

# Bilaga 1 Beskrivning av indikatorerna

Öppna Jämförelser 2015  
Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar

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

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

Artikelnummer 2015-12-1 Bilaga 1  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2016  
Korrigerad: 2016-08-18

# Innehåll

Övergripande indikatorer .....	6
1. Tillgång till hälso- och sjukvård, personer med långvarig sjukdom .....	6
2. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård .....	7
3. Primärvårdens tillgänglighet per telefon .....	8
4. Förtroende för hälso- och sjukvården, personer med långvarig sjukdom .....	8
5. Förtroende för sjukhus, personer med långvarig sjukdom .....	9
6. Förtroende för vårdcentraler, personer med långvarig sjukdom .....	10
7. Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL .....	11
8. Brytpunktssamtal i livets slutskede .....	12
9. Smärtskattning under sista levnadsveckan .....	13
10. Vidbehovsordination av opioider mot smärta i livets slutskede .....	14
11. Vidbehovsordination av ångstdämpande läkemedel .....	15
12. Trycksår – utan trycksår av grad 2–4 .....	16
13. Munhälsobedömning under sista levnadsveckan .....	16
14. Återkommande slutenvård i livets slutskede .....	17
Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt .....	19
15. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom .....	19
16. Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt .....	20
17. Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom .....	20
18. Tid till reperfusionbehandling vid ST-höjningsinfarkt .....	22
19. Måluppfyllelse för LDL-kolesterol .....	22
20. Rökstopp efter hjärtinfarkt .....	23
21. Basbehandling vid hjärtsvikt (i en hjärtsviktspopulation) .....	24
22. Undvikbar slutenvård – hjärtsvikt .....	25
23. Död eller återinskrivning efter vård för hjärtsvikt .....	26
Cerebrovaskulär sjukdom – stroke .....	28
24. Åtgärdbar dödlighet stroke .....	28
25. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke .....	28
26. Rökstopp efter stroke .....	31
27. Funktionsförmåga efter stroke – ADL-beroende .....	31
28. Fullt tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke .....	32
29. Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke .....	33
Diabetes .....	34
30. Undvikbar slutenvård diabetes .....	34
31. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes .....	35
32. Rökning vid diabetes .....	36

33. Fysisk inaktivitet vid diabetes .....	36
34. Blodsockervärde vid diabetes i primärvård .....	37
35. Blodsockervärde hos barn och unga vid diabetes .....	38
36. Blodsockervärde vid typ 1-diabetes .....	38
37. Ögonbottenundersökningar, diabetes i primärvård (3 år) .....	39
38. Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1-diabetes....	40
39. Ögonbottenundersökningar vid typ 1-diabetes (2 år) .....	40
40. Fotundersökning vid diabetes i primärvård .....	41
41. Fotundersökning vid typ 1-diabetes.....	42
Astma och KOL .....	43
42. Åtgärdbar dödlighet i astma .....	43
43. Undvikbar slutenvård – astma .....	43
44. Åtgärdbar dödlighet i KOL.....	44
45. Undvikbar slutenvård vid KOL.....	45
46 Återinskrivning i slutenvård vid KOL .....	46
Rörelseorganens sjukdomar .....	48
47. Artrosskola före höftprotesoperation .....	48
48. Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation.....	48
49. Oönskade händelser efter knä- och höftledsoperation .....	49
50. Läkemedel mot benskörhet efter fraktur .....	50
51. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur .....	52
52. Fallskador bland äldre .....	53
53. Patienter med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor ..	54
54. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit .....	55
55. Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiska läkemedel .....	56
Demens .....	57
56. Förskrivning av demensläkemedel.....	57
57. Behandling med antipsykosmedel till äldre .....	57
Bipolär sjukdom, depression och schizofreni .....	60
58. Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom BUP ....	60
59. Väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri .....	61
60. Själv mord i befolkningen .....	61
61. Undvikbar slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos .....	62
62. Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom.....	64
63. Återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom .....	65
64. Följsamhet till antidepressiv behandling .....	66
65. Elektrokonvulsiv terapi vid slutenvårdad svår depression .....	67
66. Depressionsskattning efter elektrokonvulsiv terapi.....	68
67. Överdödlighet vid schizofreni.....	69

68. Antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni .....	69
69. Återinskrivning inom 28 dagar efter vård för schizofreni .....	72
70. Återinskrivning inom 6 månader efter vård för schizofreni.....	72

# Övergripande indikatorer

## 1. Tillgång till hälso- och sjukvård, personer med långvarig sjukdom

### Mått

Andel som svarat ”Instämmer helt/delvis” på påståendet ”Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver”, bland de personer som svarat ”Ja” på frågan: ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?”

### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. En filtrering har gjorts för att fokusera på uppfattningen hos den del av befolkningen som har långvariga hälsoproblem. Som referensvärde visas i huvudrapporten även länsvärden för dem som angivit att de inte har långvariga hälsoproblem.

### Typ av indikator

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 angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem och som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver

**Nämnare:** Antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året som angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem.

### Datakälla

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

### Felkällor

Den korrigerade svarsfrekvensen är ca 50 procent. Den vanligaste orsaken till bortfall är att personen inte var anträffbar. Andelen där kontakt skett men som valt att inte delta är kring 20 procent. Svarsfrekvensen är högre bland äldre än yngre och mönstret har blivit tydligare över tid. Äldre tenderar att svara mer positivt än yngre vilket kan påverka det redovisade resultatet.

## 2. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

### Mått

Andel patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar andelen patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen 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.

### Typ av indikator

Processindikator

### 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 inom sju dagar vid det aktuella mättillfället.

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

### Datakälla

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.

### 3. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

#### Mått

Andel besvarade samtal till datoriserade telefonisystem under mars månad.

#### Beskrivning och syfte

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

#### Typ av indikator

Processindikator

#### Teknisk beskrivning

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

**Täljare:** Antalet besvarade eller återuppringda samtal.

**Nämnare:** Totala antalet påringningar.

#### Datakälla

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.

### 4. Förtroende för hälso- och sjukvården, personer med långvarig sjukdom

#### Mått

Andel som svarat ”Instämmer helt/delvis” på påståendet ”Jag har förtroende för hälso- och sjukvården”, bland de personer som svarat ”Ja” på frågan: ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?”.

#### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet för hälso- och sjukvården, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. En filtrering har gjorts för att fokusera på uppfattningen hos den del av befolkningen som har långvariga hälsoproblem. Som referensvärde visas i huvudrapporten även länsvärden för dem som angivit att de inte har långvariga hälsoproblem.



## Typ av indikator

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 angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem och som instämmer helt eller delvis i att de har förtroende för hälso- och sjukvården.

**Nämnare:** Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året som angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem.

## Datakälla

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

## Felkällor

Den korrigerade svarsfrekvensen är ca 50 procent. Den vanligaste orsaken till bortfall är att personen inte var anträffbar. Andelen där kontakt skett men som valt att inte delta är kring 20 procent. Svarsfrekvensen är högre bland äldre än yngre och mönstret har blivit tydligare över tid. Äldre tenderar att svara mer positivt än yngre vilket kan påverka det redovisade resultatet.

## 5. Förtroende för sjukhus, personer med långvarig sjukdom

### Mått

Andel som svarat ”Instämmer helt/delvis” på påståendet ”Jag har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus”, bland de personer som svarat ”Ja” på frågan: ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?”.

### Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. En filtrering har gjorts för att fokusera på uppfattningen hos den del av befolkningen som har långvariga hälsoproblem. Som referensvärde visas i huvudrapporten även länsvärden för dem som angivit att de inte har långvariga hälsoproblem.

## Typ av indikator

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 angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem och som instämmer helt eller delvis i att de har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus.

**Nämnare:** Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året som angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem.

## Datakälla

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

## Felkällor

Den korrigerade svarsfrekvensen är ca 50 procent. Den vanligaste orsaken till bortfall är att personen inte var anträffbar. Andelen där kontakt skett men som valt att inte delta är kring 20 procent. Svarsfrekvensen är högre bland äldre än yngre och mönstret har blivit tydligare över tid. Äldre tenderar att svara mer positivt än yngre vilket kan påverka det redovisade resultatet.

# 6. Förtroende för vårdcentraler, personer med långvarig sjukdom

## Mått

Andel som svarat ”Instämmer helt/delvis” på påståendet ”Jag har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler”, bland de personer som svarat ”Ja” på frågan: ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?”.

## Beskrivning och syfte

I måttet redovisas befolkningens uppfattning om förtroendet, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. En filtrering har gjorts för att fokusera på uppfattningen hos den del av befolkningen som har långvariga hälsoproblem. Som referensvärde visas i huvudrapporten även länsvärden för dem som angivit att de inte har långvariga hälsoproblem.

## Typ av indikator

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 angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem och som instämmer helt eller delvis i att de har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentralen.

**Nämnare:** Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året som angivit att de har en långvarig sjukdom/hälsoproblem.

## Datakälla

Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

## Felkällor

Den korrigerade svarsfrekvensen är ca 50 procent. Den vanligaste orsaken till bortfall är att personen inte var anträffbar. Andelen där kontakt skett men som valt att inte delta är kring 20 procent. Svarsfrekvensen är högre bland äldre än yngre och mönstret har blivit tydligare över tid. Äldre tenderar att svara mer positivt än yngre vilket kan påverka det redovisade resultatet.

## 7. Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

### Mått

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

### Beskrivning och syfte

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Antal i befolkning 20 år eller äldre.

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).

Endagars vårdperioder räknas ej.

Vårdtillfällen med härtingrepp ingår inte vid beräkning av undvikbar slutenvård för hjärtsvikt.

Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna.

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

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

## Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen kan förekomma.

## 8. 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

Processindikator

## 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.

**Nämnare:** Det totala antalet inrapporterade av sjukvården väntade dödsfall. Här ingår endast de dödsfall som av sjukvården rapporterats som väntade.

## Datakälla

Svenska Palliativregistret

## Felkällor

Varierande täckningsgrad i landstingen.

# 9. 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 uppfölj-

ning. 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

Processindikator

### 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

Svenska Palliativregistret

### Felkällor

Varierande täckningsgrad i landstingen.

## 10. 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 vidbehovsläkemedel går igenom individuellt när en människa bedöms vara döende.

### Typ av indikator

Processindikator

### 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.

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

Svenska Palliativregistret

## Felkällor

Varierande täckningsgrad i landstingen.

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.

# 11. Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

## Mått

Andel patienter med vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel.

## 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

Processindikator

## 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

## Felkällor

Varierande täckningsgrad i landstingen.

## 12. Trycksår – utan trycksår av grad 2–4

### Mått

Andel patienter utan förekomst av trycksår av grad 2–4.

### 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

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

### Felkällor

Varierande täckningsgrad i landstingen.

## 13. 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

Processindikator



## 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

## Felkällor

Varierande täckningsgrad i landstingen.

# 14. Återkommande slutenvård i livets slutskede

**OBSERVERA!** Huvudrapportens diagram för indikatorn innehåller en felaktig underrubrik inga avgränsningar för ålder eller diagnoser görs vid beräkning av indikatorn.

## 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.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal personer med två eller flera slutenvårdsperioder under de sista 30 dagarna i livets slutskede. Endast vårdtillfällen där patienten skrevs in från hemmet eller särskilt boende ingår i täljaren.

**Nämnare:** Antal avlidna under mätperioden.

Samtliga slutenvårdsperioder där patienten enligt patientregistret kom från hemmet eller särskilt boende har räknats in i denna indikator. Slutenvårdspe-

rioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Ingen åldersstandardisering har gjorts.

## 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.

# Ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt

## 15. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

### Mått

Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 1–79 år.

### 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.

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgift om underliggande dödsorsak hämtas från dödsorsaksregistret.

Underliggande dödsorsak	Kod ICD-10
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

Åldersstandardiserade värden. Samma standardpopulation används 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.

## 16. Död inom 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

### Mått

Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland dem som vårdats inskrivna i slutenvård.

### 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

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Samtliga sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

Diagnos	Kod ICD-10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

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

### 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.

## 17. 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 vårdinsatsen i det akuta skedet och av sekundärpreventiva åtgärder.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

**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.

Diagnos	Kod ICD-10
<b>Huvud- eller bidiagnos, underliggande eller bidragande dödsorsak</b>	
Akut hjärtinfarkt	I21, I22
<b>Underliggande dödsorsak</b>	
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

Data har hämtats ur patientregistrets slutenvårdsdel samt ur dödsorsaksregistret.

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 som standardpopulation. Samma standardpopulation används 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. Vid redovisning på sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i slutenvårdsperioden redovisas.

## Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av akut hjärtinfarkt kan förekomma.

## 18. Tid till reperfusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt

### Mått

Andel patienter (i huvudrapporten redovisas patienter under 80 år) med ST-höjningsinfarkt som fått reperfusionsbehandling inom målsatt tid (90 minuter för PCI eller 30 minuter för trombolys).

### Beskrivning och syfte

Vid ST-höjningsinfarkt är det av högsta prioritet att återställa blodflödet och syretillförseln till den del av hjärtat som drabbats av infarkten. En tidig behandling leder i de flesta fall till bättre resultat.

Indikatorn speglar hur framgångsrik hälso- och sjukvården är i att ge behandling inom rekommenderad tid vid ST-höjningsinfarkt.

### Typ av indikator

Processindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter 79 år eller yngre med ST-höjningsinfarkt som efter första EKG behandlades med primär PCI inom 90 minuter eller trombolys inom 30 minuter.

**Nämnare:** Antal patienter 79 år eller yngre med verifierad ST-höjningsinfarkt som efter första EKG behandlats med primär PCI eller trombolys under mätperioden.

### Datakälla

RIKS-HIA – SWEDEHEART

### Felkällor

RIKS-HIA täcker i högre grad in patienter med hjärtinfarkt som vårdas på hjärtintensivavdelning eller motsvarande. Det innebär att viss underrapportering av hjärtinfarkter föreligger. Det kan också föreligga skillnader mellan sjukhus/landsting i registreringen av fördröjningstid från första tagna EKG.

## 19. Måluppfyllelse för LDL-kolesterol

### Mått

Andel patienter under 75 år som nått mål för LDL-kolesterol (<1,8 mmol/L eller 50 % reduktion) 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

### Beskrivning och syfte

Syftet med indikatorn är att spegla hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser. Indikatorn mäter hur stor del av hjärtinfarktpatienter som uppnår önskvärt behandlingsmål för blodfetter ett år efter hjärtinfarkt.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter under 75 år som 12–14 månader efter hjärtinfarkt har värde för LDL-kolesterol lägre än 1,8 mmol/L eller som har uppnått 50 % reduktion av LDL-kolesterolet.

**Nämnare:** Antal patienter, under 75 år, i målgruppen som följdes upp 12–14 månader efter hjärtinfarkt.

Diagnos	Kod ICD-10
Akut hjärtinfarkt	I21
Reinfarkt	I22

## Datakälla

SEPHIA – SWEDEHEART

## Felkällor

Ojämnt deltagande i den sekundärpreventiva uppföljningen. Ojämn täckningsgrad.

## 20. Rökstopp efter hjärtinfarkt

### Mått

Andel patienter (här under 75 år), som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten.

### Beskrivning och syfte

För patienter som röker och drabbas av hjärtinfarkt är rökstopp en viktig och effektiv åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Hälso- och sjukvården kan ge stöd till rökstopp genom olika typer av åtgärder. Indikatorn speglar hälso- och sjukvårdens sekundärpreventiva insatser.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter under 75 år som vid 12–14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt slutat röka.

**Nämnare:** Antal patienter under 75 år i 12–14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt där uppgift om rökning fångas.

## Datakälla

SEPHIA – SWEDEHEART

## Felkällor

Ojämnt deltagande i den sekundärpreventiva uppföljningen. Ojämn täckningsgrad. Data för indikatorn finns enbart för patienter under 75 år.

## 21. Basbehandling vid hjärtsvikt (i en hjärtsviktspopulation)

### Mått

Patienter per 100 000 personer med hjärtsvikt som behandlas med både RAAS-hämmare och betablockerare.

### Beskrivning och syfte

Patienter som har hjärtsvikt bör i första hand erhålla basbehandling för hjärtsvikt. Basbehandlingen består av RAAS-hämmare (ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare, ARB) i kombination med betablockerare. Behandlingen har i många fall god effekt hos patienter med hjärtsvikt av olika svårighetsgrad. God inställd basbehandling minskar risken för inskrivning i slutenvård, hjärtinfarkt och tidig död hos hjärtsviktpatienter.

### Typ av indikator

Processindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter bland de som ingår i nämnaren, som hämtat ut både RAAS-hämmare och betablockerare under uppföljningsperioden, och som är i livet vid uppföljningsperiodens slut. De läkemedel som avses är:

Läkemedel	ATC-kod
RAAS-hämmare	C09 exklusive C09X
Betablock	C07

**Nämnare:** Antal patienter som under aktuell mätperiod om 5 år vårdats i specialiserad öppenvård alternativt slutenvård med hjärtsvikt som huvud- eller bidiagnos, och som är i livet vid uppföljningsperiodens slut. De diagnoser som avses är:

Huvuddiagnos- eller bidiagnos	Kod ICD-10
Hjärtsvikt	I50, I11.0, I42 (ej I42.1, I42.2), I43

Indikatorn tas fram genom att en prevalent population identifieras i patientregistret (vård för hjärtsvikt under aktuell femårsperiod, och fortfarande är i livet vid uppföljningsperiodens slut). Därefter följs dessa patienter upp avseende läkemedelsuttag under efterföljande halvår. Utvecklingen över tid följs genom att flytta mätpunkterna ett år bakåt för varje år som redovisas och likaså uppföljningsperioderna.

### Datakälla

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



## Felkällor

I studier har god effekt av behandlingen kunnat styrkas för den patientgrupp som har hjärtsvikt av typen HF-REF (nedsatt pumpförmåga) medan motsvarande effekt inte kunnat styrkas för hjärtsvikt av typen HF-PEF (bibehållen pumpförmåga). Eftersom det inte går att särskilja dessa två grupper från varandra i patientregistret finns viss risk att regionala variationer i förekomsten av de två typerna av hjärtsvikt kan påverka resultatet på landstings- och sjukhusnivå. Risken bedöms dock vara liten eftersom även patienter med hjärtsvikt av typ HF-PEF ofta kommer i fråga för behandlingen av andra skäl, exempelvis högt blodtryck.

Patientregistret innehåller endast information om patienter som vårdats i specialiserad öppenvård eller slutenvård. Därmed saknas en stor patientgrupp som vårdas endast i primärvården.

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

## 22. Undvikbar slutenvård – hjärtsvikt

### Mått

Antal slutenvårdsperioder med hjärtsvikt per 100 000 invånare 20 år eller äldre.

### Beskrivning och syfte

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Antal i befolkning 20 år eller äldre.

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).

Endagars vårdperioder räknas ej.

Vårdtillfällen med hjärtingrepp ingår inte.

Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna.

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

Diagnos	Kod ICD-10, KVÅ
Hjärtsvikt	<b>Huvuddiagnos</b> I110, I130, I132, I500, I501, I509
	<b>Hjärtoperationer, får inte förekomma i slutenvårdsperioden</b> KVÅ som börjar med F

## Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

## 23. Död 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 återinskrivning kan bland annat vara alltför tidig utskrivning av hjärtsviktspatienter, bristande läkemedelbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

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

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

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus). Endast fall av hjärtsvikt där patienten inte har vårdats för hjärtsvikt

under den föregående 365-dagarsperioden följs upp. Dödsdatum tas från dödsorsaksregistret.

Åldersstandardisering med den aktuella sjukhusvårdade hjärtsviktspopulationen som standardpopulation. Samma standardpopulation används för män och kvinnor.

Geografisk fördelning utifrån patienternas hemortslandsting. Vid redovisning på sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i slutenvårdsperioden redovisas.

## Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av hjärtsvikt kan förekomma.

# Cerebrovaskulär sjukdom – stroke

## 24. Åtgärdbar dödlighet stroke

### Mått

Antalet dödsfall i stroke per 100 000 invånare i åldern 1–79 år.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar antalet dödsfall i befolkningen under 80 år. Dödlighet i stroke i åldern 1–79 år bedöms kunna påverkas av hälso- och sjukvården genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

Underliggande dödsorsak	Kod ICD-9	Kod ICD-10
Stroke	430–438	I60–I69

Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare beräknas per landsting. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen. Geografisk fördelning efter personernas hemort.

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

### Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

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

## 25. Antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke

### Mått

Andel patienter som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och som har minst 2 riskpoäng för stroke enligt CHA2DS2VASc och som behandlas med antikoagulantia (blodförtunnande läkemedel).

## Beskrivning och syfte

Förmaksflimmer är ett tillstånd som ökar risken för blodpropp och stroke. Risken ökar om patienten har ytterligare riskfaktorer utöver förmaksflimmer. För dessa patienter är det rekommenderat med antikoagulantibehandling. Socialstyrelsens målnivå är  $\geq 80\%$ .

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Andel patienter som har hämtat ut något läkemedel enligt ATC-koder nedan under en period av 182 dagar från och med utskrivningsdatum från vårdtillfälle för förmaksflimmer:

Läkemedel	ATC-kod
Apixaban	B01AF02
Dabigatran	B01AE07
Rivaroxaban	B01AF01
Warfarin	B01AA03

**Nämnare:** Totalt antal patienter som uppfyller villkor (1) och (2) beskrivna nedan:

1. Skrivits ut från slutenvården med förmaksflimmer som huvud eller bidiagnos under mätperioden.

Diagnos	Kod ICD-10
Förmaksflimmer och förmaksfladder	I48

2. Får minst 2 riskpoäng enligt CHA2DS2VASc under en 10-årsperiod före utskrivningen vid vårdtillfället avseende förmaksflimmer i slutenvården enligt (1). Även aktuellt vårdtillfälle (1) inkluderas i sökningen av riskfaktorer: (se tabell nästa sida)

Tillstånd/förutsättning	KOD	Risk-poäng
Diabetesläkemedel (uttag sista halvåret)	ATC-kod: A10	1
Ålder $\geq 75$ år		2
Ålder 60–74 år		1
Kvinna		1
<b>Vårdhistorik 10 år (huvud eller bidiagnos)</b>	<b>ICD-10</b>	
Hjärtinfarkt	I21, I22	1
Hjärtsvikt	I500, I501, I509, I420, I426	1
Hypertoni	I10–I15	1
Stroke/TIA/Tromboembolism	I63, G459, I80–I82	2
Kärlsjukdom	I252, I20, I700, I709, I71, I73.9, I74	1
Mekanisk hjärtklaffsprotos <sup>1</sup>	Z952	2
Mitralisstenos <sup>1</sup>	I342, I050, I052	2

1. Ingår inte i CHA2DS2VASc men utgör riskfaktor för stroke.

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

Redovisning på landstingsnivå avser patientens hemlandsting.

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

## Datakälla

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Indikatorn inkluderar endast patienter som sjukhusvårdats under mätperioden vilket innebär att patienter med förmaksflimmer som endast vårdats i primärvård inte inkluderas. Information om vilka läkemedel som verkligen intas av patienten finns inte i registret.

## 26. 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

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

### Felkällor

Viss variation i täckningsgrad och i andelen uppföljda finns.

## 27. Funktionsförmåga efter stroke – ADL-beroende

### 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

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 ålder och medvetandegrad vid ankomst till sjukhuset har gjorts, totalvärdet av män och kvinnor har även justerats för kön.

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

## 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.

# 28. 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

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.



## 29. 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

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.

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.

# Diabetes

## 30. Undvikbar slutenvård diabetes

### Mått

Antal slutenvårdsperioder med diabetes per 100 000 invånare 20 år eller äldre.

### Beskrivning och syfte

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Antal i befolkning 20 år eller äldre.

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).

Endagars vårdperioder räknas ej.

Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna.

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

Diagnos	Kod ICD-10
Diabetes	<b>Huvuddiagnos</b> E100, E101, E102, E103, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

-

# 31. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

## Mått

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom per 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel. (Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom i hela befolkningen per län redovisas som tilläggsinformation i huvudrapportens diagram.)

## Beskrivning och syfte

Personer med diabetes löper väsentligt högre risk att insjukna och avlida i hjärt-kärlsjukdom jämfört med dem som inte har diabetes. Ett viktigt mål för diabetesvården är att förbättra den kardiovaskulära riskfaktorprofilen. Denna indikator speglar därför det samlade resultatet av insatser för förebyggande av hjärt-kärlsjukdomar vid diabetes. Indikatorn är framför allt intressant ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Denna indikator är ett resultatmått med utgångspunkt i ett flertal rekommendationer som berör behandling av diabetes. Därmed kan indikatorn inte kopplas till någon enskild rekommendation.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Personer som behandlas med diabetesmedel.

Huvuddiagnos	Kod ICD-10
Hjärt- och kärlsjukdom	I00–I99

  

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesmedel	A109

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

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

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

## 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.

## 32. Rökning vid diabetes

### Mått

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

### Beskrivning och syfte

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter i primärvården med diabetes som röker.

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

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

### Datakälla

Nationella Diabetesregistret (NDR)

### Felkällor

Svarsfrekvensen i riket är kring 85 procent. Vissa landsting har anledning att uppmärksamma svarsbortfallet hos sina vårdgivare.

## 33. Fysisk inaktivitet vid diabetes

### Mått

Andelen patienter med diabetes i primärvården (i huvudsak typ-2) som är fysiskt inaktiva, bland dem som det finns uppgift om utövande av fysisk aktivitet för. Med fysiskt inaktiv avses fysiskt aktivitet, aldrig eller mindre än 1 gång per vecka motsvarande minst 30 minuters promenad.

### 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-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, övervikt och för tidig död.

## Typ av indikator

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 enligt bedömning aldrig eller mindre än en gång i veckan är fysiskt aktiv motsvarande minst 30 minuters promenad.

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

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

### Datakälla

Nationella Diabetesregistret (NDR)

### Felkällor

I riket finns uppgift om fysisk aktivitet registrerad för ca 75 procent av patienterna i registret.

## 34. Blodsockervärde vid diabetes i primärvård

### Mått

Andel personer med diabetes i primärvård (i huvudsak typ-2) med HbA1c lägre än 52 mmol/mol.

### Beskrivning och syfte

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes.

Socialstyrelsen publicerade nya riktlinjer och målnivåer för diabetes våren 2015.

## Typ av indikator

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 med uppgift om HbA1c.

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

### 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. I riket finns uppgift om HbA1c för drygt 95 procent av patienterna i registret.

## 35. Blodsockervärde hos barn och unga vid diabetes

### Mått

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

### Beskrivning och syfte

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes. Vårdprogrammet för barndiabetes har ett målvärde där HbA1c-värdet ska vara lägre än 57 mmol/mol.

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år med blodsockervärde lägre än 57 mmol/mol.

**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

-

## 36. Blodsockervärde vid typ 1-diabetes

### Mått

Andel patienter med typ 1-diabetes vid medicinklinik som HbA1c lägre än 52 mmol/mol).

## Beskrivning och syfte

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga glukoskontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla komplikationer till diabetes.

Socialstyrelsen publicerade nya riktlinjer och målnivåer för diabetes våren 2015.

## Typ av indikator

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 klinikkens lokalisering, inte på patientens hemort.

## Datakälla

Nationella diabetesregistret (NDR)

## Felkällor

För hela riket finns uppgift om HbA1c för över 98 procent av patienterna med typ 1-diabetes i registret.

# 37. Ögonbottenundersökningar, diabetes i primärvård (3 år)

## Mått

Andel personer med diabetes i primärvård som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre 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

Processindikator

## 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. För hela riket fanns uppgift om ögonbottenundersökningar för knappt 80 procent av patienterna i primärvård i registret.

## 38. Ögonbottenundersökning för barn och unga vid typ 1-diabetes

### Mått

Andel barn och unga, 10–17 år, 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 näthinna, diabetesretinopati. Med regelbundna ögonbottenfotograferingar kan man tidigt upptäcka förändringar i ögonbottenarna.

### Typ av indikator

Processindikator

### 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.

Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.

### Datakälla

Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS

### Felkällor

-

## 39. Ögonbottenundersökningar vid typ 1-diabetes (2 år)

### Mått

Andel personer med typ 1-diabetes vid medicinklinik 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 vart annat år för typ 1-diabetes för de patienter som inte har ögonskador.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter med typ 1-diabetes vid medicinklinik, som gjort en ögonbottenfotografering någon gång under de senaste två 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)

## Felkällor

För hela riket finns uppgift om ögonbottenundersökningar för drygt 90 procent av patienterna med typ 1-diabetes i registret.

# 40. Fotundersökning vid diabetes i primärvård

## Mått

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

## 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

Processindikator

## 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

För hela riket finns uppgift om fotundersökningar för drygt 85 procent av patienterna i primärvård i registret.

## 41. Fotundersökning vid typ 1-diabetes

### Mått

Andel personer med typ 1-diabetes vid medicinklinik som gjort fotundersökning det senaste året.

### 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

Processindikator

### 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

För hela riket finns uppgift om fotundersökningar för drygt 90 procent av patienterna med typ 1-diabetes i registret.

# Astma och KOL

## 42. Åtgärdbar dödlighet i astma

### Mått

Antal döda i astma per 100 000 invånare 1–79 år.

### Beskrivning och syfte

Måttet visar antalet dödsfall i astma i befolkningen under 80 år. Dödlighet i astma i åldern 1–79 år bedöms kunna påverkas av hälso- och sjukvården genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling.

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgift om underliggande dödsorsak hämtas från dödsorsaksregistret.

Underliggande dödsorsak	Kod ICD-10
Astma	J45
Akut svår astma	J46

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

### Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

Metoden att sätta dödsorsaksdiagnos kan variera.

## 43. Undvikbar slutenvård – astma

### Mått

Antal slutenvårdsperioder med astma per 100 000 invånare 20 år eller äldre.

### Beskrivning och syfte

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

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Antal i befolkning 20 år eller äldre.

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).

Endagars vårdperioder räknas ej.

Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna.

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

Diagnos	Kod ICD-10
Aстма	<b>Huvuddiagnos</b> J450, J451, J458, J459, J46
	<b>Cystisk fibros som huvud eller bidiagnos får inte förekomma samtidigt i slutenvårdsperioden:</b> E840, E841, E848, E849, P270, P271, P278, P279, Q254, Q311, Q312, Q313, Q315, Q318, Q319, Q320, Q321, Q322, Q323, Q324, Q330, Q331, Q332, Q333, Q334, Q335, Q336, Q338, Q339, Q340, Q341, Q348, Q349, Q390, Q391, Q392, Q393, Q394, Q398, Q893

## Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen kan förekomma.

## 44. Åtgärdbar dödlighet i KOL

### Mått

Dödlighet i KOL per 100 000 invånare 1–79 år.

### Beskrivning och syfte

Dödlighet i KOL är ett viktigt mått att följa över tid. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. KOL är en sjukdom och dödsorsak som i hög grad går att undvika genom förebyggande insatser.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal döda med dödsorsaken KOL, bland personer som är 1–79 år eller äldre.

**Nämnare:** Totalt antal personer som var 1–79 år eller äldre i befolkningen under motsvarande tidsperiod som i täljaren.

Dödsorsak	Kod ICD-10
<b>Underliggande</b>	
Lungemfysem	J43
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J44
<b>Underliggande + bidragande</b>	
Respiratorisk insufficiens som inte har klassificerats på annat ställe som den underliggande dödsorsaken, endast tillsammans med lungemfysem eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom som bidragande dödsorsak.	J96 som underliggande dödsorsak tillsammans med J43 eller J44 som bidragande dödsorsak.

Åldersstandardiserade värden. Samma standardpopulation används 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.

## 45. Undvikbar slutenvård vid KOL

### Mått

Antal slutenvårdsperioder med KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre.

### Beskrivning och syfte

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Antal i befolkning 20 år eller äldre.

Slutenvårdsperioderna utgörs av sammanhängande slutenvårdstillfällen (med överlappande datum eller markering av transferering mellan klinker eller sjukhus).

Endagars vårdperioder räknas ej

Vårdtillfällen med vissa nyföddhets-, graviditets- och förlossningsdiagnoser (Major Diagnostic Categories (MDC)=14 och 15) är uteslutna.

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

Diagnos	Kod ICD-10
KOL	J410, J411, J418, J42, J430, J431, J438, J439, J440, J441, J448, J449, J47 som huvuddiagnos, eller J40 som huvuddiagnos i kombination med någon av J41, J43, J44, J47 som bidiagnos.

## Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Brister i diagnosregistrering.

# 46 Återinskrivning i slutenvård vid KOL

## Mått

Andel personer återinskrivna i slutenvård 30 dagar efter slutenvård med KOL-diagnos, procent.

## Beskrivning och syfte

Återinskrivning i slutenvård avser att belysa för tidig utskrivning alternativt uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Återinskrivningar kan belysa kvaliteten i öppen vård och hemsjukvård, samt samspelet dem emellan.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal personer som vårdats i den slutna vården med KOL-diagnos inom 0–30 dagar efter att de vårdats med KOL-diagnos i slutenvård. Avser personer 18 år eller äldre.

**Nämnare:** Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats med KOL-diagnos i slutenvård under motsvarande tidsperiod som i täljaren.

Med KOL-diagnos avses följande diagnoskoder:

Diagnos	Kod ICD-10
<b>Huvuddiagnos</b>	
Lungemfysem	J43
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J44
<b>Huvuddiagnos + bidiagnoser</b>	
Respiratorisk insufficiens som inte har klassificerats på annat ställe som huvuddiagnos, endast tillsammans med lungemfysem eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom som bidiagnos.	J96 som huvuddiagnos tillsammans med J43 eller J44 som bidiagnos.

Personens första vårdtillfälle i slutenvård (under exempelvis ett kalenderår) väljs ut. Utskrivningsdatumet utgör startdatum för att hämta information om personen åter har vårdats i slutenvård med KOL-diagnos eller inte under 1-30 dagar.

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

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

## Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Brister i diagnosregistrering.

# Rörelseorganens sjukdomar

## 47. Artrosskola före höftprotosoperation

### Mått

Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola.

### Beskrivning och syfte

Enligt de nationella riktlinjerna ska protosoperation 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 protosoperation 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

Processindikator

### Teknisk beskrivning

Uppgifterna om artrosskola bygger på självrapporterade data.

**Täljare:** Antal höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola.

**Nämnare:** Antal höftledsopererade patienter.

### Datakälla

Svenska höftprotosregistret

### 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.

## 48. Patienttilfredsställelse efter total höftprotosoperation

### Mått

Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta hur nöjda patienterna är med operationsresultatet ett år efter total höftprotosoperation. 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

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

I Svenska Höftprotesregistrets rutin med patientrapporterat utfall ingår en fråga om patienttillfredsställelse. 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 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på eller missnöjd med resultatet. Indikatorn visar andelen patienter som angivit värden på 0 till 40. Samtliga indikationer för operation ingår.

**Täljare:** Antal patienter som angivit värden på 0 till 40.

**Nämnare:** Totalt antal patienter som besvarat frågan.

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.

# 49. Oönskade händelser efter knä- och höftledsoperation

## Mått

Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotesoperation.

## Beskrivning och syfte

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

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Patienter som fått knä- eller höftprotes och drabbas av en oönskad händelse inom 30 dagar efter utskrivning.

**Nämnare:** Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotes.

Åtgärd	Åtgärdskod
Operationer	NGB09, NGB19, NGB29, NGB39, NGB49, NFB29, NFB39, NFB49, NFB62 och NFB99.

Oönskade händelser	Kod ICD-10
<b>Huvud- eller bidiagnos</b> Komplikationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotessspecifika komplikationskoder,	T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933
<b>Huvuddiagnos</b> Hjärt-kärl, pneumoni, urinstämna,	I, J819, J15, J18, J13, R33
<b>Död</b>	Alla orsaker

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med knä- och höftprotosopererade som standardpopulation. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

#### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

#### Felkällor

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

## 50. Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

### Mått

Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller vissa relevanta könshormoner från apotek 0–12 månader efter förstagsångsfragilitetsfraktur, procent.

### Beskrivning och syfte

Personer som haft en fragilitetsfraktur i höft eller ryggkota bedöms ha mycket hög risk att drabbas av nya allvarliga frakturer, och det gäller även dem som enligt bedömningsinstrumentet FRAX har en risk överstigande 30 procent. Dessa personer bör i hög grad övervägas för behandling med benspecifika läkemedel, i första hand bisfosfonater eller denosumab. Läkemedlen minskar nedbrytningen av skelettet, ökar bentätheten och minskar risken för fraktur. Bisfosfonater kan ges antingen i tablettform eller som infusion, medan denosumab ges som injektion. Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal personer 50 år eller äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel på apotek efter förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutenvård.

**Nämnare:** Totalt antal personer 50 år eller äldre med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutenvård.

För att fastställa att det är en förstagångsfragilitetsfraktur krävs att patienten inte har en tidigare registrerad fragilitetsfraktur varken i patientregistrets slutenvårdsdel sedan 1998 eller öppenvårdsdel sedan 2001.

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

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	Kod ICD-10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på humerusskaftet	S423
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22
Kollumfraktur	S720
Pertrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722
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

Läkemedel efter fragilitetsfraktur	ATC-kod
Estradiol	G03CA03
Tibolon	G03CX01
Noretisteron och estrogen	G03FA01*
Medroxiprogesteron och estrogen	G03FA12*
Drospirenon och estrogen	G03FA17*
Noretisteron och estrogen	G03FB05*
Medroxiprogesteron och estrogen	G03FB06*
Ulipristal	G03XB02*
Raloxifen	G03XC01*
Medel som påverkar benvävnad och mineralisering	M05B

\*Under G03F har lokalt verkande läkemedel exkluderats.

## Datakälla

Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Personer med hög risk för en återfraktur bör få behandling med benspecifika läkemedel. Flertalet som haft en fragilitetsfraktur har också hög risk för en ny fraktur, men inte alla. Det förekommer även att personer utan osteoporos kan drabbas av dessa frakturer vid tillräckligt kraftigt våld. Detta kan innebära att det redovisade resultatet är något lägre än vad det hade varit om enbart personer som borde ha fått behandling ingått.

I läkemedelsregistret registreras endast uttag av läkemedel mot recept. Detta medför att patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande inte kommer med i statistiken. Detta gäller särskilt benspecifika läkemedel av infusionstyp där endast cirka en tredjedel av läkemedlen hämtas ut på recept.

# 51. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

## Mått

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre.

## 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

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

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

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

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

Refraktur definieras som ny vårdkontakt med fragilitetsfraktur i kombination med en operation på rörelseapparaten (KVÅ-kod=N) eller ett mindre ortopediskt ingrepp (KVÅ-kod=TN) inom 3 år efter den första fragilitetsfrakturen. För att det ska räknas som en ny fraktur måste det dessutom vara minst

en dag mellan den aktuella vårdkontakten och den nya vårdkontakten samtidigt som den nya vårdkontakten inte utgörs av en överföring.

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

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	Kod ICD-10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på 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, Socialstyrelsen

## 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.

## 52. Fallskador bland äldre

### Mått

Antal personer med fallskador per 100 000 invånare 65 år och äldre som skrivits in på sjukhus eller gjort läkarbesök i specialiserad vård.

## Beskrivning och syfte

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

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

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

**Nämnare:** Befolkningen 65 år och äldre.

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

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

## Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

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

## 53. Patienter med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor

### Mått

Andel patienter med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har <13 månaders sjukdomsduration.

### Beskrivning och syfte

Det är angeläget att ställa diagnosen reumatoid artrit för att kunna påbörja lämplig behandling så tidigt som möjligt. Många patienter har haft besvär under en längre tid och diagnosen kan fördröjas av flera skäl, till exempel att symtomen i många fall kommer smygande och initialt negligeras eller misstolkas av individen. Det förekommer även att primärvården inte uppfattat symtomen korrekt eller inte vidtagit åtgärder inom rimlig tid, samt att väntetider till specialistvården lett till en senare diagnos än vad som varit idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för reumatoid artrit bör dessu-

tom symtomen varat i över 6 veckor. Genom att korta tiden mellan symtomdebut och diagnos kan lämplig behandling sättas in i tidigare skede av sjukdomen.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Patienter med reumatoid artrit som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har <13 månaders sjukdomsduration.

**Nämnare:** Patienter med <13 månaders sjukdomsduration.

Svensk Reumatologis Kvalitetsregisters (SRQ:s) modul för uppföljning av reumatoid artrit med mindre än ett års symtomduration, därför ingår endast patienter med kortare tid än 13 månader från symtom till diagnosdatum.

## Datakälla

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

## Felkällor

Det finns inga uppgifter om patienter som får sin diagnos senare än 13 månader från symtomdebut, och därför kan det finnas individer med betydligt längre tid till diagnos än vad resultaten pekar på. För vissa landsting är det färre patienter än förväntat som ingår i analysen, vilket gör data svårtolkade. I vissa fall registreras patienten inte i SRQ i samband med diagnosen utan något senare, varför det också kan finnas en felklassificering med tider mellan symtomduration och diagnos som är längre än i verkligheten.

# 54. 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

Processindikator

## 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.

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte hemortslandsting.

## Datakälla

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

## Felkällor

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

# 55. Patientrapporterad hälsa vid behandling med biologiska läkemedel

## Mått

Patientrapporterad hälsa 4–12 månader efter behandlingsstart av första biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. Medianen av patienternas värden på en visuell analog skala (VAS).

## Beskrivning och syfte

Indikatorn avser att mäta den hälsa som patienten upplever vid behandling med biologiskt läkemedel och som mäts med en visuell analog skala. (Som referensvärde visas också den patientrapporterade hälsan vid behandlingsstart i huvudrapportens landstingsdiagram.)

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

Medianen av patienternas VAS värden 0–12 månader efter behandlingsstart. VAS går från 0–100 där ett lägre värde motsvarar bättre hälsa.

(Som referensvärde visas också motsvarande värde vid behandlingsstart i huvudrapportens landstingsdiagram.)

Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte hemortslandsting.

## Datakälla

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

## Felkällor

Varierande täckningsgrad. Få uppföljda patienter i några län. För att bedöma resultaten bör även värdet vid behandlingsstart beaktas.



# Demens

## 56. Förskrivning av demensläkemedel

### Mått

Andel personer 65 år och äldre som behandlas med demensläkemedel.

### Beskrivning och syfte

Det finns idag ingen behandling som påverkar själva sjukdomsförloppet (nervcellsdöd) vid Alzheimers sjukdom. Det finns dock läkemedel som kan minska demenssymtomen. Kolinesterashämmare (donepezil, rivastigmin, galantamin) förbättrar eller vidmakthåller kognition temporärt vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom, och memantin har begränsad effekt på kognition och global funktion vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom.

### Typ av indikator

Processindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal personer 65 år eller äldre som behandlas med demensläkemedel (kolinesterashämmare eller memantin, under ATC-kod N06D)

**Nämnare:** Befolkningen 65 år eller äldre.

Den geografiska fördelningen bygger på personens hemort.

I huvudrapporten redovisas åldersstandardiserade värden för indikatorn. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

### Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

Variationen i sjukdomsförekomst av demens är okänd vilket kan påverka jämförelsen mellan landstingen.

## 57. Behandling med antipsykosmedel till äldre

### Mått

Andel personer 65 år och äldre, som den 31 december beräknas ha använt antipsykotiska läkemedel (exklusive litium).

### Beskrivning och syfte

För dessa läkemedel finns indikation vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesymptom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldre-

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

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

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

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

**Täljare:** Antal personer 65 år och äldre, som den 31 december beräknas ha använt antipsykotiska läkemedel (N05A exklusive N05AN01 litium).

**Nämnare:** Totalt antal personer 65 år och äldre i befolkningen.

Läkemedel	ATC-kod
Neuroleptika	N05A
exklusive Litium	N05AN01

Den geografiska fördelningen bygger på personens hemort.

I huvudrapporten redovisas åldersstandardiserade värden för indikatorn. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

## Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak, varför det inte går att avgöra hur stor del av läkemedlen som förskrivits utan adekvat indikation. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apotek, inte vad som är förskrivet eller vad patienten intar. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd. Detta kan leda till en

underskattning av läkemedelsanvändningen. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser. Metoden mäter inte om behandlingen följs upp och/eller omprövas regelbundet.

# Bipolär sjukdom, depression och schizofreni

## 58. Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom BUP

### Mått

Andel av åtgärder och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar, procent.

### Beskrivning och syfte

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

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

### Typ av indikator

Processindikator

### Teknisk beskrivning

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

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

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

### 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. Täckningsgraden uppgår till 95–100 procent.

## 59. Väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri

### Mått

Andel av det totala antalet väntande som väntat högst 90 dagar på besök i planerad vuxenpsykiatri, procent.

### Beskrivning och syfte

Indikatorn visar andelen förstabesök som genomfördes inom 90 dagar inom planerad specialiserad vård, från det att beslut tagits om att ett besök skall ske. Detta beslut kan antingen avse en egenremiss (patienten kontaktar mottagningen själv) eller att en patient remitteras av en vårdgivare till besök på en mottagning i specialiserad vård.

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

### Typ av indikator

Processindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal planerat besök till allmänpsykiatriska vården inom 90 dagar.

**Nämnare:** Totalt antal planerat besök till allmänpsykiatriska vården.

Patienter som blivit erbjudna en tid men själva valt att inte acceptera denna tid, utan valt att vänta längre än den erbjudna tiden, är exkluderade i beräkningen av indikatorn

Landstingen rapporterar uppgifter 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.

### Datakälla

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

### Felkällor

De medicinska indikationerna/kriterierna för när en patient ska erbjudas ett besök eller annan behandling kan variera mellan landstingen. Täckningsgraden är 95–100 procent.

## 60. Självmord i befolkningen

### Mått

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

## Beskrivning och syfte

I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklar avsikt.

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

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

Åldersstandardisering med rikets befolkning. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

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

Geografisk fördelningen efter personernas hemort.

## Datakälla

Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

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

# 61. Undvikbar slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos

## Mått

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

## Beskrivning och syfte

Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns först sådana som främst bedöms belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inskrivning i slutenvård. Måttet avser att mäta kvaliteten i den öppna vården.

## Typ av indikator

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare bland de som någon gång de senaste fem åren vårdats inom psykiatrin.

Huvuddiagnos	Kod ICD-10
Psykiatrisk sjukdom	F04–F99

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

Diagnos	Kod ICD-10
<b>Kroniska tillstånd</b>	
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 Exklusive vårdtillfällen med KVÅ-kod som börjar med F.
Högt blodtryck	I10, I119
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	J41, J42, J43, J44, J47 (huvuddiagnos)
Kärlkramp	I20, I240, I248, I249
<b>Akuta tillstånd</b>	
Blödande magsår	K250, K251, K252, K254, K255, K256, K260, K261, K262, K264, K265, K266
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 viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt och att sättet att sätta diagnoser kan variera.

## 62. Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom

### Mått

Kvoten av dödligheten bland personer med bipolär sjukdom respektive dödligheten i totalbefolkningen.

### Beskrivning och syfte

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

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

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

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

Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Diagnos	Kod ICD-10
Bipolär sjukdom	F31

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

-



## 63. Återfallsförebyggande behandling bipolär sjukdom

### Mått

Andel patienter 20–59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningsstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv episod.

### Beskrivning och syfte

Behandling med litium har en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom. Denna åtgärd har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 1 av 10). I indikatorn ingår även antiepileptika och antipsykotika, som också används för återfallsförebyggande läkemedelsbehandling men som har en lägre prioritet i riktlinjerna. Kombinationer av läkemedel är också vanliga. (I huvudrapportens diagram visas även delmängden där litium ingår i behandlingen).

### Typ av indikator

Processindikator

### Teknisk beskrivning

Patienter med relevant huvuddiagnos (F30–F316) vid läkarbesök i specialiserad öppen vård eller slutenvårdstillfälle följs upp i 365 dagar efter besöks-/utskrivningsdatum med avseende på läkemedel. För att patienten ska anses stå på läkemedlet krävdes minst två uttag under 365-dagarsperioden.

Endast besök eller inskrivningar i slutenvård efter förstagångsvård eller fall efter en föregående, avslutad uppföljningsperiod följs upp. Det vill säga, under 365-dagarsperioden följs inga nya fall upp, efter perioden kan patienten generera ett nytt 365-dagarsfall.

**Täljare:** Patienter med huvuddiagnos enligt tabell nedan vid läkarbesök i specialiserad öppen vård eller slutenvårdstillfälle med minst två uttag av samma läkemedel, enligt tabellen nedan, under följande 365-dagar.

**Nämnare:** Patienter med huvuddiagnos enligt tabell nedan vid läkarbesök i specialiserad öppen vård eller slutenvårdstillfälle.

Döda inom de 365 dagarna är borttagna ur analysen.

Åldersstandardiserade värden med samma avgränsning för standardpopulationen som för nämnaren. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Diagnos	Kod ICD-10
Manisk eller depressiv period vid bipolär sjukdom	F30–F316

Läkemedel	ATC-kod
Litium	N05AN01
<b>Antiepileptika</b>	
Valproinsya	N03AG01
Lamotrigin	N03AX09
Topiraimat	N03AX11
Karbamazepin	N03AF01
<b>Antipsykotika</b>	
Risperidon	N05AX08
Olanzapin	N05AH03
Quetiapin	N05AH04
Aripiprasol	N05AX12
Ziprasidon	N05AE04

### Datakälla

Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel i slutenvård.

## 64. Följsamhet till antidepressiv behandling

### 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

Processindikator

### Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med den behandlade populationen som grundpopulation. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen. 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.

# 65. Elektrokonvulsiv terapi vid slutenvårdad svår depression

## Mått

Andel patienter med slutenvårdad svår depression som behandlats med elektrokonvulsiv terapi (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.

Uppgift om slutenvårdade patienter med de aktuella diagnoserna kommer från patientregistret vid Socialstyrelsen. Uppgift om ECT-behandlade patienter har patientregistret eller Kvalitetsregister ECT som källa.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

**Täljare:** Antal patienter som slutenvårdats för svår till mycket svår depression och givits ECT.

**Nämnare:** Antal patienter som slutenvårdats för svår till mycket svår depression.

Huvuddiagnos	Kod ICD-10
Svår till mycket svår depression	F3145, F3223, F3323

Åtgärd	Åtgärdskod
ECT-behandling	DA024, DA025, DA006

## Datakälla

Kvalitetsregister ECT och patientregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Varierande täckningsgrad. Även om uppgift om ECT fångas i två register så kvarstår problem med täckningen då patientregistret inte innehåller ECT utförd i öppenvård av andra personalkategorier än läkare, samtidigt som täckningsgraden i Kvalitetsregister ECT varierar efter organisation.

# 66. Depressionsskattning efter elektrokonvulsiv terapi

## Mått

Andel behandlingsserier med elektrokonvulsiv terapi (ECT) vid depression där patienterna skattat sina depressionssymtom med symtomskattningsskalorna 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 så kallat underhålls-ECT.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

Huvuddiagnos	Kod ICD-10
Svår till mycket svår depression	F3135, F3213, F3313

**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.

## 67. Överdödlighet vid schizofreni

### Mått

Kvoten av dödligheten bland personer med schizofreni respektive dödligheten i totalbefolkningen.

### Beskrivning och syfte

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

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

### Typ av indikator

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

**Täljare:** den åldersstandardiserade dödligheten i alla dödsorsaker för personer i åldern 20 år och äldre som under en period av 5-år tillbaka förekommer i patientregistret med schizofrenidiagnos enligt tabellen nedan.

**Nämnare:** den åldersstandardiserade dödligheten för alla personer i åldern 20 år och äldre i den totalbefolkningen.

Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

Diagnos	Kod ICD-10
Schizofreni	F20, F21, F231, F232, F250, F251, F252, F258, F259

### Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

### Felkällor

-

## 68. Antipsykotisk läkemedelsbehandling 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 förtida död, i framför allt självmord, jämfört med ingen behandling.

## Typ av indikator

Processindikator

## Teknisk beskrivning

Åldersstandardiserat med den behandlade populationen som grundpopulation. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.

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 läkemedel 0–6 månader resp. 10–18 månader efter vårdkontakten.

**Nämnare:** Totalt antal personer 18 år och äldre som vårdats i slutenvård eller av läkare i öppen specialistvård för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd avses följande diagnoskoder: (Se tabell nästa sida)

Huvuddiagnos	Kod 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 sjukdomsbild	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
Schizoaffektiva syndrom, manisk typ	F250
Schizoaffektiva syndrom, depressiv typ	F251
Schizoaffektiva syndrom, blandad typ	F252
Annat specificerat schizoaffektiva syndrom	F258
Schizoaffektiva syndrom, ospecificerat	F259
Andra icke organiska psykotiska störningar	F289
Ospecificerad icke organisk psykos	F299

Diagnosuppgiften kommer antingen från en vårdkontakt i slutenvård eller i öppen specialiserad vård. Första vårdkontakten under den studerade perioden selekteras oavsett var det ägt rum. Utskrivningsdatum (om denna vårdkontakt sker inom den slutna vården) eller datum för läkarbesöket (om vårdkontakten sker i öppen specialiserad psykiatrisk vård) utgör startdatum för att hämta information om personens läkemedelsuttag.

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

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

## Datakälla

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Felkällor

Alla personer med diagnos schizofreni/schizofreniliknande tillstånd vårdas inte i slutenvård eller av läkare i 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 administrationsätt i vissa landsting.

## 69. Återinskrivning inom 28 dagar efter vård för schizofreni

### Mått

Andel patienter med schizofreni som återinskrivits inom 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

Resultatindikator

### Teknisk beskrivning

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	Kod ICD-10
Schizofreni	F20–F29

**Täljare:** Antal patienter som återinskrivits inom 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 inskrivning utfallet.

## 70. Återinskrivning inom 6 månader efter vård för schizofreni

### Mått

Andel patienter med schizofreni som återinskrivits inom 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

Resultatindikator

## Teknisk beskrivning

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Huvuddiagnos	Kod ICD-10
Schizofreni	F20–F29

**Täljare:** Antal patienter som återinskrivits inom 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 inskrivning utfallet.