

Bilaga 1

Beskrivning av indikatorer

Öppna jämförelser 2013
Hälsa- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Övergripande indikatorer

HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET MED MERA

1 Återstående medellivslängd

MÅTT

Förväntad återstående medellivslängd vid födelsen.

BESKRIVNING OCH 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

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. Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Det är ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder.

DATAKÄLLA

Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån (SCB).

2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

MÅTT

Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

Med hälsopolitiska åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar eller olyckor vilka bedöms kunna påverkas med hälsopolitiska insatser. I måttet ingår dödsfall orsakat av lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motortrafikolyckor.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet dödsfall under perioden har hämtats från dödsorsaksregistret genom följande koder:

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Lungcancer	162	C34	1–79 år
Cancer i matstrupe	150	C15	"
Levercirros	571	K70, K73–K74	"
Motortrafikolyckor	E810–823	V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor i trafik	"

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

Måttet åtgärdbar dödlighet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlaser där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. har cancer i matstrupe lagts till bland de hälsopolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats utökats till åldern 1–79 (mot tidigare 1–74 år).

DATAKÄLLA

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.

3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

MÅTT

Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas med medicinska insatser.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar antalet åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

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. stroke, diabetes och cancer i livmoderhals (se nedan för fullständig lista).

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet dödsfall under perioden har hämtats från Dödsorsaksregistret genom följande koder:

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Tuberkulos	010–018, 137	A15–A19, B90	1–79 år
Cervixcancer	180	C53	"
Hodgkins sjukdom	201	C81	"
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393–398	I05–I09	"
Diabetes	250	E10–E14	"
Andningsorganens sjukdomar	460–519	J00–J99	1–14 år
Astma	493	J45–J46	1–79 år
Blindtarmsinflammation	540–543	K35–K38	"
Bukbräck	550–553	K40–K46	"
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574–575.1, 576.1	K80–K81, K83.0	"
Hypertonisjukdomar	401–405	I10–I15	"
Stroke	430–438	I60–I69	"
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630–676	O00–O99	"
Tyfoidefeber	002.0	A01.0	"
Kikhosta	033	A37	1–14 år
Tetanus	037	A35	1–79 år
Mässling	055	B05	1–14 år
Osteomyelit	730	M86–M87	1–79 år

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet dödsfall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

Måttet åtgärdbar dödlighet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlaser där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. har diabetes lagts till bland de sjukvårdspolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats utökats till åldern 1–79 (mot tidigare 1–74 år).

DATAKÄLLA

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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

4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

MÅTT

Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar antalet döda i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare i åldrarna under 80 år.

Ischemiska hjärtsjukdomar ingår idag inte som komponent i de mått på åtgärdbar dödlighet som årligen publiceras i Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Den kraftiga nedgången i dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar under många år antyder dock att en del kan åtgärdas med medicinska insatser eller genom förändrade levnadsvanor och livsvillkor. Måttet lämpar sig för jämförelser över tid.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgift om underliggande dödsorsak hämtas från dödsorsaksregistret.

Underliggande dödsorsak	Diagnoskod ICD-10
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med rikets befolkning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation bör användas för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Den geografiska fördelningen görs utifrån personernas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget.

DATAKÄLLA

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Metoden att sätta dödsorsaksdiagnos kan variera mellan regioner.

5 Självmord i befolkningen

MÅTT

Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklart uppsåt.

Måttet redovisas per 100 000 invånare sammantaget för perioden, per landsting.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Ålderstandardisering har gjorts med rikets befolkning år 2000 befolkning som standard-population.

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

DATAKÄLLA

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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

6 Responstid för ambulans

MÅTT

Tid mellan larmsamtal och ambulansens ankomst (responstid) vid prio 1-larm

BESKRIVNING OCH 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Mediantid i minuter per landsting

DATAKÄLLA

SOS Alarm

FELKÄLLOR

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.

7 Undvikbar slutenvård

MÅTT

Antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare år. Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedömts belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med år 2000 befolkning som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Kroniska tillstånd	
Anemi	D501, D508, D509
Astma	J45, J46,
Diabetes	E101–E108 (huvud- eller bidiagnos) E110–E118 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E140–E148 (huvud- eller bidiagnos)
Hjärtsvikt	I50, I110, J81
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos) J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
Akuta tillstånd	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
Diarré	E86, K522, K528, K529
Epileptiska krampfall	O15, G40, G41, R56
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	N70, N73, N74
Njurbäckeninflammation	N390, N10, N11, N12, N136
Öra-näsa-halsinfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J312

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Skillnaderna i undvikbar slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

8 Vårdrelaterade infektioner**MÅTT**

Andel patienter med vårdrelaterad infektion, procent. Avser patienter i slutenvård.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Punktprevalensmätning som sker två gånger per år vid samtliga sjukhus i Sverige. Sjukhusen genomför mätningarna vid ett tillfälle under en tvåveckorsperiod i april och i november.

Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.

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

Nämnare: Totalt antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården.

Mätperiod: En 2-veckorsperiod i april och i november.

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

FELKÄLLOR

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.

9 MPR-vaccination av barn**MÅTT**

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund av alla barn födda 2010 och inskrivna på BVC januari 2013, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården (BVC-journaler) och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifterna avser vaccinationsstatus i januari 2013. MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet.

Täljare: Antal barn födda 2010 som MPR-vaccinerats minst en gång vid mättillfället jan 2013.

Nämnare: Totalt antal barn födda 2010 och var inskrivna inom barnhälsovården.

DATAKÄLLA

Smittskyddsinstitutet.

FELKÄLLOR

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

10 Deltagandefrekvens gynekologiskt cellprov

MÅTT

Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll inom rekommenderade intervall, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Gynekologisk cellprovskontroll syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancersnärvarande förstadier. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer skall kvinnor i åldrarna 23–50 år erbjudas cellprovskontroll vart tredje år och kvinnor i åldrarna 51–60 erbjudas cellprovskontroll vart femte år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal kvinnor i åldrarna 23–60 år som genomgått gynekologiskt cellprov enligt Socialstyrelsens rekommendationer

Nämnare: Totalt antal kvinnor i åldrarna 23–60 år.

DATAKÄLLA

Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

FELKÄLLOR

Kvinnans boendeort överensstämmer inte alltid med provtagarens eller laboratoriets landstingstillhörighet. Detta kan medföra att vissa landsting får en något förhöjd täckningsgrad, medan andra får en något lägre täckningsgrad.

11 Andel patienter med trycksår - slutenvård

MÅTT

Andel patienter med minst ett trycksår, procent. Avser patienter i slutenvård

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Punktprevalensmätning som sker två gånger per år vid samtliga sjukhus i Sverige. Sjukhusen genomför mätningarna vid ett tillfälle under en tvåveckorsperiod i mars och i oktober.

Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.

Täljare: Antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården med minst ett trycksår.

Nämnare: totalt antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården.

Mätperiod: En 2-veckorsperiod i mars och i oktober.

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

FELKÄLLOR

Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild vid mättillfället och utfallet kan påverkas av andra yttre faktorer vid den aktuella tidpunkten.

12 Smärtskattning vid livets slutskede

MÅTT

Andel patienter i livets slutskede som har skattat sin smärta med VAS/NRS eller annat validerat instrument, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som under den sista levnadsveckan vid minst ett tillfälle skattade sin smärta med instrumentet VAS/NRS eller annat validerat instrument.

Det viktigaste syftet med indikatorn är att mätning av den skall leda till att det görs en systematisk smärtskattning som dokumenteras, åtgärdas och följs upp ända fram till döden.

För att i tid fånga och därmed minimera den sjuks smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. Patientens smärtupplevelse kan förmedlas utan formella skattningsinstrument, men användande av smärtskattningsinstrument fungerar som screeningverktyg, då inte alla spontant berättar om sin smärta. Ett smärtskattningsinstrument underlättar också den interna uppföljningen av vidtagna åtgärder mot smärta liksom rapportering personal emellan.

Indikatorn visar i vilken utsträckning det finns ett systematiskt smärt-(symtom)skattningsarbete med möjlighet till dokumentation och uppföljning. På de flesta enheter har personalen en uppfattning om huruvida patienten har ont eller inte. Ett odokumenterat arbetssätt som bygger på den enskilda personalens engagemang kan givetvis resultera i bra vård men det behövs så lite extra för att göra detta till rutin.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall där smärtskattning utförts någon gång under sista levnadsveckan med validerat smärtskattningsinstrument.

Nämnare: Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall.

Mätperiod: Första halvåret aktuellt år.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret samt NAVET – befolkningsregister (Skatteverket).

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad i landstingen.

Sjukvården kan rapportera in ytterligare data som påverkar resultatet i denna datamängd kalenderåret ut.

Symtomskattning beskrivs i de flesta omvårdnadsjournaler i fri text alternativt som en fristående variabel som inte är möjlig att sammanställa på ett enkelt sätt med datorns hjälp. Det krävs alltså en manuell tolkning för att besvara frågan.

13 Vidbehovsordination av opioider i livets slutskede

MÅTT

Måttet visar andelen patienter för vilka det fanns ordination för injektion av opioid (morfinpreparat mot smärta) vid behov, senast ett dygn före dödsfallet, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter för vilka det fanns ordination för injektion av opioid (morfinpreparat mot smärta) vid behov, senast ett dygn före dödsfallet vilket är viktigt att följa som en del av god palliativ vård i livets slut. Då skall tillses att det finns adekvata ordinationer i händelse av smärtgenombrott, för att minimera fördröjning vid insättande av smärtstillande behandling.

Ordinationen skall vara individuell då dosstorleken kan behöva justeras. Det finns på många enheter generella ordinationer vid akut smärta som visserligen är bättre än avsaknad av ordination men det kan aldrig

ersätta ett rutinmässigt arbetssätt där vid behovsläkemedel går igenom individuellt när en människa bedöms vara döende.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall där individuell ordination av stark opioid för subcutan injektion vid behov utförts senast det dygn patienten avled.

Nämnare: Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall.

Mätperiod: Första halvåret aktuellt år.

Här ingår endast de dödsfall som av sjukvården rapporterats som väntade.

Enkät besvaras av ansvarig personal omedelbart efter dödsfallet med stöd av aktuell läkemedelslista. Om skriftlig ordination finns senast ett dygn före dödsfallet besvaras frågan med Ja.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret samt NAVET – befolkningsregister (Skatteverket).

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad i landstingen.

Sjukvården kan rapportera in ytterligare data som påverkar resultatet i denna datamängd kalenderåret ut.

Variabeln baseras på förekomst av skriftliga ordinationer, vilket ger tydlighet. Det kan dock förekomma kommunikationsproblem där omvårdnadspersonalen är anställd av kommun eller privat verksamhet medan den medicinskt ansvariga är anställd av landstinget med separata dokumentationssystem som följd.

14 Brytpunktssamtal i livets slutskede

MÅTT

Måttet visar andelen patienter för vilka det fanns i journalen dokumenterat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andel patienter och anhöriga som informerats om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas, vilket är viktigt som en del i god palliativ vård i livets slutskede.

När sjukvården inser att sjukdomen eller åldrandet har gått så långt att det inte längre är meningsfullt, skadligt eller orsakar ett ökat lidande att behandla den underliggande orsaken är det viktigt att detta kommuniceras med såväl patient och närstående som personal runt patienten. Detta för att den sjuke och dennes närstående skall kunna påverka hur den sista tiden skall vara och för att personalen skall vidta de åtgärder som behövs för att kunna erbjuda ett palliativt vårdinnehåll i livets slut. Detta kan naturligtvis behöva ett flertal samtal. Indikatorn har tagit fasta på hälso- och sjukvårdslagens syn på läkarmedverkan och redovisar därför inte de samtal som förs av sjuksköterskan ensam.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall där individuell information om att vården går över till vård i livets slutskede har givits av läkare och dokumenterats i den medicinska journalen. I de fall personalen har bedömt att patienten saknar förmåga att uttrycka sin vilja en månad eller mer före dödsfallet används i stället svaret avseende information till närstående. Om närstående saknas anses frågan besvarad med ja.

Nämndare: Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall.

Mätperiod: Första halvåret aktuellt år.

Här ingår endast de dödsfall som av sjukvården rapporterats som väntade.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret samt NAVET – befolkningsregister (Skatteverket).

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad i landstingen.

Sjukvården kan rapportera in ytterligare data som påverkar resultatet i denna datamängd kalenderåret ut.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

15 Tio eller fler läkemedel bland äldre

MÅTT

Andelen 75 år och äldre som använder 10 eller fler läkemedel samtidigt.

BESKRIVNING OCH SYFTE

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, 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. Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn omfattar samtliga läkemedel som förskrivits och hämtats ut från apotek, d.v.s. både läkemedel för regelbundet och vid behovsbruk, och både läkemedel för invärtes och utvärtes bruk.

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, 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.

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter på individnivå om alla uthämtade läkemedel i öppenvård (recept samt dosdispenserade). Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort enligt folkbokföringen.

Täljare: Antal personer 75 år och äldre som den 31 december 2012 beräknas ha använt tio eller fler läkemedel

Nämndare: Totalt antal personer 75 år och äldre i befolkningen, hämtat från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen. På grund av skillnader i försäljning av receptfria läkemedel kan reella skillnader föreligga mellan länen. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en under-

skattning av mängden förskrivna läkemedel. Information om vilka läkemedel som verkligen intas av patienten finns inte i registret. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

Värt att beakta är att samtliga läkemedelsgrupper ingår i indikatorn, även hudskyddande och uppmjukande medel, tårsubstitut, medel vid mun och tandsjukdomar samt medicinska schampon. En patient med flera av dessa läkemedel i sin läkemedelslista får samma dignitet i utfallet som en patient med lika många läkemedel som administreras peroralt.

16 Läkemedelsinteraktion bland äldre

MÅTT

Andelen 75 år och äldre som använder läkemedel med risk för D-interaktioner.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Med läkemedelsinteraktion menas kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras effekter. D-interaktioner utgör tillsammans med C-interaktioner de kliniskt relevanta läkemedels-interaktionerna varav D-interaktioner är den mest allvarliga. D-interaktioner kan, enligt FASS, leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, 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.

Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Täljare: Personer i åldrarna 75 år och över, som den 31 december beräknas ha använt minst en läkemedelskombination med risk för D-interaktioner.

Nämnare: Samtliga personer i åldrarna 75 år och över i befolkningen.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

17 Äldre med läkemedel som bör undvikas

MÅTT

Andel personer i befolkningen 75 år och äldre som uppskattas använda minst ett läkemedel som enligt Socialstyrelsen bör undvikas hos äldre om inte särskilda skäl föreligger.

BESKRIVNING OCH 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 "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 förskrivande 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

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.

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter på individnivå om alla uthämtade läkemedel på recept och via dosdispensering. Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort enligt folkbokföringen.

Läkemedel	ATC-kod
Långverkande bensodiazepiner	No5BA0,1No5CDo2, No5CDo3
Läkemedel med betydande antikolinerga effekter	A03AB , A03BA, A03BB, A04AD0,1Co1BA, Go4BD, No2AG No4A, No5AA, No5AB04, No5AF03, No5AHO2, No5BB01, No6AA, Ro5CA10, Ro6AA02, Ro6AB, Ro6AD, Ro6AX02
tramadol	No2AX02
propiomazin	No5CM06

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Täljare: Antal personer 75 år och äldre som den 31 december 2012 beräknas ha använt minst ett av de läkemedel som listas ovan (långverkande bensodiazepiner, antikolinerga läkemedel, tramadol och propiomazin)

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

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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 landsting skulle detta kunna leda till skillnader i utfallen mellan landsting.

Metoden mäter inte om behandlingen följs upp och/eller omprövas regelbundet.

18 Förekomst av antibiotikabehandling

MÅTT

Antibiotikarecept per 1 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver antalet uthämtade recept på antibiotika i förhållande till hela befolkningen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardiserat med befolkningen år 2010 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personens hemort. Uppgifterna baseras på recept på antibiotika som hämtas ut på apoteket.

Läkemedel	ATC-kod
Antibiotika	J01
Penicillin V	J01CE02

Täljare: Antal recept på antibiotika.

Nämnare: Antal invånare.

Som extrainformation anges hur stor andel av det först förskrivna receptet under perioden som var penicillin V.

Täljare: Antal personer där första recept var på penicillin V.

Nämnare: Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under perioden.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

19 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

MÅTT

Andel uthämtade recept på penicillin V av antibiotika som vanligen används vid luftvägsinfektion. Åldersgrupp barn 0–6 år.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Antibiotika bidrar endast blygsamt till läkningsförloppet för de flesta vanliga luftvägsinfektioner hos barn. Undantaget är lunginflammation. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms behöva behandling med antibiotika, är penicillin V (fenoximetylpenicillin) som är ett antibiotikum med smalt antibakteriellt spektrum i de flesta situationer förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Strama uppskattar att penicillin V ska kunna utgöra 80 procent eller mer av alla luftvägsantibiotika till barn mellan 0–6 år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna i täljaren, penicillin V, har i Läkemedelsregistret definierats med ATC-kod: J01CE02.

Luftvägsantibiotika har definierats som penicillin V, doxycyklin, amoxicillin, amoxicillin med klavulsyra, cefalosporiner, makrolider.

ATC-koder: J01AA02, J01CA04, J01CR02, J01DB-DE, J01FA

Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på barnens hemort.

Täljare: antal uthämtade recept på penicillin V (J01CE02) till barn 0–6 år

Nämnare: antal uthämtade recept på doxycyklin (J01AA02), amoxicillin (J01CA04), penicillin V (J01CE02), amoxicillin med klavulansyra (J01CR02), cefalosporiner (J01DB-DE) och makrolider (J01FA) till barn 0–6 år

Tilläggsinformation i kolumnen höger om diagrammet i rapporten:

Andel barn i befolkningen som hämtat ut något luftvägsantibiotika.

Täljare: Antal barn som behandlats med luftvägsantibiotika.

Nämnare: Antal barn i befolkningen

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd, jourmottagningar och liknande. Valet av antibiotikum påverkas till en del av den totala användningen. En frikostig förskrivning av antibiotika kan leda till att andelen recept på penicillin V är hög beroende på att mindre komplicerade fall som enligt Stramas riktlinjerna inte skulle behöva antibiotika alls behandlas med detta. Detta kan ge ett falskt positivt utfall för indikatorn.

Täljaren har definierats som läkemedel som vanligtvis används vid luftvägsinfektioner till barn. Detta som ett surrogat för diagnos som saknas i indikatorn. Nämnaren identifierar inte antibiotika vid enbart luftvägsinfektioner, och en hög eller låg användning av dessa antibiotika vid andra infektionstyper hos barn kan påverka utfallet.

20 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

MÅTT

Andel kinoloner av alla uthämtade recept för läkemedel som används vid urinvägsinfektion.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Akut cystit (urinvägsinfektion) är i de allra flesta fall ofarligt och cirka 30 procent av patienterna blir spontant symtomfria efter en vecka utan behandling. En antibiotikabehandling syftar i första hand till att förkorta tiden med symtom.

Antibiotikagruppen kinoloner bör inte förskrivas vid cystit eftersom spektrumet är onödigt brett med stor risk för resistensutveckling. Andra antibiotika, pivmecillinam, trimetoprim och nitrofurantoin, har i princip inga andra indikationer än nedre urinvägsinfektion. Kinoloner är rimligt att använda vid en komplicerad urinvägsinfektion, men dit räknas bara ett par procent av alla urinvägsinfektioner hos kvinnor. Därför anser Strama att kinoloner inte ska stå för mer än 10 procent av alla preparat mot urinvägsinfektioner hos vuxna kvinnor i åldern 18–79 år. I övrigt finns väldigt få indikationer för kinoloner inom den öppna vården. För män betraktas i princip samtliga urinvägsinfektioner som komplicerade, så för dem finns inget särskilt målvärde.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på kvinnornas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Ciprofloxacin	J01MA02
Norfloxacin	J01MA06
Pivmecillinam	J01CA08
Trimetoprim	J01EA01
Nitrofurantoin	J01XE01

Täljare: Antal uthämtade recept på (ciprofloxacin (Jo1MAo2) + norfloxacin (Jo1MAo6)) till personer 18–79 år.

Nämnamn: Uthämtade recept på pivmecillinam (Jo1CAo8), trimetoprim (Jo1EAO1), ciprofloxacin (Jo1MAo2), norfloxacin (Jo1MAo6) och nitrofurantoin (Jo1XEo1) till personer 18–79 år.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak. För framförallt kinoloner kan det finnas andra orsaker till förskrivning än nedre urinvägsinfektion, därigenom kommer kinolonernas andel att överskattas.

21 Kombinationspreparat vid astma

MÅTT

Andel nyinsatta på astmakombinationspreparat som inte provat annat astmaläkemedel.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Läkemedelsverkets behandlingsstrappa vid astma innebär att fasta kombinationer av beta-2-stimulerare och inhalationssteroider endast skall användas av enkelhetsskäl efter noggrann utprovning var för sig.

Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av astmakombinationspreparat tidigare fått behandling med astmaläkemedel som ett mått på följsamhet till behandlingsrekommendationer.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Astmaläkemedel	R03
Astmakombinationspreparat	R03AKo6,R03AKo7

Täljare: Antal personer 25–44 år som hämtade ut recept på astmakombinationspreparat och som de föregående 24 månaderna inte hämtat ut recept på något astmaläkemedel.

Nämnamn: Antal personer 25–44 år som hämtade ut recept på astmakombinationspreparat och som de föregående 24 månaderna inte hämtat ut recept på något astmakombinationspreparat.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

22 Uttagsföljsamhet vid blodtryckssänkande behandling

MÅTT

Andel individer med nyinsatt behandling med blodtryckssänkande läkemedel och som kvarstår på behandling upp till 18 månader.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter nyinsatt läkemedelsbehandling. Följsamhet till läkemedelsbehandling kan belysa kvaliteten i primärvård, specialiserad öppenvård och apoteksverksamhet samt i samspelet dem emellan.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn mäter patienter med nyinsatt blodtrycksmedicin under en ettårsperiod. Med nyinsatt medicin menas att patienten inte köpt ut blodtryckssänkande medicin på minst 2,5 år före uttaget. Varje patients utköp studeras sedan 12–18 månader efter första utköpsdatum. Patienternas utköpsföljsamhet analyserades för något blodtryckssänkande medel oavsett om byte av läkemedel skett under perioden.

Läkemedel	ATC-kod
Diuretika	C03
Betablockerare	C07
kalciumentagonister	C08
ACE-hämmare och ARB	C09

Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid förstagångsköpet.

Täljare: Antal individer 50–79 år som påbörjat utköp av blodtryckssänkande läkemedel och som fortsätter att köpa ut blodtrycksmedicin på apotek 12–18 månader efter första köp.

Nämnare: Samtliga individer 50–79 år med nyinsatt blodtryckssänkande behandling.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende eller på sjukhus, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

23 God viruskontroll vid HIV**MÅTT**

Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet är ett processmått för vården av HIV-smittade och anger hur stor andel av alla med antiviral behandling som når målet för god viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml.

Hämning av virusförökning är ett centralt mål i HIV-behandling. God viruskontroll motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma.

Virusmåttet är direkt relaterat till patientens överlevnad.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täjlare: Antal HIV-patienter med antiviralbehandling riktad mot HIV med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml).

Nämndare: Samtliga HIV-patienter med antiviral behandling riktad mot HIV.

Kliniska data och laboratoriedata inrapporteras kontinuerligt i InfCare HIV av patientens ordinarie vårdgivare i direkt anslutning till vårdtillfälle.

Varje kliniks resultatmått och demografi visas i realtid på den egna kliniken. Nationell avläsning sker 1 gång per år, för aktuell rapport är avläsning gjord sista april. Patientens senaste mätvärde under mätperioden redovisas.

Ingen avgränsning sker av den behandlade populationen. Alla patienter inkluderas och ingen standardisering sker därmed.

Patienten registreras på den klinik där han/hon vid den givna tidpunkten är registrerad vid, oavsett tidigare eventuell annan kliniktilhörighet och oavsett bostadsort.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: InfCareHIV.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden är över 99 procent.

24 Patientrapporterade uppgifter om läkemedelsbehandling**MÅTT**

"Frågade läkaren eller någon annan ur personalen dig om andra läkemedel som du använder?" Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet redovisar om ett urval av patienter fick frågan om andra läkemedel vid det aktuella läkarbesöket på vårdcentral/motsvarande.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. För primärvården tillfrågas vanligtvis 200 respondenter som under urvalsperioden, 4 veckor, besökt deltagande vårdcentral/motsvarande.

DATAKÄLLA

Sveriges kommuner och landsting (SKL)

FELKÄLLOR

Svarsfrekvensen 2011 var 54 procent med en variation mellan deltagande landsting på 51–61 procent.

FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHET

25 Tillgång till sjukvård

MÅTT

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 40 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Undersökningsperioden är februari-april samt september-november. 0,5 procent av den vuxna befolkningen intervjuas vilket innebär att i ett medelstort landsting genomförs cirka 1 000 intervjuer.

Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "varken eller".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Tar helt/delvis avstånd från".

Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Korrigerad svarsfrekvens för 2012 var 66 procent.

26 Förtroende för vårdcentraler

MÅTT

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet Jag har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 40 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Undersökningsperioden är februari-april samt september-november. 0,5 procent av den vuxna befolkningen intervjuas vilket innebär att i ett medelstort landsting genomförs cirka 1 000 intervjuer.

Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentralen.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "varken eller".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Tar helt/delvis avstånd från".

Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Korrigerad svarsfrekvens 2012 var 66 procent.

27 Förtroende för sjukhus**MÅTT**

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet Jag har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 40 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Undersökningsperioden är februari-april samt september-november. 0,5 procent av den vuxna befolkningen intervjuas vilket innebär att i ett medelstort landsting genomförs cirka 1 000 intervjuer.

Täljare:

- Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentralen.
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "varken eller".
- Antal individer i ett urval av befolkningen som uppgett "Tar helt/delvis avstånd från".

Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Korrigerad svarsfrekvens 2012 var 66 procent.

28 Bemötande vid besök på akutmottagning**MÅTT**

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Värde för patientupplevd på akutmottagning.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde bemötandet vid det aktuella läkarbesöket på akutmottagningen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal

mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. Närmare 54 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Korrigerad svarsfrekvens 2012 var 46 procent med en variation mellan deltagande landsting på 43–52 procent.

29 Information vid besök på akutmottagning

MÅTT

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet på akutmottagning.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgången till information vid det aktuella läkarbesöket på akutmottagningen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 0, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. Närmare 54 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Korrigerad svarsfrekvens 2012 var 46 procent med en variation mellan deltagande landsting på 43–52 procent.

30 Delaktighet vid besök på akutmottagning

MÅTT

"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet på akutmottagning

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde delaktighet vid det aktuella läkarbesöket på akutmottagningen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Resultaten presenteras i ett framräknat värde, Patientupplevd kvalitet, PUK. PUK-värdet är ett viktat värde för svaren på en enkätfråga. Vid framräkning av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort, så som "ej ifyllt" eller "ej aktuellt". Värdet beräknas genom att andelen svarande per svarsalternativ multipliceras med ett tal mellan 1 och 6, där positiva svar multipliceras med högre tal. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

Resultaten redovisas, i den här rapporten, på landstingsnivå samt för riket.

Nationell Patientenkät genomförs samtidigt i samtliga medverkande landsting/regioner. Undersökningen genomförs med en postal enkät med två påminnelser. Frågeformuläret anpassas till den verksamhet som för tillfället mäts. Närmare 54 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som gjort ett besök inom den somatiska öppenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om och gradera sina erfarenheter av sitt besök.

DATAKÄLLA

Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Korrigerad svarsfrekvens 2012 var 46 procent med en variation mellan deltagande landsting på 43–52 procent.

TILLGÄNGLIGHET**31 Läkarpbesök inom sju dagar i primärvård****MÅTT**

Andel patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården samma dag, inom tre dagar och inom sju dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar andelen patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen samma dag, inom tre dagar och inom sju dagar i förhållande till det totala antalet inrapporterade besök som omfattas av vårdgarantin.

Faktisk väntetid avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en besökstid, till tidpunkten för besöket.

Med läkarbesök avses här patienter som besöker läkaren för ett tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig förändring/försämring av ett tidigare känt hälsoproblem.

Patienter som besöker läkaren för kontroll/uppföljning av ett känt hälsoproblem eller patienter som kommer för att få ett hälsointyg omfattas inte. Patienter som valt en senare tid (patientvald väntetid) än den som erbjuds exkluderas.

TEKNISK BESKRIVNING

Samtliga vårdcentraler/motsvarande rapporterar uppgifter om faktisk väntetid i kalenderdagar per patient. Även privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas. Det är endast besök på allmänläkarmottagningen under ordinarie mottagningstid som ska rapporteras.

Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2009 under tio arbetsdagar i följd under två veckor, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.

Täljare: Antal patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen i primärvården samma dag, inom tre dagar och inom sju dagar vid det aktuella måttillfället.

Nämnare: Det totala antalet inrapporterade besök på allmänläkarmottagning i primärvården vid det aktuella måttillfället.

DATAKÄLLA

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Andel patienter som får komma inom sju dagar är beroende av hur långt fram i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök. Vissa vårdcentraler har begränsad tidsbokning framåt i tiden.

Vid vårdcentraler där patienter till exempel endast kan bokas för tid samma dag och ombeds att ringa nästa dag, om alla tider är upptagna, ger mätningen en falsk bild av tillgängligheten.

32 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon**MÅTT**

Andel besvarade samtal till datoriserade telefonisystem under mars månad.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar andelen besvarade samtal till återuppringningssystem eller datoriserad växel under hela mars.

TEKNISK BESKRIVNING

Vårdcentraler, offentliga och privata som har datoriserade telefonisystem (återuppringningssystem eller datoriserad växel) redovisar totalt antal samtal (både antal obesvarade och antal besvarade) varav besvarade samtal under en hel kalendermånad (mars och oktober).

Täljare: Antalet besvarade eller återuppringda samtal.

Nämnare: Totala antalet påringningar.

DATAKÄLLA

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

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.

33 Besök inom 90 dagar i specialiserad vård**MÅTT**

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på besök i planerad specialiserad vård.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 respektive 90 dagar på ett förstasbesök inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella måttillfället. Enbart läkarbesök ingår.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök har fattats i överenskommen med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.

TEKNISK BESKRIVNING

Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna 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.

Täljare: Antal patienter som väntat högst, 30, 60 respektive 90 dagar på besök till specialiserad vård.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar.

DATAKÄLLA

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Liksom ev. avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

34 Operation inom 90 dagar i specialiserad vård**MÅTT**

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/åtgärd i planerad specialiserad somatisk vård.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på behandling (42 specifika operationer/åtgärder) inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mättillfället.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om behandling har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.

TEKNISK BESKRIVNING

Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna 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 nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

Täljare: Antal patienter som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/åtgärd i den specialiserade vård

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar.

DATAKÄLLA

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera. Liksom ev. avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

KOSTNADER**35 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad****MÅTT**

Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som landstinget inte kan påverka bland annat befolkningens ålderssammansättning m.m.

Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens 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 landstinget ska finansiera med landstingsskatt,

generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår.

Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting 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 landsting och motsvarande för riket. Till detta läggs läkemedelskostnaden dividerad med kvoten mellan landstingets statsbidrag per invånare för läkemedel och genomsnittligt statsbidrag.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

En förväntad nettokostnad enligt behovsindex (standardkostnad) beräknas årligen i det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive landsting 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 landsting avser att avspegla den kostnadsmässiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan landstingen. Skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i skatteutjämnings kostnadsutjämnning.

Statsbidraget för läkemedel fördelas mellan landstingen enligt en modell liknande den för sjukvården. Kvoten mellan statsbidrag per invånare för det enskilda landstinget och riksgenomsnittet uttrycker strukturella skillnader i bl.a. sjukdomspanorama som påverkar de förväntade läkemedelskostnaderna.

För tidigare period har kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPIK (Lands- tingsprisindex med kvalitetsjusterade löner).

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

Nämnare: Befolkningsmängd per 31 december.

DATAKÄLLOR

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

FELKÄLLOR

Modellen för beräkning av standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnads- läget.

Utjämningsystemet har förändrats, vilket påverkar beräkningar för den strukturjusterade nettokostnaden och gör att jämförelser med tidigare mätningar inte är lämplig.

35A Sjukvårdskostnad per invånare per verksamhetsgren

MÅTT

Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för primärvårdsansluten hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Även omstruktureringskostnader exkluderas. Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden redovisas i kronor per invånare.

TEKNISK BESKRIVNING

Årlig undersökning via enkäter till samtliga landsting med bokslutsuppgifter om kostnader och intäkter för olika verksamheter. En landstingsgemensam verksamhetsindelning, VI 2000, definierar och avgränsar hälso- och sjukvård, tandvård, hemsjukvård, primärvård, specialiserad somatisk vård etc. En gemensam kontoplan definierar kostnads- och intäktsslag.

Täljare: Nettokostnad per verksamhetsgren exkl primärvårdsansluten hemsjukvård, omstruktureringskostnader och tandvård i kronor.

Nämnare: Befolkningsmängd per 31 december.

DATAKÄLLOR

Ekonomistatistik och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

FELKÄLLOR

Kvaliteten i uppgifterna är god.

35B Justerad läkemedelskostnad per invånare**MÅTT**

Kostnad per invånare för läkemedel inom läkemedelsförmånen.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Sedan slutet av 1990-talet har stora ansträngningar gjorts för att göra läkemedelsbehandlingen i Sverige mer kostnadseffektiv. Det främsta skälet till detta är att samhällets kostnader för läkemedelsanvändningen ökade betydligt snabbare än andra sjukvårdskostnader under 90-talet. Det enklaste (och oftast enda tillgängliga) sättet att mäta kostnadseffektivitet och resursåtgång är att relatera de medicinska resultaten till kostnaderna. Kostnadsjämförelser är dock bara skenbart exakta. De är lika komplexa och innehåller lika många felkällor som jämförelser av medicinsk kvalitet. Indikatorn visar landstingens kostnad för läkemedelsförmånen uppdelat per invånare för receptförskrivna läkemedel.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Måttet belyser landstingets kostnad i kronor per invånare för de receptförskrivna läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen. Då landstingen har olika rutiner för receptförskrivning respektive rekvisition för vissa läkemedelsgrupper har följande utelämnats:

- Bo1AB heparingruppen,
- Bo1AC trombocyttaggregationshämmande
- Bo2BD koagulationsfaktorer
- Bo3XA övriga medel vid anemier
- Ho1CB tillväxthormonhämmare
- Jo6BA humant normalt immunglobulin,
- Jo7BM papillomvirusvacciner
- Lo1XE proteinkinashämmare
- Lo3A immunstimulerande medel,
- Lo4A immunsuppressiva medel
- No7BC medel vid opioidberoende
- Kostnaden för handelsvaror inom förmånen

Ålders- och könsmässig standardisering med rikets population.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Beroende på åldersfördelning i befolkningen varierar den genomsnittliga egenavgiftsandelen mellan landstingen. En åldersstandardisering kompenserar inte fullt ut för denna faktor.

Uppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens sammansättning av åldrar och kön. Däremot har inte gjorts någon justering för att sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, vilket kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna. Läkemedelsregistret innehåller endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

36 Kostnad per konsumerad DRG-poäng**MÅTT**

Landstingens kostnader per konsumerad prestation (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård i kronor.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Specialiserad somatisk vård omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Såväl öppen vård som slutenvård och hemsjukvård ingår i måttet. Området definieras i VI 2000.

Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.

Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte.

Sjukvårdens prestationer uttrycks i konsumerade DRG-poäng. Antal DRG-poäng är summan av alla vårdkontakter multiplicerad med vikten för respektive vårdkontakt.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Nettokostnaden justeras för köp och försäljning av verksamhet mellan landsting inom specialiserad somatisk mottagningsverksamhet för att matcha de verksamhetsuppgifter som används.

DRG-poäng beräknas på landstingens konsumerade vårdtillfällen och besök som justeras för den beräknade vikt varje vårdkontakt har. Alla till patientregistret rapporterade vårdtillfällen tillsammans och läkarbesök grupperas i NordDRG och får därmed en DRG-grupp och en vikt enligt den senaste tillgängliga grupperaren och reella viktlistan. Resterande besök delas in efter besökstyp, personalkategori och verksamhetsområde och åsätts en standardvikt för respektive grupp.

Vikterna till NordDRG beräknas på den nationella Kostnad Per Patient (KPP) – databasen som innehåller verkliga kostnader per vårdtillfälle för drygt 70 % av den slutna vården. Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik.

Riket innehåller de vårdkontakter och kostnader som inte har kunnat bindas till ett visst landsting/region.

Vid beräkning av tidigare period har vikter för det senaste året används och kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPIK.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen. Verksamhetsstatistik, KPP-Databasen och LPIK, Sveriges Kommuner och Landsting. Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.

FELKÄLLOR

DRG-poäng beräknas på de individuella vårdkontakternas primära registreringar om främst diagnoser och åtgärder. Det gör att felaktigheter i grundkodningen kan komma att påverka utfallet (dock marginellt). DRG tar

hänsyn till skillnader i landstingens patientmix, patienternas ålder och sjukdomssvårighet, men inte till andra faktorer. Patientregistret i slutenvård är väl etablerat men i den öppna vården förekommer fortfarande brister.

37 Kostnad per producerad DRG-poäng

MÅTT

Kostnad per producerad DRG-poäng i somatisk slutenvård per sjukhus.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per producerad DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen.

Nämnare: Totala DRG-vikten.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

38 Kostnad per vårdkontakt i primärvård

MÅTT

Landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Primärvård omfattar allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastik och arbetsterapi med mera enligt definition i VI 2000.

Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Kostnaderna för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.

Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte.

Viktad vårdkontakt omfattar antalet besök av olika typ (till exempel mottagningsbesök, hembesök) samt telefonkontakter (endast om de ersatt ett besök) hos/av läkare och andra personalkategorier. Dessa viktas samman efter genomsnittlig resurstyngd.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Vårdkontaktarna viktas med hänsyn till typen av vårdkontakt (telefonkontakt eller mottagningsbesök), vilken personalkategori som är involverad och vilket delområde kontakten är redovisad på (t.ex. arbetsterapi eller allmänläkarvård). De olika typerna av besök och telefonkontakter har viktats enligt genomsnittlig resurstyngd. På samma sätt har läkarkontakter och kontakter hos andra personalkategorier viktats. Ett hembesök motsvarar 2

mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Ett besök hos annan personalkategori än läkare motsvarar 40 % av ett läkarbesök. Vårdkontaktarna viktas sedan enligt genomsnittskostnaden per vårdkontakt för respektive delområde (allmänläkarvård, sjuksköterskevård etcetera). Vårdkontaktarna justeras för köp från och försäljning till andra huvudmän utifrån uppgifter om kostnader och intäkter från räkenskapssammandraget för landsting.

DATAKÄLLA

Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting. Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.

FELKÄLLOR

Viss osäkerhet finns i uppdelningen av vårdkontakter efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. I kostnadsberäkningar har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård.

Områdesvisa indikatorer

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

39 Tobaksvanor under graviditet

MÅTT

Andel kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Gravida kvinnors tobaksvanor tre månader före aktuell graviditet och i tidig graviditet registreras vid inskrivning till mödrahälsovård som oftast sker i graviditetsvecka 8–12. Gravida kvinnors tobaksvanor registreras även sent i graviditeten i graviditetsvecka 30–32.

Indikatorn visar andelen gravida kvinnor som antingen rökte eller snusade sent i graviditeten samt hur stor andel gravida kvinnor som rökte eller snusade vid inskrivning men hade slutat sent i graviditeten.

Vid bortfall av tobaksvanor sent i graviditeten antar vi att de gravida kvinnorna som inte rökte/ snusade tre månader före aktuell graviditet och inte heller vid inskrivningen, var icke-rökare/icke-snusare i vecka 30–32.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under år 2010 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Täljare: Antal gravida kvinnor som rökte och/eller snusade vid graviditetsvecka 30–32.

Nämnare: Samtliga gravida kvinnor som har information om tobaksvanor.

DATAKÄLLA

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år. Bortfallet för mödrahälsovårdsjournalerna, där bl.a. tobaksvanor samlas in, är något större (cirka 7 %) men bortfall för den studerade perioden, 2007–2008 ligger på drygt 5% vilket påverkar indikatorn genom att endast kvinnor som har kompletta uppgifter på tobaksanvändning.

40 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet

MÅTT

Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditet. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att visa andel kvinnor som screenats med AUDIT-formulär i samband med graviditet (AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test). Indikatorn är viktig att mäta eftersom alkohol under graviditet kan skada fostret.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING*Täljare:* Antal kvinnor som screenats med AUDIT-formulär vid inskrivningssamtalet.*Nämnare:* Antal kvinnor som fött barn under mätperioden.**DATAKÄLLA**

Nationellt kvalitetsregister: Mödrahälsovårdsregistret.

FELKÄLLOR

Uppsala började använda AUDIT-formuläret i slutet av 2012. Låg täckningsgrad i vissa landsting.

41 Dödfödda barn

MÅTT

Antal dödfödda per 1 000 födda barn.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Från och med den 1:a juli 2008 har gränsen ändrats så att barn födda efter 22:a graviditetsveckan inkluderas. Men eftersom våra siffror ännu endast inkluderar årgångar upp till 2007 behålls den tidigare definitionen, dvs enbart dödfödda barn födda > 28 graviditetsveckor ingår. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning.

Antal dödfödda har beräknats per 1 000 födda i respektive landsting.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under år 2010 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Uppgifter om dödfödda barn inrapporteras årligen av sjukhusen till Socialstyrelsen.

Täljare: Antal dödfödda barn.*Nämnare:* Samtliga födda barn.**DATAKÄLLA**

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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.

42 Neonatal dödlighet

MÅTT

Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Med neonatal dödlighet avses antalet barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen.

Antal döda inom 28 dygn har beräknats per 1 000 levande födda i respektive landsting.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under år 2010 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Täljare: Antal neonatal döda.

Nämnare: Antal levande födda.

DATAKÄLLA

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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.

43 Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård**MÅTT**

Antal infektionsepisoder per 100 vårdade barn i neonatalvård.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta förekomsten av vårdrelaterade infektioner, således infektioner som förvärvats på neonatalavdelningen. Eftersom infektioner hos nyfödda barn snabbt kan leda till livshotande tillstånd är indikatorn av vikt att följa.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal bekräftade eller misstänkta infektionsepisoder

Nämnare: Antal vårdade barn, 100-tal

Ingår gör fall med kliniskt misstänkt (symtom och positiva laboratorieprover) eller bekräftad (påvisande av bakterier i blodbanan) infektion, som uppkommit efter det andra vård dygnet på neonatalavdelning, bland barn som är vårdade i neonatalvård direkt efter födelsen.

Inkluderar infektionsfall både bland levande och avlidna barn.

Data för landstings baseras på klinikens lokalisering, inte moderns hemlandsting.

DATAKÄLLA

Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister.

FELKÄLLOR

Låg andel barn med infektioner gör att statistiska osäkerheten är stor. Enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens. Rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion kan variera mellan enheter – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Slutligen är datakvaliteten i SNQ ännu inte känd.

44 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

MÅTT

Andel nyfödda med låg Apgar-poäng vid fem minuter.

BESKRIVNING OCH 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under år 2010 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

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

Nämnare: Totalt antal levande födda barn.

DATAKÄLLA

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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.

45 Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

MÅTT

Andelen perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar.

BESKRIVNING OCH 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting och mellan tidsperioder. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under år 2010 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

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.

DATAKÄLLA

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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.

46 Kejsarsnitt bland förstföderskor**MÅTT**

Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan förlossningsstart) samt andel kvinnor förlösta med kejsarsnitt enligt Robson 1 och 2 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan eller inducerad förlossningsstart eller planerat kejsarsnitt).

BESKRIVNING OCH SYFTE

Andelen kejsarsnitt enligt Robson 1 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan förlossningsstart) jämfört med totala antalet kvinnor i samma grupp.

Andelen kejsarsnitt enligt Robson 1 och 2 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan eller inducerad förlossningsstart eller planerat kejsarsnitt) jämfört med totala antalet kvinnor i samma grupp.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under år 2010 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Täljare: Antal kejsarsnitt enligt Robson 1, dvs. förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan förlossningsstart.

Antal kejsarsnitt enligt Robson 1 och 2, dvs. förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan eller inducerad förlossningsstart eller planerat kejsarsnitt

Nämnare: Totala antalet förlossningar enligt Robson 1, dvs. förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan förlossningsstart.

Totala antalet förlossningar enligt Robson 1 och 2, dvs. förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan eller inducerad förlossningsstart eller planerat kejsarsnitt.

DATAKÄLLA

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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.

47 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

MÅTT

Kostnad per vårdtillfälle för förlossning inklusive kejsarsnitt, DRG 370–373.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

Täljare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 370–373

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för DRG 370–373.

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen.

Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
370	Kejsarsnitt, komplicerat
371	Kejsarsnitt, utan komplikation
372	Vaginal förlossning, komplicerat
373	Vaginal förlossning, utan komplikation

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

KVINNOSJUKVÅRD

48 Önskade händelser efter borttagande av livmoder

MÅTT

Önskade händelser efter hysterektomi.

BESKRIVNING OCH SYFTE

För jämförbarhetens skull följer indikatorns definition så långt möjligt en kanadensisk förlaga (CIHI). För exklusionskriterierna rörande graviditet och förlossning samt obstetriska åtgärder har dessa vidgats något och omfattar här hela kapitlen för dessa diagnoser och åtgärder. Både listan på relevanta komplikationer och exklusionskriterierna kan komma att förändras för att anpassas till svenska förhållanden.

Kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation ingår. Patienterna följs upp med avseende återinskrivning för någon av de specificerade komplikationerna.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års kvinnor med genomgången hysterektomi som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Tidsperiod för mätning av komplikation	Huvuddiagnos, Diagnoskod ICD-10
Inom 28 dagar	D62, K560, K567, I978, I979, J954, J958, J959, T814
Inom 7 dagar	N390, R33, R3912

Inklusion:	Åtgärdskod (KKÅ)
Hysterektomi	LCD
Exklusioner:	Åtgärdskod (KKÅ)
Obstetrik	M
Exklusioner:	Huvuddiagnos
Graviditet och förlossning	O
Cancer	C, Z510, Z511
HIV	B24, Z21, R75
Exklusioner:	Skadediagnos, yttre orsak
Skador	Vo1-V99, W00-W23, W25-W27, W30-W31, W33-W40, W44-W45, W50-W60, W64-W77, W81-W84, W85-W99, X00-X31, X33-X38, X51, X53, X54, X57, X60-X99, Y00-Y09, Y350-Y354, Y356, Y357, Y36

Täjlare: Kvinnor som genomgått hysterektomi enligt nämnares kriterier och som inom 7 respektive 28 dagar återinskrivs med någon av följande huvuddiagnoser.

Nämnare: Samtliga kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation enligt nedanstående kriterier och som lever 28 dagar efter hysterektomin.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

De komplikationer som upptäcks och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som önska händelser. Vidare kan diagnossttningen variera mellan vårdgivare.

49 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

MÅTT

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information efter bortoperation av livmoder (hysterektomi). Indikatorn är påverkbar med information och av det totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning, utan på patientens värdering av huruvida komplikation inträffat eller brister i information förekommit.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täjlare: Antal patienter som uppgett avsaknad av komplikation eller oväntade besvär samt de som uppgett lindriga besvär men som ej föranlett vårdkontakt.

Nämnare: Totalt antal patienter som hysterektomerats p.g.a. godartade symtomgivande besvär.

Mätperiod avser operationsår.

Mätmetod: Enkät skickas ut till patienterna två månader efter operationen.

Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop samt Gyn-KvalitetsRegistret (GKR).

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens mellan kliniker.

50 Patienttillfredsställelse efter borttagande av livmoder

MÅTT

Andel kvinnor som uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet efter bortoperation av livmoder (hysterektomi). Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen patienter som 1 år efter att livmodern avlägsnats är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet. I en enkät före operationen anger i stort sett samtliga patienter att de förväntar sig att helt bli av med sina besvär efter operationen. Således mycket höga förväntningar på operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter av de definierade i nämnaren som angivit sig vara mycket nöjda eller nöjda med resultatet 1 år efter operationen.

Nämnare: Samtliga patienter som genomgått hysterektomi på benigna indikationer och som svarat på 1-års-uppföljningen

Mätperiod avser operationsår.

Mätmetod: Enkät skickas ut till patienterna 1 år efter operationen. Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop samt Gyn-KvalitetsRegistret (GKR).

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens. GKR saknar denna indikator, vilket gör att värden för Stockholm, Värmland och Gotland inte kan redovisas.

51 Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

MÅTT

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn speglar förekomsten av oväntade händelser och besvär, som lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Indikatorn är påverkbar med information och av det totala omhändertagandet. Den baserar sig inte på sjukvårdens bedömning, utan på patientens värdering av huruvida komplikation inträffat eller brister i information förekommit.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som uppgett avsaknad av komplikation eller oväntade besvär samt de som uppgett lindriga besvär men som ej föranlett vårdkontakt.

Nämnamnare: Totalt antal patienter som opererats för livmoderframfall.

Mätperiod avser operationsår.

Mätmetod: Enkät som skickas till patienten åtta veckor efter operationen.

Data för landsting redovisas på klinikens lokalisation/geografiska placering.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop samt Gyn-KvalitetsRegistret (GKR).

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens mellan kliniker.

52 Patientrapporterad förekomst av framfallssymtom efter operation**MÅTT**

Andel kvinnor som anger att det aldrig eller nästan aldrig buktar ut något i slidan efter framfallsoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta förekomsten av det enda framfallsspecifika symtomet – patientens känsla av att något buktar ut i slidan – efter framfallsoperation.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som ett år efter operation "aldrig" eller "nästan aldrig" upplever att något buktar ut ur slidan.

Nämnamnare: Antal patienter som opererats för framfall under mätperioden

Mätperiod avser operationsår.

Mätmetod: Alla patienter opererade för framfall frågas 1 år efter operationen (via enkät som skickas ut) om dom har en känsla av att något buktar ut ur slidan (5 svarsalternativ: aldrig / nästan aldrig / 1–3 ggr per månad / 1–3 ggr per vecka / dagligen)

Data för landsting redovisas på klinikens lokalisation/geografiska placering.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop samt Gyn-KvalitetsRegistret (GKR).

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens mellan kliniker.

53 Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation**MÅTT**

Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter inkontinensoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen.

Troligen spelar information om det normala förloppet efter operationen stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och indikatorn kan därigenom påverkas.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som postoperativt inte haft oförväntade besvär/komplikation som föranlett sjukvårdsbesök. Enkelt uttryckt komplikationsfria.

Nämnare: Antalet opererade med någon typ av inkontinensoperation under mätperioden.

Mätperiod avser operationsår.

Mätmetod: Enkät som skickas till patienten två månader efter operation.

Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop samt Gyn-KvalitetsRegistret (GKR).

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens mellan kliniker.

54 Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation

MÅTT

Andel kvinnor som anger att de är kontinenta efter inkontinensoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att spegla patientens bedömning av operationens resultat efter 1 år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antalet patienter kontinenta ett år efter operation – patientrapporterat.

Nämnare: Antalet inkontinensopererade med egenupplevt läckage.

Kontinens definieras enligt internationella kriterier (International Continence Society, ICS) som ofrivilligt urinläckage < 1 gång/månad.

Mätperiod avser operationsår.

Mätmetod: Enkät som skickas till patienten 1 år efter operation.

Data för landsting avser klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till landstingsområde.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi – Gynop samt Gyn-KvalitetsRegistret (GKR).

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens mellan kliniker.

55 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

MÅTT

Andel operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av livmoderframfall.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10	Åtgärds kod
Livmoderframfall	N81.1–N81.6, N81.9, N88.4, N99.3	LEF

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).

Täljare: Antal operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi.

Nämnare: Totala antalet utförda operationer av livmoderframfall d.v.s. även operationer utförda inom slutenvården.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.

56 Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder**Mått**

Kostnad per vårdtillfälle för hysterektomi. Vårdtillfällen med åtgärds kod LCD – operationer med avlägsnade av uterus, exklusive vårdtillfällen med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen med åtgärds kod LCD operationer med avlägsnade av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med åtgärds kod LCD operationer med avlägsnade av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

57 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

MÅTT

Estimerad andel knäproteser som inte omopereras inom 10 år. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen knäproteser som inte revideras (omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut) inom 10 år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Ingen standardisering utom selektionen av totala knäproteser insatta för artros.

Täjlare: Antal förstagångsrevisioner.

Nämnare: Antal primära knäproteser.

Alla primära knäproteser insatta för artros ingår. Överlevnad beräknas i månadsintervaller.

Konfidensintervall beräknas genom användande av Wilsons kvadratiske ekvation där den effektiva urvalsstorleken estimerats enligt Greenwood och Peto. (Dorey F, Nasser S, Amstutz H. The need for confidence intervals in the presentation of orthopaedic data. J Bone Joint Surg [Am] 1993; 75-A: 1844–52)

Mätperiod: Knäproteser utförda under en tio-årsperiod.

Sjukhuset där primäroperationen utförts bestämmer landstingstillhörigheten.

DATAKÄLLOR

Svenska Knäprotesregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden är mycket hög.

Sammanställningen baseras på deskriptiva uppgifter som inte tar hänsyn till variation i ålder och varierande patientantal. Tolkningsproblem relaterade till denna förenkling har tidigare diskuterats allmänt i anslutning till geografiska jämförelser och har presenterats i en artikel från registret: Robertsson O, Ranstam J, Lidgren L. Variation in outcome and issues in ranking hospitals. Acta Orthop. 2006 Jun; 77(3): 487–93.

58 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

MÅTT

Estimerad andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta hur länge den totala höftprotesen "överlever" efter operation, med så kallad Kaplan-Meier statistik. Detta kvalitetsmått är internationell standard vid alla jämförelseanalyser inom området.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Kaplan-Meier metoden har använts för beräkning av "protesöverlevnad", i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Definitionen på misslyckande avser en omoperation där en proteskomponent eller hela protesens bytts ut och/eller att protesens tas bort.

Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.

Mätperiod avser operationsår.

Samtliga berörda kliniker i Sverige rapporterar uppgifter avseende primära, totala höftproteser till Svenska Höftprotesregistret.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

DATAKÄLLA

Svenska Höftprotesregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden för denna variabel är mycket god, 98 %. Olikartad åldersammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

59 Omoperation efter total höftprotesoperation

MÅTT

Andelen omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att spegla andelen totala höftoperationer som inom 2 år omopereras vilket är en "snabbare" indikator än implantatöverlevnaden.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen oavsett vilken orsaken till omoperation är. Avser all form av ytterligare kirurgi (vidare begrepp än revision) efter indexoperationen.

Nämnamnare: Samtliga operationer av totala höftproteser som registrerats i Svenska Höftprotesregistret under mätperioden.

Enbart komplikationer som behandlas kirurgiskt ingår (de som omopereras). Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiska behandlingar av luxationer (urledvridningar) ingår därmed ej. Flera omoperationer på grund av samma orsak räknas som en omoperation. Vid omoperation vid annan klinik/landsting förs omoperationen till primärkliniken/-landstinget.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

DATAKÄLLA

Svenska Höftprotesregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden för denna variabel är mycket god. Olikartad åldersammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

60 Önskad händelser efter knä- och total höftprotosoperation

MÅTT

Önskad händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotosoperation.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Samtliga patienter, som är registrerade i patientregistret och genomgått en knä- eller total höftprotosoperation ingår. Patienterna följs upp med avseende på död, kirurgiska knä- och höftprotosspecifika komplikationer, återinskrivning för hjärt-kärlsjukdom, pneumoni, eller urinstämma.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

	Åtgärds kod
Operationer	NGB09, NGB19, NGB29, NGB39, NGB49, NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.
Önskad händelser	Diagnoskod ICD-10
Komplicationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotosspecifika komplikationskoder, huvud- eller bidiagnos	T810,T813,T814,L899,T840,T845,S730,T933, T814,T845,I803,I269, M243,M244,T840,T845, T840,T814,I803, I269
Hjärt-kärl, pneumoni, urinstämma, huvuddiagnos	I, J819, J15, J18, J13, R33
Död	Alla orsaker

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års knä- och höftprotosopererade som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Täljare: Patienter som fått knä- eller höftprotos och drabbas av en önskad händelse inom 30 dagar efter utskrivning.

Nämnare: Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotos.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

De komplikationer som upptäcks och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som önskad händelser.

61 Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation

MÅTT

Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet baseras på patienternas uppskattning av sin hälsorelaterade livskvalitet enligt EQ-5D ett år efter total höftprotosoperation och visar relationen mellan varje kliniks faktiska resultat (faktiskt uppmätt hälsorelaterad livskvalitet) och klinikens förväntade resultat, med hänsyn tagen till olika patientkaraktistika och till rikets resultat.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Höftprotesregistret följer upp patientrapporterade resultat av operationer. Alla patienter besvarar ett preoperativt formulär med tio frågor. Skattning av hälsorelaterad livskvalitet sker med hjälp av instrumentet EQ-5D. EQ-5D hälsoindex är ett viktat totalvärde för hälsorelaterad livskvalitet (5 frågor) med lägsta värde på -0,594 och bästa på 1,0. Samma formulär som användes före operationen sänds med en kompletterande fråga om tillfredsställelse till patienten ett år efter operationen.

Varje kliniks faktiska resultat efter ett år relateras till det förväntade resultatet och uttrycks enligt följande: Faktiskt resultat/Förväntat resultat x 100. Värden större än 100 anger att det faktiska resultatet vad avser hälsorelaterad livskvalitet är bättre än det förväntade, givet respektive kliniks casemix.

Det förväntade EQ-5D värdet baseras på information om de opererade patienternas egenskaper - ålder, kön, samsjuklighet, diagnos och ingångsvärden (preoperativt EQ-5D resultat).

Mätperiod avser operationsår.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

DATAKÄLLA

Svenska Höftprotesregistret.

FELKÄLLOR

Trots att hänsyn tas till casemixvariation vid beräkning av respektive kliniks förväntade EQ 5D-resultat efter ett år, kan det finnas ytterligare patientkaraktistika som påverkar utfallet och som ej kunnat tas hänsyn till.

62 Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation**MÅTT**

Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta hur nöjda patienterna är med operationsresultatet ett år efter total höftprotesoperation. Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar såsom tveksam indikation för kirurgi, andra sjukdomar, socioekonomiska bakgrundsvariabler; födelseland och med detta sammanhängande språksvårigheter, bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt orealistiskt höga förväntningar på slutresultatet.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

I Svenska Höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttillfredsställelse, vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga då patienten på en skala, VAS, skall ange hur nöjda de är med operationsresultatet ett år efter operation. VAS går från 0 (nöjd) till 100 (missnöjd). Värden mellan 40 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Indikatorn visar andelen patienter som angivit värden på 0 till 39. Samtliga indikationer för operation ingår.

Mätperiod avser operationsår.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

DATAKÄLLA

Svenska Höftprotesregistret.

FELKÄLLOR

Varierande men hög svarsfrekvens.

63 Väntetid inför höftfrakturopoperation

MÅTT

Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, mätt i timmar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst tills patienten blir opererad. Det vill säga hur lång tid i timmar det tar från det att patienten ankommer till sjukhuset till dess att operation startar. I måttet redovisas den genomsnittliga väntetiden per landsting för alla patienter med höftfraktur.

Väntan på operation är ansträngande såväl fysiskt som psykiskt för patienten och vårdtiden förlängs. Dessutom ökar komplikationer med förlängd väntetid.

Väntetiden till operation är därför är en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats och attityd. Tid mellan ankomst till sjukhus och start för operation är också ett internationellt vanligt förekommande kvalitetsmått. Det finns en metaanalys om detta.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgift om medelväntetid till operation är baserad på klockslag i timmar för ankomst respektive operation. Patienterna hänförs till den klinik där de akutopereras. Höftfrakturpatienterna är åldriga och har liten förflyttning inom landet.

Redovisningen avser patienter 50 år och äldre med exkluderande av frakturer betingade av metastas och annan patologisk benförändring. Omfattar 96 % av alla höftfrakturpatienter.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: RIKSHÖFT – Svenska Höftfrakturregistret.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad mellan kliniker.

64 Protesoperation vid höftfraktur

MÅTT

Andel protesopererade patienter 65 år och äldre vid cervikal höftfraktur.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Förstagångsfall av cervikal höftfraktur (brott på lårbenshalsen) där frakturen var huvuddiagnos och patienten var 65 år eller äldre ingår i beräkningarna. Bland dessa ingår i analysen de som opererats med halv- eller total höftprotes eller behandlats med traditionell osteosyntes.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
	S720 (Icd9: 820A, 820B, 820W, 820X)
Operationer	Åtgärds kod
	Primära ledprotesoperationer: NFB, Osteosyntes eller annan operation vid fraktur på femur: NFJ39–NFJ99

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års höftfrakturpatienter som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Täljare: Förstagångsfall av cervikal höftfraktur i åldrarna 65 år eller äldre som åtgärdades med ledprotes.

Nämnare: Samtliga förstagångsfall av cervikal höftfraktur i åldrarna 65 år eller över som åtgärdades med ledprotes eller osteosyntes.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Möjliga skillnader i kodningspraxis mellan landstingen.

65 Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation

MÅTT

Estimerad andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 1 år efter höftprotesoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta hur länge halvprotesen "överlever" efter operation, med så kallad Kaplan-Meier statistik.

Patientgruppen skiljer sig avsevärt mot den som opereras med total höftprotes, då halvprotesen vanligen opereras in hos höftfrakturpatienter där medelåldern är 85 år (för totalprotes är medelåldern 68 år), avsevärt större sjuklighet och högre 1-års mortalitet.

Implantatöverlevnad beräknas därför för denna patientgrupp redan efter ett år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Kaplan-Meier metoden har använts för beräkning av "protesöverlevnad", i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Definitionen på misslyckande avser en omoperation där en proteskomponent eller hela protesens bytts ut och/eller att protesens tas bort.

Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

DATAKÄLLA

Svenska Höftprotesregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden är hög.

66 Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur

MÅTT

Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation av höftfraktur. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation av höftfraktur. Indikatorn är viktig att följa eftersom den speglar om patienten återfått sin tidigare funktionsnivå, vilket är huvudmålet efter höftfrakturoperation (efter 4 månader har funktionsnivå väsentligen stabiliserats).

Indikatorn speglar samtliga delar av behandlingskedjan: det akuta akutomhändertagandet med operation, gångmobilisering på vårdavdelningen och den fortsatta rehabiliteringen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter återgår till ursprungsboende inom 4 månader.

Nämnare: Antal patienter 50 år och äldre som opereras och blir uppföljda efter 4 månader.

Populationen består av patienter 50 år och äldre med icke patologisk höftfraktur som opereras. Alla patienter som registret har information om ingår i nämnaren, även de som avled på sjukhus eller inom fyra-månadersperioden.

DATAKÄLLOR

Nationellt kvalitetsregister: RIKSHÖFT – Svenska Höftfrakturregistret.

FELKÄLLOR

Varierande rapporteringsgrad vad avser uppgift om boende vid 4-månadersuppföljningen

67 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

MÅTT

Andel kvinnor 50 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter fraktur.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Osteoporos förekommer hos drygt 30 procent i gruppen 70-åriga kvinnor, och i 65–70 årsåldern har cirka 25 procent av kvinnorna redan fått en fraktur. Dessa kvinnor har en starkt förhöjd risk att i framtiden drabbas av ytterligare frakturer. Behandling med läkemedel som dämpar utvecklingen av benskörhet är aktuell för många i patientgruppen. Socialstyrelsen publicerade 2012 nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. I riktlinjerna poängteras vikten av frakturrisksbedömning och frakturförebyggande behandling. Det är därför angeläget att studera om diagnosen osteoporos ställs och behandlas efter det att äldre personer vårdats på grund av en fraktur.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn visar kvinnor i åldrarna 50 år och äldre som vårdats inom slutenvård med huvuddiagnos fraktur i höft, knä, ländkotpelare, bäcken, bröstkotpelare, handled eller axel. Dessa följdes upp med avseende på uthämtning av osteoporosförebyggande läkemedel under perioden 6–12 månader efter sjukhusvård. Endast patientens första vårdtillfälle sedan 1998 med någon av diagnoserna ingår i beräkningarna. Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2009–2011 års frakturpatienter som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
	S321–S328, S525, S526, S422, S423, S22, S720–S724, S821
Läkemedel	ATC-kod
	M05B, G03CX01, G03XC01, G03F, G03CA03, exklusive lokalt verkande hormonpreparat.

Täljare: Antal kvinnor 50 år och äldre som för första gången vårdats inom slutenvården för ovanstående diagnoser och som fick osteoporosförebyggande läkemedel någon gång under perioden 6–12 månader efter slutenvård.

Nämnare: Antal kvinnor 50 år och äldre som för första gången vårdats inom slutenvården för ovanstående diagnoser.

I analysen utesluts patienter som avlider under perioden från sjukhusvistelsen fram till slutet av observationsperioden.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Vissa frakturer behandlas inom primärvården vilket innebär att de patienterna inte ingår i mätningen. Läkemedelsregistret innehåller inte uppgifter om läkemedel som ges i slutenvård, så kallade rekvisitionsläkemedel. Skillnader i huruvida landstingen väljer att förskriva eller rekvirera bisfosfonater som zoledronsyra påverkar därför resultatet, om än inte i någon större omfattning. 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

68 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis

MÅTT

Patientrapporterad förbättring 1 år efter operation av spinal stenosis. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen, vilket är viktigt att följa eftersom smärtlindring är en målsättning med operationen.

Mätetalet (procent) anger den andel av alla opererade patienter, som skattar sin bensmärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre" vid 1-årsuppföljningen och är ett bra mått på patientupplevt resultat av operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal fall som skattar sin bensmärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre".

Nämnare: Antal patienter som besvarat frågan.

Mätperiod avser operationsår.

Alla patienter i diagnosgruppen spinal stenosis ingår.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: SWESPINE – Svenska ryggregistret.

FELKÄLLOR

37 av 40 kliniker registrerar. Varierande svarsfrekvens. Casemixskillnader mellan kliniker kan påverka resultatet.

69 Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck

MÅTT

Patientrapporterad förbättring 1 år efter operation av diskbråck. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbråck i ländryggen, vilket är viktigt att följa eftersom smärtlindring är en målsättning med operationen.

Mätetalet (procent) anger den andel av alla opererade patienter, som skattar sin bensmärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre" vid 1-årsuppföljningen och är ett bra mått på patientupplevt resultat av operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal fall som skattar sin bensmärta som "Helt försvunnen" eller "Mycket bättre".

Nämnare: Antal patienter som besvarat frågan.

Mätperiod avser operationsår.

Alla patienter i diagnosgruppen diskbråck ingår.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: SWESPINE – Svenska ryggregistret.

FELKÄLLOR

37 av 40 kliniker registrerar. Varierande svarsfrekvens. Casemixskillnader mellan kliniker kan påverka resultatet.

70 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

MÅTT

Antalet artroskopier med huvuddiagnos knäartros eller vissa andra sjukliga förändringar i knäled per 100 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar antalet explorativa artroskopier med operationskoder: NGA01, NGA11, NGD01, NGD11 och NGF31.

Åtskilliga anledningar kan leda till artroskopi varför i detta avseende har de som har haft huvuddiagnosen M17 (knäartros) och M23 (meniskskador) valts. Uppgifter om artroskopier via öppenvård och slutenvård och antalet åtgärder har tagits från Patientregistret (PAR). Siffrorna är per 100 000 invånare i åldrarna 40 och äldre.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet operationer har hämtats från Patientregistret samt Öppenvårdregistret genom följande operationskoder:

Kod	Definition
NGA01	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av mjukdelar i knä eller underben
NGA11	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled
NGD01	Artroskopisk eller endoskopisk total excision av menisk i knäled
NGD11	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk i knäled
NGF31	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision ledbrosk i knäled

Dessa patienter har haft följande huvuddiagnoser:

Patientregister	Diagnoskod ICD-10	Ålder
Knäartros	M17	40 år och äldre
Sjukliga förändringar i knäled	M23	"

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade antal per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Antalet fall redovisas sammantaget för flera år för att öka den statistiska säkerheten.

DATAKÄLLA

Patientregistret Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser och registrera åtgärds-koder kan variera mellan landstingen. Små landsting tenderar också att få instabilare värden. Privata vårdgivare underrapporterar till PAR.

71 Utbytesoperation efter korsbandsoperation

MÅTT

Andelen utbytesoperationer efter främre korsbandsoperation. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta utfallet av främre korsbandsoperation. Utbytesoperation (revision) innebär att den primära operationen inte nått önskat resultat, vilket kan bero på undermålig kirurgisk teknik, dåliga läkningsförhållanden eller ett nytt olycksfall som gett ny skada.

Här presenteras de patienter som blivit föremål för revisionsoperation. Det finns många patienter med reruptur (ny korsbandsskada) som inte valt/erbjudits revisionsoperation.

En förklaring till varierande revisionsfrekvenser kan vara indikationsbedömningen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal som reviderats efter en primär korsbandsoperation under mätperioden.

Nämnare: Antal primära operationer under perioden mätperioden.

Alla patienter som registrerats i Svenska Korsbandsregistret ingår. Inga selekteringar har utförts.

Mätperiod avser operationsår

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenska korsbandsregistret.

FELKÄLLOR

Ingen formaliserad långtidsuppföljning av patienter görs, utan de patienter som genomgår utbytesoperation har på eget initiativ kontaktat sjukvården. Variation i benägenheten att söka vård kan därför påverka frekvensen utbytesoperationer.

72 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

MÅTT

Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar antalet patienter med kronisk ledgångsreumatism, reumatoid artrit (RA), per 100 000 invånare, som behandlas med biologiskt läkemedel. Enbart patienter 18 år och äldre ingår.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter 18 år och äldre med reumatoid artrit som vid mättidpunkten behandlades med biologiska läkemedel.

Nämnnare: Hela befolkningen 18 år och äldre, 100 000-tal

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) samt befolkningsregistret.

FELKÄLLOR

Underrapportering av läkemedelsbehandlade patienter kan förekomma och variera mellan landsting. Sjukdomsförekomsten kan variera mellan landsting, vilket försvårar tolkningen.

73 Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel

MÅTT

Andel personer med reumatoid artrit som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet fyra–tolv månader efter start av behandling med första biologiska läkemedel. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Sjukdomsaktivitet mäts av DAS28 som betecknar remission om den är mindre än 2,6 eller låg sjukdomsaktivitet om den är mindre än 3,2. DAS28 är internationellt överenskommet och används vid kliniska prövningar för uppföljning av sjukdomsaktivitet i klinisk praktik.

Denna indikator speglar generella RA indikatorer 4.11 och 4.12a från nya Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal RA-patienter som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet fyra–tolv månader efter start av första biologiska läkemedel under mätperioden

Nämnnare: Totalt antal RA patienter som har börjat första biologiska behandling under mätperioden

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

FELKÄLLOR

Varierande svarsfrekvens. Varierande sjukdomsaktivitet vid start av behandling.

74 Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel

MÅTT

Patientrapporterad förbättring av hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta den förbättring som patienten upplever i sin hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel och som mäts med en visuell analog skala (VAS).

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Differens mellan VAS vid BIObehandlingsstart och median VAS 4–12 månader därefter.

Nämnare: VAS vid BIObehandlingsstart.

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad.

75 Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation

MÅTT

Kostnad per vårdtillfälle för total höftprotesoperation. DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet
Åtgärd	Åtgärdstext
NFB29	Primär total höftledsplastik utan cement
NFB39	Primär total höftledsplastik med hybridteknik
NFB49	Primär total höftledsplastik med cement
NFB62	Primär total höftledsplastik med ytersättningsprotes
NFB99	Annan primär ledprotesoperation i höftled

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

76 Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation**MÅTT**

Kostnad per vårdtillfälle. DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

TEKNISK BESKRIVNING

Täjlare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

Nämnamnare: Totala antalet vårdtillfällen som grupperats till DRG 209A med åtgärdskoderna NGB29, NGB39 och NGB49.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet

Åtgärd	Åtgärdstext
NGB29	Primär totalprotes i knäled utan cement
NGB39	Primär totalprotes i knäled med hybridteknik
NGB49	Primär totalprotes i knäled med cement

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

DIABETESVÅRD

77 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid diabetes – primärvård

MÅTT

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodsockervärde ($\text{HbA}_{1c} < 52 \text{ mmol/mol}$). Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

HbA_{1c} är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA_{1c} är lägre än 52 mmol/mol enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras. I måttet ingår patienter yngre än 80 år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med diabetes, yngre än 80 år inom primärvården med HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol .

Nämnare: Totalt antal patienter med diabetes, yngre än 80 år inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Även andelen patienter som har HbA_{1c} lägre än 62 mmol/mol och 70 mmol/mol redovisas som en del av stapeln.

Extradata: Medelvärde HbA_{1c} .

DATAKÄLLA

Nationella diabetesregistret (NDR).

FELKÄLLOR

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

78 Måluppfyllelse för blodsockervärde vid typ 1-diabetes

MÅTT

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde ($\text{HbA}_{1c} < 52 \text{ mmol/mol}$). Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

HbA_{1c} är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA_{1c} är lägre än 52 mmol/mol enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med typ 1-diabetes med HbA_{1c} lägre än 52 mmol/mol .

Nämnare: Totalt antal patienter med typ 1-diabetes som rapporterats i diabetesregistret.

Landstingsredovisningen baseras på klinikens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Även andelen patienter som har HbA_{1c} lägre än 62 mmol/mol och 70 mmol/mol redovisas som en del av stapeln.

Åldersstandardiserat på sjukhusnivå, standardpopulation: Alla klinisk typ 1 i NDR det använda året.

Extradata: Medelvärde HbA_{1c} .

DATAKÄLLA

Nationella diabetesregistret (NDR).

FELKÄLLOR

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

79 Måluppfyllelse för blodtryck vid diabetes – primärvård**MÅTT**

Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg). Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Målet för blodtryck är lägre än 130/80 mmHg enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I måttet ingår patienter yngre än 80 år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med diabetes, yngre än 80 år inom primärvården med blodtryck lägre än 130/80 mmHg.

Nämnare: Totalt antal patienter med diabetes, yngre än 80 år inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Även andelen patienter som har blodtryck lägre än 140/80 mmHg redovisas som en del av stapeln.

Extradata: Medelvärde systoliskt blodtryck.

DATAKÄLLA

Nationella diabetesregistret (NDR).

FELKÄLLOR

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

80 Måluppfyllelse för blodtryck vid typ 1-diabetes**MÅTT**

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodtryck (< 130/80 mmHg). Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Målet för blodtryck är lägre än 130/80 mmHg enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med typ 1-diabetes med blodtryck lägre än 130/80 mmHg.

Nämnare: Totalt antal patienter med typ 1-diabetes som rapporterats i diabetesregistret.

Åldersstandardiserat på sjukhusnivå, standardpopulation: Alla klinisk typ 1 i NDR det använda året.

Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Även andelen patienter som har blodtryck lägre än 140/80 mmHg redovisas som en del av stapeln.

Extradata: Medelvärde systoliskt blodtryck.

DATAKÄLLA

Nationella diabetesregistret (NDR).

FELKÄLLOR

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

81 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol – primärvård**MÅTT**

Andel patienter med diabetes inom primärvården som når behandlingsmålet för LDL-kolesterol. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Målnivån för LDL-kolesterol, det "onda" kolesterolet, är i Socialstyrelsens nationella riktlinjer ett värde som är lägre än 2,5 mmol/l. Indikatorn visar andelen patienter yngre än 80 år som når detta mål.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med diabetes 80 år eller yngre inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för LDL-kolesterolvärdet.

Nämnare: Totalt antal patienter med diabetes 80 år eller yngre inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.

Även andelen patienter som har LDL-kolesterol lägre än 3,0 mmol/l redovisas som en del av stapeln.

DATAKÄLLA

Nationella diabetesregistret (NDR).

FELKÄLLOR

Den viktigaste felkällan är ett varierande deltagande i diabetesregistret.

82 Måluppfyllelse för blodsockervärde – barn**MÅTT**

Andel barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som når behandlingsmålet för blodsockervärdet (HbA_{1c}). Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

HbA_{1c} är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA_{1c} är lägre än 57 mmol/mol enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i dessa betonas också att behandlingen ska individualiseras.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som uppnått behandlingsmålet för blodsockervärdet.

Nämnare: Totalt antal barn och ungdomar med diabetes som rapporterats i diabetesregistret.

Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.

DATAKÄLLA

Swediabkids, Nationella Diabetesregistret (NDR).

FELKÄLLOR

Eventuella skillnader i patientsammansättningen mellan olika landsting kan påverka utfallet.

83 Amputation vid diabetes**MÅTT**

Antal amputerade ovan fotled per 100 000 patienter med diabetes

BESKRIVNING OCH SYFTE

Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes. Vid sådan uttalad försämrad perifer cirkulation finns det risk för vävnadsdöd i fötter och ben, en komplikation som kan vara livshotande. För att behandla detta kan man tvingas att amputera delar av benet. I god fotvård och tidig intervention kan amputation av delar av framfötter och tår ingå, så kallad mindre amputation.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åtgärd	Åtgärdskod (KVÅ)
Amputation ovan fotled	NGQ09, NGQ19, NGQ99, NFQ09, NFQ19, NFQ99, NEQ19, NEQ99
Läkemedel	ATC-kod
Diabetesläkemedel	A10

Personer med diabetes som amputerats ovan fotled per 100 000 diabetiker i åldrarna 40 år och över.

Täljare: Personer med diabetes i åldrarna 40 år och över som någon gång under året amputerats ovan fotled.

Nämnare: Medelpopulationen av läkemedelsbehandlade diabetiker i åldrarna 40 år och över respektive år.

Åldersstandardiserade värden med diabetespopulation 2012.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

DATAKÄLLA

Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Antalet diabetiker i Läkemedelsregister ökar för varje år vilket antagligen påverkar incidensen av amputationer eftersom de nya kategorierna av diabetiker kan vara friskare.

HJÄRTSJUKVÅRD**84 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus****MÅTT**

Andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen personer med hjärtstopp utanför sjukhus som var vid liv 30 dagar efter hjärtstoppet, av alla patienter där HLR startats. Indikatorn avspeglar framför allt det akuta omhändertagandet innan ambulansen nått platsen eftersom sannolikheten att överleva ökar dramatiskt om personens andning och cirkulation under denna tid kan hållas igång på konstgjord väg med hjärt-lungräddning (HLR).

Resultatet för landstingen påverkas av många faktorer, även utöver det akuta omhändertagandet i ambulansorganisationen och vid sjukhus. Bland dem är patientens ålder, hjärtsjukdomens svårighet, och annan samtidig sjukdom, men även sådant som tillgången till hjärtstartare på offentliga platser och tid till och skicklighet vid den HLR som utförs innan ambulans anländer.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal överlevande 30 dagar efter hjärtstopp där HLR startats.

Nämnare: Samtliga hjärtstopp utanför sjukhus där HLR har startats.

Inga åldersavgränsningar gäller. Hänsyn till diagnos tas ej. Några specifika statistiska metoder har inte använts.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenskt register för hjärt- lungräddning.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden är cirka 85 %. Antalet rapporterade fall per 100 000 invånare per år varierar mellan landsting- en vilket kan tyda på en ojämnhänsyn till täckningsgrad, men även på en variation i andelen fall där HLR startas.

85 Dödlighet efter hjärtinfarkt

MÅTT

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.

BESKRIVNING OCH 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

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.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

Nämnare: Samtliga fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

DATAKÄLLA

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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

86 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt**MÅTT**

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland dem som vårdats på sjukhus.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland samtliga fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

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.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

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

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

DATAKÄLLA

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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

87 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom**Mått**

Andelen av patienter med förstagångsinfarkt som drabbas av ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar andelen av alla patienter utan registrerad infarkt under de sju föregående åren som får en ny infarkt inom 365 dagar. Endast personer som överlever den akuta perioden på 28 dagar har följts upp och endast nya infarkter eller död i ischemisk hjärtsjukdom efter denna period räknas med i utfallet. Andelen patienter med ny infarkt kan vara ett resultat av både vård- och insatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Data har hämtats ur patientregistrets slutenvårdsdel samt ur dödsorsaksregistret.

Huvud- eller bidiagnos, underliggande eller bidragande dödsorsak	Diagnoskod ICD-10
Akut hjärtinfarkt	I21, I22
Underliggande dödsorsak	
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

Fall av akut hjärtinfarkt har definierats på samma sätt som för hjärtinfarktstatistiken vid Socialstyrelsen. Detta innebär bland annat att alla inskrivningar inom en 28-dagarsperiod hänförs till samma infarkt (eller attack).

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i hjärtinfarktpatienternas ålderstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med hjärtinfarktpopulationens ålderssammansättning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

Täljare: Antal hjärtinfarktpatienter som får minst en ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom som underliggande dödsorsak under perioden 28 dagar till 365 dagar bland samtliga fall av hjärtinfarkt enligt nämna-rens definition.

Nämnare: Samtliga fall av hjärtinfarkt där patienten överlevt 28 dagar efter infarkt och inte haft någon infarkt under de sju föregående åren.

DATAKÄLLA

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av akut hjärtinfarkt kan förekomma.

88 Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Mått

Andel patienter 79 år och yngre med ST-höjningsinfarkt som reperusionsbehandlas. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med hjärtinfarkt och ST-höjning eller vänstergrenblock som fick akut reperusionsbehandling. Indikatorn är viktig att följa eftersom behandlingen minskar skadorna på hjärtat.

Indikatorn ingår i de nationella hjärtriktlinjernas indikatorset för uppföljning och i Swedeheart:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Reperusionsbehandling innebär kärlöppnande behandling och inkluderar primär PCI, trombolys samt akut öppen bypass-operation, CABG. Ingår gör även angiografi syftande till PCI, men där PCI ej utförs. Dessa fall redovisas under PCI.

Målgruppens urval: Alla tre kriterier ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 1. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som STEMI/LBBB om EKG/ QRS vid ankomst = 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst = 2 (ST-höjning).
3. Tid från symptomdebut till reperusionsgrundande EKG < 12 timmar.

Hur åtgärden mäts: Ett av kriterierna ska vara uppfyllda.

1. Angio/PCI har under vårdtillfället gjorts med indikation 3 = ST-höjningsinfarkt eller 4 = ST-höjningsinfarkt/Rescue PCI, enl SCAAR formuläret. Vid "missing value" (ej ifyllts) har ingen Primär PCI gjorts.
2. Reperusionsbehandling = 1 (Trombolys)

Täljare: Antalet patienter 79 år och yngre med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperusionsbehandling.

Nämnamnare: Samtliga patienter 79 år och yngre med ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblock i RIKS-HIAs databas enligt målgruppsbeskrivning ovan.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

89 Tid till reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

MÅTT

Andel patienter som reperusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta hur stor del av patienterna som behandlades inom den målsatta tiden, som för PCI är 90 minuter och för trombolys är 30 minuter. Indikatorn är viktig att följa eftersom snabbt insatt behandling är en viktig framgångsfaktor för behandlingsresultatet av dessa patienter.

Indikatorn fångar agerandet i sjukvården eftersom tid för första EKG är startpunkten.

Indikatorn ingår i de nationella hjärtriktlinjernas indikatorset för uppföljning och i RIKS-HIA:s kvalitetsindex för hjärtinfarktvård 2011.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Målgruppens urval: Kriterier 1–3 och 4 eller 5 ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 1. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som STEMI/LBBB om EKG/ QRS vid ankomst = 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst = 2 (ST-höjning).
3. Tid från symptomdebut till reperusionsgrundande EKG < 12 timmar.
4. Angio/PCI har under vårdtillfället gjorts med indikation 3 = ST-höjningsinfarkt eller 4 = ST-höjningsinfarkt/Rescue PCI, enl SCAAR formuläret. Vid "missing value" (ej ifyllts) har ingen Primär PCI gjorts.
5. Reperusionsbehandling = 1 (Trombolys).

Hur åtgärden mäts: Tid från reperusionsgrundande EKG till trombolysstart enl vårdsida eller klockslag för punktion enl Angio/PCI-sida.

1. Om tidpunkt för reperusionsgrundande EKG finns angivet används det. Om denna tidpunkt finns angivet på flera ställen används i första hand uppgiften om tid från vårdsidan på PCI-sjukhuset, i andra hand uppgiften om tid från vårdsidan på hemsjukhuset, och i tredje hand PCI-labels angivelse av tidpunkt för reperusionsgrundande EKG.
2. Om tidpunkt för reperusionsgrundande EKG saknas används tidpunkt för prehospitalt EKG.
3. Om tidpunkt för reperusionsgrundande EKG och tidpunkt för prehospitalt EKG saknas används tidpunkt till akuten (på hemsjukhuset om överflyttad patient).
4. Om tidpunkter för reperusionsgrundande EKG (enl. 1–3) eller tidpunkt för trombolysstart /punktion saknas för att beräkna delay-tid så antas tiden vara längre än 90 minuter vid PCI och längre än 30 minuter vid trombolys.

Täljare: Antal patienter 79 år och yngre som reperfusionsbehandlats inom målsatt tid.

Nämnare: Totalt antal patienter 79 år och yngre som reperfusionsbehandlats.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDHEART.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

90 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor

MÅTT

Andel patienter 79 år och yngre som kranskärlsröntgats vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andel patienter 79 år eller yngre med icke ST-höjningsinfarkt och förhöjd risk som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen. Indikatorn är viktig att följa eftersom det i denna patientgrupp kan finnas behov av kranskärlsinsrepp, vilket en kranskärlsröntgen kan visa. För vissa patienter kan det finnas skäl att avstå från kranskärlsröntgen eftersom den förväntade nyttan bedöms vara för låg. Därför bör inte 100% kranskärlsröntgade sättas upp som ett absolut mål.

Enligt de nationella riktlinjerna har kranskärlsröntgen en hög prioritet för patienter med måttlig eller hög risk för nya hjärthändelser.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Målgruppens urval: Alla tre kriterier ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Patienten inte avliden = 1 enl. slutsida utan föregående angio/pci.
3. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 2. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som NSTEMI om EKG/QRS vid ankomst inte är 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst inte är 2 (ST-höjning).
4. Minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllt:
 1. Lungrassel = 2–3 vid ankomst.
 2. Vänsterkammarmfunktion (LVEF) = 2–4.
 3. Med diabetes avses: Diabetes = 1 eller diabetesbehandling insulin eller diabetesbehandling per os = 1.
 4. Tidigare hjärtinfarkt = 1.
 5. EKF STT = 3.

Då det är flera villkor räknas "missing value" inte som att de har tillståndet i fråga.

Hur åtgärden mäts: Ett av kriterierna ska vara uppfyllt.

1. Angio/PCI har under vårdtillfället eller inom 30 dagar från ankomst gjorts.
2. CABG = 1–3
3. Hjärtkirurgi gjorts inom 30 dagar från ankomst enl. hjärtkirurgiregistret.

Täljare: Antal patienter 79 år eller yngre med icke-ST-höjningsinfarkt som kranskärlsröntgades eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med vårdtillfället.

Nämnare: Alla patienter 79 år eller yngre med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i Riks-Hias databas under mätperioden.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDEHEART.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

91 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt**MÅTT**

Andel patienter 79 år och yngre med blodproppshämmande behandling (P2Y12-blockad) vid icke ST-höjningsinfarkt. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlades med P2Y12-blockad. Kontraindikationer till behandling kan finnas, varför 100 % behandlade inte kan sättas upp som absolut mål. Indikatorn ingår i RIKS-HIA:s kvalitetsindex.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Målgruppens urval: Alla kriterier ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Infarkttyp (i slut vårdkedja) = 2. Om infarkttyp saknas kommer patienten räknas som NSTEMI om EKG/QRS vid ankomst inte är 3 (LBBB) eller EKG/STT vid ankomst inte är 2 (ST-höjning).
3. Inte avliden = 1.
4. Inte blödning under vårdtillfället = 1–3.
5. Inte antikoagulantia ≥ 1 .
6. Inte CABG = 1–3.
7. Inte hjärtkirurgi gjorts inom 30 dagar från ankomst enligt hjärtkirurgiregistret.

Hur åtgärden mäts: Följande kriterium ska vara uppfyllt.

1. Övrig Trombocythämmare = 1–3.

Vid 0, 8 eller "missing value" antas patienten inte P2Y12-receptor blockerare.

Täljare: Antalet sjukhusvårdade patienter 79 år eller yngre med icke-ST-höjningsinfarkt som behandlats med P2Y12-blockerare vid utskrivning, per landsting.

Nämnare: Samtliga patienter 79 år eller yngre med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i RIKS-HIA:s databas under mätperioden.

Data redovisas på patientens hemortslandsting.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: RIKS-HIA – del i SWEDEHEART.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

92 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

MÅTT

Andel patienter 40–79 år som vårdats för akut hjärtinfarkt som 12–18 månader efter sjukhusvistelsen hämtat ut recept på blodfettssänkande läkemedel.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Efter hjärtinfarkt, liksom efter stroke, är för höga nivåer för blodtryck och blodfetter (kolesterol) viktiga riskfaktorer för förnyad hjärt-kärlsjukdom. Statiner sänker kolesterolvärdet och minskar därmed risken för nya förträngningar av kranskärlen. Behandling med lågkostnadsstatin har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardisering har gjorts med den aktuella sjukhusvårdade populationen som standardpopulation för att utjämna skillnader som beror på varierande åldersstruktur mellan landstingen. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfället.

Täjlare: Patienter med akut hjärtinfarkt (definierade enligt nämnaren) som hämtade ut recept på statin (ATC-kod: C10AA, C10BA) inom perioden 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Nämnare: Alla patienter som vårdats på sjukhus med akut hjärtinfarkt (ICD-10 kod: I21, I22) som huvuddiagnos och som

- skrevs ut från sin sjukhusvistelse under tidsperioden 1 juli 2009 – 30 juni 2011,
- var 40–79 år,
- var i livet 18 månader efter utskrivning

DATAKÄLLA

Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

I analysen utesluts patienter som avlider under perioden från sjukhusvistelsen fram till slutet av observationsperioden. Det kan leda till att en del patienter med särskilt svår sjukdom inte kommer med i analysen.

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd. 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.

93 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom

MÅTT

Andel döda inom ett år efter PCI-behandling vid instabil kranskärlssjukdom, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta dödligheten efter PCI (ballongvidgning) hos den största patientgruppen som PCI-behandlas som ett resultatmått.

Antalet döda är i många landsting små och slumpen spelar då in. Casemix påverkar utfallet, likaså sekundärpreventiva insatser.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täjlare: Antal avlidna inom 1 år efter PCI-behandling.

Nämnare: Antal patienter med instabil kranskärslsjukdom (utan ST-höjning) som PCI-behandlats.

Åldersstandardisering på tre åldersklasser: 0–59 år, 60–74 år och 75+. Standardpopulation: PCI för patienter med instabil kranskärslsjukdom 2005–2009, samma vikter för män, kvinnor och totalt.

Patienterna redovisas under sitt hemlandsting oavsett var behandlingen genomfördes.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: SCAAR – del i SWEDHEART.

FELKÄLLOR

Patienter kan avlida av annan orsak än hjärt-kärlsjukdom och detta kan variera mellan kliniker och således påverka utfallet.

94 Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI

MÅTT

Andel patienter där återförträngning av hjärtats kärl påvisats vid någon efterföljande undersökning inom 1 år efter PCI-behandling. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som efter PCI-behandling får återförträngning inom 1 år. Eftersom det finns viss risk för återförträngning (restenos) efter PCI-behandling är denna resultatindikator ofta använd. Casemix, skillnader i urval av vilka patienter som erbjuds PCI-behandling, benägenhet att göra någon efterföljande undersökning påverkar utfallet. Val av stent som används påverkar utfallet.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täjlare: Antal patienter där återförträngning av hjärtats kärl påvisats vid någon efterföljande undersökning inom 1 år. Undersökningen har gjorts på grund av återkommande besvär.

Nämnare: Samtliga patienter som PCI-behandlats och var vid liv ett år efter behandlingen.

Patienter i alla åldrar och med alla sjukdomstillstånd ingår.

Patienterna redovisas under sitt hemlandsting oavsett var behandlingen genomfördes.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: SCAAR – del i SWEDHEART.

FELKÄLLOR

Casemixvariation kan spela in. Inte alla återförträngningar upptäcks. Definitioner av återförträngning kan variera.

95 Döda eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt

MÅTT

Andel personer som avlider eller återinskrivs inom 30 dagar efter hjärtsvikt.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet anger andelen patienter som inom 30 dagar efter utskrivningen antingen avlidit eller återinskrivits på sjukhus med diagnosen hjärtsvikt. Orsaker till återinläggning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning av hjärtsviktspatienter, bristande läkemedelbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

Undvikbara återinskrivningar är en kvalitetsbrist som både medför ökat lidande för patienten och ökade kostnader för sjukvården.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtsvikt	I50, I110, I420, I426

Sammanhängande vårdtillfällen har slagits samman till vårdepisoder före beräkningen. Endast fall av hjärtsvikt där patienten inte hade vårdats för hjärtsvikt under den föregående 365-dagarsperioden följs upp. Dödsdatum har inhämtats ur dödsorsaksregistret. I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i patienternas ålderstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med den aktuella sjukhusvårdade hjärtsviktspopulationen som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas

Täljare: Döda eller återinskrivna inom 30 dagar efter utskrivning från sjukhus efter vårdkedja med nämnares definition.

Nämnare: Alla hjärtsviktpatienter med vårdkedjor där en huvuddiagnos för hjärtsvikt förekommer och som varit fria från vård för hjärtsvikt de föregående 365 dagarna.

DATAKÄLLA

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

96 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

MÅTT

Andel patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som under påföljande halvår behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Blodtryckssänkande behandling med RAAS-hämmare (ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB) minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och död hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad.

Betablockerare sänker blodtryck, puls och hjärtminutvolym, vilket ger ett skydd mot bland annat farliga arytmier och hjärtstopp. På lång sikt har betablockerare även en positiv effekt på hjärtats pumpförmåga hos patienter med hjärtsvikt. Behandling med dessa båda typer av läkemedel har hög prioritet i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. I princip bör alla hjärtsviktpatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Hjärtsvikt	I50, I110, I420, I426
ATC-kod	
RAAS-hämmare	C09
Betablock	C07

Sammanhängande vårdtillfällen har slagits samman till vårdepisoder före beräkningen. Endast fall av hjärtsvikt där patienten inte hade vårdats för hjärtsvikt under den föregående 365-dagarsperioden följs upp. Alla åldrar från 20 år ingår.

Läkemedlen följs upp i 182 dagar efter utskrivning. RAAS = atckod "C09". Betablock = atckod "C07". Åldersstandardisering gjordes med den aktuella sjukhusvårdade hjärtviktspopulationen som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget.

Täljare: Antal behandlade med både RAAS-hämmare och betablock inom 6 månader efter utskrivning från sjukhus efter en vårdkedja med nämnares definition.

Nämnare: Alla hjärtviktspatienter med vårdkedjor där en huvuddiagnos för hjärtsvikt förekommer och som både varit fria från vård för hjärtsvikt de föregående 365 dagarna och som var i livet 6 månader efter utskrivning.

DATAKÄLLA

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Skillnader mellan vårdgivare i diagnosställningen av hjärtsvikt kan förekomma.

97 Komplikationer efter pacemakerinsättning

MÅTT

Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling. Procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller korrektion av standardpacemaker.

Komplikationsfrekvensen är en naturlig indikator för kvalitetsuppföljning av pacemaker-operation.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal komplikationer.

Nämnare: Antal patienter som behandlats med standardpacemaker (nyimplantat, utbyte eller korrektion).

Komplikation definieras som oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan för patienten allvarlig händelse av den art och grad att antingen operativ åtgärd krävts eller läkemedelsbehandling (tex antibiotika vid infektion). Komplikation kan inträffa såväl under som efter vårdtillfället.

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort. Värden under 3% redovisas inte eftersom det av kvalitetsregistret betraktas som bristande komplikationsregistrering.

Mätperiod avser operationsår.

DATAKÄLLA

Svenska ICD- och Pacemakerregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden var 95 % år 2006 vid samkörning med Patientregistret vid Socialstyrelsen. En tänkbar felkälla kan vara bristande registrering av komplikationer.

98 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt**MÅTT**

Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt, DRG 112E och F.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen enligt DRG 112E och F.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med DRG 112E och F.

Mätmetod: Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
112E	PCI vid infarkt, utan komplikation
112F	PCI vid infarkt, komplicerat

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

STROKESJUKVÅRD OCH MS**99 Dödlighet efter förstagångsstroke****MÅTT**

Andelen som avled inom 28 dagar bland förstagångsfall av stroke.

BESKRIVNING OCH SYFTE

28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokedagnos i Patientregistret. Det vill säga endast de personer som inte haft någon strokedagnos under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. 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 28 dagar hänförs till ett strokefall. Både patienter som vårdats och inte vårdats på sjukhus ingår därmed.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

Täljare: Antalet förstagångsfall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.

Nämnare: Samtliga förstagångsfall av stroke under mätperioden.

DATAKÄLLA

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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

100 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke**MÅTT**

Andelen som avled inom 28 dagar efter stroke bland förstagångsfall som sjukhusvårdats.

BESKRIVNING OCH SYFTE

28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke som har vårdats på sjukhus. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

Täljare: Antalet sjukhusvårdade förstagångsfall som avlider inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall i stroke under perioden.

DATAKÄLLA

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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

101 Vård vid strokeenhet

MÅTT

Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med stroke som vårdats på strokeenhet. En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga inom strokevård. För utförligare beskrivning se Nationella riktlinjer för strokevård.

Det finns ett starkt kunskapsunderlag för att hävda att vård på välfungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vård i akutfasen vid stroke bedrivas vid strokeenheter.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med stroke som vårdats på strokeenhet, enligt gällande kriterier för sådan enhet.

Nämnare: Samtliga patienter med stroke som registrerats i Riks-Stroke.

Patienter där uppgift om strokeenhet – annan vårdavdelning saknas är exkluderade ur nämnaren. Detta bortfall är mycket litet.

Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

FELKÄLLOR

Viss variation i täckningsgrad. En annan felkälla kan vara att enhet som inte uppfyller kriterierna felaktigt uppges vara strokeenhet.

102 Trombolysbehandling vid stroke

Mått

Andel patienter i målgruppen som fått trombolys vid stroke, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar andelen av patienter med stroke som gavs trombolysbehandling, av de patienter som ingår i målgruppen för denna behandling. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling, använd enligt gällande kriterier, en mycket gynnsam effekt genom att risken för död och funktionsnedsättning minskar. Trombolysbehandling har därför en hög prioritet i de nationella riktlinjerna för stroke.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Ingår gör patienter med strokediagnos I63 (ischemisk stroke), ålder 18–80 och som var ADL-oberoende vid insjuknandet.

Patienter där uppgift om trombolysbehandling eller ej saknas är exkluderade ur nämnaren. Trombolysbehandling som del i klinisk studie ingår.

Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.

Täjlare: Antal strokepatienter som trombolysbehandlats.

Nämnare: Samtliga strokepatienter med diagnos I63, ålder 18–80 och som var ADL-beroende vid insjuknandet. Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

FELKÄLLOR

Viss variation i täckningsgrad.

103 Test av sväljförmåga vid akut stroke

MÅTT

Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter med stroke som genomgått sväljtest (eller där det inte är genomfört pga patientens tillstånd) och är viktig att mäta pga att sväljproblem kan leda till att mat hamnar i luftvägarna. Då patienten läggs in vid sjukhus bör sväljförmågan rutinmässigt bedömas.

Sväljtest är högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för strokevård.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täjlare: Antal patienter där sväljförmåga testats eller där sväljförmåga inte testats pga patientens tillstånd.

Nämnare: Samtliga patienter som registrerats i Riks-Stroke under året.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

FELKÄLLOR

Viss variation i täckningsgrad.

104 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

MÅTT

Andel patienter 55–79 år som vårdats för stroke och har förmaksflimmer och som 12–18 månader efter sjukhusvården hämtade ut recept på blodförtunnande läkemedel (warfarin eller dabigatran).

BESKRIVNING OCH SYFTE

Ungefär en procent av befolkningen bedöms ha hjärtrytmrubbningen förmaksflimmer. Detta är också en av de vanligaste orsakerna till stroke (hjärninfarkt). Cirka 6 000 svenskar får varje år stroke till följd av förmaksflimmer. Förmaksflimmer är också en viktig riskfaktor för återinsjuknande i stroke. Behandling med warfarin efter stroke och vid förmaksflimmer medför en betydligt lägre risk för att patienten ska återinsjukna i stroke eller annan hjärt-kärlsjukdom.

Warfarinbehandling efter stroke och vid förmaksflimmer är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna för stroke, dock efter individuellt hänsynstagande till andra sjukdomar och mycket hög ålder.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardisering har gjorts med Socialstyrelsens strokedataset som standardpopulation för att utjämna skillnader som beror på varierande åldersstruktur mellan landstingen. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor.

Täljare: Patienter med stroke och förmaksflimmer (definierade enligt nämnaren) som hämtade ut recept på antingen warfarin (ATC-kod: B01AA03) eller dabigatran (ATC-kod: B01AE07) inom pe-rioden 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Nämnare: Alla patienter som vårdats på sjukhus med stroke (ICD-10 kod: I63, I64) som huvuddiagnos och förmaksflimmer (ICD-10 kod: I48) som bidiagnos och som

- skrevs ut från sin sjukhusvistelse under tidsperioden 1 juli 2009 – 30 juni 2011
- var 55–79 år.
- var i livet arton månader efter utskrivning

DATAKÄLLA

Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret.

FELKÄLLOR

Det totala antalet patienter är, särskilt i vissa mindre landsting, så lågt att risken är betydande för att slumpen kan orsaka även påtagliga skillnader i resultaten. Detta gör också att analyser av könsskillnader i enskilda landsting blir osäkra. Vidare utesluts i analysen patienter som avlider under perioden från sjukhusvistelsen fram till slutet av observationsperioden. Det kan leda till att en del patienter med särskilt svår sjukdom inte kommer med i analysen.

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutet vård eller dispenserade från läkemedelsföråd. 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.

105 Blodfettssänkande behandling efter stroke**MÅTT**

Andel patienter 50–79 år med förstagångsinsjuknande i hjärninfarkt som 12–18 månader efter sjukhusvistelsen hämtat ut blodfettssänkande läkemedel.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Sekundärpreventiva insatser efter stroke är viktiga för att förhindra ett åter-insjuknande i stroke eller annan hjärt- och kärlsjukdom. Behandling med statiner – kolesterolsänkande läkemedel – har dokumenterat god effekt som sekundärprevention efter hjärninfarkt. I de nationella riktlinjerna för stroke har åtgärden hög prioritet och i princip ska samtliga patienter med hjärninfarkt behandlas med statin. Det finns dock risker med behandlingen, till exempel biverkningar och ogynnsam interaktion med andra läkemedel.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardisering har gjorts med den aktuella sjukhusvårdade populationen som standardpopulation för att utjämna skillnader som beror på varierande åldersstruktur mellan landstingen.

Täljare: Patienter med akut hjärninfarkt (definierade enligt nämnaren) som hämtade ut recept på statin (ATC-kod: C10AA, C10BA) inom perioden 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Nämnare: Alla patienter som vårdats på sjukhus med hjärninfarkt (ICD-10 kod: I63, I64) som huvuddiagnos och som

- skrevs ut från sin sjukhusvistelse under tidsperioden 1 juli 2009 – 30 juni 2011
- var 50–79 år
- varit strokefri (inte sjukhusvårdats med huvuddiagnos/bidiagnos I63, I64) i minst 7 år före det aktuella insjuknandet
- var i livet 18 månader efter utskrivning.

DATAKÄLLA

Socialstyrelsen: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret.

FELKÄLLOR

I analysen utesluts patienter som avlider under perioden från sjukhusvis-telsen fram till slutet av observations-perioden. Det kan leda till att en del patienter med särskilt svår sjukdom inte kommer med i analysen

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård eller dispenserade från läkemedelsför-råd. 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.

106 Återinsjuknande efter stroke

MÅTT

Andelen patienter som återinskrivs för stroke inom 365 dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Andelen patienter som återinskrivs i slutenvård inom 365 dagar efter en sammanhängande vård-episod med stroke som inledande huvuddiagnos. Endast förstagångsfall har följts upp. Dessa har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret.

Som återinskrivning räknas vårdtillfällen med huvuddiagnos för stroke eller sena effekter av stroke. Återin-skrivningarna räknas bara en gång, oavsett hur många gånger som den enskilda patienten återinskrivs under 365-dagarsperioden. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i de sekundärpreventiva insatserna efter stroke.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Andelen återinskrivningar efter stroke har åldersstandardiserats med alla fall av stroke år 2000 som standard-population.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Stroke	I61, I63, I64
Sena effekter av stroke	I69

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

Täljare: Antalet patienter under mätperioden med vårdtillfälle för förstagångsstroke som vid åtminstone ett tillfälle återinskrivs inom 365 dagar för stroke eller sena effekter av stroke som huvuddiagnos.

Nämnare: Antal skattade förstagångsvårdtillfällen med stroke som huvuddiagnos under mätperioden.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

107 Funktionsförmåga efter stroke**MÅTT**

Andel strokepatienter som var ADL-oberoende tre månader efter akutfasen, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som var oberoende av andra för sin personliga ADL (Aktiviteter i Dagligt Liv) tre månader efter akutfasen, av dem som överlevde och som före insjuknandet själva klarade sin personliga ADL.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter stroke.

Nämnare: Samtliga strokepatienter registrerade i Riks-Stroke som var vid liv efter tre månader och som före insjuknandet var ADL-oberoende.

Se nämnaren. Justering för patientens ålder och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset har gjorts för landstingsdata och justeringar för patientens ålder, medvetandegrad och kön har gjorts för sjukhusdata.

ADL-beroende avser personligt ADL (förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning).

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

FELKÄLLOR

Viss variation i täckningsgrad.

108 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke**MÅTT**

Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta hur nöjda strokepatienterna är med vården vid sjukhus 3 månader efter insjuknandet.

Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter tre månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården tre månader efter akutfasen.

Nämnare: Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten under mätperioden.

Patienter som deltog i uppföljningen men som inte avgav svar på denna fråga, är exkluderade ur nämnaren ovan.

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

FELKÄLLOR

Svarsfrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till drygt 95 procent för riket som helhet. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan ha funktionspåverkan av sin sjukdom, vilket kan påverka förutsättningarna att besvara enkäten.

109 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke**MÅTT**

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett.

Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter 12 månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen 12 månader efter akutfasen.

Nämnare: Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten under mätperioden.

Patienter som deltog i uppföljningen men som inte gav svar på denna fråga, är exkluderade ur nämnaren ovan. Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

DATAKÄLLA

Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.

FELKÄLLOR

Svarsfrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting. Vidare är stroke-patienten ofta äldre och kan ha funktionspåverkan av sin sjukdom, vilket kan påverka förutsättningarna att besvara enkäten.

110 Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS**MÅTT**

Andel av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS som behandlas med bromsmediciner, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen av uppskattat antal patienter med skovvist förlöpande MS, som haft sjukdomen kortare än 15 år, som behandlas med bromsmediciner, sk immunmodulerande behandling.

Studier har visat att det redan i tidiga skeden av sjukdomen uppstår skador av irreversibel natur, även om symtomen är lindriga. Indikatorn är värdefull att följa eftersom det är av vikt att behandling påbörjas tidigt och att behandling erbjuds de patienter som har nytta av den.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal immunobehandlade patienter med sjukdomsduration ≤ 15 år

Nämnare: Skattat antal patienter med skovvist förloppande MS

Täljarens antal patienter baseras på uppgift i SMS-registret och avser antalet behandlade patienter vid årets slut det aktuella året.

Nämnarens bedömning av antal patienter baseras dels på Västerbottens fördelning av patienter på MS-förlopp, där andelen patienter med skovvist förloppande MS uppgick till 51,8 procent. Dels baseras den på andelen patienter i SMSregistret med sjukdomsduration ≤ 15 år, som uppgick till 68,1 procent. $51,8\% \times 68,1\%$ ger en andel på 35,3 procent av hela den bedömda MS-populationen. Prevalensen av MS baseras på studie av Cecilia Ahlgren, MSJournal, 2011.

Diagnosgrupp: G35,9.

Mätperiod: tom 31 december aktuellt år.

Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenska MS-registret – SMSregistret och Patientregistret

FELKÄLLOR

Möjlig underrapportering till kvalitetsregistret, viss osäkerhet i beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen även om den förbättrats jämfört med föregående år, patienter som deltar i kliniska provningar kan påverka utfallet.

111 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS**MÅTT**

Andel av uppskattat antal patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmediciner, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen patienter med sekundärprogressiv MS som behandlas med bromsmedicin, av alla patienter med sekundärprogressiv MS i respektive landsting. Det totala antalet patienter per landsting är inte känt, utan är en uppskattning av sjukdomsförekomsten.

Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.

Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS saknar dokumenterat gynnsamma effekter varför behandlingsfrekvensen enligt SMSS (Svenska MS-sällskapet) bör ligga lågt.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal immunobehandlade patienter med EDSS $\geq 6,5$

Nämnare: Förmodat antal patienter med sekundärprogressiv MS.

Täljarens antal patienter baseras på uppgift i SMS-registret och avser mättillfället juli det aktuella året.

Nämnarens bedömning av patientantal baseras dels på Västerbottens fördelning av patienter på MS-förlopp, där andelen SP-patienter uppgick till 36,5 procent. Dels på uppgift om EDSS $\geq 6,5$, som är hämtad från SMSregistret, där andelen fall med EDSS $\geq 6,5$ uppgick till 51,1 procent. $36,5\% \times 51,1\%$ resulterar i att antalet patienter i nämnaren uppgår till 18,6 procent av hela MS-populationen.

Diagnosgrupp: G35,9.

Mätperiod: juli det aktuella året.

Fördelning på landsting baseras på var patienterna får sin behandling och inte på landstingstillhörighet. Detta bedöms dock inte påverka resultaten.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenska MS-registret – SMSregistret och Patientregistret

FELKÄLLOR

Möjlig underrapportering till kvalitetsregistret, viss osäkerhet i beräkningen av sjukdomsförekomsten i landstingen även om den förbättrats jämfört med föregående år, patienter som deltar i kliniska prövningar kan påverka utfallet.

CANCERSJUKVÅRD

112 Överlevnad vid tjocktarmscancer

MÅTT

Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första tjocktarmscancerdiagnos under mätperioden.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december året efter mätperioden.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet patienter med tjocktarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C18–C19 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. 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 de huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancer typer skiljer sig åt, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.

DATAKÄLLA

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

113 Omoperation vid tjocktarmscancer

MÅTT

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation av tjocktarmscancer på grund av komplikation.

Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en viktig indikator att följa upp.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer.

Täljare: Antal patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer.

Nämnare: Totala antalet patienter som primäropererats med resektion för koloncancer.

Följande diagnoskoder ingår enligt ICD: C18. PAD 096,996.

DATAKÄLLA

Nationella Koloncancerregistret

FELKÄLLOR

Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, < 85 %.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

114 Dödlighet vid operation för tjocktarmscancer

MÅTT

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn beskriver andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer.

Täljare: Antal avlidna inom 30 respektive 90 dagar.

Nämnare: Antal patienter som opererats med resektionskirurgi.

Följande diagnoskoder ingår enligt ICD: C18. PAD 096,996.

Del av stapel i diagram: Andel avlidna inom 30 dagar.

Extrainformation: Andel akut opererade.

DATAKÄLLA

Nationella Koloncancerregistret.

FELKÄLLOR

Cirka 1 % bortfall på indikatorn.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.

115 Överlevnad vid ändtarmscancer**MÅTT**

Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första ändtarmscancerdiagnos under mätperioden.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december året efter mätperioden.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet patienter med ändtarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C20–C21 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. 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). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancer typer skiljer sig åt, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.

DATAKÄLLA

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

116 Omoperation vid ändtarmscancer

MÅTT

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer på grund av komplikation.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp. En andra operation medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter operation för ändtarmscancer.

Täljare: Antal omoperationer som utförts inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.

Nämnare: Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer som rapporterats i registret.

ICD-kod: C20.9 PAD 096,996.

DATAKÄLLA

Nationella Rektalcancerregistret.

FELKÄLLOR

Utöver reella skillnader i antal omoperationer kan variationer mellan landstingen även bero på skillnader i registreringen av reoperationer.

117 Dödlighet vid operation för ändtarmscancer

MÅTT

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är andelen avlidna inom 30 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.

Täljare: Antal patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation.

Nämnare: Antal patienter som opererats med resektionskirurgi.

ICD-kod: C20.9 PAD 096,996.

DATAKÄLLA

Nationella Rektalcancerregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgrad över 95 %.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.

118 Överlevnad vid bröstcancer**MÅTT**

Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor i åldern 0–89 år som fick sin första bröstcancerdiagnos under mätperioden.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december året efter mätperioden.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet kvinnor med bröstcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C50 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. 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 huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om bröstcancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.

DATAKÄLLA

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

119 Omoperation vid bröstcancer på grund av tumördata**MÅTT**

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopererats på grund av tumörförhållanden.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uttrycks att detta är en viktig indikator av att följa upp. Indikatorn mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och operationernas kvalitet (hur väl kirurg lyckas avlägsna tumör vid operation).

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som efter att tumöranalys visat att tumörceller finns kvar eller för snäv marginal får opereras igen.

Statistik: Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.

Täljare: Antal kvinnor med kompletterande bröstoperation på grund av tumördata efter primäroperation för bröstcancer.

Nämnare: Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om kompletterande bröstoperation.

DATAKÄLLA

Nationella Bröstcancerregistret.

FELKÄLLOR

Data har en hög täckningsgrad.

120 Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation**MÅTT**

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av kirurgiska komplikationer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uttrycks att detta är en viktig indikator av att följa upp då den beskriver operationernas kvalitet.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av olika kirurgiska komplikationer så som blödning, infektion eller annat.

Statistik: Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.

Täljare: Antal kvinnor med bröstcancer som omopererats inom 30 dagar på grund av kirurgiska komplikationer.

Nämnare: Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om omoperation på grund av kirurgiska komplikationer.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD-10: C50, malign tumör i bröstkörtel.

DATAKÄLLA

Nationella Bröstcancerregistret.

FELKÄLLOR

Data har en hög täckningsgrad.

121 Tid till operation vid bröstcancer**MÅTT**

Tid från beslut om vårdplan till operation vid bröstcancer, mediantid i dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver väntetiden från beslut om vårdplan till operation för bröstcancer.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser väntetiden för kvinnor med bröstcancer från första besök hos specialist till operation.

Statistik: Mediantid samt undre och övre kvartilen har beräknats.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD-10: C50, malign tumör i bröstkörtel.

DATAKÄLLA

Nationella Bröstcancerregistret.

122 Överlevnad vid lungcancer**MÅTT**

Relativ ettårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med lungcancer.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar den relativa ettårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första lungcancerdiagnos under mätperioden.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december året efter mätperiodens slut.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Uppgifterna om antalet patienter med lungcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C34 enligt ICD-10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. 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 huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ ettårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter ett år om lungcancer var den enda möjliga dödsorsaken.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst ett år.

DATAKÄLLA

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.

Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.

123 Multidisciplinär konferens vid lungcancer

MÅTT

Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn mäter hur stor andel av patienter med lungcancer som genomgår en multi-disciplinär konferens inför planerad behandling.

Inför den planerade primärbehandlingen av lungcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog och lungmedicinsk specialist. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nyupptäckt lungcancer fått en hög prioritet.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Indikatorn avser andel patienter med lungcancer som genomgår en multidisciplinär konferens inför behandling.

Statistik: Exakt konfidensintervall för binomialfördelning har beräknats

Täljare: Antal lungcancerpatienter som bedömts på multidisciplinär konferens.

Nämnare: Totala antalet lungcancerpatienter under mätperioden.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD: C34 (malign tumör i bronk och lunga).

DATAKÄLLA

Nationellt lungcancerregister.

124 Tid till behandlingsbeslut vid lungcancer

MÅTT

Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn mäter väntetiden från remiss till behandlingsbeslut för patienter med lungcancer. En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande kliniken (en specialistklinik) fram till dagen för beslutet om behandling. Jämförelsen gäller tiden från det att remissen registreras vid utredande klinik, eller patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för handläggning och diagnossättning tills beslutet om behandlingsinsatserna har fattats, exempelvis vid en multi-disciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik.

Enligt Svenska lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser väntetiden från ankomst av remiss till beslut om behandling för lungcancerpatienter.

Statistik: Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.

Följande diagnoskod ingår enligt ICD: C34 (malign tumör i bronk och lunga).

DATAKÄLLA

Nationellt lungcancerregister.

125 Tid till besök vid prostatacancer

MÅTT

Väntetid från remissdatum till första besöket hos en specialist vid utredning för prostatacancer, dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser väntetid från det att remissen inkommer till urologkliniken, eller patienten själv tar kontakt urologen, till första besök hos en specialistläkare. God vård ska ges i rimlig tid, enligt Socialstyrelsens riktlinjer om God vård. Väntetiden är viktig för patienten, inte minst för att slippa en del av oron.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser väntetid från remissdatum till första besök hos specialist vid utredning för prostatacancer. Population: Alla patienter i Nationella Prostatacancerregistret där remissdatum och första besöket hos specialist fanns angivet.

DATAKÄLLOR

Nationella Prostatacancerregistret.

126 Kurativ behandling vid prostatacancer

MÅTT

Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande primärbehandling. Avser män i alla åldrar med mellan- och högrisktumörer, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet anger andel av män med prostatacancer med mellan- eller högrisktumörer som fått kurativt syftande primärbehandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser män med mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande behandling. Definition av patientgruppen: Intermediärrisk (patient med mellanrisktumör): tumörstadium T1–2 med Gleasonsumma 7 och/eller PSA-värde mellan $10 < 20$ microgram/l. Högrisktumör: tumörstadium T3 och/eller Gleasonsumma 8–10 och/eller PSA-värde mellan $20 - 50$ microgram/l.

Statistik: Konfidensintervall beräknat utifrån binomialfördelning

Täljare: Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått kurativt syftande primärbehandling.

Nämnare: Totala antalet patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition).

Fördelning på landsting baseras på behandlande kliniks lokalisering och inte patientens hemort.

DATAKÄLLA

Nationella Prostatacancerregistret (NPCR).

FELKÄLLOR

NPCR har hög en hög täckningsgrad. Tänkbara fel kan vara eventuella brister i rapportering och registrering

127 Tid till behandlingsstart vid huvud- och halscancer

MÅTT

Väntetid från remissankomst till specialistklinik till behandlingsstart vid elakartad huvud- och halstumör, dagar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn beskriver väntetiden från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till behandlingsstart för patienter med elakartad huvud- och halstumör.

Indikatorn bör mätas då misstanke om cancer bör utredas så fort som möjligt för att minska risken för ökad tumörvolym och spridning av sjukdomen. Det finns vetenskapligt stöd för att så är fallet vid huvud och halscancer.

Utredningens planering och resurserna som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar från att patienten söker vård eller remissen kommer in till den utredande kliniken, till behandlingsstart.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Indikatorn avser patienter med primär huvud- och halscancer förutom cancer i thyroidea (sköldkörteln). Utöver detta ingår halsmetastas med okänd primärtumör i registret.

Redovisning på landstingsnivå baserar sig på patientens hemort.

Statistik: Mediantid samt undre och övre kvartilen har beräknats.

Följande diagnoskoder enligt ICD-10: C00–C14, C30–C32 samt C77.0.

DATAKÄLL

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer, SweHNCR.

FELKÄLLOR

Täckningsgrad mot cancerregistret är 98%.

PSYKIATRISK VÅRD

128 Regelbunden behandling med sömnmedel eller lugnande medel

MÅTT

Antal personer 20–79 år med regelbunden och hög användning av sömn-/lugnande medel, per 100 000 invånare.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Bensodiazepiner är accepterade standardmedel 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.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardiserat med 2010 års befolkning som standardbefolkning.
Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Bensodiazepinderivat, lugnande	No5BA
Bensodiazepinderivat, sömnmedel	No5CD
Bensodiazepinbesläktade medel	No5CF

I måttet anges antalet som hämtat ut recept på bensodiazepiner beräknat per 100 000 invånare.

Regelbundna användare:

Täljare: Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 0,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag.

Nämnare: Antal personer 20–79 år i befolkningen.

Högekonsumenter:

Täljare: Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 1,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag.

Nämnare: Antal personer 20–79 år i befolkningen.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

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.

129 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre**MÅTT**

Andelen 75 år och äldre som använder tre eller fler psykofarmaka samtidigt.

BESKRIVNING OCH SYFTE

I måttet redovisas samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov. Indikatorn definieras som användning av minst tre läkemedel inom en eller flera av ATC-grupperna No5A, No5B, No5C och No6A.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, 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.

Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård.

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Täljare: Personer i åldrarna 75 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt tre eller flera psykofarmaka.

Nämnare: Samtliga personer i åldrarna 75 år och över i befolkningen.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

130 Användning av lämpliga sömnmedel till äldre**MÅTT**

Andelen 75 år och äldre som är sömnmedelsanvändare, som använder sömnmedlet zopiklon.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling.

I måttet redovisas användning av zopiklon som andel av all användning av sömnmedel, regelbundet eller vid behov.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, 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. Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel i öppenvård. Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Täljare: Personer i åldrarna 75 år och över, som den 31 december beräknas använda sömnmedlet zopiklon.

Nämnare: Samtliga personer i åldrarna 75 år och över som beräknas använda sömnmedel i någon form.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

131 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

MÅTT

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som tidigare vårdats inom psykiatrin.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedöms belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Psykiatrisk sjukdom	F00–F99 (exkl. F00–F03)

Följande sjukdomstillstånd och koder enligt ICD-10 ingår i måttet:

Diagnos	Diagnoskod ICD-10
Kroniska tillstånd	
Anemi	D501, D508, D509
Astma	J45, J46,
Diabetes	E101–E108 (huvud- eller bidiagnos) E110–E118 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E140–E148 (huvud- eller bidiagnos)
Hjärtsvikt	I50, I110, J81
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos) J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
Akuta tillstånd	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266, K270, K271, K272, K274, K275, K276, K280, K281, K282, K284, K285, K286
Diarré	E86, K522, K528, K529
Epileptiska krampfall	O15, G40, G41, R56
Inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen	N70, N73, N74
Njurbäckeninflammation	N390, N10, N11, N12, N136
Öra-näsa-halsinfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J312

Täljare: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen 20–59 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

Nämnamnare: Antal patienter 20–59 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

För befolkningen:

Täljare: Samtliga personer med undvikbara slutenvårdstillfällen i åldersgruppen 20–59 år.

Nämnamnare: Sveriges medelbefolkning 20–59 år.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Skillnaderna i undvikbar slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

132 Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni

MÅTT

Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

Beskrivning och syfte

Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Schizofreni	F20–F29

Täljare: Antal patienter som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

Nämnamnare: Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

133 Återinskrivning inom 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni

MÅTT

Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader på psykiatrisk klinik.

Beskrivning och syfte

Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Schizofreni	F20–F29

Täljare: Antal patienter som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader på psykiatrisk klinik.

Nämnare: Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni.

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

134 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom**MÅTT**

Andel personer med regelbunden litiumbehandling 2009 med fortsatt följsamhet under 2010

BESKRIVNING OCH SYFTE

Litiumbehandling är högprioriterat vid behandling av bipolär sjukdom i den preliminära versionen av nationella riktlinjer för ångest och depression. Litiumbehandling som förebyggande åtgärd ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller manodepressivitet.

Med regelbunden medicinerings menas uttag av litium under månad 1–4 samt under månad 9–12 under mätperioden.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åldersstandardiserat med patienter som hämtat ut litium som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Litium	No5ANo1

Täljare: Antal personer 18 år och äldre med regelbunden litiumbehandling under föregående och nuvarande mätperiod

Nämnare: Antal personer 18 år och äldre med regelbunden litiumbehandling under föregående mätperiod

I analysen utesluts patienter som avlider någon gång under mätperioderna.

DATAKÄLLA

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

135 Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri

MÅTT

Andel som väntat högst 30 dagar på besök inom barn- och ungdomspsykiatri, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter med ett beslut om vård som har väntat 30 dagar eller kortare på ett förstabesök inom barn och ungdomspsykiatri, vid det aktuella mättillfället. Avser även besök hos annan vårdgivarkategori än läkare.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid ingår i totalt antal väntande.

TEKNISK BESKRIVNING

Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna 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 nästan alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

Mätperiod: 31 mars.

DATAKÄLLA

Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Lokala prioriteringsgrunder och/eller medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera Eventuellt avvikande lokala tolkningar av nationella anvisningar.

136 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri

Se indikator 33.

137 Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård

MÅTT

Andel patienter som återfallit i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen vårdade vid rättspsykiatrisk vård som under senaste året under vårdtiden återfallit i brottslig gärning. Indikatorn är viktig eftersom huvudsyftet med vården är att förhindra återfall i brottslig gärning. Med återfall i brottslig gärning avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger. Uppgifterna som registreras är återfall i våldsbrott uppdelat på om det är riktat mot personal eller ej samt återfall i annan brottslighet.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som har återfallit i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård.

Nämnare: Totalt antal patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård.

För varje patient registreras kända uppgifter.

DATAKÄLLA

RättsspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad. Möjliga felkällor är att det kan förekomma fler återfall i brottslig gärning än vården känner till. Vidare kan det mellan olika vårdinrättningar finnas olika tolerans för vad som accepteras under vårdtiden, exempelvis var gränsen för olaga hot dras. Antalet patienter är i flera fall litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

138 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård**MÅTT**

Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI över 30 med anledning av att det i gruppen psykiskt sjuka finns en somatisk översjuklighet och överdödlighet där övervikt och fetma är en bidragande orsak. Riktlinjer finns framtagna av bland andra Svenska Psykiatriska föreningen ("Kliniska riktlinjer för att förebygga och behandla metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk störning" utgivna 2009).

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter med BMI > 30.

Nämnare: Antal patienter i rättspsykiatrisk vård.

DATAKÄLLA

RättsspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad. Antalet patienter är i flera fall litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

139 ECT vid slutenvårdad svår depression**MÅTT**

Andelen patienter med slutenvårdad svår depression som behandlats med ECT, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn visar andelen patienter som slutenvårdats för svår till mycket svår depression som givits ECT. ECT är den mest effektiva behandlingen vid svår eller psykotisk depression. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom rekommenderar ECT i den aktuella patientgruppen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Svår till mycket svår depression	F31.4–5, F32.2–3, F33.2–3

Åtgärd

DAo24

DAo25

DAoo6

Täljare: Antal patienter som givits ECT

Nämnare: Antal patienter som slutenvårdats för svår till mycket svår depression

DATAKÄLLA

Uppgift om slutenvårdade patienter med de aktuella diagnoserna kommer från Patientregistret vid Socialstyrelsen. Uppgift om ECT-behandlade patienter har PAR eller Kvalitetsregister ECT som källa.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad. Kriterierna för att slutenvårdas med de aktuella diagnoserna kan variera mellan kliniker och mellan landsting.

140 Depressionsskattning efter ECT

MÅTT

Andelen behandlingsserier med ECT vid depression där patienterna skattat sina depressionssymtom med symptomskattningssskalorna MADRS/MADRS-S

BESKRIVNING OCH SYFTE

Att undersöka och dokumentera kvarvarande symtom på depression efter ECT är viktigt, då kvarvarande symtom är en riskfaktor för snabbt recidiv. Indikatorn visar andelen behandlingsserier där sådan skattning med MADRS/MADRS-S skett inom en vecka efter ECT. Enbart initiala och täta behandlingsserier omfattas, inte skattning underhålls-ECT.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Huvuddiagnos	Diagnoskod ICD-10
Svår till mycket svår depression	F31.3–5, F32.1–3, F33.1–3

Täljare: Antal behandlingsserier med ECT för depression där skattning med MADRS/MADRS-S skett

Nämnare: Totalt antal behandlingsserier med ECT

DATAKÄLLA

Kvalitetsregister ECT

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad. Användning av andra skattningsskalor än MADRS/MADRS-S kan ha skett.

KIRURGISK VÅRD

141 Omoperation vid ljumskbråck

MÅTT

Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andel opererade ljumskbråck som ej blivit omopererade under 5 år.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter.

Varje opererat bråck som är noterat i bräckregistret följs, från tiden för bräckoperationen framåt i tiden, tills en ny bräckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemortslän.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Svenskt Bräckregister.

FELKÄLLOR

Registrets täckningsgrad är relativt god. Vissa kliniker opererar fler bräck som är mer tekniskt krävande.

142 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck

MÅTT

Andel operationer av ljumskbråck utförda i dagkirurgi.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av ljumskbråck.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats.

Diagnos	Diagnoskod ICD-10	Åtgärds kod
Ljumskbråck	K40.2, K40.9	JAB

Täljare: Antal operationer av ljumskbråck utförda i dagkirurgi.

Nämnare: Totala antalet utförda operationer av ljumskbråck d.v.s. även operationer utförda inom slutenvården. Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).

DATAKÄLLA

Patientregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.

143 Dödlighet efter vård för blödande magsår

MÅTT

Andel döda inom 1 år efter vårdtillfälle för blödande magsår alternativ andel ny blödning, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Blödande magsår är ett akut livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Risken ökar kraftigt med stigande ålder.

Etablerade riskfaktorer för blödande magsår är: hög ålder, infektion med *Helicobacter pylori*, tidigare magsårssjukdom, bruk av smärtstillande och inflammationsdämpande medel (NSAID, ASA eller lågdos-ASA) och på senare år har även användande av SSRI-preparat kopplats samman med en ökad risk.

Risken att dö inom ett år efter blödande magsår kan ses som en indikator på hur väl sjukvården klarar såväl det akuta omhändertagandet, baserat på dödlighet under sjukhusvården, och dödligheten efter det att patienten skrivits ut från sjukhus som möjligen kan ses som en indikator på kvaliteten i efterföljande vård.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Samtliga förstagångsfall av blödande magsår i åldrarna 45–99 år. Förstagångsfall har skattats med krav på fem år utan föregående diagnos. Diagnoskoder är ICD10 K25.0, K25.4, K26.0, K26.4 som huvud eller bidiagnos. Andelen döda har åldersstandardiserats utifrån alla fall av magsår åren 2003–2009 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor. Dödligheten har följts från inskrivning och 365 dagar framåt. En separat beräkning för döda på sjukhus har gjorts.

Täljare: Antal sjukhusvårdade förstagångsfall som avlider inom 365 dagar efter blödande magsår samt antal av dessa som avlidit på sjukhus.

Nämnare: Samtliga förstagångsfall av blödande magsår.

DATAKÄLLA

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

FELKÄLLOR

Mycket litet bortfall av personnummer i patientregistret och dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten, liksom olika patientmix.

144 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi

MÅTT

Andel patienter som följs upp efter obesitaskirurgi, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som följs upp efter obesitaskirurgi.

Alla patienter som opereras för svår fetma behöver följas upp efter operationen, av flera skäl, såväl medicinska som andra.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: antalet fall som registrerats i kvalitetsregistret 1 år efter obesitasoperation.

Nämnare: antalet registrerade operationer.

Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register.

FELKÄLLOR

Täckningsgrad: 97 procent av alla operationer 2011.

145 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi**MÅTT**

Minskning av övervikt ett år efter obesitaskirurgi, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta den procentuella minskningen av övervikten (% excess-BMI-loss)

Från olika studier vet man att kirurgisk teknik och val av operationsmetod spelar roll för resultatet. Andra faktorer som har med medicinska indikationer och case-mix att göra är ålder, grad av övervikt och kön. Sannolikt spelar system och omfattning av uppföljning också in på resultatet.

SOS-studien har visat att för att erhålla bestående livskvalitetsförbättringar över lång tid måste vikttnedgången förutom bestående också vara betydande, minst 25 kg, vilket som regel motsvarar halva övervikten.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Individnivå täljare = minskningen av antalet BMI enheter mellan preop och 1 år postop.

Nämnare: Individnivå = nämnaren är antalet BMI-enheter över 25 preoperativt.

Alla som opererats under mätperioden och som följts upp inom 1 år och som uppföljts 1 år efter operationen ingår. Patienter som omopererats men där den primära operationen gjordes före registrets start har exkluderats. Enbart patienter som opererats med metoden gastric bypass ingår.

Patienterna redovisas under sina respektive hemortslandsting, oavsett var operationen eller uppföljningen skett.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: SOReg, Scandinavian Obesity Surgery Register.

146 Kostnad per operation obesitaskirurgi**MÅTT**

Kostnad per DRG-poäng för obesitasoperation med gastric by pass, kronor.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen. De DRG-vikter som använts är efterkalkylerade (retrospektiva) och grupperingen har gjorts med NordDRG, Classic.

TYP AV INDIKATOR

✓ Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

DRG	DRG text
288A	Mag- tarmoperationer mot fetma
Åtgärd	Åtgärdstext
JDF10	Gastric by pass
JDF11	Laparoskopisk gastric by pass

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

Täljare: Totalkostnaden för vårdtillfällen med DRG 288A och åtgärderna JDF10 och JDF11

Nämnare: Totala antalet DRG-poäng för vårdtillfällen med DRG Lo8 och åtgärderna JDF10 och JDF11

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

147 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

MÅTT

Andel patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa (kolecystektomi).

Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt eftersom det leder till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. Miniinvasivt ingrepp är oftast laparoskopi, men kan även vara så kallad minigalla, operation med ett mindre öppet snitt.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som opereras med laparoskopisk teknik eller "minigalla" vid borttagande av gallblåsa.

Nämnare: Samtliga patienter som opererat bort gallblåsan.

Mätperiod avser operationsår.

Operationsmetod och övriga variabler registreras i kvalitetsregistret. Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

Kolecystektomier som utförs sekundärt till andra större ingrepp t.ex. lever- eller pancreaskirurgi, ingår ej.

DATAKÄLLA

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

FELKÄLLOR

Täckningsgrad: Över 90 procent år 2009. En stickprovskontroll av 1 168 journaler som jämförts med registerdata visar rätt registrering av operationsmetod i 99,5 % av fallen. På landstingsnivå/regionnivå är risken för olika casemix begränsad och täckningsgraden hög. Resultaten kan därför på denna nivå betraktas som mycket tillförlitliga.

148 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

MÅTT

Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa (kolecystektomi).

Måttet är ett resultatmått och anger andelen patienter som inom 30 dagar får kirurgisk komplikation efter planerad operation där gallblåsan tas bort (kolecystektomi). Komplikation är till exempel blödning, djup infektion, galläckage, perforerad tarm eller gallvägsskada. Både akuta och elektiva operationer ingår.

Rangordningen bör tolkas med stor försiktighet då konfidensintervallen är stora och det förekommer viss underregistrering av kirurgiska komplikationer från verksamheten.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som fick en eller flera kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter operationen.

Nämnamnare: Samtliga patienter som opererat bort gallblåsan.

Mätperiod avser operationsår.

DATAKÄLLA

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

FELKÄLLOR

Täckningsgrad: Över 90 procent år 2009. Journalgranskning vid ett urval kliniker har visat att underrapportering av komplikationer är en felkälla.

149 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa

MÅTT

Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa (kolecystektomi) vid planerade operationer.

Studier har visat att förebyggande behandling med antibiotika inte minskar risken för infektionskomplikationer varför rekommendationerna nu är att inte ge förebyggande antibiotikabehandling vid elektiv kolecystektomi.

Vid enskilda fall kan det finnas faktorer som talar för att antibiotika bör ges, "för säkerhets skull". Därför kan det på sjukhusnivå finnas en selektion av patienter med olika svårighetsgrad, vilket till en viss del kan förklara en skillnad i antibiotikaanvändning. På landstingsnivå borde det dock inte finnas någon avgörande skillnad i patientsammansättning.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som fått antibiotika vid planerad kolecystektomi.

Nämnamnare: Samtliga patienter som genomgått en planerad kolecystektomi.

De som opererats i samband med en akut inläggning ingår inte.

DATAKÄLLA

GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi.

FELKÄLLOR

Täckningsgrad: över 90 procent år 2009.

150 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation**Mått**

Kostnad per DRG-poäng för gallkirurgi,olecystektomi, kronor.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen. De DRG-vikter som använts är efterkalkylerade (retrospektiva) och grupperingen har gjorts med NordDRG, Classic.

TYP AV INDIKATOR

✓ Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Åtgärds-koder: JKA20olecystektomi och JKA21 laparoskopiskolecystektomi.

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen.

Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

Täjlare: Totalkostnaden för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20olecystektomi och JKA21 laparoskopiskolecystektomi.

Nämnare: Totala antalet DRG-poäng för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20olecystektomi och JKA21 laparoskopiskolecystektomi.

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnadsbilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

151 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder**MÅTT**

Andel opererade inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn är ett processmått för främst strokeförebyggande sjukvård inom kärlkirurgi och visar hur stor andel av patienterna med symtomgivande förträngning av halspulsådern som opereras inom 14 dagar från symtomdebut.

Vid förträngning av halspulsådern är det viktigt att operation sker snarast efter symtomdebut och diagnos. Den gynnsamma effekten av operationen minskar snabbt, ju längre tid det går. Indikatorn ingår i de nationella riktlinjerna för stroke.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som opererats för halspulsåderförträngning inom 14 dagar efter symptomdebut.

Nämnare: Alla patienter som opererats för symtomgivande halspulsåderförträngning

Mätmetod: Tidpunkt för symptom (som regel TIA) och för operation registreras löpande i kvalitetsregistret.

Redovisning per landsting baseras på patienternas hemort.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras i Swedvasc. Handläggningstider är angivna i samtliga registrerade fall.

152 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben**MÅTT**

Andel döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet är ett resultatmått och visar andelen patienter som avled eller fick amputeras ovan fotled 30 dagar efter infrainguinala ingrepp för kronisk kritisk ischemi i nedre extremitet (ben). Det är ett mått som främst visar kvaliteten i det kirurgiska ingreppet och/eller vilken selektion av patienter för ingreppet som gjorts.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antalet patienter som är döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operationen

Nämnare: Samtliga patienter som genomgått infrainguinal operation vid kritisk ischemi med vilovärk, sår eller kallbrand i nedre extremitet.

Operation och uppföljningsresultat efter 30 dagar registreras i kvalitetsregistret.

Två tredjedelar av patienterna opereras endovaskulärt. Eftersom ingen signifikant skillnad föreligger mellan öppen och endovaskulärt ingrepp vid 30 dagar beträffande död eller amputation redovisas alla ingrepp tillsammans. Detsamma gäller kön.

Redovisning per landsting baseras på patienternas hemort.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Swedvasc – Svenska Kärregistret samt befolkningsregistret för ev. dödsdatum.

FELKÄLLOR

92,3 % av opererade patienter har 30-dagarskontrollerats. Resultatet kan påverkas av casemix, då ingen justering för ålder eller annan sjuklighet görs.

153 Död efter planerad operation för aortaaneurysm

MÅTT

Andel döda inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm (pulsåderbräck), procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn är en resultatindikator som mäter dödligheten inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm. Det är ett mått som främst visar kvaliteten i det kirurgiska ingreppet och/eller vilken selektion av patienter för ingreppet som gjorts.

Den låga andelen döda och ett relativt lågt antal opererade ger osäkerhet i resultaten. Resultatet kan påverkas av casemix, då ingen justering för ålder eller annan sjuklighet görs.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal avlidna enligt befolkningsregistret inom 90 dygn.

Nämnare: Antal opererade elektivt (planerat) för pulsåderbräck i stora kroppspulsådern i buken (= AAA abdominellt aortaaneurysm).

Opererade elektivt enligt NOMESCO-kod för AAA med öppen operation (PDG10, PDG20–24) eller med endovaskulär rekonstruktion EVAR (PDQ10, PDQ21).

Redovisning per landsting baseras på patienternas hemort.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Swedvasc – Svenska Kärregistret.

FELKÄLLOR

Täckningsrad: Mer än 95 %.

154 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben

Mått

Kostnad per vårdtillfälle för infrainguinal rekonstruktion/bypass. Åtgärds kod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.

TYP AV INDIKATOR

✓ Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Totalkostnaden för samtliga vårdtillfällen med åtgärds koderna PEE10, PEF10, PEF11, PEF12, PEH10, PEH20, PEH30, PEN10, PEP10, PEP11, PEP12, PEQ10, PEQ11, PEQ12, PET10, PFH22, PFH23, PFH25, PFH27, PFH29, PFP10, PFQ10 och PGH40, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med åtgärds kod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

Åtgärd	Åtgärdstext
PEE10	Trombektomi eller embolektomi i a femoralis communis
PEF10	Trombendartärektomi i a femoralis communis
PEF11	Trombendartärektomi i a profunda femoris
PEF12	Trombendartärektomi i a femoralis superficialis
PEH10	Bypass från a femoralis communis
PEH20	Bypass från a femoralis till a poplitea ovan knäleden
PEH30	Bypass från a femoralis till a poplitea nedan knäleden
PEN10	Plastik på a femoralis communis
PEP10	Perkutan plastik på a femoralis communis
PEP11	Perkutan plastik på a profunda femoris
PEP12	Perkutan plastik på a femoralis superficialis
PEQ10	Inläggande av stent i a femoralis communis
PEQ11	Inläggande av stent i a profunda femoris
PEQ12	Inläggande av stent i a femoralis superficialis
PET10	Injektion av läkemedel i eller perkutan ocklusion av a femoralis communis
PFH22	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a tibialis anterior
PFH23	Bypass från a femoralis eller a poplitea till truncus tibiofibularis
PFH25	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a tibialis posterior
PFH27	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a fibularis
PFH29	Bypass från a femoralis eller a poplitea till a tibialis posterior på foten
PFP10	Perkutan plastik på a poplitea
PFQ10	Inläggande av stent i a poplitea
PGH40	Femorofemoral bypass

DATAKÄLLA

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

FELKÄLLOR

Sjukhusens organisation och patientsammansättning kan variera och påverkar då kostnads-bilden. Det finns ett regelverk för hur kostnader skall kalkyleras och redovisas till KPP-databasen, till exempel vilka kostnader som skall ingå. Trots detta kan det finnas olikheter i dessa avseenden.

155 Patientrapporterat resultat av septumplastik

MÅTT

Andel patienter som är helt eller ganska nöjda 6 månader efter septumplastik, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet är ett resultatmått och visar hur stor andel av de opererade patienterna som efter sex månader är helt eller ganska nöjda med operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som svarade att de är helt eller ganska nöjda med resultatet av operationen.

Nämnare: Samtliga patienter som opererats med septumplastik på grund av nästäppa.

Septumplastik med eller utan samtidig conchotomi ingår. Samtliga patienter som opereras med septumplastik på grund av besvärlig nästäppa och som följts upp efter operation under den aktuella mätperioden ingår.

Mätmetod: Sex månader efter operationen sänder registret ut en enkät och frågar patienterna hur de själva bedömer resultatet.

Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.

DATAKÄLLA

Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård.

FELKÄLLOR

Varierande täckningsgrad i olika landsting.

156 Patientrapporterad symtomfrihet efter tonsilloperation

MÅTT

Andel patienter som är helt eller ganska symtomfria 6 månader efter tonsilloperation, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet är ett resultatmått och visar hur stor andel av de opererade patienterna som efter sex månader är helt eller ganska nöjda med operationen.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som svarade "besvären borta" eller "jag har blivit ganska bra" 6 månader efter operationen.

Nämnare: Samtliga patienter som tonsillopererats.

Patienter med cancersjukdom ingår inte.

Mätmetod: Sex månader efter operationen sänder registret ut en enkät till de opererade patienterna.

Mätperiod avser operationsår.

Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.

DATAKÄLLA

Svenskt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård.

FELKÄLLOR

Täckningsgraden bedöms på nationell nivå vara cirka 80 %, baserat på en jämförelse av antalet opererade med Patientregistret vid Socialstyrelsen avseende år 2008. Svarsfrekvens på 6 månadersenkäten är 46 procent.

INTENSIVVÅRD

157 Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA

MÅTT

Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (IVA).

BESKRIVNING OCH SYFTE

Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. Denna förväntan baseras i SAPS3 modellen på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002 (i APACHE modellen baseras förväntan på studiet av amerikanska patienter under 1980-talet). Förväntan jämförs sedan med den observerade dödlighe-

ten. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitets rat (SMR). $SMR = \text{observerad dödlighet} / \text{förväntad dödlighet}$.

$SMR = 1$ när den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, $SMR > 1$ när den observerade dödligheten är högre än förväntan och $SMR < 1$ när den observerade dödligheten är lägre än förväntan.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Observerat antal dödsfall inom 30 dagar efter inskrivning på IVA.

Nämnare: Förväntat antal dödsfall inom 30 dagar efter inskrivning på IVA.

Alla intensivvårdspatienter som är 16 år eller äldre och som vårdas på intensivvårdsavdelningar som är medlemmar i SIR och som skickar data ingår i redovisningen. De aktuella riskjusteringsmodellerna är APACHE och SAPS3 för vuxna (16 år och äldre).

SIR beräknar SMR på utfallet levande/avliden 30 dagar efter ankomsten till IVA. I riskjusteringssystemen ingår bl. a. ålder, kronisk sjukdom, typ av akut sjukdom (intagningsorsak), ankomstväg till IVA samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad och opererad status. Utifrån dessa data beräknas risk för död (förväntad dödlighet) < 30 dagar.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

DATAKÄLLA

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)

FELKÄLLOR

77 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Täckningsgraden uppgår till över 90 procent.

Ett stort antal faktorer påverkar SMR. Förekomsten av t.ex. ej inleda/ej fortsätta behandling inom intensivvården påverkar SMR genom att andelen döda ökar. Modellen för riskjustering är också av stor betydelse, vilket försvårar direkta jämförelser mellan SAPS3 och Svensk APACHE. För båda modellerna är utfallet avsevärt mycket bättre än i.o som är förväntat av modellen.

Ofullständig eller felaktig datainsamling kan påverka SMR, varför det är viktigt att värdet bedöms samtidigt som datakvaliteten beaktas. Därför ingår bortfallsbeskrivning som en del i bedömningen av SMR.

158 Utskrivning nattetid från IVA

MÅTT

Andel patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet beskriver andelen patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid och är viktigt att följa eftersom nattlig utskrivning är förknippad med ökad dödlighet.

Utskrivning från intensivvården nattetid av levande patient sker vanligen av två skäl: utskrivning av medicinska skäl för specialistvård (t ex. neurokirurgi) och utskrivning pga platsbrist till vanlig vårdavdelning.

Eftersom bemanningen ofta är begränsad nattetid betyder överflyttning till vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården. Detta kan vara orsaken till att nattlig utskrivning från IVA är förknippad med ökad dödlighet, ett faktum som motiverar att nattlig utskrivning är en av SIR:s kvalitetsindikatorer.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal patienter som skrivits ut levande från IVA till vårdavdelning från kl. 22:00 t.o.m. 06:59.

Nämnare: Totala antalet patienter som skrivits ut levande från IVA till vårdavdelning.

Avgränsningar:

1. Patienter utskrivna till annan IVA exkluderas.
2. Endast vårdtyp IVA – vårdtyp Barnintensivvård och Thoraxintensivvård exkluderas.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

DATAKÄLLA

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

FELKÄLLOR

77 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Täckningsgraden uppgår till över 90 procent.

Ej redovisad behandlingsstrategi utgör en källa till tolkningsproblem. Hög andel av behandlingsbegränsning hos patienter som skrivs ut nattetid från IVA till vårdavdelning påverkar 30 dagars mortalitet.

159 Oplanerad återinskrivning till IVA**MÅTT**

Andel patienter som oplanerat återinskrevs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Det är väl känt att patienter som oplanerat återkommer till samma IVA kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö.

Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid IVA.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal oplanerade inläggningar där tiden mellan utskrivning från index vårdtillfället och återinläggningens vårdtillfällets start är ≤ 72 timmar och återinläggning och indexvårdtillfälle är på samma IVA

Nämnare: Totala antalet "index vårdtillfällen" där patienten är utskriven levande från IVA. "Index vårdtillfälle" är det första intensivvårdstillfället för en patient under definierad tidsperiod (vanligen kalenderår).

Intensivvårdspatienter som vårdas på intensivvårdsavdelning som är medlem i SIR och som skickar data ingår i redovisningen. Inga andra avgränsningar finns.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

DATAKÄLLA

Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

FELKÄLLOR

77 av landets sammanlagt 84 IVA-avdelningar är medlemmar i SIR. Över 90 procent av alla avdelningar med allmän intensivvård är medlemmar. Täckningsgraden uppgår till över 90 procent.

Lokala IT system kan vara en felkälla, om de inte kan hantera ett sammanhängande vårdtillfälle över årsskiftet eller där flera moderkliniker varit inblandade. Indikatorn påverkas av vårdens innehåll och kvalitet hos mottagande vårdavdelning, som intensivvården inte har direkt kontroll över, men indirekt kan stödja via MIG (Mobila Intensivvårdsgrupper).

Återinläggning efter andra vårdtillfällen än indexvårdtillfället fångas inte.

ÖGONSJUKVÅRD

160 Synfel vid tidpunkt för kataraktoperation

MÅTT

Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation (gråstarrsoperation), procent

BESKRIVNING OCH SYFTE

Måttet visar hur stor andel av patienterna som vid tidpunkten för operation hade en synskärpa som var lägre än 0,5. Måttet visar hur stor synförsämring man i de olika landstingen har för att komma ifråga för operation och är därmed ett mått på tillgänglighet till denna operation.

0,5 på bästa ögat är gräns för att få köra bil förutsatt att synfunktionen i övrigt är normal.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal kataraktpatienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier på det bästa ögat vid tidpunkten för operation.

Nämnare: Samtliga kataraktopererade patienter som registrerats i kataraktregistret under den aktuella mätperioden.

Uppgifterna per landsting baseras på patientens hemort oavsett var operationen genomfördes.

DATAKÄLLA

Nationella Kataraktregistret.

FELKÄLLOR

Registret uppskattar täckningsgraden till över 98 %. Det grundläggande datamaterialet bedöms vara av god kvalitet.

161 Självskattad nytta av kataraktoperation

MÅTT

Andel patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation (gråstarrsoperation), procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta patientens självskattade förbättring av synfunktionen det dagliga livet efter kataraktoperation. Indikatorn är viktig att följa eftersom syftet med operationen är att återställa synen genom att avlägsna den grå starren.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal besvarade enkäter med självskattad förbättring.

Nämnare: Antal besvarade enkäter.

Mätmetod: Enkäten distribueras av deltagande kliniker före operation och sänds som själv-instruerande postenkät 3 månader efter operation. Enkäten är en Rasch-analyserad patientenkät (Catquest-9SF). Ett flertal vetenskapliga publikationer finns som beskriver enkätens validitet för svenska förhållanden.

DATAKÄLLA

Nationella Kataraktregistret.

FELKÄLLOR

Svarsfrekvens cirka 80 %. Analysen kräver att enkäten är fullständigt ifylld, varför det förekommer ett bortfall också på grund av ofullständigt ifyllda enkäter. Enkäten efter operationen har en svarsfrekvens på cirka 80 procent. Studier har pekat på att de som inte besvarar enkäten är genomsnittligt lite sjukare och äldre än de som besvarar den. Kliniker deltar frivilligt under en månad varje kalenderår. Vid registreringen 2011 deltog 27 kliniker, medan 35 kliniker deltog 2010.

162 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration**MÅTT**

Andel förbättrade patienter (ögon) efter behandling vid makuladegeneration, procent.

BESKRIVNING OCH SYFTE

Indikatorn avser att mäta andelen patienter (ögon) som förbättrats, en rad på ETDRS-syntavlan eller mer, efter behandling vid makuladegeneration.

Hälsoekonomiskt finns stora vinster med behandlingen. En bevarad synskärpa värderas högt och ger möjlighet till självständigt boende och minskat hjälpbehov.

Skillnader mellan landsting i antal behandlade patienter kan bero dels på att täckningsgraden för registreringen skiljer sig mellan klinikerna, dels på att vissa landsting har en högre andel äldre i befolkningen som i större grad drabbas av åldersrelaterade makuladegenerationer. Hur tillgänglig vården är och hur frikostig man är med att erbjuda behandling kan också vara en orsak till skillnader inom landet.

Behandlingens effektivitet har utvärderats med antal bokstäver synförbättring i studier.

TYP AV INDIKATOR

Strukturindikator

Processindikator

✓ Resultatindikator

TEKNISK BESKRIVNING

Täljare: Antal ögon som uppnått 1 rads synförbättring eller mer efter 12 mån behandling.

Nämnare: Totalt antal ögon som fått behandling i 12 mån under mätperioden.

I makularegistret registreras patienter som får någon form av behandling av våt makuladegeneration. I Makularegistret registreras synförbättring i antalet förbättrade bokstäver på ETDRS-syntavla. 5 bokstäver motsvarar en rad på syntavla.

DATAKÄLLA

Nationellt kvalitetsregister: Makularegistret.

FELKÄLLOR

34 kliniker av 36 registrerar i Makularegistret. De flesta av klinikerna registrerar sina patienter vid såväl ursprungsbesök som vid uppföljande återbesök och behandlingsbesök. Det finns kliniker som har ett lågt antal registrerade i förhållande till sitt upptagningsområdes befolkningsmängd. Har patienten avslutats innan 12 mån uppföljning kommer resultaten inte med i rapporten.