiserats med en stroke för första gången under aktuellt analys år. Analysen jämför alla nya händelser av förstagångsstroke och genomförs på individnivå och inskrivningsdatum. Om samma personnummer förekommer i de båda registren vid samma tidpunkt plus eller minus 7 dagar betraktas det som en matchning.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärnblödning	I61
Cerebral infarkt	I63
Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt	I64

Rikshöft – Nationellt kvalitetsregister för höftfraktur

Urvalet ur patientregistret består av alla vårdtillfällen i slutenvård med en diagnoskod S720, S721 eller S722 som finns registrerade under analysåret. Är vårdtillfället inom 28 dagar från ett tidigare vårdtillfälle räknas det som samma tillfälle. Urvalet ur Rikshöft består av alla operationer eller annan behandling av den primära höftfrakturen. Reoperationer eller annan uppföljning ingår inte i denna jämförelse. Analysen jämför alla nya höftfrakturhändelser och matchningen görs på individnivå och ankomstdatum. Om samma personnummer förekommer i de båda registren vid samma tidpunkt betraktas det som en matchning. Ankomstdatumet i Rikshöft har tillåtits att ligga mellan fyra dagar före inskrivningsdatumet i patientregistret fram till utskrivningsdatumet i patientregistret

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Kollumfraktur	S720
Pertrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722

Nationella diabetesregistret - läkemedelsbehandlade

Urvalet ur läkemedelsregistret består av alla individer 50–80 år som gjort ett uttag av läkemedel med ATC-kod A10 (inklusive undergrupper) under analysåret. Urvalet ur kvalitetsregistret består av patienter 50–80 år aktuella i registret under samma period. I analysen betraktas läkemedelsregistret som en gold-standard innehållande samtliga fall. Urvalet ur kvalitetsregistret jämförs sedan mot denna heltäckande referens. Analysen genomförs på individnivå och om samma personnummer förekommer i de båda registren betraktas det som en matchning.

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesmedel	A10

Täljare: Summa av (de fyra) andelarna fall som matchar hälsodataregister eller förekommer enbart i kvalitetsregister (av alla fall i både kvalitetsregister och hälsodataregister).

Nämnare: Antal täckningsgradsanalyser/kvalitetsregister (4 st.).

6. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

565

Mått

Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie för ändtarmscancer - eller tjocktarmscancer

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn mäter andel patienter med diagnos finns registrerade i Nationellt kvalitetsregister för kolonrektalcancerregistret och som deltagit (inkluderats) i någon form av behandlingsstudie.

Riktning

Högt

Tolkning

Det är viktigt att sjukhus och kliniker deltar i behandlingsstudier för att på sikt förbättra kunskapsläget inom vården. Med behandlingsstudie avses randomiserade studier och observationsstudier som är godkända av etikprövningsnämnd.

Nationellt kunskapsstöd

Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård

Riktning

Högt

Målnivå

Nationell målnivå ”Det är viktigt att sjukhus deltar i strukturerade behandlingsstudier, vilket på sikt ger förbättrad kunskap och en ökad kvalitet i cancervården. Socialstyrelsen har därför en målnivå på minst 33 procent.”
Målnivåerna gäller för tjock- och ändtarmscancer var för sig.

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

Datakälla

Svenska Kolorektalcancerregistret

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer som ingår i behandlingsstudier

Nämnare: Antal patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer

Av patienterna i kvalitetsregistret som deltagit i en behandlingsstudie inkluderar både randomiserade studier som observationsstudier. Studierna ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd

7. Förtroende för sjukvården i sin helhet

340

Mått

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen invånare som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården. Frågan har ställts oavsett om invånaren har haft kontakt med vården eller inte under det senaste halvåret. De som svarat ”Vet inte/har ingen åsikt” eller inte svarat på frågan räknas inte med i resultatet.

Tolkning

De individer som svarat i undersökningen speglar i relativt hög grad den totala populationen vad gäller köns- och åldersfördelning samt födelse-land. Personer i ålder 60 år och uppåt är något överrepresenterade medan personer i åldern 18–39 år är något underrepresenterade. Detta påverkar totalresultaten till viss del då äldre personer generellt är något mer nöjda än yngre.

Felmarginalen tar hänsyn till den osäkerhet som beror på att det inte är samtliga personer i målgruppen som har tillfrågats utan endast ett urval av dem. Om bortfallet betraktas som slumpmässigt uppgår den statistiska felmarginale n i undersökningen till cirka +/- 0,5 procent på riksnivå och cirka +/- 1-3 procent på landstings-/regionnivå.

Kvinnor är något överrepresenterade i undersökningen men detta påverkar inte totalresultatet nämnvärt för de flesta frågor då det är små attitydskillnader mellan könen. För frågorna om 1177 Vårdguiden samt om vård på lika villkor finns det dock attitydskillnader mellan grupperna som påverkar totalresultatet. Kvinnor har ett något större förtroende för 1177 Vårdguiden jämfört med män. För frågan om vård ges på lika villkor är män något mer positiva än kvinnor.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Undersökningen ger underlag för uppföljning och förbättringsarbete i svensk hälso- och sjukvård, såväl lokalt som nationellt. Hälso- och sjukvårdsbarometern har utvecklats utifrån tidigare Vårdbarometern och har från och med 2016 ett nytt upplägg där svaren samlas in både via webbenkät (cirka 85 procent) och telefonintervjuer (cirka 15 procent).

Samtliga landsting och regioner deltar årligen i undersökningen. Västra Götalandsregionen deltar sedan år 2002 med extraurval genom de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Sedan år 2010 har Hälso- och sjukvårdsbarometern ett mer renodlat befolkningsperspektiv. Patienterfarenhetsfrågor ställs i nationella patientenkäten. (Källa: 1177)

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal invånare som har svarat att de har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården.

Nämnare: Totalt antal svarande det aktuella året. De som svarat "Vet inte" eller inte svarat räknas inte med.

8. Förtroende för att vård ges på lika villkor

341

Mått

Andel i befolkningen som uppfattar att vård ges på lika villkor.

Mätenhet

Procent

Syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Indikatorn visar andelen av de svarande som uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör, inte något annat.

Tolkning

De individer som svarat i undersökningen speglar i relativt hög grad den totala populationen vad gäller köns- och åldersfördelning samt födelseland. Personer i ålder 60 år och uppåt är något överrepresenterade medan personer i åldern 18–39 år är något underrepresenterade. Detta påverkar totalresultaten till viss del då äldre personer generellt är något mer nöjda än yngre.

Felmarginalen tar hänsyn till den osäkerhet som beror på att det inte är samtliga personer i målgruppen som har tillfrågats utan endast ett urval av dem. Om bortfallet betraktas som slumpmässigt uppgår den statistiska felmarginalen i undersökningen till cirka +/- 0,5 procent på riksnivå och cirka +/- 1-3 procent på landstings-/regionnivå.

Kvinnor är något överrepresenterade i undersökningen men detta påverkar inte totalresultatet nämnvärt för de flesta frågor då det är små attitydskillnader mellan könen. För frågorna om 1177 Vårdguiden samt om vård på lika villkor finns det dock attitydskillnader mellan grupperna som påverkar totalresultatet. Kvinnor har ett något större förtroende för 1177 Vårdguiden jämfört med män. För frågan om vård ges på lika villkor är män något mer positiva än kvinnor.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Undersökningen ger underlag för uppföljning och förbättringsarbete i svensk hälso- och sjukvård, såväl lokalt som nationellt. Hälso- och sjukvårdsbarometern har utvecklats utifrån tidigare Vårdbarometern och har från och med 2016 ett nytt upplägg där svaren samlas in både via webb-enkät (cirka 85 procent) och telefonintervjuer (cirka 15 procent).

Samtliga landsting och regioner deltar årligen i undersökningen. Västra Götalandsregionen deltar sedan år 2002 med extraurval genom de lokala hälso- och sjukvårds-nämnderna.

Sedan år 2010 har Hälso- och sjukvårdsbarometern ett mer renodlat befolkningsperspektiv. Patienterfarenhetsfrågor ställs i nationella patientenkäten. (Källa: 1177)

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att vård ges på lika villkor.

Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

De som svarar ”vet ej” eller inte svarat på frågan är exkluderade.

"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"

9. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

25

Mått

Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Mätenhet

Procent

Syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om den egna upplevelsen av tillgång till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. För att påverka befolkningens syn på sjukvårdens tillgänglighet kan sjukvården informera om öppettider och alternativa vägar in i systemet. Därutöver kan sjukvårdens organisering samt tillgängliga resurser påverka befolkningens syn på tillgång till sjukvård .

Tolkning

Uppgifterna bygger på digital webbenkät och telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer, Hälso- och sjukvårdsbarometern. För att påverka befolkningens syn på sjukvårdens tillgänglighet kan sjukvården informera om öppettider och alternativa vägar in i systemet. Därutöver kan sjukvårdens organisering samt tillgängliga resurser påverka befolkningens syn på tillgång till sjukvård.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Undersökningen ger underlag för uppföljning och förbättringsarbete i svensk hälso- och sjukvård, såväl lokalt som nationellt. Hälso- och sjukvårdsbarometern har utvecklats utifrån tidigare Vårdbarometern och har från och med 2016 ett nytt upplägg där svaren samlas in både via webb-enkät (cirka 85 procent) och telefonintervjuer (cirka 15 procent).

Samtliga landsting och regioner deltar årligen i undersökningen. Västra Götalandsregionen deltar sedan år 2002 med extraurval genom de lokala hälso- och sjukvårds-nämnderna.

Sedan år 2010 har Hälso- och sjukvårdsbarometern ett mer renodlat befolkningsperspektiv. Patienterfarenhetsfrågor ställs i nationella patientenkäten. (Källa: 1177)

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal invånare som har svarat att de instämmer helt eller delvis i påståendet om att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.

Nämnare: Totalt antal svarande det aktuella året. De som svarat "Vet inte" eller inte svarat är exkluderade.

10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

544

Mått

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård.

Mätenhet

Antal per 100 invånare

Syfte

Indikatorn återger hur många som regelbundet besöker tandvården för en undersökning. Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § tandvårdslagen 1985:125). För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri. Uppgifter om barn och ungdomars avgiftsfria tandvård ingår inte i tandvårdsregistret.

Tolkning

Indikatorn bidrar till att följa upp om utsatta grupper i högre grad än genomsnittet avstår från att söka tandvård och som kan innebära en försämrad tandhälsa långsiktigt.

Riktning

Högt.

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Tandvårdsregistret, Socialstyrelsen

Datakällans status

Uppgifter som redovisas för ett visst år visar antal personer som var vid liv under året och har besökt tandvården för en undersökning under året eller föregående år inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

Uppgifter om barn och ungdomars tandvård ingår inte i tandvårdsregistret. Åldern för avgiftsfrihet höjs för närvarande succesivt med ett år per år fram till 2019 då gränsen kommer att vara 24 år.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet personer 23 år eller äldre som har besökt tandvården för en undersökning under året eller föregående år.

Nämnare: Samtliga personer 23 år eller äldre det senaste året.

Åtgärd	Åtgärdskod
Basundersökning och diagnostik, utförd av tandläkare	101
Basundersökning, utförd av tandhygienist	111
Basundersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist	112
Basundersökning och diagnostik, utförd av tandläkare.	101
Fullständig undersökning och diagnostik, utförd av tandhygienist.	102

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

11. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

32

Mått

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, (vårmetningar och enbart enheter med datoriserade telefonsystem)

Mätenhet

Procent

Syfte

Enligt den nationella vårdgarantin som är en del av HSL (2017:30) ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. Måttet visar andelen besvarade samtal till återuppringningssystem eller datoriserad växel under hela mars.

Tolkning

Måttet speglar telefontillgängligheten i primärvården.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Databasen ”Väntetider i Vården”, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Telefontillgängligheten mäts två gånger per år, mars och oktober. De besvarade samtalen mäts under en hel kalendermånad (dvs. i mars och oktober)

Felkällor och begränsningar

Öppettider för det aviserade telefonnumret. Begränsade öppettider ger lägre andel besvarade samtal. Svårt att särskilja olika typer av samtal till datoriserade växlar. Även ett bortfall i totalt antal samtal då man lägger på luren innan svar. Möjligheten att få kontakt med primärvården kan påverkas av dess organisering och tillgängliga resurser men även av vilka telefonsystem som används.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet besvarade eller återuppringda samtal.

Nämnare: Totala antalet påringningar.

Vårdcentraler, offentliga och privata som har datoriserade telefonsystem (återuppringningssystem eller datoriserad växel) redovisar totalt antal samtal (både antal obesvarade och antal besvarade).

12. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

31

Mått

Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar (respektive genomförda läkarbesök inom sju dagar i primärvård)

Mätenhet

Procent

Syfte

Måttet visar andelen patienter som vid behov, får en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Vem patienten träffar beror på patientens behov och avgörs på samma sätt som tidigare av vårdens medarbetare. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen.

Tolkning

Om vårdenheten man sökt vård hos inte kan erbjuda en bedömning inom vårdgarantins tidsgräns ska man informeras om det och erbjudas vård hos en annan vårdgivare, antingen inom samma region eller i ett annat. Detta ska inte leda till någon merkostnad för patienten.

Som patient kan man avstå vård hos en annan vårdgivare och istället välja att vänta längre men då kan man inte längre åberopa vårdgarantins tidsgränser.

Den nya garantin träder i kraft först när vården gjort en bedömning att den som kontaktar vården har ett behov av att få en medicinsk bedömning i primärvården. För att avgöra behov av medicinsk bedömning och vilken profession som kan möta det behovet krävs det en behovsbedömning och därefter triagering vid den första kontakten, den så kallade nollan.

Referens

För stöd i implementeringen av den nya lagen hänvisas till SKR:s informationsmaterial som kan hämtas på deras hemsida:

<https://www.vantetider.se/resultat/medicinsk-bedomning>

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Databasen ”Väntetider i Vården”, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Alla regioner har inte rapporterat värden men förväntas ingå i uppföljningen framöver.

Felkällor och begränsningar

För att följa upp den förstärkta vårdgarantin har en ny modell för primärvårdsuppföljning tagits fram tillsammans med regionerna. Mätningarna av indikatorn har vissa brister i uppstartsskedet. Trots det tas den nya indikatorn in då rapporteringen 2020, rapporteringen antas förbättras framöver.

Primärvårdens uppdrag kan variera mellan regionerna vilket kan påverka de redovisade resultaten. Väntetiderna kan återspegla arbetssätt som är anpassade till den tidigare vårdgarantin. Att förändra arbetssätt tar tid, en viktig aspekt att beakta vid analys och tolkning av resultaten.

Teknisk beskrivning

Täljare: antal patienter som fått en medicinsk bedömning inom 3 dagar

Nämnare: antal patienter som tagit kontakt med den aktuella primärvårdsenheten.

Den medicinska bedömningen ska följas upp genom att det i journalen finns en diagnos- och/eller åtgärds kod dokumenterad, som ett resultat av den bedömning som är gjord vid öppenvårdskontakten.

Resultaten redovisas i form av andel patienter som fått en medicinsk bedömning inom 3 dagar. Patienter som själva valt att vänta längre än 3 dagar (patient vald väntan) ingår inte i beräkningen.

De besöksformer som ingår i indikatorn är: Besök, Besök på distans, Hembesök, Telefon/brevkontakt.

De yrkesgrupper som ingår i indikatorn är: Arbetsterapeut, Barnmorska, Dietist, Fysioterapeut/sjukgymnast, kiropraktor, kurator, Logoped, Läkare, Naprapat, Psykolog, Sjuksköterska, Audionom, Logoped, Optiker.

13. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

501

Mått

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning

Mätenhet

Mediantiden i minuter.

Syfte

Tiden fram till läkarbedömningen eller undersökningen av en patient på akutmottagningen är viktig för det fortsatta omhändertagandet, både när det gäller kvalitet och säkerhet och total handläggningstid. Indikatorn är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen.

Tolkning

Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen är viktigt att följa över tid, att tiden inte ökar samt hur den varierar mellan olika vårdgivare. Socialstyrelsen har tidigare visat att riskfaktorer som troligtvis bidrar till att patienter tillbringar mer än fyra timmar på akutmottagning är:

- stigande ålder
- första mottagande kliniks medicinska specialitet
- tid på dygnet
- inskrivning i slutenvård

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Säker, tillgänglig

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Ofullständig inrapportering till patientregistret. Olika tillämpningar och bristande följsamhet till definitioner av mätpunkterna Ankomst till akutmottagning och första beslutsgrundande bedömning (av läkare).

Patientsammansättningen kan påverka jämförelsen.

Teknisk beskrivning

Gäller patienter från 19 år och äldre. Uppgifterna bygger på det som rapporterats in till patientregistret från akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade i landet.

Ledtiden "tid till läkare" räknas från ankomsten till en akutmottagning och fram till den första beslutsgrundande bedömningen (av läkare). Om besöket innefattar fler kliniker eller specialiteter räknas ledtiden endast en gång och då till den första beslutsgrundande bedömningen.

Mediantiden för patienterna av ledtiden "tid till läkare" utgör indikatorvärdet. Kompletterande data i redovisningen kan vara 1:a och 3:e kvartilen eller andra percentilgränser exempelvis 75:e och 90:e.

14. Responstid för ambulans

6

Mått

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm.

Mätenhet

Mediantid i minuter

Syfte

Med responstid avses tiden från det att larmcentralen får larmet till dess att ambulansen är framme. Observera att endast larm med prioritet 1 tagits med. Måttet syftar till att beskriva en viktig aspekt av den prehospitla vården.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

SOS Alarm

Felkällor och begränsningar

Felregistrering i ambulansjournal kan vara en felkälla. Tidpunkten för när ambulansen är på plats rapporteras på lite olika sätt (statustryckning, telefon). Det är inte möjligt att rapportera en tid bakåt i systemet och inrapportering kan i vissa fall ske långt efter den faktiska tidpunkten, vilket kan påverka kvaliteten i statistiken.

Teknisk beskrivning

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm i minuter.

15. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup

551

Mått

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri

Mätenhet

Procent

Syfte

En särskild satsning görs för att förbättra tillgängligheten för barn- och unga med psykisk ohälsa. Målet är att minst 90 procent av patienterna ska ha fått en första bedömning och minst 80 procent av patienterna en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Indikatorn visar alltså det senare delmålet i satsningen.

Detta är ett mått för att skildra tillgängligheten till vård och behandling. Även den uppskattade/bedömda väntetiden för patienter som finns uppsatta på väntelista/planeringslista och antalet väntande är relevant vid bedömning av tillgängligheten.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Regioner

Felkällor och begränsningar

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Täckningsgraden uppgår till 95–100 procent.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet åtgärder och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar.

Nämnare: Totalt antal åtgärder och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri.

Indikatorn visar andelen som har väntat 30 dagar eller kortare på en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom barn och ungdomspsykiatri, vid det aktuella mättillfället.

16. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

33

Mått

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn är ett sätt att mäta tillgänglighet till vård och behandling. Indikatorn visar andelen första besök i planerad specialiserad vård som genomfördes inom 90 dagar från det att beslut tagits om att vård ska ske. Grund för beslut om vård kan antingen vara en egenremiss där patienten själv kontaktat mottagningen eller en remiss från en vårdgivare.

Väntetider till planerad vård regleras av den nationella vårdgarantin. I den planerade specialiserade vården ska ett första besök till läkare erbjudas inom 90 dagar från det att beslut tagits om att vård ska ske.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Databasen ”Väntetider i Vården”, Sveriges Kommuner och Regioner.

Felkällor och begränsningar

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård.

Nämnare: Totalt antal genomförda första besök inom specialiserad vård.

Patienter som blivit erbjudna ett besök men som själva valt att vänta längre tid, till exempel för att komma till en viss vårdgivare, är inte med i beräkningen.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Regionerna rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga regionsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval. Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system. Databasens vårdutbud täcker i stort sett alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

17. Operation inom 90 dagar

34

Mått

Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad vård inom 90 dagar

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn är ett sätt att mäta tillgänglighet till vård och behandling. Indikatorn visar andelen operationer eller andra åtgärder i planerad specialiserad vård som genomfördes inom 90 dagar från det att beslut tagits om åtgärd.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Databasen ”Väntetider i Vården”, Sveriges Kommuner och Regioner.

Felkällor och begränsningar

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Det kan finnas metodproblem i uppföljningen av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård.

Nämnare: Totalt antal genomförda operationer/åtgärder inom specialiserad vård.

Patienter som blivit erbjudna operation/åtgärd men som själva valt att vänta längre tid, till exempel för att komma till en viss vårdgivare, är inte med i beräkningen.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Regionerna rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga regionsdrivna verksam-

heter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval. Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system. Databasens vårdutbud täcker nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

18. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

601

Mått

Andel patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorns syfte är att indikera tillgänglighet inom cancervård. Det är viktigare att utredning och behandling blir rätt än att det går fort och ingen evidens finns för skillnader i överlevnad på grund av skillnader i väntetid inom ett par veckor för tjocktarmscancer. Men en väntetid på 28 dagar ses av Svenska Kolorektalcancerregistret som mer än tillräcklig för utredning för majoriteten av patienter och att väntetiderna bör hållas ned bland annat på grund av den oro och det lidande som finns hos patienterna under väntan på behandling.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Tillgänglig

Datakälla

Svenska Kolorektalcancerregistret

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer.

Nämnare: Antal patienter som fått diagnosen tjocktarmscancer.

19. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

570

Mått

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården

Mätenhet

Antal per 100 disponibla vårdplatser

Syfte

En överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven vad gäller fysisk utformning, utrustning och bemanning, som krävs för att garantera en säker vård och en god arbetsmiljö. Indikatorn redovisar antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser samt utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser som extra värde, fördelat per region.

Tolkning

- Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.
- Disponibel vårdplats är en vårdplats i slutna vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

Utlokaliseringar och överbeläggningar kan medföra ökad risk för vårdrelaterade infektioner, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd. Det innebär också att patienter vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Struktur

Kvalitetsdimension

Säker, tillgänglig

Datakälla

Sveriges Kommuner och Regioner.

Felkällor och begränsningar

Vissa felkällor kan finnas som tillämpning av definition samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal överbeläggningar utlokaliserade patienter per 100

Nämnare: Antal disponibla vårdplatser

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser mäts per avdelning och dag och rapporteras in per sjukhus till nationella databasen. Redovisning av årsgenomsnitt i regionen samt månadsdata för riket.

20. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

329

Mått

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare.

Mätenhet

Antal per 1 000 invånare

Syfte

Måttet avspeglar hur vårdkedjan fungerar, i meningen att kommunerna har sört för att det finns ett alternativ till vårdplats vid sjukhus, för de patienter som inte längre har behov av sjukhusets resurser. Ett stort antal vård dygn som utskrivningsklara per invånare, kan vara ett tecken på att kommunerna inte har den kapacitet som vore önskvärd eller att det finns andra brister i samspelet mellan kommun och region.

Tolkning

Indikatorn visar summan av dagar patienter varit utskrivningsklara per 1 000 invånare. Den första januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. I och med det har kommunen betalningsansvar tre dagar efter underrättelse om en utskrivningsklar patient. Ett stort antal dygn som utskrivningsklara per invånare kan vara ett tecken på att kommunerna inte har tillräcklig kapacitet eller att det finns andra brister i samverkan mellan kommuner och regioner.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Sveriges Kommuner och Regioner.

Felkällor och begränsningar

En tolkningsaspekt är att sjukhusens vårdplatskapacitet kan spela roll för ställningstagandet i frågan om när en patient skall bedömas vara utskrivningsklar, vilket innebär att måttet speglar flera aspekter än just kommunens ansvar.

Teknisk beskrivning

Måttet visar antalet dygn som patienter under mätperioden vårdats på sjukhus som utskrivningsklar, relaterat till antalet invånare i regionen.

21. Väntetid till särskilt boende

591

Mått

Medelväntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet/riket

Mätenhet

Medelvärde

Syfte

En person som behöver ett särskilt boende ska inte behöva vänta på ett erbjudande om en plats, eftersom en lång väntan kan påverka den äldres hälsa.

Indikatorn visar på kommunernas beredskap och förmåga att planera tillgången till särskilt boende i förhållande till befolkningens behov.

Tolkning

För att tillgodose äldres behov av särskilt boende inom tre månader behöver kommunerna ha en bra planering för framtida behov, exempelvis genom så kallade lokalförsörjningsplaner. En orsak till att framförhållningen måste vara god är att nybyggnationer tar lång tid och kostar mycket. Kommunerna kan även skapa så kallade mellanboendeformer.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Kommun- och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser.

Datakällans status

Kommunen gör egna mätningar av det genomsnittliga antalet väntedagar från ansökan till erbjuden plats på särskilt boende för personer över 65 år, och indikatorn bygger på frivilligt inrapporterad data.

Felkällor och begränsningar

Teknisk beskrivning

Medelväntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet/riket.

22. Rutin för vårdplanering i samverkan - säbo

605

Mått

Andel särskilda boende som har rutin för hur planering i samverkan med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal.

Mätenhet

Procent

Syfte

En vårdplan upprättas för planering och genomförande av den äldres vård. Syftet är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och för uppföljningen av de olika insatserna. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Dokumentationen om hur den enskilde deltagit vid planeringen, visar att det förekommer ett ställningstagande till hur verksamheterna säkerställer den enskildes delaktighet och planering av insatserna.

Referens

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2007:10). 3 kap 5 § socialtjänstlagen (2001:453).

Riktning

Högt utfall är önskvärt.

Typ av indikator

Struktur

Kvalitetsdimension

Säker vård och omsorg.

Datakälla

Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Datakällans status

Årlig enkät.

Felkällor och begränsningar

I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databehandlingen.

Indikatorn mäter enbart om man har rutiner inte i vilken mån vårdplanering förekommer i samverkan med andra.

Teknisk beskrivning

Svar fråga 22, 22b och 22d (2018 års enkät)

Svarsalternativ: Ja/Nej

Svaret beräknas genom uppgifter om antal enheter i kommunen/länet/riket som angett att de har en sådan rutin den (täljare) delat med antal svarande enheter i kommunen/länet/riket (nämnare). Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:

- 22. Har ni den 1 mars 2018 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med olika aktörer?
- 22b. beskriver rutinen hur samverkan vid vårdplanering ska ske tillsammans med den enskilde, ansvarig läkare och den kommunal hälso- och sjukvårdspersonalen samt enhetens omsorgspersonal? Svarsalternativ: Ja/Nej
- 22d. Har ni under perioden 1 mars 2017 till den 1 mars 2018 följt upp rutinen? Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. efter den 1 mars 2017

Definitioner: Vårdplaneringen dokumenteras i en plan för den enskildes vård som beskriver hur olika insatser ska genomföras, när de ska följas upp och utvärderas. Här inkluderas även den plan som beskrivs i SOSFS 2007:10 om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Rutinen avser beskriva hur samverkan ska ske i ett övergripande gemensamt handlande på ett organisatoriskt plan för ett visst syfte.

Mät- eller rampopulation: Alla enheter som utför insatser till personer som de har uppföljningsansvar för, 65 år och äldre enligt 4 kap 1 § SoL i permanent särskilt boende enligt 5 kap 5 § SoL.

Målpopulation: Alla enheter som utför insatser till personer som de har uppföljningsansvar för, 65 år och äldre enligt 4 kap 1 § SoL i permanent särskilt boende enligt 5 kap 5 § SoL.

Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 22 och 22b samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet

enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

Täljare : Antal enheter som svarat "Ja" (22b och 22d)

Nämnare: Alla enheter som svarat på frågan (fråga 22)

Svaret beräknas genom uppgifter om antal enheter i kommunen/länet/riket som angett att de har en sådan rutin den 1 mars 2018 (täljare) delat med antal svarande enheter i kommunen/länet/riket (nämnare).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Fördelning på län görs efter enheternas geografiska fördelning

"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"

23. MPR - vaccination av barn

9

Mått

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Barn som är inskrivna i barnhälsovården (BVC) som fyllde 2-år under föregående kalenderår.

Mätenhet

Procent

Syfte

MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Allvarliga biverkningar av MPR-vaccination är ovanligt, och fördelarna med allmänna vaccinationsprogram på gruppnivå överstiger riskerna.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Folkhälsomyndigheten

Felkällor och begränsningar

Det grundläggande datamaterialet är av god kvalitet med en hög täckningsgrad.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn som är inskrivna på BVC som fyllde 2-år under föregående kalenderår som MPR-vaccinerats minst en gång vid det aktuella måttillfället (dvs. månad/år).

Nämnare: Totalt antal Barn som är inskrivna på BVC som fyllde 2-år under föregående kalenderår under det aktuella året.

24. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll

607

Mått

Andel kvinnor som genomgår gynekologisk cellprovskontroll. Avser kvinnor 23–70 år.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar täckningsgraden för gynekologisk cellprovskontroll, i åldrarna 23–70 år, således hur stor andel av aktuella kvinnorna som gör gynekologisk cellprovskontroll inom de rekommenderade tidsintervallen.

Gynekologisk cellprovskontroll syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancers första stadier.

Tolkning

Täckningsgraden av gynekologisk cellprovtagning har valts som indikator och med täckningsgrad avses här andelen kvinnor i befolkningen i åldrarna 23-70 år som har tagit ett cellprov.

Nationellt kunskapsstöd

Socialstyrelsen rekommenderar nationell screening för livmoderhalscancer – screening med cytologi och HPV-test. Screening bör erbjudas kvinnor som är mellan 23-64 år.

Relation till nationellt kunskapsstöd

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för livmoderhalscancer enligt följande:

- cellprovtagning med analys för cytologi vart tredje år till kvinnor i åldern 23–29 år
- cellprovtagning med analys för HPV vart tredje år till kvinnor i åldern 30–49 år samt en kompletterande analys även för cytologi för kvinnor som är cirka 41 år
- cellprovtagning med analys för HPV vart sjunde år till kvinnor i åldern 50–64 år.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att det rekommenderade screeningprogrammet ger hälsovinster som överväger de negativa effekterna.

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

Datakällans status

Individbaserad information om alla kallelser och gynekologiska cellprover från patologiska och cytologiska laboratorier i landet sammanställs av Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. Syftet med sammanställningen är att ge en faktabaserad grund för kvalitetssäkring och förbättring av det svenska organiserade programmet för förebyggande av cervixcancer.

Felkällor och begränsningar

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet kvinnor i de aktuella åldersgrupperna som genomgått en undersökning enligt de angivna tidsintervallen (kvinnor 23–50 år kallas vart tredje år och kvinnor 51–64 år kallas vart sjunde år).

Nämnare: Totalt antal kvinnor i de aktuella åldersgrupperna.

Kommentar

I Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention är målnivån satt till 85 procent. De fall av livmoderhalscancer som finns trots deltagande i screening upptäcks i tidigare stadium, vilket möjliggör framgångsrikare behandling. Vid så gott som all livmoderhalscancer är infektion med humant papillomvirus, HPV, bakomliggande orsak. I dag erbjuds alla flickor i årskurs fem eller sex vaccinering mot de typer av HPV som är orsak till cirka 70 procent av all livmoderhalscancer i Sverige.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för uppföljning av screening för livmoderhalscancer:

1. Andel kallade kvinnor i målgruppen för screeningprogrammet.
2. Andel kvinnor som efter kallelse deltagit i screening för livmoderhalscancer.
3. Täckningsgrad av gynekologisk cellprovstagnning inom ett screeningintervall.
4. Andel kvinnor med positiva cellprov.
5. Andel obedömbara cellprover.
6. Andel cellprov utan endocervikala celler.
7. Andel kvinnor med normalt cytologiprov efter positivt HPV-test.
8. Andel kvinnor med positiva cellprov som utretts vidare.
9. Andel HPV-positiva kvinnor med normal cytologi som tar ett nytt cellprov inom 3,5 år.
10. Andel kvinnor med falskt negativa cellprov.
11. Väntetid från provtagning till besked om provsvar skickats.

Eftersom Socialstyrelsens rekommendation innebär den största förändringen av screeningprogrammet för livmoderhalscancer sedan livmoderhalscancer-screening infördes i slutet av 1960-talet bör programmet noga följas upp i

kvalitetsregister. Det är också helt avgörande för att kunna identifiera kvalitetsproblem, förändringar i deltagande och andra frågor som inte kan besvaras innan förändringarna har genomförts.

Uppföljning bör ske såväl på nationell som på regional och lokal nivå. En fullständig beskrivning av indikatorerna finns i dokumentet *Screening för livmoderhalscancer – indikatorer och bakgrundsmått* som finns att ladda ner från www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

25. Rökning vid diabetes

546

Mått

Andel personer med diabetes som röker, alla typer av diabetes 18 år eller äldre

Mätenhet

Procent

Syfte

Rökstopp är en mycket viktig preventiv åtgärd för att minska risken för diabeteskomplikationer och hjärt- och kärlsjukdomar. Hälso- och sjukvården kan göra en viktig insats genom att identifiera och hjälpa personer som inte på egen hand klarar av att sluta röka. Genom att erbjuda rökavvänjande insatser kan fler personer med diabetes bli rökfria. Indikatorn är intressant såväl för professionerna som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Tolkning

Observera att indikatorn redovisas med inverterade värden och speglar hur många som röker inom diabetespopulationen och inte på samma sätt som målnivåindikatorn i de nationella riktlinjerna för diabetes redovisas.

Nationellt kunskapsstöd

I de nationella riktlinjerna för diabetesvård är stöd till rökstopp en av de högst rekommenderade åtgärderna.

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/diabetes/>

Riktning

Lågt

Målnivå

För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

För *indikatorn icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Nationella diabetesregistret, NDR.

Felkällor och begränsningar

Jämförelsen baseras på självrapporterade data från personer med diabetes, vilket kan påverka resultatet. Som indikator på diabetesvårdens insatser kompliceras tolkningen av att andelen som röker innan de kommit i kontakt med vården varierar mellan exempelvis län och över tid.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som enligt uppgift i Nationella diabetesregistret (NDR) är rökare.

Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes registrerade i NDR.

26. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

336

Mått

Andel patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt, under minst tre månader två gånger per vecka under ledning av fysioterapeut. Avser patienter yngre än 80 år

Mätenhet

Procent

Syfte

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom. Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom. Ett av flera inslag för att förebygga ny sjukdom är därför fysisk aktivitet och fysisk träning.

Tolkning

Definitionen av fysisk aktivitet har skärpts så att enbart patienter som deltagit i fysiska träningsprogram under ledning av fysioterapeut på sjukhus eller vårdcentral i minst tre månader ingår. Den övre åldersgränsen för uppföljningen är höjd från yngre än 75 till yngre än 80 år från och med 2018, detta syns dock inte i indikatorn från och med uppföljningsåret 2019.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Sephia, Swedeheart

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vid 12-14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram.

Nämnare: Antal patienter i 12-14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt där uppgift om deltagande i fysiskt träningsprogram finns.

27. Fallskador bland äldre

536

Mått

Antal personer som vårdats för fallskador i sluten vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre.

Mätenhet

Antal per 100 000 invånare

Syfte

Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framförallt lidande och försämrad livskvalitet till exempel svårigheter att röra sig, isolering och ökat beroende av andra. Orsakerna till fallolyckan kan vara många och kan spegla det förbyggande arbetet inom en mängd olika verksamheter.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Det kan finnas en underrapportering och variationer i kodningen av yttre orsakskoder. Fallskador som enbart leder till besök inom primärvård ingår ej i måttet.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 65 år och äldre som vårdats inom slutenvård eller av läkare i specialiserad öppen vård för skador till följd av fallolycka.

Nämnare: Befolkningen 65 år och äldre.

Yttre orsak	Yttre orsakskod ICD-10 - SE
Fallolycka	W00-W19

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?"

28. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

526

Mått

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre.

Mätenhet

Antal per 100 000 invånare

Syfte

Måttet innefattar slutenvård orsakad av sjukdomstillstånd som bedöms kunna påverkas så att slutenvård ofta kan undvikas med bättre insatser i exempelvis öppen vård, hemsjukvård och förebyggande hälsovård.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen kan förekomma.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal slutenvårdsperioder för patienter 20 år eller äldre enligt beskrivning och tabellen nedan.

Nämnare: Antal i befolkning 20 år eller äldre.

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus). Endagars vårdperioder räknas ej. Vårdtillfällen med hjärtingrepp ingår inte vid beräkning av undvikbar slutenvård för hjärtsvikt. Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna.

Diagnos	Kod ICD-10, KVÅ
Diabetes	Huvuddiagnos E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149
KOL	J410, J411, J418, J42, J430, J431, J438, J439, J440, J441, J448, J449, J47 som huvuddiagnos, eller J40 som huvuddiagnos i kombination med någon av J41, J43, J44, J47 som bidiagnos.
Hjärtsvikt	Huvuddiagnos I110, I130, I132, I500, I501, I509 Hjärtoperationer, får inte förekomma i slutenvårdsperioden KVÅ som börjar med F
Astma	Huvuddiagnos J450, J451, J458, J459, J46 Cystisk fibros som huvud eller bidiagnos får inte förekomma i slutenvårdsperioden: E840, E841, E848, E849, P270, P271, P278, P279, Q254, Q311, Q312, Q313, Q315, Q318, Q319, Q320, Q321, Q322, Q323, Q324, Q330, Q331, Q332, Q333, Q334, Q335, Q336, Q338, Q339, Q340, Q341, Q348, Q349, Q390, Q391, Q392, Q393, Q394, Q398, Q893

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

330

Mått

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre.

Mätenhet

Procent

Syfte

Måttet avser att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg för gruppen mest sjuka äldre.

Referens

Variationen mellan regionerna kan bero på hur de organiserat sin sjukvård. Variationen kan även bero på att de definierar planerad och oplanerad vård på olika sätt. Regionerna bör se över sin användning av variabeln så att den tolkas på det sett som avses i Socialstyrelsen föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26).

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal oplanerade återinskrivningar för valda sjukdomstillstånd (dvs. huvuddiagnos enligt någon av följande diagnoser i tabellen nedan) för personer 65 år och äldre där tiden mellan utskrivning från vårdtillfälle 1 till återinskrivningen inom 30 dagar enligt valda diagnoser vid vårdtillfälle 2.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för valda sjukdomstillstånd enligt vårdtillfälle 1 där patienten är utskriven.

Om inget annat anges så är det huvuddiagnos som gäller i kodverket.

Diagnos vårdtillfälle 1	ICD-10	Diagnos vårdtillfälle 2	ICD-10
Diabetes	E101-E108, E110-E118, E130-E138, E140-E148	Diabetes	E101-E108, E110-E118, E130-E138, E140-E148
		Hjärtsvikt	I50
		Diabetisk polyneuropati	G632
		Diabetisk mononeuropati	G590
		Polyneuropati, ospecificerad	G629
KOL	J440, J441, J449. J20 tillsammans med någon av följande J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos	Dyspnè	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	J440, J441, J449. J20 tillsammans med någon av följande J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Asma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43

Diagnos vårdtillfälle 1	ICD-10	Diagnos vårdtillfälle 2	ICD-10
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11	Dyspne	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	J440, J441, J449. J20 tillsammans med någon av följande J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43	Dyspne	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	J440, J441, J449. J20 tillsammans med någon av följande J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Urinvägsinfektion	N39	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulointerstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499
Akut tubulointerstitiell nefrit	N109	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulointerstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499

Diagnos vårdtillfälle 1	ICD-10	Diagnos vårdtillfälle 2	ICD-10
Cystit, ospecificerad	N309	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulointerstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
Fraktur på lårbenshalsen och höften	S72	Fraktur på lårbenshalsen och höften	S72
		Luxation i höft S730 Frakturer i huvud, näsa, käke, tand etc	S02
		Fraktur på halskota etc	S12
		Fraktur på bröst, revben etc	S22
		Fraktur på Ländkota, pubis etc	S32
		Fraktur på humeros, nyckelben, skulderblad etc	S42
		Fraktur på radius, ulna etc	S52
		Fraktur på hand, handled etc	S62
		Fraktur på underben etc	S82
		Fraktur på kalkaneus etc	S92
		Förmaksflimmer	I48
Hypertoni	I109		
Hjärtsvikt	I50		
Dyspne	R060		
Kärlkramp	I20		
Cerebral infarkt I	63		
Hjärtsvikt	I50	Förmaksflimmer	I48
		Hypertoni	I109
		Hjärtsvikt	I50
		Dyspne	R060
		Kärlkramp	I20

30. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)

596

Mått

Andel personer som har diabetes typ 2 med HbA1c högre än 70 mmol/mol.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andel HbA1c > 70 mmol/mol för personer med diabetes. God glukoskontroll är avgörande för att minska risken för diabeteskomplikationer. Högt HbA1c medför kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Denna indikator är ett resultatmått med utgångspunkt i ett flertal rekommendationer som berör behandling av diabetes. Därmed kan indikatorn inte kopplas till någon enskild rekommendation.

Riktning

Lågt

Målnivå

För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 10 procent.

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor och begränsningar

Kvaliteten på HbA1c-mätningarna är övervägande mycket bra i Sverige genom EQUALIS systematiska kvalitetskontroll. Det kan ändå finnas metodologiska variationer särskilt för de allt vanligare patientnära metoderna. Den här variabeln måste tolkas försiktigt eftersom redovisning av de som uppnår ett visst behandlingsmål kan överdriva skillnader mellan olika vårdgivare. Behandlingsmålet är dock viktigt i det direkta patientarbetet när målen för olika riskfaktorer formuleras tillsammans med patienten. Se indikator B1.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med typ 2-diabetes registrerade i Nationella diabetesregistret (NDR) med HbA1c > 70 mmol/mol under det senaste året.

Nämnare: Antal personer i NDR med typ 2-diabetes registrerat värde på HbA1c under senaste året.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas.

31. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

325

Mått

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen. Kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns.

Mätenhet

Kvot

Syfte

Personer med diabetes löper två gånger högre risk att insjukna och avlida i hjärt- och kärlsjukdom jämfört med befolkningen i övrigt. Ett viktigt mål för diabetesvården är att förbättra den kardiovaskulära riskfaktorprofilen. Denna indikator speglar därför det samlade resultatet av insatser för förebyggande av hjärt- och kärlsjukdomar vid diabetes. Indikatorn är framför allt intressant ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Denna indikator är ett resultatmått med utgångspunkt i ett flertal rekommendationer som berör behandling av diabetes. Därmed kan indikatorn inte kopplas till någon enskild rekommendation.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Om få obduceras, kan det till exempel innebära att dödsorsaken diagnostiseras som en pneumoni, då det i själva verket kanske är en hjärtinfarkt. Läkemedelsregistret innehåller inte uppgifter om personer med kostbehandlad diabetes. Mer intensiv glukosscreening i primärvården kan innebära att diabetesdiagnosen sätts tidigare och att patienter med lägre risk för diabeteskomplikationer fångas upp och behandlas med diabetesmedel.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar per 100 000 personer som behandlas med diabetesmedel, åldersstandardiserade värden.

Nämnare: Antal döda per 100 000 i hjärt- och kärlsjukdomar i befolkningen, åldersstandardiserade värden.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar

Den åldersstandardiserade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar under ett kalenderår beräknas för personer som hämtat ut diabetesmedel någon gång under kalenderåret eller under kalenderåret innan, värdet divideras med motsvarande värde för totalbefolkningen.

32. Trycksår i slutna vård (grad 2–4)

11

Mått

Andel patienter i slutna vård med minst ett trycksår kategori 2–4

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn som visar andelen patienter med minst ett trycksår i den slutna vården vid en given tidpunkt då mätningen ger en bild av förekomsten inom slutna vården. Punktprevalensmätningar av trycksår mäter förekomsten av trycksår vid en bestämd tidpunkt, riskbedömning och förebyggande åtgärder på samtliga inlagda patienter över 18 år. Allvarlighetsgraden av trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Nationell punktprevalensmätning (PPM). Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Datakällans status

Punktprevalensmätningar av trycksår genomförs under en bestämd tidpunkt i samtliga regioner. Mätningen genomförs under en dag på varje avdelning under en 1-veckorsperiod på våren.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som har trycksår av kategori 2–4.

Nämnare: Antal patienter som är med i undersökningen.

33. Vårdrelaterade infektioner

8

Mått

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutna somatiska vård.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar hur många av alla inskrivna patienter som drabbas av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen. Påverkbara faktorer på infektionsfrekvenser kan vara efterlevnad av goda hygienrutiner samt hög belägningsgrad.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Datakällans status

Felkällor och begränsningar

Täckningsgraden är drygt 90 procent beräknat utifrån antal rapporterade patienter i förhållande till disponibla vårdplatser. Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild vid mättillfället och utfallet kan påverkas av andra yttre faktorer vid den aktuella tidpunkten. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelser mellan sjukhus på grund av skillnader i patientsammansättning.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården med vårdrelaterad infektion.

Nämnare: Totalt antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården vid tiden för mätningen.

Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner mäter förekomsten av vårdrelaterade infektioner på samtliga inlagda patienter och genomförs sedan år 2008 på en bestämd tidpunkt, vår och höst i samtliga regioner. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.

34. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

44

Mått

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.

Mätenhet

Procent

Syfte

Apgar-poängsystemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet där högsta poäng är 10. Låg Apgar-poäng definieras som under sju poäng vid mätningar fem minuter efter födelsen.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen.

Nämnare: Totalt antal levande födda barn.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Kommentar

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika regioner. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor med det senaste året som standardpopulation.

35. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

45

Mått

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor.

Mätenhet

Procent

Syfte

Perinealbristning är under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Bristningarna kategoriseras efter hur stor skada som skett, i en skala där graden tre och fyra utgör de mera omfattande bristningarna. Instrumentell förlossning innebär att barnet förlöses antingen med en sugklocka (vakuumextraktion, VE) eller med hjälp av en tång.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet perinealbristningar av graden tre eller fyra vid vaginal förlossning uppdelad på instrumentella respektive icke-instrumentella förlossningar bland förstföderskor.

Nämnare: Totala antalet vaginala förlossningar bland förstföderskor.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Kommentar

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika regioner och mellan tidsperioder. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor med det senaste året som standardpopulation.

36. Äldre med läkemedel som bör undvikas

502

Mått

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Mätenhet

Procent

Syfte

Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Vissa läkemedel medför därmed en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa ingår i Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, i form av indikatorn ”1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger”. Som olämpliga läkemedel räknas här långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter samt tramadol och propiomazin (se tabell nedan). Dessa läkemedel bör endast användas om det finns välgrundad och aktuell indikation och forskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör vidare följas upp och omprövas regelbundet och med täta intervall.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Denna indikator tar inte hänsyn till antalet olämpliga läkemedel som en patient använder och inte heller vilken/vilka doser av dessa läkemedel patienten är ordinerad. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apotek, inte vad som är förskrivet eller vad patienten intar. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd. Detta kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen.

Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser. Flera av läkemedlen enligt tabellen ovan kan ordineras med en variabel dosering (ex 1-2 tabletter, dosering vid behov), vilket medför en viss osäkerhet med ovan angiven metod för beräkning. Förekommer variabel dosering i olika grad i olika regioner skulle detta kunna leda till skillnader i utfallen mellan regionerna. Metoden mäter inte om behandlingen följs upp och/eller omprövas regelbundet.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 75 år och äldre som den 31 december beräknas ha använt minst ett av de läkemedel som listas ovan."

Nämnare: Totalt antal personer 75 år och äldre i befolkningen 31 december, hämtat från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik."

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ vid en given tidpunkt (punktprevalens). I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna tidpunkt, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas.

Läkemedel	ATC-kod
Långverkande bensodiazepiner	N05BA01
	N05CD02
	N05CD03
Läkemedel med betydande antikolinerga effekter	A03AB
	A03BA
	A03BB
	A04AD
	C01BA
	G04BD exkl. G04BD12
	M03BC01
	M03BC51
	N02AG
	N04A
	N05AA02
N05AB04	
N05AF03	

	N05AH02
	N05BB01
	N06AA
	R06AA02
	R06AA04
	R06AB
	R06AD
	R06AE05
	R06AX02
Tramadol	N02AX02
Propiomazin	N05CM06
Kodein	N02AJ06,
	N02AJ09,
	R05DA04
Glibenklamid	A10BB01

37. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

213

Mått

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotiska. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

Mätenhet

Procent

Syfte

För dessa läkemedel finns indikation vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesympom vid demens, t.ex. aggressivitet. I äldrevården används de emellertid ofta för att dämpa beteendesympom såsom motorisk oro, rop och vandring, oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, och medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Om användning bedöms vara indicerad bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras, med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Omprövning av behandlingen med ställningstagande till utsättning/dosminskning bör göras med täta intervall.

Litium som har en specifik indikation – profylax vid bipolär sjukdom, inkluderas inte i indikatorn.

Tolkning

Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak, varför det inte går att avgöra hur stor del av läkemedlen som förskrivits utan adekvat indikation. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apotek, inte vad som är förskrivet eller vad patienten intar. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård eller dispenserade från läkemedelsförråd. Detta kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser. Metoden mäter inte om behandlingen följs upp och/eller omprövas regelbundet.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 75 år och äldre, som under aktuell mätperiod beräknas ha använt antipsykotiska läkemedel (N05A exklusive N05AN01 litium).

Nämnare: Totalt antal personer 75 år och äldre i befolkningen.

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ vid en given tidpunkt (punktprevalens). I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna tidpunkt, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering.

Läkemedel	ATC-kod
Neuroleptika	N05A
exklusive Litium	N05AN01

38. Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

353

Mått

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur.

Mätenhet

Antal per 100 000 levnadsår

Syfte

När en person har drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom kan man motivera personen till ökad fysisk aktivitet eftersom det har en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur. Samtliga dessa åtgärder har fått hög eller medelhög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Nationellt kunskapsstöd

Utgångspunkten för målnivåer inom rörelseorganens sjukdomar är de indikatorer som tagits fram till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar 2012 samt i utvärderingen av rörelseorganens sjukdomar 2014.

Relation till nationellt kunskapsstöd

Den föreslagna målnivån med en minskning på 20 procent av återfrakturer inom 3 år efter förstagångsfragilitetsfraktur bedöms vara realistisk på kort sikt. Enligt vetenskapligt underlag kan införande av frakturvårdkedjor minska antalet återfrakturer med cirka 40 procent. Socialstyrelsen bedömer att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive region under de närmaste tre åren (till 2018). Uppföljning ska ske årligen med start 2016.

Riktning

Lågt

Målnivå

För indikatorn *Återfrakturer inom 3 år* har Socialstyrelsen fastställt att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive region fram till år 2018, jämfört med perioden 2003–2007

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Patientregistret omfattar inte patienter som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast patienter som vårdats på

sjukhus eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen.

Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångs-fragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal nya fragilitetsfrakturer inom 3 år efter den första, i slutna vård eller öppen specialiserad vård.

Nämnare: Antal levnadsår inom 3 år efter den första fragilitetsfrakturen.

Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.

Refraktur definieras som ny vårdkontakt med fragilitetsfraktur i kombination med en operation på rörelseapparaten (KVÅ-kod=N) eller ett mindre ortopediskt ingrepp (KVÅ-kod=TN) inom 3 år efter den första fragilitetsfrakturen. För att det ska räknas som en ny fraktur måste det dessutom vara minst en dag mellan den aktuella vårdkontakten och den nya vårdkontakten samtidigt som den nya vårdkontakten inte utgörs av en överföring. Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	Kod ICD-10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på humerusskaffet	S423
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22
Kollumfraktur	S720
Pertrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722
Fraktur på femurskaffet	S723
Fraktur på nedre delen av femur	S724
Fraktur på övre delen av tibia	S821
Fraktur på sakrum	S321
Fraktur på koccyx	S322
Fraktur på os pubis	S325
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

39. Nöjd med rehabilitering efter insjuknandet i stroke

109

Mått

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?".

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn mäter andelen som uppgett att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett 12 månader efter stroke. Indikatorn är ett viktigt mått på kvaliteten avseende rehabilitering efter sjukhusvistelsen.

Tolkning

Indikatorn har justerats till att följa den definition som användes i Socialstyrelsens strokeutvärdering. Ändringen består i att de personer som svarat att de inte fått rehabilitering trots ett upplevt behov inte tas med i nämnaren. Motiveringen att använda samma indikator är att öka tydligheten och att den ska kunna relateras till den målnivå som också tagits fram i utvärderingen. Andelen personer som inte fått rehabilitering trots upplevt behov redovisas separat i Riksstroke's årsrapport.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor och begränsningar

Personens förväntningar på rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen kan påverka indikatorns utfall.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 20 år och äldre som uppgett att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett 12 månader efter stroke.

Nämnare: Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 12 månader efter stroke och som i frågan om tillgodosett behov av rehabilitering efter insjuknandet uppgett att de haft behov av rehabilitering.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

40. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

552

Mått

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus.

Mätenhet

Procent

Syfte

Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken stroke inom 90 dagar hänförs till ett strokefall. Både patienter som vårdats och inte vårdats på sjukhus ingår därmed. Dödligheten inom 90 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika regionerna kan påverka resultaten.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet förstagångsfall under mätperioden som avled inom 90 dagar (dag 0–89) efter stroke.

Nämnare: Samtliga förstagångsfall av stroke under mätperioden.

Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Det vill säga endast de personer som inte haft någon strokediagnos under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden utifrån alla fall av stroke som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

41. Dödlighet efter hjärtinfarkt

85

Mått

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.

Mätenhet

Procent

Syfte

Andelen av samtliga fall av akut hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar efter infarkten. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken akut hjärtinfarkt inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. I måttet ingår således även de som inte vårdats på sjukhus. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika regionerna kan påverka resultaten.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet fall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0 till 27) efter hjärtinfarkt.

Nämnare: Samtliga fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Kommentar

Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har åldersstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation.

Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

42. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

571

Mått

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos.

Mätenhet

Kvot

Syfte

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för personer med cancersjukdom i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Datakällans status

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt.

Felkällor och begränsningar

Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Teknisk beskrivning

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod).

Uppgifterna om antalet patienter med cancersjukdom har hämtats från Cancerregistret med avgränsning enligt tabellen:

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Maligna tumörer utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom	C00-C97 exkl. C44, C46.0, C50, C61
Cancer in situ, urinorgan	D09.0-1
Vissa benigna tumörer	D30.1-9, D32-33, D35.2-4
Vissa tumörer av osäker eller okänd natur	D41.1-9, D42-43, D44.3-5, D46-47

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas.

43. Dödlighet efter höftfraktur

326

Mått

Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre.

Mätenhet

Procent

Syfte

Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan i sin tur göra det svårt att återgå till eget boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan

till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Där ingår även att behandla patienten med benspecifika läkemedel som minskar risken för en ny fraktur.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig

Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret, SCB.

Felkällor och begränsningar

Andelen avlidna påverkas till viss del av faktorer såsom patienternas ålder och annan samtidig sjukdom eller skada. Endast patienter som vårdats på sjukhus till följd av sin fraktur ingår i jämförelsen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal döda inom 30 respektive 365 dagar efter förstagångshöftfraktur i slutenvård.

Nämnare: Antal vårdade i slutenvård med förstagångshöftfraktur. Med förstagångshöftfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.

Med förstagångshöftfraktur avses följande diagnoskoder.

Huvud- eller bidiagnos	Diagnoskod ICD-10
Kollumfraktur	S720
Pertrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas.

44. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

215

Mått

Antal personer med regelbunden användning, (= 0,5 DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år.

Mätenhet

Antal per 1 000 invånare

Syfte

Bensodiazepiner är accepterade standardläkemedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De har även i varierande omfattning kommit att användas vid behandling av lindrigare former av oro och ångest. En överdriven förskrivning kan leda till biverkningar och ökad risk för missbruk och beroende.

Den kognitiva förmågan (t.ex. minne, inlärning, uppmärksamhet, koncentration) kan påverkas och medlen kan verka aggressivitetshöjande. Därför är det viktigt att inte förskriva bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel under längre perioder utan noggrant övervägande. Kvinnor söker vård för psykisk ohälsa i större omfattning än vad män gör, och kvinnor använder också betydligt mer bensodiazepiner än män. Regelbundna användare definieras som personer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad daglig dygnsdos (DDD) per dag under ett års tid.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Information om vilka läkemedel som verkligen intas av patienten finns inte heller i registret.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 20–79 år som under år 2014 hämtat ut recept på i genomsnitt minst 0,5 DDD eller minst 1,5 DDD bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande läkemedel per dag.

Nämnare: Medelbefolkning 20-79 år från Statistiska centralbyrån.

Läkemedel	ATC-kod
Bensodiazepinderivat, lugnande	N05BA
Bensodiazepinderivat, sömnmedel	N05CD
Bensodiazepinbesläktade medel	N05CF

I måttet anges antalet som hämtat ut recept på bensodiazepiner beräknat per 1000 invånare.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas.

45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

539

Mått

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre.

Mätenhet

Kvot

Syfte

Indikatorn visar förhållande mellan två dödligheten i två grupper och syftar till att mäta ökad dödlighet i alla dödsorsaker hos personer som har bipolär sjukdom. Ett värde på 1 innebär att dödligheten (eller den relativa risken att dö under mätperioden) bland dem med bipolär sjukdom skulle vara den samma som i befolkningen. Ett värde över 1 innebär att dödligheten var högre för dem med bipolärsjukdom än i totalbefolkningen.

I huvudrapporten visas även internationell jämförelse utifrån OECD:s publicering. Indikatorn och beräkningen är samma som den som här beskrivs förutom att en annan åldersstandardisering och åldersindelning används samt kortare mätperioder.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Säker

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Täljare: Den åldersstandardiserade dödligheten i alla dödsorsaker för personer i åldern 20 år och äldre som under en period av 5 år tillbaka förekommer med diagnos för bipolär sjukdom i patientregistret.

Nämnare: Den åldersstandardiserade dödligheten i samma referensår för alla personer i åldern 20 år och äldre i totalbefolkningen.

Diagnos	Kod ICD-10
Bipolär sjukdom	F31

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

46. Återkommande slutenvård i livets slutskede

331

Mått

Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista dagarna i livet.

Mätenhet

Procent

Syfte

Palliativ vård som hälso- och sjukvård innebär att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Mått som mäter detta finns i olika varianter internationellt. Denna indikator avser att följa inskrivningsfrekvenserna för patienter i livets slutskede.

Som ny inskrivning räknas de inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller klinik, då indikatorn inte syftar till att mäta omfattningen av transferingar. Det finns ingen målnivå och bedömningar måste naturligtvis göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan regionerna och eventuella skillnader mellan år kan påvisa behov av att vidare kartlägga till exempel praxisskillnader. Indikatorn baseras på en samkörning mellan patientregistret och dödsorsaksregistret och kan redovisas på både nationell nivå och läns- och kommunnivå.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Brister i rapportering av inskrivningssättet i patientregistret kan vara en felkälla. Inskrivningssättet anger om patienten skrevs in från särskilt boende, hemmet eller annan klinik/sjukhus.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som två eller flera gånger har inskrivits i slutenvård under de sista 30 dagarna i livets slutskede. Endast vårdtillfällen där patienten skrevs in från hemmet eller särskilt boende ingår i täljaren.

Nämnare: Antal avlidna under mätperioden.

Samtliga slutenvårdsinskrivningar där patienten enligt Par kom från hemmet eller särskilt boende har räknats in i denna indikator.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

"Blir vi friskare och lever längre?"

47. Självs kattat allmänt hälsotillstånd

561

Mått

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.

Mätenhet

Procent

Syfte

Självrapporterad information om allmänt hälsotillstånd har i flera studier visats vara en stark prediktor för dödlighet. Frågan är av central betydelse för att följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper över tid. Föreliggande frågekonstruktion har använts sedan 1996 i ULF och i flera av regionernas folkhälsoenkäter. Allmän hälsa mätt på en femgradig skala är också en av de frågor som man enats kring inom EU.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Data källa

Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV)

Felkällor och begränsningar

Undersökningarna har låga svarsfrekvenser och SCB kompenserar för bortfallet genom kalibrering.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal som i Nationella folkhälsoenkäten svarat "Bra eller "Mycket bra på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?".

Nämnare: Antal som besvarat frågan.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

För kommuner används tilläggsurval. Dessa förekommer oregelbundet, varför andelarna viktas efter antal svar per år. På länsnivå används det nationella urvalet där underlaget är mer jämnt.

För redovisning efter utbildning och länsnivå har samma metod använts som för kommunnivån. Andelarna har kalibrerats med hänsyn till bortfallet, utifrån hjälpvariabler som finns tillgängliga även för bortfallet (registerdata).

48. Egenrapporterad tandhälsa

562

Mått

Andel som uppgivit att deras tandhälsa är bra eller mycket bra, 16–84 år.

Mätenhet

Procent

Syfte

Tandhälsan är viktig för välbefinnande och livskvalitet. God tandhälsa gynnas av goda matvanor. En sämre tandhälsa kan i sin tur påverka kostintaget.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV)

Register över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån (SCB).

Felkällor och begränsningar

Undersökningarna har låga svarsfrekvenser och SCB kompenseras för bortfallet genom kalibrering.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal som i den Nationella folkhälsoenkäten svarat ”mycket bra” eller ”ganska bra” på frågan ”Hur tycker du att din tandhälsa är?”.

Nämnare: Antal som besvarat frågan.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

För kommuner används tilläggsurval. Dessa förekommer oregelbundet, varför andelarna viktas efter antal svar per år. På länsnivå används det nationella urvalet där underlaget är mer jämnt. För redovisning efter utbildning och länsnivå har samma metod använts som för kommunnivån. Andelarna har kalibrerats med hänsyn till bortfallet, utifrån hjälpvariabler som finns tillgängliga även för bortfallet (registerdata).

49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

503

Mått

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.

Mätenhet

Antal per 100 000 invånare

Syfte

Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 0–74 år för det urval dödsfall som tillämpas av Eurostat och OECD. Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av t.ex. ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes och cancer i livmoderhals (se nedan för fullständig lista).

Tolkning

Indikatorn är ändrad till det urval och den logik som Eurostat och OECD enats kring och publicerat uppgifter för under 2019. Indikatorn beskrivs i dokumentet: Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death.

Referens

Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (2019 version). OECD, European commission, Eurostat.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Kvalitetsdimension

Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då metoden att sätta diagnoser kan variera mellan regioner och länder. Särskilt kan detta gälla diabetes. Små regioner tenderar också att få instabilare värden.

Utöver variation i vårdens insatser så påverkar flera andra faktorer sjukdomsförekomsten, och därigenom också antalet döda.

Teknisk beskrivning

Urval dödsorsaker: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Täljare: Uppgifterna om antalet dödsfall med det urvalskriterier som tillämpas av Eurostat och OECD 0-74 år, se tabell nedan.

Nämnare: Totalbefolkningen, 0-74 år.

Klassifikationskapitel	Diagnoskod ICD-10
Infektionssjukdomar	A15-A19*, B90*, J65*, A38, A40, (exkl.A40.3), A41 (exkl.A41.3), A46, L03, A48.1, A49.1, G00.2, G00.3, G00.8, G00.9, G03, J02
Cancer	C53*, C18-C21, C50, C54, C55, C62, C73, C81, C91.0, C91.1, D10-D36,
Endokrina sjukdomar	E10-E14*, E00-E07, E24-E25 (exkl. E24.4), E27
Sjukdomar i nervsystemet	G40, G41
Cirkulationsorganens sjukdomar	I71*, I10-I13*, I15*, I20-I25*, I60-I69*, I70*, I73.9*, I00-I09, I26**, I80, I82.9
Andningsorganenssjukdomar	J00-J06, J30-J39, J12, J15, J16-J18, J20-J22, J45-J47, J80, J81, J85, J86, J90, J93, J94
Matsmältningsorganens sjukdomar	K25-K28, K35-K38, K40-K46, K80-K81, K82-K83, K85.0,1,3,8,9, K86.1,2,3,8,9
Sjukdomar i urin och könsorganen	N00-N07, N13, N20-N21, N35.N17-N19, N23, N25, N26-N27, N34.1, N70-N73, N75.0, N75.1, N76.4,6, N40
Graviditet, förtlossning och barnsängstid	O00-O99, P00-P96
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	Q20-Q28, Y40-Y59, Y60-Y69, Y83-Y84, Y70-Y82

*50 procent av dödsfallen tas med i beräkningen (övriga klassas som hälsopolitiskt åtgärdbara istället för sjukvårdsrelaterat åtgärdbara).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Kommentar

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika län. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per län enligt OECD:s standardbefolkning.

50. Självmord i befolkningen

5

Mått

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare.

Mätenhet

Antal per 100 000 invånare

Syfte

I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklart uppsåt. Måttet redovisas per 100 000 invånare sammantaget för perioden, per region. Indikatorn går att påverka inom hälso- och sjukvården genom strukturerade självmordsriskbedömningar samt med att upprätta hjälplinjer.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan regionerna.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt.

Nämnare: Antal invånare

Dödsorsak	Diagnoskod ICD-10
Självmord	X60–X84
Oklar avsikt	Y10–Y34

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade värden bör användas.

51. Återstående medellivslängd

1

Mått

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.

Mätenhet

Medelvärde

Syfte

Medellivslängden utgörs av antalet år som i genomsnitt återstår att leva för en nyfödd. Beräkningarna baseras på dödsriskerna för varje åldersår. Beräkningarna har gjorts vid Statistiska Centralbyrån. Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Det är ett av de mest använda måtten när man

jämför olika länder. Medellivslängden kan ses som ett väsentligt mått på goda levnadsvillkor inklusive hälso- och sjukvård.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån (SCB).

Teknisk beskrivning

Här mäts den återstående medellivslängden vid födelsen. Den återstående medellivslängden utgörs av det antal år som i genomsnitt återstår att leva för en person i en viss bestämd ålder enligt den, vid tidpunkten för beräkningen, gällande dödligheten.