

Bilaga 1

Beskrivning av indikatorer

Öppna jämförelser 2014

Hälsa- och sjukvård

JÄMFÖRELSEER MELLAN LANDSTING

Innehåll

Övergripande indikatorer	7
DÖDLIGHET, HÄLSOTILLSTÅND, MED MERA.....	7
1 Återstående medellivslängd	7
2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	7
3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.....	8
4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	10
5 Själv mord i befolkningen	11
6 Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes.....	11
7 Dödlighet efter stroke.....	12
8 Dödlighet efter hjärtinfarkt	13
9 Dödlighet efter höftfraktur	14
10 Överlevnad vid cancersjukdom	15
SÄKER VÅRD, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD, VPL ANVÄNDNING MED MERA.....	16
11 Undvikbar slutenvård	16
12 Överbeläggningar i den slutna vården.....	18
13 Utskrivningsklara patienter på sjukhus	18
14 Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	19
15 Återkommande slutenvård i livets slutskede	23
16 Responstid för ambulans	24
17 Trycksår i slutenvård	24
18 Vårdrelaterade infektioner.....	25
HÄLSOINRIKTAD SJUKVÅRD	25
19 Rökning vid diabetes	26
20 Fetma vid diabetes.....	26
21 Fysisk aktivitet vid diabetes	27
22 Rökstopp efter hjärtinfarkt	27
23 Fysisk träningsprogram efter hjärtinfarkt.....	28
24 Rökstopp efter stroke.....	29
25 Levnadsvanor vid besök i primärvården	29
26 MPR-vaccination av barn.....	30
27 Tobaksvanor under graviditet.....	31
28 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet.....	32
29 Artrosskola före höftprotesoperation.....	32
FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHET	33
30 Tillgång till sjukvård	33
31 Förtroende för hälso- och sjukvården.....	34
32 Förtroende för vårdcentraler.....	34

33	Förtroende för sjukhus.....	35
34	Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor.....	36
35	Bemötande vid besök i primärvård.....	36
36	Information vid besök i primärvård.....	38
37	Delaktighet vid besök i primärvård	39
TILLGÄNGLIGHET		40
38	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård.....	40
39	Primärvårdens tillgänglighet per telefon	41
40	Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	41
41	Operation inom 90 dagar i specialiserad vård	42
42	Upplevd väntetid till vårdcentral	43
43	Upplevd väntetid till besök och behandling på sjukhus	44
44	Upplevd telefontillgänglighet till 1177	44
KOSTNADER		45
45	Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	45
45A	Sjukvårdskostnad per invånare per verksamhet.....	46
45B	Justerad läkemedelskostnad per invånare	47
46	Kostnad per konsumerad DRG-poäng.....	48
47	Kostnad per producerad DRG-poäng	50
48	Kostnad per vårdkontakt i primärvård.....	50
Del 2 Sjukdomsgruppvisa indikatorer		51
GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD		51
49	Tidiga aborter	51
50	Dödfödda barn	52
51	Neonatal dödlighet.....	53
52	Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård	53
53	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	54
54	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	55
55	Kejsarsnitt bland förstföderskor	56
56	Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning.....	57
KVINNOSJUKVÅRD.....		57
57	Svarsfrekvens för patientenkät	57
58	Klinikbedömning av patientens enkätsvar.....	58
59	Oönskade händelser efter borttagande av livmoder	59
60	Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder.....	60
61	Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik.....	61
62	Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation	61
63	Patientrapporterad framfallssymtom efter operation.....	62
64	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall.....	63
65	Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation	63
66	Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation	64
67	Patientrapporterade komplikationer efter adnexoperation	65
68	Adnexoperation med laparoskopisk teknik	65

69	Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder.....	66
70	Besök inom 90 dagar i kvinnosjukvård	66
71	Operation inom 90 dagar för framfall	67
ORTOPEDISK SJUKVÅRD.....		68
72	Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	68
73	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	69
74	Omoperation efter total höftprotesoperation	70
75	Oönskade händelser efter knä- och total höftprotesoperation	70
76	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	71
77	Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation.....	72
78	Väntetid inför höftfraktuoperation	73
79	Protesoperation vid höftfraktur.....	74
80	Implantatöverlevnad vid halvprotesoperation	75
81	Åter till ursprungligt boende efter höftfraktur	75
82	Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	76
83	Återfraktur efter benskörhetsfraktur.....	77
84	Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis.....	79
85	Patientrapporterad förbättring efter operation för diskbråck.....	80
86	Utbytesoperation inom 2 år efter korsbandsoperation.....	80
87	Patientskattat resultat av korsbandsoperation.....	81
88	Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation	82
89	Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation	83
90	Besök inom 90 dagar - Ortopedi	84
91	Operation inom 90 dagar för knäprotes.....	84
92	Operation inom 90 dagar för höftprotes	85
REUMATOID ARTRIT		86
93	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	86
94	Effekt vid behandlingsstart med biologiska läkemedel.....	87
95	Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiskt läkemedel	87
96	Besök inom 90 dagar – reumatologi.....	88
DIABETESVÅRD.....		89
97	Blodsockerkontroll vid typ 2 diabetes	89
98	Blodtryckskontroll vid typ 2 diabetes.....	90
99	Påtagligt högt blodtryck vid typ 2 diabetes	90
100	LDL-kolesterol vid typ 2 diabetes	91
101	Fotundersökning vid typ 2 diabetes.....	92
102	Ögonbottenundersökning vid typ 2 diabetes	92
103	Blodsockerkontroll vid typ 1 diabetes	93
104	Blodtryckskontroll vid typ 1 diabetes.....	93
105	Högt blodtryck vid typ 1 diabetes	94
106	Fotundersökning vid typ 1 diabetes.....	95
107	Ögonbottenundersökning vid typ 1 diabetes	95
108	Blodsockerkontroll hos barn och unga vid typ 1 diabetes.....	96
109	Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1 diabetes.....	97

HJÄRTSJUKVÅRD	97
110 Överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus.....	97
111 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt.....	98
112 Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom	99
113 Reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.....	100
114 Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	101
115 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt	102
116 Blodproppshämmande behandling vid icke ST-höjningsinfarkt.....	104
117 RAAS-hämmande behandling efter hjärtinfarkt	105
118 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärlssjukdom	105
119 Återförträngning av hjärtats kärl efter PCI.....	106
120 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	107
121 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol	108
122 Måluppfyllelse för blodtryck	108
123 Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt.....	109
124 Döda eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt.....	110
125 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor	111
126 Komplikationer efter pacemakerinsättning	113
127 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid hjärtinfarkt	114
STROKE.....	115
128 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	115
129 Direktintag på strokeenhet.....	115
130 Reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke.....	116
131 Tid till trombolys.....	117
132 Test av sväljförmåga vid akut stroke.....	117
133 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer.....	118
134 Blodfettssänkande behandling efter stroke.....	119
135 Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke	120
136 Återinsjuknande efter stroke.....	121
137 Funktionsförmåga efter stroke.....	122
138 Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke	122
139 Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke	123
PSYKIATRISK VÅRD	124
140 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos...	124
141 Återinskrivning efter 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni .	125
142 Återinskrivning efter 3 respektive 6 månader efter vård för schizofreni	126
143 Besök inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatri	127
144 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri	127
145 ECT vid slutenvårdad svår depression	128
146 Depressionsskattning efter ECT	128
147 Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression.....	129
148 Återfall i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk vård	130
149 Fetma bland patienter i rättspsykiatrisk vård.....	131
150 Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni	131

KIRURGISK VÅRD	133
151 Omoperation vid ljumskbräck	133
152 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck	134
153 Dödlighet efter vård för blödande magsår	135
154 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi.....	135
155 Minskning av övervikt efter obesitaskirurgi.....	136
156 Kostnad per DRG-poäng obesitaskirurgi	137
157 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa.....	138
158 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa	138
159 Antibiotika vid borttagande av gallblåsa	139
160 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation.....	140
161 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	140
162 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben.....	141
163 Död efter planerad operation för aortaaneurysm.....	142
164 Kostnad per operation av kärlförträngning i ben.....	143
165 Besök inom 90 dagar – allmän kirurgi	144
166 Operation inom 90 dagar – magsäck, tarm vid övervikt	145
167 Operation inom 90 dagar - ljumskbräck.....	146
INTENSIVVÅRD.....	147
168 Riskjusterad dödlighet efter vård på IVA.....	147
169 Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning.....	148
170 Oplanerad återinskrivning till intensivvårdavdelning	149
ÖGONSJUKVÅRD	150
171 Synfel vid kataraktoperation.....	150
172 Självskattad nytta av kataraktoperation	151
173 Förbättring efter behandling vid makuladegeneration	151
174 Besök inom 90 dagar - ögonsjukvård.....	152
175 Operation inom 90 dagar - gråstarr	153
VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE – PALLIATIV VÅRD.....	154
176 Smärtskattning under sista levnadsveckan	154
177 Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede.....	155
178 Brytpunktssamtal i livets slutskede	156
179 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan	156
180 Förekomst av trycksår av grad 2-4	157
181 Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel	158
ANNAN VÅRD - MS.....	158
182 Bromsmedicin vid skovvis förlöpande MS	158
183 Bromsmedicin vid sekundärprogressiv MS.....	159
ANNAN VÅRD – CEREBRAL PARES	160
184 Andel barn med CP som bedömts av fysioterapeut.....	160
185 Andel barn med god sträckningsförmåga i knäled vid CP	161
ANNAN VÅRD – HIV.....	162

186	God viruskontroll vid HIV	162
-----	---------------------------------	-----

Övergripande indikatorer

DÖDLIGHET, HÄLSOTILLSTÅND, 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 magstrupe	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 samtolecystit 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	"
Tyfoidfieber	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 *Självmod i befolkningen*

Mått

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

Beskrivning och syfte

I måttet ingår antal självmod 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
Självmod	X60–X84
Oklar avsikt	Y10–Y34

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Dataälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

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

6 *Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes*

Mått

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes samt i befolkningen, antal per 100 000.

Beskrivning och syfte

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar bland personer som behandlas med diabetesmedel.

Nämnare: Samtliga personer som hämtat ut diabetesläkemedel.

Huvuddiagnos	ICD-10
Hjärt- och kärlsjukdom	I00-I99

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesmedel	A109

Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar under ett kalenderår redovisas för personer som hämtat ut diabetesmedel någon gång under kalenderåret eller under kalenderåret innan.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

Som jämförelse beräknas dödligheten i hjärt- kärlsjukdom under motsvarande kalenderår även för totalbefolkningen.

Datakälla

Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor

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

7 Dödlighet efter stroke

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

8 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.

9 Dödlighet efter höftfraktur

Mått

Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter förstagångshöftfraktur, avser personer 50 år eller äldre.

Beskrivning och syfte

Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan i sin tur göra det svårt att återgå till eget boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Där ingår även att behandla patienten med benspecifika läkemedel som minskar risken för en ny fraktur.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

Nämnare: Antal vårdade i slutenvård med förstagångshöftfraktur.
 Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.
 Åldersstandardiserade värden.
 Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
 Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

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

Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret, SCB.

Felkällor

Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå, födelseland (ej i figur).

10 Överlevnad vid cancersjukdom

Mått

Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, procent.

Beskrivning och syfte

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter med cancersjukdom (samtliga cancerformer) i åldern 30-89 år.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna om antalet patienter med cancersjukdom har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C00–C97 enligt ICD 10.

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

Åldersstandardiserade värden.

Konfidsensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.

Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.

Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.

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.

SÄKER VÅRD, UNDVIKBAR SLUTENVÅRD, VPL ANVÄNDNING MED MERA

11 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) E110–E118 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E130–E138 (huvud- eller bidiagnos) E140–E148 (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 krampanfall	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.

12 *Överbeläggningar i den slutna vården*

Mått

Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i den slutna vården, oktober 2013 – september 2014, fördelat på landsting.

Beskrivning och syfte

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

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

Mätperiod: oktober 2013 – september 2014.

Typ av indikator

√ Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser

Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

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

13 *Utskrivningsklara patienter på sjukhus*

Mått

Antal vårddygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare

Beskrivning och syfte

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Måttet visar antalet dygn som patienter under mätperioden vårdats på sjukhus som utskrivningsklar, relaterat till antalet äldre i landstinget. Avser enbart personer 65 år och äldre.

Datakälla

Sveriges Kommuner och Landsting

Felkällor

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

14 *Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar*

Mått

Antal patienter 65 år och äldre med utvalda sjukdomstillstånd som återinskrivits inom 30 dagar.

Beskrivning och syfte

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal oplanerade återinskrivningar för valda sjukdomstillstånd för personer 65 år och äldre där tiden mellan utskrivning från index vårdtillfället och återinläggningens vårdtillfällets start maximalt är 30 dagar.

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

Diabetes	E101-E108, E110-E118, E130-E138, E140-E148	Diabetes	E101-E108, E110-E118, E130-E138, E140-E148
		Hjärtsvikt	I509
		Diabetisk polyneuropati	G632
		Diabetisk mononeuropati	G590
		Polyneuropati, ospecificerad	G629
KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos	Dyspnè	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bi-diagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11	Dyspne	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Bronkit	J20, J40, J41, J42,	Dyspne	R060

J43		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Urinvägsinfektion	N39	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499
Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499
Cystit, ospecificerad	N309	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309

Fraktur på lårbenshalsen och höften	S72	Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499
		Fraktur på lårbenshalsen och höften	S72
		Luxation i höft	S730
		Frakturer i huvud, näsa, käke, tand etc	S02
		Fraktur på halskota etc	S12
		Fraktur på bröst, revben etc	S22
		Fraktur på Ländkota, pubis etc	S32
		Fraktur på humeros, nyckelben, skulderblad etc	S42
		Fraktur på radius, ulna etc	S52
Förmaksflimmer	I48	Fraktur på hand, handled etc	S62
		Fraktur på underben etc	S82
		Fraktur på kalkaneus etc	S92
		Förmaksflimmer	I48
		Hypertoni	I109
		Hjärtsvikt	I50
Hjärtsvikt	I50	Dyspne	R060
		Kärlkramp	I20
		Cerebal infarkt	I63
		Förmaksflimmer	I48
		Hypertoni	I109
		Hjärtsvikt	I50
		Dyspne	R060

Kärkramp

I20

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.

15 Återkommande slutenvård i livets slutskede**Mått**

Två eller flera inskrivningar i slutenvård sista månaden i livet.

Beskrivning och syfte

Palliativ vård som hälso- och sjukvård innebär att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada.

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Mått som mäter detta finns i olika varianter internationellt. Denna indikator avser att följa inskrivningsfrekvenserna för patienter i livets slutskede.

Som ny inskrivning räknas de inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller klinik, då indikatorn inte syftar till att mäta omfattningen av transfereringar.

Det finns ingen målnivå och bedömningar måste naturligtvis göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan landsting och eventuella skillnader mellan år kan påvisa behov av att vidare kartlägga till exempel praxisskillnader.

Indikatorn baseras på en samkörning mellan patientregistret och dödsorsaksregistret och kan redovisas på både nationell nivå och läns- och kommunnivå.

Typ av indikator

Strukturindikator

✓ Processindikator

Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

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

Nämnare: Antal avlidna under mätperioden.

Datakälla

Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

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

16 *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.

17 *Trycksår i slutenvård*

Mått

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Punktprevalensmätningar av trycksår mäter förekomsten av trycksår, riskbedömning och förebyggande åtgärder på samtliga inneliggande patienter och genomförs sedan år 2011 på en bestämd tidpunkt, vår och höst, i samtliga landsting. 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 vid mättillfället. **Mätperiod:** En 2-veckorsperiod i mars 2014.

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.

18 Vårdrelaterade infektioner

Mått

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner mäter förekomsten av vårdrelaterade infektioner på samtliga inlagda patienter och genomförs sedan år 2008 på en bestämd tidpunkt, vår och höst i samtliga landsting.

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 vid tiden för mätningen.

Mätperiod: Våren 2014 i relation till samma mätning hösten 2013.

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.

HÄLSOINRIKTAD SJUKVÅRD

19 Rökning vid diabetes

Mått

Andelen av patienter med diabetes i primärvården som uppger att de röker.

Beskrivning och syfte

Risken för hjärt-kärlsjukdom är två-tre gånger högre hos personer med diabetes än hos dem som inte har diabetes, enligt flera olika studier. Ett flertal riskfaktorer bidrar till detta, som rökning, högt blodsocker, högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Risken ökar med antalet riskfaktorer. Rökning är en högriskfaktor och rökstopp är därför är en av de viktigaste preventiva åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter i primärvården med diabetes som röker.

Nämnare: Antal patienter i primärvården med diabetes där uppgift om rökvanor finns.

Datakälla

Nationella Diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Bortfallet är i riket vare sig marginellt eller påtagligt stort, men vissa landsting har anledning att uppmärksamma svarsbortfallet hos sina vårdgivare.

20 Fetma vid diabetes

Mått

Indikatorn visar andelen personer i primärvård som har BMI lika med eller högre än 35 (svår fetma), bland alla där det finns uppgift om BMI.

Beskrivning och syfte

Fetma är en riskfaktor för att få diabetes och ökar risken för diabeteskomplikationer. Personer med diabetes lider i betydligt högre grad än den övriga befolkningen av övervikt eller fetma.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter i primärvården med diabetes som har BMI lika med eller högre än 35 (svår fetma).

Nämnare: Antal patienter i primärvården med diabetes där uppgift om BMI finns.

Datakälla

Nationella Diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Svarsbortfallet är i riket måttligt, närmare 13 procent.

21 *Fysisk aktivitet vid diabetes*

Mått

Andelen patienter med typ 2 diabetes som är fysiskt inaktiva, bland dem som det finns uppgift om utövande av fysisk aktivitet för.

Beskrivning och syfte

Stöd till ökad fysisk aktivitet är en åtgärd som har fått en hög rekommendation i riktlinjerna för diabetes. Regelbunden fysisk aktivitet har tydliga samband med en minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, övervikt och för tidig död.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

I NDR registreras en uppgift om fysisk aktivitet motsvarande en 30 minuters promenad, indelad i fem aktivitetsgrupper, från alternativet att patienten ”aldrig” är aktiv till att fysisk aktivitet sker ”dagligen”. Uppgiften baseras inte på patientenkät, utan fångas genom att vårdgivaren efter samtal med eller på basis av kunskap om patienten anger det svarsalternativ som passar bäst. Uppgiften kan ses som en skattning, som påverkas av både patientens och vårdgivarens definition av aktiviteten fysisk aktivitet och av bedömningen av frekvensen.

Täljare: Antal patienter i primärvården med diabetes som är fysiskt inaktiva.

Nämnare: Antal patienter i primärvården med diabetes där uppgift om fysisk aktivitet finns.

Datakälla

Nationella Diabetesregistret (NDR).

Felkällor

I riket är svarsbortfallet cirka 23 procent.

22 *Rökstopp efter hjärtinfarkt*

Mått

Andelen rökande patienter under 75 år som vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten hade slutat röka.

Beskrivning och syfte

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärtsjukdom. För den rökande hjärtinfarktpatienten är rökstopp därför en viktig åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

Avser patienter under 75 år.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vid 12-14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt slutat röka.

Nämnare: Antal patienter i 12-14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt där uppgift om rökning fångas.

Datakälla

Sephia, Swedeheart.

23 *Fysisk träningsprogram efter hjärtinfarkt*

Mått

Andelen patienter, registrerade i SEPHIA, som inom 12–14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram, i den omfattning som rekommenderas i behandlingsriktlinjer.

Beskrivning och syfte

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom.

Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom. Ett av flera inslag för att förebygga ny sjukdom är därför fysisk aktivitet och fysisk träning.

Avser patienter under 75 år.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

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

Datakälla

Sephia, Swedeheart.

24 Rökstopp efter stroke

Mått

Andelen patienter som uppgivit att de slutat röka vid tremånadersuppföljningen efter insjuknandet, av de som var rökare vid insjuknandet.

Beskrivning och syfte

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. En viktig och effektiv åtgärd för att förhindra att patienten får en ny stroke eller en annan hjärt- och kärlsjukdom efter stroke är att hjälpa patienten att sluta röka.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vid tremånadersuppföljningen efter insjuknandet angett att de slutat röka.

Nämnare: Antal patienter som var rökare vid insjuknandet.

Datakälla

Riksstroke.

25 Levnadsvanor vid besök i primärvården

Mått

Andelen patienter som anger att de har diskuterat tobak- eller alkoholvanor med personalen på Vårdcentralen. Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

Beskrivning och syfte

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 rekommenderas att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienten att ändra sina levnadsvanor.

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

Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Svarsfrekvensen 2013 var 53 procent.

Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser.

Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i socialt utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

26 MPR-vaccination av barn

Mått

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund av alla barn födda 2009 och inskrivna på BVC januari 2012, 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 2012. MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet.

Täljare: Antal barn födda 2009 som MPR-vaccinerats minst en gång vid mättillfället jan 2012.

Nämnare: Totalt antal barn födda 2009 och var inskrivna inom barnhälsovården.

Datakälla

Smittskyddsinstitutet.

Felkällor

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

27 *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.

28 *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.

29 *Artrosskola före höftprotesoperation*

Mått

Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola.

Beskrivning och syfte

Enligt de nationella riktlinjerna ska protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, till exempel utbildning, fysisk träning, viktnedgång och läkemedelsbehandling. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Ett vanligt sätt att samla och genomföra dessa insatser är i form av en så kallad artrosskola.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna om artrosskola bygger på självrapporterade data.

Täljare: Antal höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola.

Nämnare: Antal höftledsopererade patienter.

Datakälla

Svenska höftprotesregistret.

Felkällor

En felkälla kan vara att personer som deltagit i en artrosskola inte varit bekanta med benämningen artrosskola, vilket gör att de svarar nej på frågan trots att de i praktiken har fått denna insats.

FÖRTROENDE OCH PATIENTERFARENHET

30 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.

31 Förtroende för hälso- och sjukvården

Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen ”Instämmer helt/delvis”, ”Varken eller” samt ”Tar helt/delvis avstånd från” på påståendet Jag har förtroende för hälso- och sjukvården, procent.

Beskrivning och syfte

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 41 000 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 förtroende för hälso- och sjukvården.
- ✓ 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

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Den okorrigerade svarsfrekvensen för 2013 är cirka 54 procent.

32 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.

33 *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.

34 *Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor*

Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen ”Instämmer helt/delvis”, ”Varken eller” samt ”Tar helt/delvis avstånd från” på påståendet Jag tycker att vård ges på lika villkor, procent.

Beskrivning och syfte

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 41 000 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 vård ges på lika villkor.
- ✓ 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

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Den okorrigerade svarsfrekvensen för 2013 är cirka 54 procent

35 *Bemötande vid besök i primärvård*

Mått

”Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?”. Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde bemötandet 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

Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Svarsfrekvensen 2013 var 53 procent.

Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser.

Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i socialt utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

36 Information vid besök i primärvård

Mått

”Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?”. Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde tillgången till information 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

Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Svarsfrekvensen 2013 var 53 procent.

Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser.

Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i socialt utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

37 *Delaktighet vid besök i primärvård*

Mått

”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?”. Värde för patientupplevd kvalitet i primärvård.

Beskrivning och syfte

Måttet redovisar hur ett urval av patienter upplevde delaktighet 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

Nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Svarsfrekvensen 2013 var 53 procent.

Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser.

Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i socialt utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

TILLGÄNGLIGHET

38 *Läkarbesök 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 mättillfället.

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

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.

39 *Primärvårdens tillgänglighet per telefon*

Mått

Andel besvarade samtal till datoriserade telefonsystem 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 telefonsystem (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.

40 *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 förstabesök 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 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 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.

41 *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.

42 Upplevd väntetid till vårdcentral

Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen "Instämmer helt/delvis", "Varken eller" samt "Tar helt/delvis avstånd från" på påståendet att väntetiden till besök på vårdcentral/motsvarande är rimlig, procent.

Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om rimlig väntetid till vårdcentral, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 41 000 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 väntetiden till vårdcentral/motsvarande är rimlig.
- ✓ 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

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Den okorrigerade svarsfrekvensen för 2013 är cirka 54 procent

43 Upplevd väntetid till besök och behandling på sjukhus

Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen ”Instämmer helt/delvis”, ”Varken eller” samt ”Tar helt/delvis avstånd från” på påståendet att väntetiden till besök och behandling på sjukhus är rimlig, procent.

Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om rimlig väntetid till besök och behandling på sjukhus, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 41 000 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 väntetiden till besök och behandling på sjukhus är rimlig.
- ✓ 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

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Den okorrigerade svarsfrekvensen för 2013 är cirka 54 procent

44 Upplevd telefontillgänglighet till 1177

Mått

Fördelningen mellan svarsalternativen ”Instämmer helt/delvis”, ”Varken eller” samt ”Tar helt/delvis avstånd från” på påståendet att ”Det lätt/mycket lätt att komma fram på telefon senaste gången jag ringde till 1177”, procent.

Beskrivning och syfte

Indikatorn är hämtad från befolkningsundersökningen Vårdbarometern och speglar andelen patienter som upplever god tillgänglighet till 1177.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 41 000 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.

Vårdbarometerfrågan om tillgänglighet till 1177 ställs till de som uppger att de känner till 1177 (67 procent i undersökningen) och bland dessa de som uppger att de ringt 1177 senaste 6 månaderna (29 procent). Frågan om tillgänglighet ställs till 7 696 personer i undersökningen (18 procent) och avser senaste gången man ringde 1177.

Täljare:

- ✓ Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att det var lätt/mycket lätt att komma fram på telefon senaste gången de ringde till 1177.
- ✓ 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

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor

Den okorrigerade svarsfrekvensen för 2013 är cirka 54 procent

KOSTNADER**45 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, sjukdomsförekomst 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 standardkostnad beräknas årligen i det kommunala utjämningssystemet 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 spegla den kostnadsmissiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan landstingen. Skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i kostnadsutjämningen i den kommunalekonomiska utjämningen.

Statsbidraget för läkemedel fördelas mellan landstingen enligt en modell liknande kostnadsutjämningen 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.

Standardkostnad och läkemedelsbidragen räknas behovsindex som används för att justera de faktiska nettokostnaderna för hälso- och sjukvården och läkemedelskostnaderna för skillnader i strukturella förutsättningar.

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

Nämnare: Befolkningsmängd per 31 december.

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 kostnadsläget.

2012 förändrades utjämningssystemet, vilket påverkar beräkningar för den strukturjusterade nettokostnaden och gör att jämförelser med tidigare mätningar inte är lämplig.

45A Sjukvårdskostnad per invånare per verksamhet

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.

45B 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. Kostnad jämförelser 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:

- L04AB - tumörnekrosfaktor alfa
- B02BD - koagulationsfaktorer
- L01XE - proteinkinashämmare
- L04AA - selektiva immunsuppressiva medel
- L02AE - gonadotropinfrisättande hormon
- H01CB - somatostatin och analoger
- L03AX - övriga immunstimulerande medel
- Kostnaden för handelsvaror inom förmånen

Ålders- och könsmässig standardisering med rikets population.

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

Beroende på åldersfördelning i befolkningen varierar den genomsnittliga egenavgiftsandel 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.

46 *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.

47 *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.

48 *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.

Del 2 Sjukdomsgruppvisa indikatorer

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING OCH NYFÖDDHETSVÅRD

49 *Tidiga aborter*

Mått

Andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor med fördelning på medicinska och kirurgiskt utförda aborter.

Beskrivning och syfte

Medicinsk abort innebär att graviditeten avbryts genom läkemedelsbehandling i två omgångar med 2-3 dygns intervall. Kirurgisk abort innebär att graviditeten avbryts genom instrumentell utrymning av livmodern.

Med tidig abort avses aborter utförda före den 9:e fullgångna graviditetsveckan, dvs före vecka 9+0.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting.

Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån kvinnornas hemort.

Aidentifierade uppgifter om utförda aborter inrapporteras till Socialstyrelsen från främst kvinnokliniker och gynekologiska avdelningar på sjukhus.

Socialstyrelsens abortstatistik innehåller samtliga inducerade aborter som genomförts i Sverige sedan 1975.

Täljare: Antal aborter före den 9:e fullgångna graviditetsveckan. Uppdelat på medicinska respektive kirurgiska aborter.

Nämnare: Totala antalet aborter.

Datakälla

Abortstatistik, Socialstyrelsen.

Felkällor

Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en god kvalitet.

50 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.

51 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.

52 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 på neonatalavdelning, 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 efter inskrivning hos barn som är vårdade i neonatalvård, och där infektionen inte var anledning att barnet behövde vård.

Inkluderar infektionsfall både bland levande och avlidna barn.

Data för landsting 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.

53 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.

54 *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.

55 *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 födelserregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

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

56 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

57 Svarsfrekvens för patientenkät

Mått

Andel kvinnor som svarade på uppföljningsenkät två månader efter gynekologisk operation.

Beskrivning och syfte

För att resultaten av patientenkäter skall vara representativa och tillförlitliga är det nödvändigt med en hög svarsfrekvens. Detta kan nås genom goda rutiner för enkätutskick och påminnelser. Svarsfrekvensen är till stor del beroende av klinikkens rutiner för enkätutskick.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal kvinnor som besvarade patientenkät två månader efter operation

Nämnare: Alla kvinnor som genomgick gynekologisk operation under mätperioden och som registrerades i registret

Datakälla

Gynop-registret och Gyn-Kvalitetsregistret

Felkällor

Det kan även finnas ett så kallat internt bortfall, som är relevant men som inte redovisas.

58 *Klinikbedömning av patientens enkätsvar*

Mått

Andel kvinnor vars enkätsvar i två-månadersuppföljning efter gynekologisk operation bedömts av kliniken

Beskrivning och syfte

En förutsättning för att hänsyn skall kunna tas till patientens önskemål och/eller komplikationer där förnyad kontakt behövs, är att man gör en bedömning av enkätsvaret på kliniken. Indikatorn visar andelen enkätsvar vid två-månadersuppföljning efter operation som registrerats som bedömda av kliniken.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet inkomna enkätsvar

Nämnare: Antalet av kliniken bedömda enkätsvar

Datakälla

Gynop-registret och Gyn-Kvalitetsregistret

Felkällor

Enkätsvaret kan ha bedömts utan att bedömningen registrerats, vilket innebär att andelen bedömda enkäter underskattas.

59 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:	Åtgärds kod (KKÅ)
Hysterektomi	LCD

Exklusioner:	Åtgärds kod (KKÅ)
Obstetrik	M

Exklusioner:	Huvuddiagnos
Graviditet och förlossning	O
Cancer	C, Z510, Z511
HIV	B24, Z21, R75

Exklusioner:	Skadediagnos, yttre orsak
Skador	V01-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

Täljare: 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 oönskade händelser. Vidare kan diagnossättningen variera mellan vårdgivare.

60 Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Mått

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader 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

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

Nämnare: Totalt antal patienter som hysterektomerats p.g.a. godartade symtomgivande besvär och som svarat på enkäten.

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.

61 *Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik*

Mått

Andel hysterektomier (borttagande av livmoder) som utförs med minimalinvasiv teknik. Avser titthålskirurgi och vaginal operation.

Beskrivning och syfte

Användande av minimalintensiv teknik medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion, (Activities of Daily Living)

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal kvinnor som opererats med minimalinvasiv teknik.

Nämnare: Antal kvinnor som opererat bort livmodern och som registrerats i registret

Datakälla

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

Felkällor

Varierande täckningsgrad för datakällan.

62 *Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation*

Mått

Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och helt utan oväntade besvär två månader 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 inte föranlett vårdkontakt.

Nämnare: Totalt antal patienter som opererats för livmoderframfall och som svarat på enkäten.

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.

63 *Patientrapporterad framfallssymtom efter operation*

Mått

Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom 1 år efter operationen.

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.

Nämnare: Antal patienter som opererats för framfall under mätperioden och som svarat på enkäten.

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.

64 *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.

65 *Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation*

Mått

Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader 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/complication som föranlett sjukvårdsbesök. Enkelt uttryckt komplikationsfria.

Nämnare: Antalet opererade kvinnor med någon typ av inkontinensoperation under mätperioden och som svarat på enkäten.

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.

66 *Patientrapporterad kontinens efter inkontinensoperation*

Mått

Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens.

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 som angav att de var kontinenta ett år efter operation.

Nämnare: Antalet inkontinensopererade kvinnor som svarade på enkäten
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.

67 *Patientrapporterade komplikationer efter adnexoperation*

Mått

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter adnexoperation. Avser operation på äggledare eller äggstock.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen kvinnor som angett att de var komplikationsfria eller utan oväntade besvär efter adnexoperation, i enkätuppföljning två månader efter operationen. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär.

Nämnare: Antal patienter som genomgått adnexoperation och som svarade på enkäten

Datakälla

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

68 *Adnexoperation med laparoskopisk teknik*

Mått

Andel adnexoperationer (operation på äggledare och äggstock) som påbörjats med laparoskopisk teknik

Beskrivning och syfte

Benign adnexkirurgi lämpar sig synnerligen väl för minimalinvasiv kirurgisk teknik och det finns väl dokumenterade fördelar för patienten med att få sitt ingrepp utfört med minimalinvasiv teknik.

Indikatorn visar andelen operationer som påbörjats med laparoskopisk teknik, vid adnexoperationer utan samtidig livmoder-, inkontinens- eller prolapsoperation och där tillståndet före operationen bedömts vara benigt.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal adnexoperationer som påbörjats med laparoskopisk teknik

Nämnare: Antal adnexoperationer (se ovan) som registrerats i registret

Datakälla

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

69 *Kostnad per vårdtillfälle vid borttagande av livmoder*

Mått

Kostnad per vårdtillfälle för hysterektomi. Vårdtillfällen med åtgärdskod 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 åtgärdskod LCD operationer med avlägsnade av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod 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.

70 *Besök inom 90 dagar i kvinnosjukvård*

Mått

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

Beskrivning och syfte

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

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade kvinnosjukvården 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. 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 kvinnosjukvården 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 kvinnosjukvård.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på specialiserad kvinnosjukvård.

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.

71 *Operation inom 90 dagar för framfall*

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/åtgärd för framfall.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation för framfall, 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 för framfall.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på operation/åtgärd för framfall.

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.

ORTOPEDISK SJUKVÅRD**72 *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.

Täljare: 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.

73 *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 används 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.

74 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.

Nämnare: 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.

75 Önskad händelser efter knä- och total höftprotesoperation

Mått

Oönskade 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 höftprotesspecifika 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.
Oönskade händelser	
Komplikationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotesspecifika komplikationskoder, huvud- eller bidiagnos	T810,T813,T814,L899,T840,T845,S730,T933,
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 oönskad händelse inom 30 dagar efter utskrivning.

Nämnare: Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotos.

Data källa

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

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

76 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 höftprotesoperation 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.

77 *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.

78 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.

79 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.

80 *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 används 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 protesen bytts ut och/eller att protesen 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.

81 *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 höftfrakturopoperation (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.

82 *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 frakturforebyggande 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

Indikatoren 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
	M05BA, M05BB, 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 sjukhusvis-telsen 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

83 Återfraktur efter benskörhetsfraktur

Mått

Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångs-fraktur. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007.

Beskrivning och syfte

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

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

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

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

Refraktur definieras som nytt vårdtillfälle med fragilitets fraktur i kombination med en operation på rörelseapparaten (KVÅ-kod=N) eller ett mindre ortopediskt ingrepp (KVÅ-kod=TN) inom 5 år efter den första fragilitetsfrakturen. För att det ska räknas som en ny fraktur måste det dessutom vara minst en dag mellan det aktuella vårdtillfället och det nya vårdtillfället samtidigt som man inte skrevs in från en annan klinik.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på humerusskaftet	S423
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22
Kollumfraktur	S720
Petrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722
Fraktur på femurskaftet	S723
Fraktur på nedre delen av femur	S724
Fraktur på övre delen av tibia	S821

Fraktur på sakrum	S321
Fraktur på koccyx	S322
Fraktur på os pubis	S325
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret, SCB.

Felkällor

Patientregistret omfattar inte patienter som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast patienter som vårdats på sjukhus eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen. Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångs-fragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

84 Patientrapporterad förbättring efter operation för spinal stenosis

Mått

Andel patienter som anger att bensmärtan är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andel patienter som anger att bensmärtan 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 opererade patienter som besvarat frågan.

Mätperiod avser operationsår.

Alla patienter i diagnosgruppen spinal stenosis ingår.

Datakälla

SWESPINE – Svenska ryggregistret.

Felkällor

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

85 *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.

86 *Utbytesoperation inom 2 år 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.

87 *Patientskattat resultat av korsbandsoperation*

Mått

Patientskattat resultat 2 år efter förstagångsoperation av främre korsband, 2007–2011. Medelvärde för KOOS Funktion och Livskvalitet.

Beskrivning och syfte

Instrumentet KOOS utvärderar fem aspekter: smärta, andra symtom som svullnad, ledrörlighet och mekaniska symtom, funktionsnedsättning vid dagliga aktiviteter, funktionsnedsättning vid idrott och fritidsaktiviteter, samt knärelaterad livskvalitet. Detta görs med hjälp av en skattningsskala.

Indikatorn visar medelvärdet för de två KOOS-dimensioner som avser funktionsnedsättning vid idrott och fritidsaktiviteter respektive knärelaterad livskvalitet, två år efter operationen. Enbart patienter 20-30 år som opererats med hamstringsgraft ingår.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal summerade poäng för de två skattade KOOS-dimensionerna

Nämnare: Antal patienter som genomförde KOOS-skattningen

Datakälla

Svenska korsbandsregistret.

Felkällor

Varierande och låg svarsfrekvens

88 *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.

89 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

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

Nämnare: 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
NFB29	Primär total höftledsplastik utan cement
NFB39	Primär total höftledsplastik med hybridteknik
NFB49	Primär total höftledsplastik 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.

90 *Besök inom 90 dagar - Ortopedi*

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på planerat besök på ortopedisk mottagning.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 respektive 90 dagar på ett planerat förstabesök till ortopedisk mottagning, vid det aktuella mättillfället. Enbart läkarbesök ingår.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade sjukvården 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. 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 planerat besök till ortopedisk mottagning.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på planerat besök till ortopedisk mottagning.

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.

91 *Operation inom 90 dagar för knäprotes*

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling med knäprotes.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling med knäprotes, 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/behandling med knäprotes.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på operation/behandling med knäprotes.

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.

92 *Operation inom 90 dagar för höftprotes*

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling med höftprotes.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling med höftprotes, 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/behandling med höftprotes.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på operation/behandling med höftprotes.

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.

REUMATOID ARTRIT

93 *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.

Nämnare: Hela befolkningen 18 år och äldre, 100 000-tal
Redovisning per landsting baseras på kliniken lokalisering, inte hemortslandsting.

Datakälla

Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ) samt befolkningsregistret.

Felkällor

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

94 *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

Nämnare: 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.

95 *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

Täjlare: 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.

96 *Besök inom 90 dagar – reumatologi*

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på planerat besök på reumatologisk mottagning.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 respektive 90 dagar på ett planerat förstabesök till reumatologisk mottagning, vid det aktuella mättillfället. Enbart läkarbesök ingår.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade sjukvården 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. 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 planerat besök till reumatologisk mottagning.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på planerat besök till reumatologisk mottagning.

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.

DIABETESVÅRD

97 *Blodsockerkontroll vid typ 2 diabetes*

Mått

Andel personer med diabetes i primärvård med HbA1c lägre än 52 mmol/mol, 2013.

Beskrivning och syfte

HbA1c är ett blodprov som korresponderar med blodsockervärdet. Målet för HbA1c 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 personer med diabetes inom primärvården med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.

Nämnare: Totalt antal personer med diabetes inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret.

Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort. Patienter i alla åldrar ingår.

Även andelen patienter som har HbA1c lägre än 70 mmol/mol redovisas som en del av stapeln.

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Flera faktorer påverkar eller kan påverka den långsiktiga glukoskontrollen, vid sidan av läkemedelsbehandling: Sjukdomens duration, patientens ålder och levnadsvanor, liksom förekomsten av andra sjukdomar. Framförallt vid jämförelser mellan vårdcentraler kan faktorer som dessa påverka resultatet.

98 *Blodtryckskontroll vid typ 2 diabetes*

Mått

Andel personer med diabetes i primärvård med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg, 2013.

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 diabetes i primärvård med blodtryck lägre än 130/80 mmHg.

Nämnare: Totalt antal patienter med diabetes i primärvård som rapporterats i diabetesregistret.

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

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

En felkälla är att blodtryck kan mätas på olika sätt. En annan felkälla är att vissa vårdcentraler kan ha rapporterat in det bästa av de uppmätta blodtrycken, om man mätt mer än en gång under året, medan andra till NDR kan ha rapporterat det senast uppmätta blodtrycket. NDR återger det senaste registrerade blodtrycket, om det finns mer än ett.

99 *Påtagligt högt blodtryck vid typ 2 diabetes*

Mått

Andel personer med diabetes i primärvård med systoliskt blodtryck lika med eller högre än 150 mmHg, 2013.

Beskrivning och syfte

Liksom för HbA1c och för LDL-kolesterol är det viktigt att uppmärksamma de patienter som har ett påtagligt högt blodtryck. De har en högre risk för diabeteskomplikationer. Dessa personer kan behöva särskilda resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med diabetes, inom primärvården, med systoliskt blodtryck högre än 150 mmHg.

Nämnare: Totalt antal patienter med diabetes, inom primärvården, som rapporterats i diabetesregistret och med uppgift om blodtryck.

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

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

En felkälla är att blodtryck kan mätas på olika sätt. En annan felkälla är att vissa vårdcentraler kan ha rapporterat in det bästa av de uppmätta blodtrycken, om man mätt mer än en gång under året, medan andra till NDR kan ha rapporterat det senast uppmätta blodtrycket.

100 LDL-kolesterol vid typ 2 diabetes

Mått

Andel personer med diabetes i primärvård med LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l, 2013.

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.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

Nämnare: Totalt antal patienter med diabetes inom primärvården som rapporterats i diabetesregistret och där uppgift om LDL finns.

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

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Det finns ett betydande bortfall av uppgift om LDL-värde i NDR. LDL-värde saknas för cirka 33 procent av alla patienter för det angivna året. Alla enheter har inte som rutin att mäta blodfetter varje år och alla mätningar som görs registreras sannolikt heller inte i NDR.

101 Fotundersökning vid typ 2 diabetes

Mått

Andel personer med diabetes i primärvård som gjort fotundersökning det senaste året, 2013.

Beskrivning och syfte

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Dessa patienter löper en stor risk att drabbas av skador, stort lidande samt nedsättning av livskvaliteten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att fotundersökning skall göras varje år.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter i primärvården med diabetes vars fötter undersökts senaste året.

Nämnare: Antal patienter i primärvården med diabetes och med uppgift om fotundersökning.

Redovisningen baseras på vårdcentralens (motsvarande) lokalisering. Inte på patientens hemort.

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Det finns ett varierande bortfall i landstingen.

102 Ögonbottenundersökning vid typ 2 diabetes

Mått

Andel personer med diabetes i primärvård som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren, 2013.

Beskrivning och syfte

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning var tredje år för typ 2 diabetes för de patienter som inte har ögonskador.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter i primärvården med diabetes, som gjort en ögonbottenfotografering någon gång under de senaste tre åren.

Nämnare: Antal patienter i primärvården med diabetes och med uppgift om ögonbottenfotografering.

Redovisningen baseras på vårdcentralens (motsvarande) lokalisering. Inte på patientens hemort.

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Den viktigaste felkällan är stora variationer i bortfall mellan landstingen.

103 Blodsockerkontroll vid typ 1 diabetes

Mått

Andel patienter med typ 1-diabetes som når mål för blodsockervärde ($\text{HbA1c} < 52$ mmol/mol). Procent.

Beskrivning och syfte

HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA1c 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 vid medicinkliniker med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.

Nämnare: Totalt antal patienter med typ 1-diabetes vid medicinklinik som rapporterats i diabetesregistret och med uppgift om HbA1c.

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

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

104 Blodtryckskontroll vid typ 1 diabetes

Mått

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

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 vid medicinklinik med blodtryck lägre än 130/80 mmHg.

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

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

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

En felkälla är att blodtryck kan mätas på olika sätt. En annan felkälla är att vissa vårdcentraler kan ha rapporterat in det bästa av de uppmätta blodtrycken, om man mätt mer än en gång under året, medan andra till NDR kan ha rapporterat det senaste uppmätta blodtrycket. NDR återger det senaste registrerade blodtrycket, om det finns mer än ett. NDR rekommenderar att alla blodtryck registreras i NDR. Blodtrycket skall mätas på ett standardiserat sätt, med patienten sittande. Dygnsblodtryck registreras inte i NDR.

105 Högt blodtryck vid typ 1 diabetes

Mått

Andel personer med typ 1 diabetes med blodtryck lägre än 140/85 mmHg

Beskrivning och syfte

Liksom för HbA1c är det viktigt att uppmärksamma de patienter med typ 1 diabetes som har ett påtagligt högt blodtryck. De har en högre risk för diabeteskomplikationer. Dessa personer kan behöva särskilda resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med diabetes, vid medicinklinik, med blodtryck lägre än 140/85 mmHg.

Nämnamn: Totalt antal patienter med diabetes, vid medicinklinik, som rapporterats i diabetesregistret och med uppgift om

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

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

En felkälla är att blodtryck kan mätas på olika sätt. En annan felkälla är att vissa vårdcentraler kan ha rapporterat in det bästa av de uppmätta blodtrycken, om man mätt mer än en gång under året, medan andra till NDR kan ha rapporterat det senast uppmätta blodtrycket. NDR återger det senaste registrerade blodtrycket, om det finns mer än ett. NDR rekommenderar att alla blodtryck registreras i NDR. Blodtrycket skall mätas på ett standardiserat sätt, med patienten sittande. Dygnsblodtryck registreras inte i NDR.

106 Fotundersökning vid typ 1 diabetes

Mått

Andel personer med typ 1 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, 2013.

Beskrivning och syfte

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet, eftersom sjukdomen kan leda till allvarliga problem som svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter. Dessa patienter löper en stor risk att drabbas av skador, stort lidande samt nedsättning av livskvaliteten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att fotundersökning skall göras varje år.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med typ 1 diabetes, vid medicinklinik vars fötter undersökts senaste året.

Nämnare: Antal patienter med typ 1 diabetes vid medicinklinik och med uppgift om fotundersökning.

Redovisningen baseras på medicinklinikens lokalisering. Inte på patientens hemort.

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor

Svarsfrekvensen är god, dock har några landsting bortfall på över 15 procent.

107 Ögonbottenundersökning vid typ 1 diabetes

Mått

Andel personer med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste två åren.

Beskrivning och syfte

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning var tredje år för typ 2 diabetes för de patienter som inte har ögonskador.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med typ 1 diabetes vid medicinklinik, som gjort en ögonbottenfotografering någon gång under de senaste tre åren.

Nämnare: Antal patienter med typ 1 diabetes vid medicinklinik och med uppgift om ögonbottenfotografering.

Redovisningen baseras på medicinklinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR).

108 Blodsockerkontroll hos barn och unga vid typ 1 diabetes

Mått

Andel barn och ungdomar med diabetes med blodsockervärde lägre än 57 mmol/mol.

Beskrivning och syfte

HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Målet för HbA1c 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

Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS.

Felkällor**109 Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1 diabetes****Mått**

Andel barn och unga med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång under de senaste två åren

Beskrivning och syfte

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ögonbottenundersökning var tredje år för typ 2 diabetes för de patienter som inte har ögonskador.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn och unga mellan 10-17 år med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren.

Nämnare: Antal barn och unga mellan 10-17 år med typ 1 diabetes och där uppgift om ögonbottenfotografering finns

Datakälla

Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS.

HJÄRTSJUKVÅRD**110 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.

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

Svenskt register för hjärt- lungräddning.

Felkällor

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

111 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.

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.

112 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-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 nämnares 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.

113 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
2. 4 = ST-höjningsinfarkt/Rescue PCI, enl SCAAR formuläret. Vid "missing value" (ej ifyllts) har ingen Primär PCI gjorts.
3. Reperfusionsbehandling = 1 (Trombolys)

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

Nämnare: 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.

114 Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

Mått

Andel patienter som reperfusionsbehandlas 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 reperfusionsgrundande EKG < 12 timmar.
4. Angio/PCI har under vårdtillfället gjorts med indikation 3 = ST-höjningsinfarkt eller
5. 4 = ST-höjningsinfarkt/Rescue PCI, enl SCAAR formuläret. Vid ”missing value” (ej ifyllts) har ingen Primär PCI gjorts.
6. Reperfusionsbehandling = 1 (Trombolys).

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

1. Om tidpunkt för reperfusionsgrundande 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-labets angivelse av tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG.
2. Om tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG saknas används tidpunkt för prehospitalt EKG.
3. Om tidpunkt för reperfusionsgrundande EKG och tidpunkt för prehospitalt EKG saknas används tidpunkt till akuten (på hemsjukhuset om överflyttad patient).
4. Om tidpunkter för reperfusionsgrundande 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 SWEDEHEART.

Felkällor

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

115 Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt

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 kranskärlsinslag, 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 hjärt-händelser.

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).

Minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllt:

1. Lunggrassel = 2–3 vid ankomst.
2. Vänsterkammarmfunktion (LVEF) = 2–4.
3. Med diabetes avses: Diabetes = 1 eller diabetesbehandling insulin eller
4. diabetesbehandling per os = 1.
5. Tidigare hjärtinfarkt = 1.
6. 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 SWEDHEART.

Felkällor

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

116 *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 SWEDHEART.

Felkällor

Varierande täckningsgrad kan påverka utfallet.

117 RAAS-hämmande behandling efter hjärtinfarkt

Mått

Andel patienter som vid utskrivning från sjukhus har behandling med RAAS-hämmare

Beskrivning och syfte

Behandling med RAAS-hämmare, med vilket avses ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare (ARB), har visat sig ha goda sekundärpreventiva effekter hos patienter som haft hjärtinfarkt, i synnerhet hos de med nedsatt hjärtfunktion. Indikatorn avser hjärtinfarktpatienter med högriskkriterier i form av tidigare hjärtsvikt, nedsatt hjärtfunktion, lungrassel, diabetes eller högt blodtryck.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Enbart patienter under 80 år ingår.

Urval: Alla tre kriterierna ska vara uppfyllda.

1. I21 eller I22 ska finnas som huvud- eller bidiagnos.
2. Inte avliden = 1 enl. slutsidan.
3. Minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllt:
 - a. Tidigare hjärtsvikt = 1 enl. startsida.
 - b. Lung-rassel = 2–3 vid ankomst enl. startsida.
 - f. Vänsterkamarfunktion (LVEF) = 2–4 enl. vårdside.
 - g. Med diabetes avses: Diabetes = 1 enl. startsida eller diabetesbehandling insulin eller diabetesbehandling
po = 1 enligt start- eller slutsida.
 - h. Hypertoni = 1 enl. startsida.

Hur åtgärden mäts: Ett av kriterierna ska vara uppfyllda.

1. ACE-hämmare = 1 enl. slutsidan.
2. A2-blockerare = 1 enl. slutsidan. Vid 0 eller "missing value" på båda antas patienten inte behandlas med ACE-hämmare eller A2-blockerare.

Datakälla

Swedeheart - RIKSHIA

Felkällor

118 Dödlighet efter PCI vid instabil kranskärslssjukdom

Mått

Andel döda inom ett år efter PCI-behandling vid instabil kranskärslssjukdom, 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

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

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

Åldersstandardisering på tre åldersklasser: 0–59 år, 60–74år och 75+.

Standardpopulation: PCI för patienter med instabil kranskärslssjukdom 2005–2009, samma vikter för män, kvinnor och totalt.

Patienterna redovisas under sitt hemlandsting oavsett var behandlingen genomfördes.

Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: SCAAR – del i SWEDEHEART.

Felkällor

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

119 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

Täljare: 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 SWEDEHEART.

Felkällor

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

120 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.

Täljare: 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

121 Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

Mått

Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (<1,8 mmol/L) 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

Beskrivning och syfte

Efter hjärtinfarkt skall i princip samtliga patienter komma ifråga för blodfettssänkande läkemedelsbehandling, i syfte att minska risken för ny hjärt-kärlhändelse.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Enbart patienter under 75 år ingår.

Täljare: Antal patienter som 12-14 månader efter hjärtinfarkt har värde för LDL-kolesterol lägre än 1,8 mmol/L

Nämnare: Antal patienter i målgruppen som deltar i uppföljningen 12-14 månader efter hjärtinfarkt

Datakälla

Swedeheart - SEPHIA

Felkällor

Ojämnt deltagande i den sekundärpreventiva uppföljningen

122 Måluppfyllelse för blodtryck

Mått

Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (<140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

Beskrivning och syfte

Högt blodtryck är en riskfaktor för ny hjärt-kärlsjukdom och blodtrycket kan påverkas dels genom läkemedelsbehandling, dels genom beteendeförändringar avseende bland annat tobak, motion, kost och stress. Socialstyrelsens nationella riktlinjer anger målvärdet för systoliskt blodtryck till under 140 mmHg.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Avser patienter under 75 år

Täljare: Antal patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (<140 mmHg) 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

Nämnare: Alla patienter i målgruppen som deltar i uppföljningen 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

Datakälla

Swedeheart - SEPHIA

Felkällor

Ojämnt deltagande i den sekundärpreventiva uppföljningen

123 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 hjärtsviktspatienter behandlas, om inga medicinska hinder finns.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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 from 20 år ingår. Läkemedlen följs upp i 182 dagar efter utskrivning. RAAS = atckod "C09". Betablock = atckod "C07". 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.

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

Nämnare: Alla hjärtsviktpatienter 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 diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

124 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 hjärtsviktpatienter, 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.

125 Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor

Mått

Andel patienter som behandlades med antikoagulantia av de patienter som sjukhusvårdats för förmaksflimmer och hade minst två riskpoäng för stroke under 2011-2013.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen patienter med antikoagulantibehandling (blodproppshämmande läkemedel), av dem som vårdats på sjukhus med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos och har minst två riskpoäng för stroke enligt bedömningsinstrumentet CHA2DS2-VASc. Alla åldrar ingår i mätningen, värdena presenteras åldersstandardiserade. Notera dock att endast patienter som vårdats inläggande på sjukhus, alternativt i specialiserad öppen-vård, med förmaksflimmer som huvud- eller bidiagnos ingår i underlaget. Patienter som endast vårdats inom primärvård ingår alltså inte i redovisningen. Behandlingen 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.

LÄKEMEDEL	ATC-KOD
warfarin	B01AA03
dabigatran	B01AE07
rivaroxiban	B01AF01
apixaban	B01AF02

Täljare: Antal patienter som hämtat ut något av ovanstående läkemedel från apotek under perioden 1 januari 2014 till och med 30 juni 2014.

Nämnare: Totalt antal patienter som vårdats på sjukhus med förmaks-flimmer (ICD10-kod I48) som huvud- eller bidiagnos under mätperioden (2011-2013) och som får minst två poäng enligt nedanstående risktabell (CHA2DS2-VASc).

Tillstånd/förutsättning	ICD10- alt ATC-kod	Riskpoäng
Hjärtinfarkt (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	I21, I22	1
Hjärtsvikt (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	I50.0, I50.1, I50.9, I42.0, I42.6	1
Hypertoni (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	I10-I15	1
Stroke/TIA/Tromboembolism (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	I63, G45.9, I80-I82	2
Kärlsjukdom (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	I25.2, I20, I70.0, I70.9, I71, I73.9, I74	1
Diabetes (läkemedelsuttag 2014-01-01-2014-06-30)	ATC-kod A10	1
Ålder ≥75 år		2
Ålder 65-74 år		1
Kvinna		1
Mekanisk hjärtklaffsprotes1 (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	Z95.2	2
Mitralisstenos1 (huvud eller bidiagnos, vård 2004-2013)	I34.2, I05.0, I05.2	2

Indikatorn tas fram genom att patienter som vårdats på sjukhus under mätperioden, och som noterats ha förmaksflimmer antingen som huvuddiagnos eller som bidiagnos identifieras i patientregistret. Därefter undersöks förmaksflimmergruppens vårdhistorik 10 år bakåt i tiden utifrån risktabellen ovan. Patienter som befinner sig uppfylla kraven på två riskpoäng ingår i indikatorns nämnare. Dessa patienter kontrolleras sedan i läkemedelsregistret för uttag av antikoagulantia under det senaste halvåret.

Alla åldrar ingår i mätningen och värdena åldersstandardiseras.

Redovisning på landstingsnivå avser patientens hemlandsting.

Datakälla

Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

Indikatorn fångar endast patienter som sjukhusvårdats under mätperioden vilket innebär att patienter med förmaksflimmer som endast vårdats i primärvård eller öppen specialistvård inte inkluderas.

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.

126 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 (t ex antibiotika vid infektion). Komplikation kan inträffa såväl under som efter vårdtillfället.

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort. Enheter med värden under 3 procent 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.

127 *Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid hjärtinfarkt*

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.

STROKE

128 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 stokediagnos 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.

129 Direktintag på strokeenhet

Mått

Andel patienter som direkt läggs in på strokeenhet vid ankomst till sjukhus

Beskrivning och syfte

Vård på väl fungerande strokeenheter minskar dödligheten, det personliga beroendet och behovet av institutionsboende. De positiva effekterna gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad. Vård på strokeenhet har högsta prioritet i de nationella riktlinjerna.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Indikatorn visar andelen patienter som direkt skrevs in på strokeenhet vid ankomst på sjukhus, av alla som vårdades för akut stroke. Även inskrivning på intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk klinik ingår.

Täljare: Antalet strokepatienter som direktinskrivs på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning

Nämnare: Alla strokepatienter som skrev in på sjukhus med akut stroke

Datakälla

Riksstroke.

Felkällor

Olika tolkning av kriterier för strokeenhet. Varierande täckningsgrad hos kliniker i Riksstroke.

130 Reperusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke

Mått

Andel patienter som får reperusionsbehandling vid stroke.

Beskrivning och syfte

Måttet visar andelen av patienter med stroke som gavs reperusionsbehandling, av de patienter som ingår i målgruppen (se nedan) för denna behandling. Vid hjärninfarkter har intravenös trombolysbehandling för vissa patienter en mycket gynnsam effekt genom att risken för 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) i åldern 18–80 år.

Patienter där uppgift om reperusionsbehandling saknas är exkluderade ur nämnaren. Även trombektomi ingår.

Täljare: Antal strokepatienter som reperusionsbehandlats.

Nämnare: Samtliga strokepatienter med diagnos I63 i åldern 18-80 år

Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort

Datakälla

Riksstroke.

Felkällor

Viss variation i täckningsgrad.

131 Tid till trombolys

Mått

Tid från ankomst till sjukhus till start av trombolysbehandling vid stroke. Mediantid i minuter.

Beskrivning och syfte

Tiden från strokeinsjuknande till behandlingsstart är avgörande för möjligheten att ge trombolys och för resultatet av behandlingen. Ju längre tid som går desto sämre blir behandlingseffekten. Enligt nuvarande praxis måste behandling med trombolys påbörjas inom 4,5 timmar. Det förutsätter bland annat att patienten genomgått en klinisk bedömning och datortomografi inom den tiden.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Mediantid i minuter från ankomst till sjukhus till start av trombolysbehandling. Även patienter som planeras för trombolys men där behandlingen till slut inte utförs ingår (falla där det finns en så kallad intention to treat).

Datakälla

Riksstroke.

132 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 rutinemässigt bedömas.

Sväljtest är högt prioriterad i de nationella riktlinjerna för strokevård.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

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

Datakälla

Riksstroke.

Felkällor

Viss variation i täckningsgrad.

133 *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 slutna vård 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.

134 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 återinsjuknande 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 nämnamnaren) som hämtade ut recept på statin (ATC-kod: C10AA, C10BA) inom perioden 12-18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Nämnamnare: 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 observationsperioden. Det kan leda till att en del patienter med särskilt svår sjukdom inte kommer med i analysen

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutna vård 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.

135 Blodtryckssänkande behandling vid utskrivning efter stroke

Mått

Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke

Beskrivning och syfte

Blodtrycksbehandling efter stroke är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra att patienten på nytt drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. Behandlingen ges i form av blodtryckssänkande läkemedel, och är i de flesta fall livslång. De flesta patienter som insjuknat i stroke bör i efterförloppet ha blodtryckssänkande behandling om de har normalt eller högt blodtryck.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vid utskrivning från sjukhus behandlas med blodtryckssänkande läkemedel

Nämnamnare: Alla patienter som skrevs ut från sjukhus efter att ha vårdats för akut stroke

Datakälla

Riksstroke.

Felkällor

I vissa fall (sjukhus) kan beslutet om blodtryckssänkande behandling ske först efter utskrivning från sjukhuset, vilket då medför att andelen underskattas.

136 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. Återinskrivningarna 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 standardpopulation.

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.

137 Funktionsförmåga efter stroke

Mått

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

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen patienter som var beroende 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. ADL-beroende avser personligt ADL (förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning).

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

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

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

Justering för patientens kön, ålder och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset har gjorts.

Datakälla

Riksstroke.

Felkällor

Viss variation i täckningsgrad och i andelen uppföljda finns. Måttet kan även påverkas av samsjuklighet, socioekonomiska faktorer, och av hur patientens ADL-förmåga bedömts, med personligt besök eller via enkätsvar.

138 Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke

Mått

Andel strokepatienter som 3 månader efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett.

Beskrivning och syfte

I patientenkäten tre månader efter strokeinsjuknandet får patienterna frågan om de tycker att de fått sina behov av stöd och hjälp från sjukvården och kommunen tillgodosedda. Detta självskattade resultatmått avspeglar det samlade stöd som patienten upplever att samhället ger.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal strokepatienter som anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett

Nämnare: Antal strokepatienter som deltar i 3-månadersuppföljningen och svarar på denna fråga.

Datakälla

Riksstroke.

Felkällor

Varierande svarsfrekvens. Måttet är bara delvis påverkbart av akutsjukhuset. En av de många faktorer som kan påverka detta utfall är kvaliteten i vårdplaneringen tillsammans med primärvården och kommunen. En ytterligare aspekt är att upplevelsen av att behoven är tillgodosedda kan påverkas av förväntningar. Det är möjligt att förväntningarna på sjukvårdens och kommunens stöd varierar över landet

139 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 Riksstroke's 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

Riksstroke.

Felkällor

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

PSYKIATRISK VÅRD

140 Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

Mått

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som tidigare vårdats inom psykiatri.

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 psykiatri.

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)

Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
Akuta tillstånd	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266,
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.

Nämnare: 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.

Nämnare: 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.

141 Återinskrivning efter 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.

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.

142 Återinskrivning efter 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.

143 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.

144 Besök inom 90 dagar – vuxenpsykiatri

Se indikator 62

145 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
DA024
DA025
DA006

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.

146 Depressionsskattning efter ECT

Mått

Andelen behandlingsserier med ECT vid depression där patienterna skattat sina depressionssymtom med symptomskattningsskalorna 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 s k 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.

147 Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression

Mått

Andel patienter 18 år och äldre som sätts in på antidepressiv medicinering och som hämtar ut ytterligare ett recept med läkemedel 60-150 dagar efter det första uttaget.

Beskrivning och syfte

Gruppen antidepressiva läkemedel används vid en lång rad tillstånd som exempelvis depression, ångestsyndrom och smärttillstånd.

För att behandlingen med antidepressiva läkemedel ska ha någon effekt vid depression krävs som regel att den pågår i minst 6 månader.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med den behandlade populationen som grundpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

LÄKEMEDEL	ATC-KOD
Antidepressiva läkemedel	N06A

Täljare: Antal personer definierade enligt nämnaren som hämtat ut ytterligare ett recept på antidepressiva läkemedel 60 till 150 dagar efter det första uttaget.

Nämnare: Antal personer 18 år och äldre som hämtat ut minst ett recept av antidepressiva medel och som inte haft något uthämtat recept föregående 6 månader.

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak. Även om behandling av depression och ångestsyndrom normalt skall pågå under längre tid används läkemedlen också i mindre omfattning för andra patientgrupper som vid smärtbehandling etc. där behandlingen kan antas vara kortvarigare. Det kan delvis ge en skev bild av följsamheten vid depression och ångestsyndrom. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel.

148 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

RättspsyK – 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.

149 *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

RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård.

Felkällor

Varierande täckningsgrad. Antalet patienter är i flera fall litet, vilket ökar påverkan från slumpfaktorer.

150 *Behandling med antipsykotiska läkemedel vid schizofreni*

Mått

Andel patienter med antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Beskrivning och syfte

Att behandlas med antipsykotiskt läkemedel, oavsett om det är första eller andra generationens läkemedel, har fått högsta prioritet i Socialstyrelsen rekommendationer om antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Den samlade forskningen ger belägg för att kontinuerlig behandling har

effekt på psykotiska symtom och minskar risken för förtid död, i framför allt självmord, jämfört med ingen behandling.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med den behandlade populationen som grundpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

LÄKEMEDEL	ATC-KOD
Neuroleptika	N05A
Exklusive Litium	N05AN01

Täljare: Antal personer i nämnaren som hämtat ut antipsykotiska läke-medel 0-6 månader resp. 12-18 månader efter vårdtillfället.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år och äldre som vårdats i slutenvård eller öppen specialistvård för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under 2011-2012.

Med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd avses följande diagnoskoder:

Huvuddiagnos	ICD 10
Paranoid schizofreni	F200
Hebefren schizofreni	F201
Kataton schizofreni	F202
Odifferentierad schizofreni	F203
Schizofrent resttillstånd	F205
Schizofreni, simplexform	F206
Annan specificerad schizofreni	F208
Schizofreni, ospecificerad	F209
Vanföreställningssyndrom	F220
Andra specificerade kroniska vanföreställningssyndrom	F228
Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat	F229
Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdoms-bild	F230
Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild	F231
Akut schizofreniliknande psykos	F232
Annan akut vanföreställningssyndrom	F233
Andra specificerade akuta och övergående psykoser	F238
Akut och övergående psykos, ospecificerad	F239
Schizoaffektivt syndrom, manisk typ	F250

Schizoaffektivt syndrom, depressiv typ	F251
Schizoaffektivt syndrom, blandad typ	F252
Annat specificerat schizoaffektivt syndrom	F258
Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat	F259
Andra icke organiska psykotiska störningar	F289
Ospecificerad icke organisk psykos	F299

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i sluten vård eller i öppen specialiserad vård. Första vårdtillfället under den studerade perioden selekteras oavsett var det ägt rum. Utskrivningsdatum (om detta vårdtillfälle sker inom den slutna vården) eller datum för besök (om besöket sker i öppen specialiserad psykiatrisk vård) utgör startdatum för att hämta information om personens läkemedelsuttag.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Datakälla

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

Alla personer med diagnos schizofreni/schizofreniliknande tillstånd vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Resultaten påverkas av att läkemedelsregistret inte omfattar läkemedel som ges från läkemedelsförråd, ett relativt vanligt förekommande administrationssätt i vissa landsting. Läkemedelsregistret har inga uppgifter om förskrivning, data samlas endast på de läkemedel som faktiskt hämtas ut.

KIRURGISK VÅRD

151 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 bråckregistret följs, från tiden för bråckoperationen framåt i tiden, tills en ny bråckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskenen eventuellt utförs.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemortslän.

Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: Svenskt Bråckregister.

Felkällor

Registrets täckningsgrad är relativt god. Vissa kliniker opererar fler bråck som är mer tekniskt krävande.

152 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	Åtgärdskod
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.

153 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.

154 Uppföljning av patienter efter obesitaskirurgi

Mått

Andel patienter som följs upp 2 år 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 2 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.

155 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 viktnedgången 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.

156 Kostnad per DRG-poäng 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 vårtillfällen 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 L08 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.

157 *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.

158 *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, gallläckage, 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.

Nämnare: 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.

159 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.

Nämnare: 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.

160 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation

Mått

Kostnad per DRG-poäng för gallkirurgi, kolecystektomi, 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: JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi. Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårtillfällen i databasen.

Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

Täljare: Totalkostnaden för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi.

Nämnare: Totala antalet DRG-poäng för vårdtillfällen med åtgärderna JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi.

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.

161 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 symtomdebut.

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

Swedvasc – Svenska Kärllregistret.

Felkällor

Täckningsgraden är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras i Swedvasc. Handläggningstider är angivna i samtliga registrerade fall.

162 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.

163 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.

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

Swedvasc – Svenska Kärregistret.

Felkällor

Täckningsrad: Mer än 95 %. 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.

164 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.

165 Besök inom 90 dagar – allmän kirurgi

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på planerat besök på allmänkirurgisk mottagning.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 respektive 90 dagar på ett planerat förstabesök till allmänkirurgisk mottagning, vid det aktuella mättillfället. Enbart läkarbesök ingår.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade sjukvården 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. 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 planerat besök till allmänkirurgisk mottagning.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på planerat besök till allmän kirurgisk mottagning.

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.

166 Operation inom 90 dagar – magsäck, tarm vid övervikt

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling avseende magsäck, tarm, vid övervikt.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling avseende magsäck, tarm, vid övervikt, 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/behandling avseende magsäck, tarm, vid övervikt.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på operation/behandling avseende magsäck, tarm, vid övervikt.

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.

167 Operation inom 90 dagar - ljumskbråck

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling för ljumskbråck.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling för ljumskbråck, vid det aktuella mätillfället.

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/behandling för ljumskbråck.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på operation/behandling för ljumskbråck.

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.

INTENSIVVÅRD

168 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 dödligheten. 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 1.0 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.

169 Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning

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 förknippat 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.

170 Oplanerad återinskrivning till intensivvårdavdelning

Mått

Andel patienter som oplanerat återinskrivs 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 $\leq$ 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

171 *Synfel vid 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 katarakterade 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.

172 *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.

173 *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. 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 Makulregistret 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.

174 Besök inom 90 dagar - ögonsjukvård

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på planerat besök på ögonmottagning.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 respektive 90 dagar på ett planerat förstabesök till ögonmottagning, vid det aktuella mättillfället. Enbart läkarbesök ingår.

Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade sjukvården 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. 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 planerat besök till ögonmottagning.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på planerat besök till ögonmottagning.

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.

175 Operation inom 90 dagar - gråstarr

Mått

Andelen av det totala antalet väntande som väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling för gråstarr.

Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat högst 30, 60 eller 90 dagar på operation/behandling för gråstarr, 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/behandling för gråstarr.

Nämnare: Totalt antal patienter som väntar på operation/behandling för gråstarr.

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.

VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE – PALLIATIV VÅRD

176 Smärtskattning under sista levnadsveckan

Mått

Andel patienter vars smärta skattats med validerat smärtskattningsinstrument sista levnadsveckan

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 sjukes 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.

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.

177 Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede

Mått

Andel patienter som hade vidbehovsordination av opioid mot smärta när de avled.

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.

178 Brytpunktssamtal i livets slutskede

Mått

Andel patienter i livets slutskede där brytpunktsamtal genomfördes.

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.

Nämnamn: Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall.

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.

179 Munhälsobedömning under sista levnadsveckan

Mått

Andel patienter där dokumenterad munhälsobedömning gjordes under sista levnadsveckan

Beskrivning och syfte

Problem i munnen kan bland annat bero på svampinfektion, som i sin tur kan påverka flera funktioner, till exempel förmågan att svälja, tala och sova, med kraftig påverkan på livskvaliteten.

Att ha kontroll på munstatus i livets slutskede är betydelsefullt och detta följs upp med en övergripande indikator som mäter huruvida en dokumenterad bedömning har genomförts under sista veckan i livet.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som hade en dokumenterad munhälsobedömning gjord under sista levnadsveckan, vid dödsfall under mätperioden.

Nämnare: Antal dödsfall under mätperioden.

Datakälla

Svenska Palliativregistret.

180 Förekomst av trycksår av grad 2-4

Mått

Andel patienter där symtomskattningsinstrument regelbundet använts, juli–december 2013.

Beskrivning och syfte

Att mäta förekomst av trycksår är en viktig del i ett arbete för säker omvårdnad. Trycksår kan försämra livskvaliteten kraftigt den sista tiden i livet. I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd rekommenderas att trycksår hos sängbundna patienter skall förebyggas med tryckutjämnande madrass. Ett bra arbete med trycksårsprofylax kan minska frekvensen av trycksår och att mäta förekomsten är en förutsättning för att kunna sätta in åtgärder vid behov.

Typ av indikator

Strukturindikator Processindikator ✓ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Trycksår registreras i Svenska Palliativregistret enligt en fyrgradig skala, där grad 2, 3 och 4 är de nivåer som ingår i indikatorn, enligt modifierad Norton-skala.

Täljare: Antalet patienter utan förekomst av trycksår av grad 2-4

Nämnare: Antalet dödsfall under mätperioden

Datakälla

Svenska Palliativregistret

181 Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

Mått

Andel patienter med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel, juli–december 2013.

Beskrivning och syfte

Symtomlindring är en av hörnstenarna i palliativ vård. Att känna oro för det okända, som att dö, är fullt naturligt. Men om oron övergår i ångest som framkallar starkare psykiska och fysiska symtom, skall behandling erbjudas, precis som vid alla andra symtom som kan uppstå. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

I Svenska Palliativregistret registreras i vilken utsträckning patienten haft en vidbehovsordination innan dödsfallet. Detta kan ses som en förutsättning för att patienten ska kunna bli symtomlindrad när eller om behovet dyker upp.

Täljare: Antal patienter som hade en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel vid dödsfall under mätperioden.

Nämnare: Antal dödsfall under mätperioden

Datakälla

Svenska Palliativregistret.

ANNAN VÅRD - MS

182 Bromsmedicin vid skovvis förloppande MS

Mått

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

Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta andelen av uppskattat antal patienter med skovvist förloppande 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 förlöpande MS

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

Nämnares bedömning av antal patienter baseras dels på Västerbottens fördelning av patienter på MS-förlopp, där andelen patienter med skovvist förlöpande 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.

183 *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 måttillfället.

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=> 6,5, som är hämtad från SMSregistret, där andelen fall med EDSS =>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: Måttillfället.

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.

ANNAN VÅRD – CEREBRAL PARES

184 Andel barn med CP som bedömts av fysioterapeut

Mått

Andelen barn som under året undersökts av fysioterapeut

Beskrivning och syfte

Cerebral pares (CP) orsakas av en hjärnskada som inträffat i fosterlivet, vid förlossningen eller nyföddhetsperioden. I Sverige drabbas 1 av 400 levande födda, vilket gör CP till den vanligaste orsaken till nedsatt motorisk funktion hos barn.

Personer med cerebral pares behöver regelbunden uppföljning och ofta livslång behandling för att förhindra uppkomst av sekundära komplikationer som till exempel höftluxation (höft ur led), kontrakturer (ledstelhet) med tilltagande rörelsehinder, sittproblem och smärtor som följd.

CPUP är ett uppföljningsprogram för personer med cerebral pares (CP). I CPUP mäter och registrerar barnets arbetsterapeut och fysioterapeut rörelsefunktionen i armar och ben. Höfter och rygg kontrolleras regelbundet genom undersökning av fysioterapeut och röntgenkontroller enligt vårdprogram.

Typ av indikator

Strukturindikator ✓ Processindikator Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Indikatorn visar andelen barn födda 2000 och senare som rapporterats av fysioterapeut under det aktuella året. Barnens motoriska funktion klassificeras enligt Gross Motor Function Classification System (GMFCS), och handfunktionen enligt Manual Ability Classification System (MACS). Barn som har högst funktionsnivå (GMFCS I+MACS I) behöver enligt vårdprogram bara undersökas vart annat år. För dessa barn har rapportering under de två senaste åren inkluderats.

Täljare: Antal barn med CP som rapporterats av fysioterapeut under mätperioden, födda 2000 och senare

Nämnare: Antal barn med CP.

Datakälla

CPUP – Nationellt kvalitetsregister för CP.

Felkällor

Några landsting har få barn med CP och deras resultat är i motsvarande grad osäkra.

185 Andel barn med god sträckningsförmåga i knäled vid CP

Mått

Andel barn som har god sträckningsförmåga i knäled. Avser barn födda 2000 eller senare.

Beskrivning och syfte

I CPUP ingår rapportering av barnets ledrörelsestatus. Nationell riktlinje för rörelsestatus är indelat enligt trafikljusprincip, där ett grönt värde är bra, utan risk för påverkan av motorisk funktion. En gul eller röd grad av inskränkt förmåga att sträcka i knäleden medför försämrade gångförmåga och ökad risk för försämrade ligg- och sittställning, vilket i sin tur ökar förekomsten av ryggdeformiteter.

Typ av indikator

Strukturindikator

Processindikator

√ Resultatindikator

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn med CP födda 2000 och senare som har gröna mätvärden för knästräckning.

Nämnare: Antal barn med CP.

Datakälla

CPUP – Nationellt kvalitetsregister för CP.

Felkällor

I CPUP finns manual med instruktion för goniometermätning av rörlighet. Trots det kan det finnas variation i mätteknik. I CPUP görs undersökningar av ett stort antal fysioterapeuter så eventuella mätskillnader bör inte påverka resultaten i större landsting.

ANNAN VÅRD – HIV

186 *God viruskontroll vid HIV*

Mått

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

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

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

Nämnare: 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.