Sex frågor om vården

Bilaga 3. Indikatorbeskrivningar.
Öppna jämförelser 2020
Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

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

Om indikatorbeskrivningarna ..........................................................5
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?" .........................8
1. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad) ..........8
"Är hälso- och sjukvården hållbar?" ..............................................10
2. Förekomst av antibiotikabehandling .....................................10
3. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan ..................11
4. Sjukfrånvaro bland regionanställda ......................................13
5. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar ..........14
6. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer ..16
7. Förtroende för sjukvården i sin helhet ....................................17
8. Förtroende för att vård ges på lika villkor ..............................19
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?" ..............21
9. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver ..................21
10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren ..............................22
11. Primärvårdens tillgänglighet per telefon .................................23
12. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar ..................24
13. Tid till läkarbedömning vid akutbesök .................................26
14. Responstid för ambulans ......................................................28
15. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup ....28
16. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård ............................29
17. Operation inom 90 dagar ......................................................31
18. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer ....32
19. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter .....................33
20. Utskrivningsklara patienter på sjukhus ..................................34
21. Väntetid till särskilt boende ..................................................35
22. Rutin för vårdplanering i samverkan - såbo ...........................36
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?" .......39
23. MPR - vaccination av barn ......................................................39
24. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll ..................40
25. Rökning vid diabetes ............................................................42
26. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt .............................43
27. Fallskador bland äldre ..........................................................44
"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?" ......................46
28. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL ....46
29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre .............................47
30. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol) .............50
31. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes ........................................... 52
32. Trycksår i sluten vård (grad 2–4) ................................................................. 53
33. Vårdrelaterade infektioner ......................................................................... 54
34. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) ......................................... 55
35. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor ...................................... 56
36. Äldre med läkemedel som bör undvikas .................................................. 57
37. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre ................................... 59
38. Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur ......................................... 60
39. Nöjd med rehabilitering efter insjuknandet i stroke .................................. 63
40. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) ..................................................... 64
41. Dödlighet efter hjärtinfarkt ....................................................................... 65
42. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer ...................................... 66
43. Dödlighet efter höftfraktur ...................................................................... 67
44. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel ....... 68
45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom ..................... 70
46. Återkommande slutenvård i livets slutskede ........................................... 71

"Blir vi friskare och lever längre?" ................................................................. 73
47. Självskattat allmänt hälsotillstånd ............................................................ 73
48. Egenrapporterad tandhälsa .................................................................... 74
49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD) ................. 75
50. Självmord i befolkningen ........................................................................ 76
51. Återstående medellivslängd .................................................................. 77
Om indikatorbeskrivningarna

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mall för indikatorbeskrivningar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Titel (Kortnamn)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mått</td>
</tr>
<tr>
<td>Fungerar som underrubrik i diagram. Om det är en kvot så anges det här även vad som mäts och i vilken population, alltså en mycket kortfattad beskrivning.</td>
</tr>
<tr>
<td>Mätenhet</td>
</tr>
<tr>
<td>Ex. procent. Kan användas vid behov och om det inte framgår under Mått.</td>
</tr>
<tr>
<td>Syfte</td>
</tr>
<tr>
<td>En kortfattad beskrivning av varför indikatorman används och vad den avser att visa. Indikatorns syfte omfattar två delar:</td>
</tr>
<tr>
<td>Beskrivning av varför området är relevant att mäta. Beskrivning av vad indikatorman avser att spegla.</td>
</tr>
<tr>
<td>Tockning</td>
</tr>
<tr>
<td>En sammanfattande text av hur indikatorman ska tolkas. Kan även användas som grundläggande text vid presentationer och i rapporter.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nationellt kunskapsstöd</td>
</tr>
<tr>
<td>Anger namnet på det aktuella kunskapsstödet. Rubricken används endast när indikatorn härleds från en rekommendation eller ett ställningstagande och vill mäta följsamheten till denna.</td>
</tr>
<tr>
<td>Relation till nationellt kunskapsstöd</td>
</tr>
<tr>
<td>Informationen ges i de fall som rubriken ovan (Nationellt kunskapsstöd) har fylld i. Här beskrivs tillstånd och åtgärd, rekommendation samt prioriteringsgraden enligt nationella riktlinjer alternativt uppgifter om rekommendationer ur annat kunskapsstöd. Om indikatorman härleds från Nationella riktlinjer har mäts information i första hand via länkning till elektroniska dokument i andra hand anges länken för den plats där informationen finns eller så beskrivs parametrarna kortfattat direkt i denna beskrivning.</td>
</tr>
<tr>
<td>Referens</td>
</tr>
<tr>
<td>Här hänvisas till dokument, artiklar eller indikatorbatterier. Gäller andra stöddokument än där Socialstyrelsen mäter följsamhet till nationella kunskapsstöd.</td>
</tr>
<tr>
<td>Riktning</td>
</tr>
<tr>
<td>Ange om högt eller lågt resultat för indikatorman är att föredra.</td>
</tr>
<tr>
<td>Målnivå</td>
</tr>
<tr>
<td>Anges om en målnivå har fastställts och beslutats av GD enligt Socialstyrelsens målnivåmodell. Dessutom anges och beskrivs målnivån kortfattat.</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ av indikator</td>
</tr>
<tr>
<td>Struktur, process eller resultat. Även andra typer kan förekomma.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvalitetsdimension</td>
</tr>
<tr>
<td>Indelning enligt God vård och omsorg.</td>
</tr>
<tr>
<td>Datakälla</td>
</tr>
<tr>
<td>Namnge möjliga ingående datakällor.</td>
</tr>
<tr>
<td>Datakällansstatus</td>
</tr>
<tr>
<td>Här anges med vilken periodicitet och aktivitet av data finns för indikatorman. Om data saknas men kan komma att finnas i ett senare skede anges att indikatorn är en utvecklingsindikator.</td>
</tr>
<tr>
<td>Felkällor och begränsningar</td>
</tr>
<tr>
<td>Ange felkällor och begränsningar både av teknisk och tolkningsmässig karaktär. Beakta särskilt de 6 kriterierna för indikatorerna enligt Socialstyrelsens Handbok för utveckling av indikatorer: Indikatorman ska ange riktning Indikatorman ska vara relevant Indikatorman ska vara valid Indikatorman ska vara verdetagen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Indikatoren ska vara påverkbar
Indikatoren ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig data

Teknisk beskrivning
Här beskrivs i löpande text beräkningsmetoden, hur data hanteras, inklusive datumhantering och uppföljningsperioder.
Ange hur populationerna är avgränsade, t.ex. mål- och mät- eller ramppopulation.
Populationer beskrivs här så långt möjligt också med ICD/KVÅ/ATC eller annat kodverk i tabellform. Detta kan ske antingen direkt under rubriken "Teknisk beskrivning" eller under någon av nederstående underrubriker. Med tabellform menas här att presentera de koder som omsattas med intervall i sparr eller i kategorier av koder för att slippa långa listor som är svårtillgängliga

Mätpopulation:
Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man faktiskt kan mäta och mäter i.

Måtpopulationen kan beskrivas här med hjälp av något kodverk

Möt- eller ramppopulation:
Möt- eller ramppopulationen kan beskrivas här med hjälp av något kodverk

Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man faktiskt kan mäta och mäter i.

Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man faktiskt kan mäta och mäter i.

Täljare:
Underrubriken används när måttet är en kvot. Täljaren kan beskrivas här med hjälp av koder i tabellform

Underrubriken används när måttet är en kvot. Täljaren kan beskrivas här med hjälp av koder i tabellform

Nämnare:
Underrubriken används när måttet är en kvot. Om nämnaren omsattas av en mätpopulation (ramppopulation) som har beskrivits tidigare ovan används denna. I annat fall kan nämnaren avgränsas med hjälp av koder i tabellform

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Information om lämpliga indelningar vid redovisning av resultat

Kommentar
Rubrik för övrigt. Ex vis:
För rekommendationer om vad som bär åldersstandardiseras och inte. Problemen som man behöver ta hänsyn till kan också nämnas här.
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"

1. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

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

Mätenhet
Kronor per invånare.

Syfte

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

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

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

Felkällor och begränsningar
Modellen för beräkning av standardkostnaden fängar inte upp alla struktu-
reella faktorer som påverkar kostnadsläget. 2012 förändrades utjämningsyste-
met, vilket påverkar beräkningar för den strukturjusterade nettokostnaden
och gör att jämförelser med tidigare mätningar inte är lämplig.

Teknisk beskrivning
En förväntad standardkostnad beräknas årligen i det kommunala utjämnings-

Täljare: Strukturerjusterad nettokostnad exkl. kostnader för primärvårdsanslu-
ten hemsjukvård, omstruktureringskostnader och tandvård i kronor.

Nämnare: Befolkningsmängd per 31 december.
"Är hälso- och sjukvården hållbar?"

2. Förekomst av antibiotikabehandling

217

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

Mätenhet
Antal per 1 000 invånare

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

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Process

Datakälla
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Datakällans status

Felkällor och begränsningar
Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd, jourmottagningar och liknande. Läkemedelsregistret har inga uppgifter om förskrivning, data samlas endast på de läkemedel som faktiskt hämtas ut.
Teknisk beskrivning
I måttet ingår även dosrecept men ej förskrivning av djurläkemedel och annan förskrivning utförd av veterinärer.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Läkemedel</th>
<th>ATC-kod</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antibiotika</td>
<td>J01</td>
</tr>
<tr>
<td>Exklusive metenamin</td>
<td>J01XX05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Täiłjare: Antal uthämtade recept på antibiotika (J01 exklusive J01XX05 metenamin).
Nämnnare: Medelbefolkning hämtat från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har gjorts på personens folkbokföringsort.

Kommentar
Bör redovisas med åldersstandardiserade värden.

3. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan
606

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

Mättenhet
Kg CO2-ekv per invånare

Syfte

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

Referens
Öppna jämförelser: Miljöarbetet i regionerna (SKR)

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Kommun- och landstingsdatabasen.

Kvalitetsdimension
Hållbar

Datakällans status
Uppdateras årligen. Har statusen "utvecklingsnyckeltal" i Kolada.

Felkällor och begränsningar

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

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

Teknisk beskrivning
Egna uppgifter från regionerna för lustgas och Apoteket för övriga gaser. Gaseerna räknas om till koldioxidekvivalenter enligt: Ett ämnes globala uppvärmningspotential anges som dess GWP-faktor. Denna beräknas som uppvärmningspotentialen under exempelvis 100 år för ett kilogram av ämnet i gasform i förhållande till ett kilogram koldioxid. För beräkning av de medicinska gasernas klimatpåverkan har följande GWP-faktorer använts:
Lustgas: 265 kg CO2-ekvivalenter/kg lustgas.
Sevofluran: 216 kg CO2e/kg (325 kg CO2e/liter)
Desfluran: 1790 kg CO2e/kg (731 kg CO2e/liter)
Isofluran: 491 kg CO2e/kg (2551 kg CO2e/liter)
Källa: Redovisade GWP-värden är baserade på den utvärdering som regelbundet utförs av FN:s klimatpanel (IPCC).

Täljare: Antal kilo koldioxidekvivalenter
Nämnare: Befolkningsantal

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

### 4. Sjukfrånvaro bland regionanställda

<table>
<thead>
<tr>
<th>563</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Mått**
Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid.

**Mätenhet**
Procent

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

**Riktning**
Lågt

**Typ av indikator**
Struktur

**Datakälla**
Sjukfrånvaroredovisningen, SKR.

**Datakällans status**

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

**Teknisk beskrivning**

Täljare: Total sjukfrånvarotid
Nämnare: Sammanlagd ordinarie arbetstid
5. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

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

Mätenhet
Medelvärde

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig

Datakälla
Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Riks-Hia (Sweheart), Riksstroke, Rikshöft och Nationella diabetesregistret

Teknisk beskrivning
Medelvärde (oviktat) av fyra täckningsgradsmätningar vad gäller andelen fall som matchas i hälsoregistret och fall endast i ett eller ett och samma kvalitetsregister (av alla fall i både kvalitetsregister och hälsoregistret).

Metod för respektive analys:

RIKS-HIA – Sweheart
Urvalet ur patientregistrets slutenvård består av patienter äldre än 20 år med hjärtinfarkt som huvuddiagnos. Urvalet från RIKS-HIA är patienter äldre än 20 år med diagnoskod I21 eller I22. Om vårdtillfälle skett inom 28 dagar från en tidigare inskrivning har de två räknats som samma vårdtillfälle. Analysen
jämför alla nya händelser av hjärtinfarkt och genomförs på individnivå och datum. Om samma personnummer förekommer i de båda registren vid samma tidpunkt plus eller minus 27 dagar från inskrivningsdatum i patientregistret betraktras det som en matchning.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Akut hjärtinfarkt</td>
<td>I21</td>
</tr>
<tr>
<td>Reinfarkt</td>
<td>I22</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Riksstroke – förstagångsstroke**

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hjärlblödning</td>
<td>I61</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerebral infarkt</td>
<td>I63</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specifiserad som blödning eller infarkt</td>
<td>I64</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Rikshöft – Nationellt kvalitetsregister för höftfraktur**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kollumfraktur</td>
<td>S720</td>
</tr>
<tr>
<td>Pertrokantär fraktur</td>
<td>S721</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtrokantär fraktur</td>
<td>S722</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nationella diabetesregistret - läkemedelsbehandlade**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Läkemedel</th>
<th>ATC-kod</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Diabetesmedel</td>
<td>A10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

6. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

565

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

**Mätenhet**
Procent

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

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

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

Riktning
Högt

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

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

Datakälla
Svenska Kolorektalcancerregistret

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

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

7. Förtroende för sjukvården i sin helhet

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

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

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

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


Riktning
Högt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Hälso- och sjukvårdsbarometer, Sveriges Kommuner och Regioner.

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

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

Sedan år 2010 har Hälso- och sjukvårdsbarometern ett mer renodlat befolkningsperspektiv. Patientfarenhetsfrågor ställs i nationella patientenkätten. (Källa: 1177)
Teknisk beskrivning

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

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

8. Förtroende för att vård ges på lika villkor

341

Mått

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

Mätenhet

Procent

Syfte

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

Tolkning

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

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


Riktning

Högt
Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status


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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att vård ges på lika villkor.
Nämnare: Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året. De som svarar ”vet ej” eller inte svarat på frågan är exkluderade.
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"

9. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

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

Mätenhet
Procent

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

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

Datakälla
Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.
Datakällans status


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

Teknisk beskrivning

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

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

10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

544

Mått

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

Mätenhet

Antal per 100 invånare

Syfte


Tolkning

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

Riktning

Högt.
Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

Datakälla
Tandvårdsregistret, Socialstyrelsen

Datakällans status
Uppgifter som redovisas för ett visst år visar antal personer som var vid liv under året och har besökt tandvården för en undersökning under året eller föregående år inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.
Uppgifter om barn och ungdomars tandvård ingår inte i tandvårdsregistret. Åldern för avgiftsfrihet höjs för närvarande succesivt med ett år per år fram till 2019 då gränsen kommer att vara 24 år.

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Åtgärd</th>
<th>Åtgärdskod</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Basundersökning och diagnostik, utförd av tandläkare</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>Basundersökning, utförd av tandhygienist</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>Basundersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>Basundersökning och diagnostik, utförd av tandläkare</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>Fullständig undersökning och diagnostik, utförd av tandhygienist</td>
<td>102</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortsln.

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

11. Primärvårdens tillgänglighet per telefon
32

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

Mätenhet
Procent
Syfte

Tolkning
Måttet speglar telefontillgängligheten i primärvården.

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

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

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

Felkällor och begränsningar

Teknisk beskrivning
Täljare: Antalet besvarade eller återuppringda samtal.
Nämnare: Totala antalet påringningar.

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

12. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

31
Mått
Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar (respektive genomförda läkarbesök inom sju dagar i primärvård)

Mätenhet
Procent

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

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

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

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

Referens
För stöd i implementeringen av den nya lagen hänvisas till SKR:s informationsmaterial som kan hämtas på deras hemsida:
https://www.vantetider.se/resultat/medicinsk-bedomning

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

Datakälla
Databasen ”Väntetider i Vården”, Sveriges Kommuner och Regioner.
**Datakällans status**

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

**Felkällor och begränsningar**


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

**Teknisk beskrivning**

**Täljare:** antal patienter som fått en medicinsk bedömning inom 3 dagar  
**Nämnare:** antal patienter som tagit kontakt med den aktuella primärvårdsenheten.

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

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

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


**13. Tid till läkarbedömning vid akutbesök**

**Mått**

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning

**Mätenhet**

Mediantiden i minuter.

**Syfte**

Tiden fram till läkarbedömningen eller undersökningen av en patient på akutmottagningen är viktig för det fortsatta omhändertagandet, både när det gäller kvalitet och säkerhet och total handläggningstid. Indikatorn är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen.
Tolkning
Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen är viktigt att följa över tid, att tiden inte ökar samt hur den varierar mellan olika vårdgivare. Socialstyrelsen har tidigare visat att riskfaktorer som troligtvis bidrar till att patienter tillbringar mer än fyra timmar på akutmottagning är:

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Säker, tillgänglig

Datakälla
Patientregistret, Socialstyrelsen.

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

Patientsammansättningen kan påverka jämförelsen.

Teknisk beskrivning

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

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

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

Mätenhet
Mediantid i minuter

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

Datakälla
SOS Alarm

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

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

15. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup

Mått
Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin
Måtenhet
Procent

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

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Datakälla
Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Regioner

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antalet åtgärder och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatrin inom 30 dagar.
Nämnare: Totalt antal åtgärder och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatrin.

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

16. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Mått
Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar
Mätenhet
Procent

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

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

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

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård.
Nämnare: Totalt antal genomförda första besök inom specialiserad vård.

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

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Regionerna rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga regionsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval. Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system. Databasens vårdutbud täcker i stort sett alla specialiteter och subspecialiteter, men vårdgarantin gäller all planerad vård.
## 17. Operation inom 90 dagar

### Mått

Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad vård inom 90 dagar

### Mätenhet

Procent

### Syfte

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

### Riktning

Högt

### Typ av indikator

Process

### Kvalitetsdimension

Tillgänglig

### Datakälla

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

### Felkällor och begränsningar


### Teknisk beskrivning

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

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

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

### Om redovisningsnivåer och fördelningar

Regionerna rapporterar uppgifter om verksamheter inom den officiellt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga regionsdrivna verksam-
heter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval. Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggererade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårddatoradministrativa system. Databasens vårdutbud täcker nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.

18. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

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

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Tillgänglig

Datakälla
Svenska Kolorektalcancerregistret

Teknisk beskrivning

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

Nämnare: Antal patienter som fått diagnosen tjocktarmscancer.
19. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

570

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

Mätenhet
Antal per 100 disponibla vårdplatser

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

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

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Struktur

Kvalitetsdimension
Säker, tillgänglig

Datakälla
Sveriges Kommuner och Regioner.
Felkällor och begränsningar
Vissa felkällor kan finnas som tillämpning av definition samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system.

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal överbeläggningar utlokalisade patienter per 100
Nämnare: Antal disponibla vårdplatser

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

20. Utskrivningsklara patienter på sjukhus
329

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

Mätenhet
Antal per 1 000 invånare

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

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat
Datakälla
Sveriges Kommuner och Regioner.

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

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

21. Väntetid till särskilt boende
591

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

Mätenhet
Medelvärde

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

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

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Process

Datakälla
Kommun- och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser.
Datakällans status
Kommunen gör egna mätningar av det genomsnittliga antalet väntedagar från ansökan till erbjuden plats på särskilt boende för personer över 65 år, och indikatorn bygger på frivilligt inrapporterad data.

Felkällor och begränsningar

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

22. Rutin för vårdplanering i samverkan - säbo
605

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

Mätenhet
Procent

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

Referens

Riktning
Högt utfall är önskvärt.

Typ av indikator
Struktur

Kvalitetsdimension
Säker vård och omsorg.
Datakälla
Socialstyrelsen. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Datakällans status
Årlig enkät.

Felkällor och begränsningar
I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felens kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.
Indikatormät enbart om man har rutiner inte i vilken mån vårdplanering förkommer i samverkan med andra.

Teknisk beskrivning
Svar fråga 22, 22b och 22d (2018 års enkät)
Svarsalternativ: Ja/Nej

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

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

Definitioner:
- Mät- eller ramppopulation: Alla enheter som utför insatser till personer som de har uppföljningsansvar för, 65 år och äldre enligt 4 kap 1 § SoL i permanent särskilt boende enligt 5 kap 5 § SoL.
- Målpopulation: Alla enheter som utför insatser till personer som de har uppföljningsansvar för, 65 år och äldre enligt 4 kap 1 § SoL i permanent särskilt boende enligt 5 kap 5 § SoL.
- Beräkning: För att uppfylla målvärdet krävs att enheten svarat ja på fråga 22 och 22b samt att den är uppföljd eller upprättad inom det senare året. Antalet
enheter som svarat ja delas med alla deltagande enheter för redovisning i kommun, län och rike.

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

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

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

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Fördelning på län görs efter enheternas geografiska fördelning.
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"

23. MPR - vaccination av barn

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

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Process

Datakälla
Folkhälsomyndigheten

Felkällor och begränsningar
Det grundläggande datamaterialet är av god kvalité med en hög täckningsgrad.

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal barn som är inskrivna på BVC som fyllde 2-år under föregående kalenderår som MPR-vaccinerats minst en gång vid det aktuella mättilfället (dvs. månad/år).
Nämnare: Totalt antal barn som är inskrivna på BVC som fyllde 2-år under föregående kalenderår under det aktuella året.
24. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll

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

Mätenhet
Procent

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

Gynekologisk cellprovskontroll syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancerns förstadien.

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

Nationellt kunskapsstöd

Relation till nationellt kunskapsstöd
Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för livmoderhalscancer enligt följande:

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

Socialstyrelsens samlade bedömning är att det rekommenderade screening-programmet ger hälsovinster som överväger de negativa effekterna.

Högt

Typ av indikator
Process
Datakälla
Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention

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

Felkällor och begränsningar

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

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

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

1. Andel kallade kvinnor i målgruppen för screeningprogrammet.
2. Andel kvinnor som efter kallelse deltagit i screening för livmoderhalscancer.
3. Täckningsgrad av gynekologisk cellprovstagningsstaging inom ett screeningintervall.
5. Andel obedömbbara cellprover.
6. Andel cellprov utan endocervikala celler.
10. Andel kvinnor med falskt negativa cellprov.
11. Väntetid från provtagnings till besked om provsvar skickats.

Eftersom Socialstyrelsens rekommendation innebär den största förändringen av screeningprogrammet för livmoderhalscancer sedan livmoderhalscancer-screening infördes i slutet av 1960-talet bör programmet noga följs upp i
kvalitetsregister. Det är också helt avgörande för att kunna identifiera kvalitetsproblem, förändringar i deltagande och andra frågor som inte kan besvaras innan förändringarna har genomförts.

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

### 25. Rökning vid diabetes

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mått</th>
<th>Andel personer med diabetes som röker, alla typer av diabetes 18 år eller äldre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mätenhet</td>
<td>Procent</td>
</tr>
<tr>
<td>Tolkning</td>
<td>Observera att indikatorn redovisas med inverterade värden och speglar hur många som röker inom diabetespopulationen och inte på samma sätt som målnivåindikatorn i de nationella riktlinjerna för diabetes redovisas.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nationellt kunskapsstöd</td>
<td>I de nationella riktlinjerna för diabetesvård är stöd till rökstopp en av de högst rekommenderade åtgärderna.</td>
</tr>
<tr>
<td>Riktning</td>
<td>Lågt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Målönvå | För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt mållönvå till ≥ 95 procent.  
För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt mållönvå till ≥ 95 procent. |
Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Nationella diabetesregistret, NDR.

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

Teknisk beskrivning
Täldare: Antal personer som enligt uppgift i Nationella diabetesregistret (NDR) är rökare.
Nämnare: Antal personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes registrerade i NDR.

26. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt
336

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

Mätenhet
Procent

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

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

Riktning
Högt
Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Sephia, Swedeheart

Teknisk beskrivning
*Tädlare:* Antal patienter som vid 12-14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram.
*Nämnare:* Antal patienter i 12-14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt där uppgift om deltagande i fysiskt träningsprogram finns.

27. Fallskador bland äldre

536

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

**Mätenhet**
Antal per 100 000 invånare

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

**Riktning**
Lågt

**Typ av indikator**
Resultat

**Datakälla**
Patientregistret, Socialstyrelsen

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

**Teknisk beskrivning**
*Tädlare:* Antal personer 65 år och äldre som vårdats inom sluten vård eller av läkare i specialiserad öppen vård för skador till följd av fallolycka.
*Nämnare:* Befolkningen 65 år och äldre.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Yttre orsak</th>
<th>Yttre orsakskod ICD-10 - SE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fallolycka</td>
<td>W00–W19</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kommentar**

Åldersstandardiserade värden bör användas. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämfölser mellan könen.
"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?"

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

526

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

Mätenhet
Antal per 100 000 invånare

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar
Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen kan förekomma.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Kod ICD-10, KVÅ</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Diabetes     | **Huvuddiagnos**
|              | **KOL**
|              | **Hjärtsvikt**
|              | **Huvuddiagnos**
|              | I110, I130, I132, I500, I501, I509 |
|              | **Hjärtoperationer, får inte förekomma i slutenvårdsperioden**
|              | KVÅ som börjar med F |
|              | **Asthma**
|              | **Cystisk fibros som huvud eller bidiagnos får inte förekomma i slutenvårdsperioden:**
|              | E840, E841, E848, E849, P270, P271, P278, P279, Q254, Q311, Q312, Q313, Q315, Q318, Q319, Q320, Q321, Q322, Q323, Q324, Q330, Q331, Q332, Q333, Q334, Q335, Q336, Q338, Q339, Q340, Q341, Q348, Q349, Q390, Q391, Q392, Q393, Q394, Q398, Q893 |

Kommentar

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

29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

330

Mått

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

Mätenhet

Procent

Syfte

Måttet avser att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg för gruppen mest sjuka äldre.
Referens
Variationen mellan regionerna kan bero på hur de organiserat sin sjukvård. Variationen kan även bero på att de definierar planerad och oplanerad vård på olika sätt. Regionerna bör se över sin användning av variabeln så att den tolkas på det sett som avses i Socialstyrelsen föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26).

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Säker

Datakälla
Patientregistret, Socialstyrelsen.

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos vårdtillfälle 1</th>
<th>ICD-10</th>
<th>Diagnos vårdtillfälle 2</th>
<th>ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Hjärtvikt</td>
<td>G632</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diabetisk polyneuropati</td>
<td>G590</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Diabetisk mononeuropati</td>
<td>G629</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Polyneuropati, ospecificerad</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KOL</td>
<td>J440, J441, J449.</td>
<td>Dyspnè</td>
<td>R060</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>J20 tillsammans med någon av följande J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pneumoni</td>
<td>J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KOL</td>
<td>J440, J441, J449.</td>
<td>J40, J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Astma</td>
<td>J45, J46</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bronkit</td>
<td>J20, J40, J41, J42, J43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnos vårdtillfälle 1</td>
<td>ICD-10</td>
<td>Diagnos vårdtillfälle 2</td>
<td>ICD-10</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------------------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Respiratorisk in-</strong></td>
<td></td>
<td><strong>Hjärtsvikt</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>sufficiens</strong></td>
<td></td>
<td><strong>J96</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pneumoni</strong></td>
<td>J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11</td>
<td><strong>Dyspe</strong></td>
<td><strong>R060</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KOL</strong></td>
<td>J440, J441, J449.</td>
<td><strong>J20 tillsammans med någon av följande</strong> J41,J42,J43,J44,J47 som bidiagnos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Asthma</strong></td>
<td>J45, J46</td>
<td><strong>J96</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Bronkit</strong></td>
<td>J20, J40, J41, J42, J43</td>
<td><strong>J50</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Respiratorisk in-</strong></td>
<td></td>
<td><strong>Hjärtsvikt</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>sufficiens</strong></td>
<td></td>
<td><strong>J96</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Bronkit</strong></td>
<td>J20, J40, J41, J42, J43</td>
<td><strong>Dyspe</strong></td>
<td><strong>R060</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KOL</strong></td>
<td>J440, J441, J449.</td>
<td><strong>J20 tillsammans med någon av följande</strong> J41,J42,J43,J44,J47 som bidiagnos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Asthma</strong></td>
<td>J45, J46</td>
<td><strong>J96</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Bronkit</strong></td>
<td>J20, J40, J41, J42, J43</td>
<td><strong>J50</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Urinvägsinfektion</strong></td>
<td>N39</td>
<td><strong>Urinvägsinfektion</strong></td>
<td>N39</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Akut tubulointerstitiell nefrit</strong></td>
<td>N109</td>
<td><strong>Cystit, ospecificerad</strong></td>
<td>N309</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Streptokocksepsis, ospecificerad</strong></td>
<td>A409</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Sepsis, ospecificerad</strong></td>
<td>A419</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak</strong></td>
<td>A099</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Bakterieinfektion, ospecificerad</strong></td>
<td>A499</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Akut tubulointerstitiell nefrit</strong></td>
<td>N109</td>
<td><strong>Urinvägsinfektion</strong></td>
<td>N39</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Akut tubulointerstitiell nefrit</strong></td>
<td>N109</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Cystit, ospecificerad</strong></td>
<td>N309</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Streptokocksepsis, ospecificerad</strong></td>
<td>A409</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Sepsis, ospecificerad</strong></td>
<td>A419</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak</strong></td>
<td>A099</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Bakterieinfektion, ospecificerad</strong></td>
<td>A499</td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnos vårdtillfälle 1</td>
<td>ICD-10</td>
<td>Diagnos vårdtillfälle 2</td>
<td>ICD-10</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------------------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>Cystit, ospecificerad</td>
<td>N309</td>
<td>Urinvägsinfektion</td>
<td>N39</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Akut tubulointerstitiell nefrit</td>
<td>N109</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Cystit, ospecificerad</td>
<td>N309</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Streptokocksepsis, ospecificerad</td>
<td>A409</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Sepsis, ospecificerad</td>
<td>A419</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på lårbenshsalen och höften</td>
<td>S72</td>
<td>Fraktur på lårbenshsalen och höften</td>
<td>S72</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Luxation i höft S730 Frakturer i huvud, näsa, käke, tand etc</td>
<td>S02</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på halskota etc</td>
<td>S12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på bröst, revben etc</td>
<td>S22</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på Ländkota, pubis etc</td>
<td>S32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på humeros, nyckelben, skulderblad etc</td>
<td>S42</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på radius, ulma etc</td>
<td>S52</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på hand, handled etc</td>
<td>S62</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på underben etc</td>
<td>S82</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Fraktur på kakaneus etc</td>
<td>S92</td>
</tr>
<tr>
<td>Förmaksflimmer</td>
<td>I48</td>
<td>Förmaksflimmer</td>
<td>I48</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Hyperton</td>
<td>I109</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Hjärtsvikt</td>
<td>I50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Dyspne</td>
<td>R060</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kärlkramp</td>
<td>I20</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Cerebal infarkt</td>
<td>I63</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjärtsvikt</td>
<td>I50</td>
<td>Förmaksflimmer</td>
<td>I48</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Hyperton</td>
<td>I109</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Hjärtsvikt</td>
<td>I50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Dyspne</td>
<td>R060</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kärlkramp</td>
<td>I20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

Mätenhet
Procent
Syfte

Riktning
Lågt

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

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig

Datakälla
Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor och begränsningar

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

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar
Åldersstandardiserade värden bör användas.
31. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

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

Mätenhet
Kvot

Syfte

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar per 100 0000 personer som behandlas med diabetessmedel, åldersstandardiserade värden.
Nämnare: Antal döda per 100 0000 i hjärt- och kärlsjukdomar i befolkningen, åldersstandardiserade värden.
Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

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

32. Trycksår i sluten vård (grad 2–4)
11

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

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Säker

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

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

Teknisk beskrivning
Tälfjare: Antal patienter som har trycksår av kategori 2–4.
Nämnam: Antal patienter som är med i undersökningsdagen.
33. Vårdrelaterade infektioner

Mått
Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i sluten somatisk vård.

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Säker

Datakälla
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Datakällans status

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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården med vårdrelaterad infektion.
Nämnare: Totalt antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården vid tiden för mätningen.

Punkt prevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner mäter förekomsten av vårdrelaterade infektioner på samtliga innehållande patienter och genomförs sedan år 2008 på en bestämd tidpunkt, vår och höst i samtliga regioner. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.
34. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

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

Mätenhet
Procent

Syfte

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Säker

Datakälla
Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal barn med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen.
Nämnare: Totalt antal levande födda barn.

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Kommentar
I beräkningarna har korrigerings gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika regioner. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor med det senaste året som standardpopulation.
35. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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

Mätenhet
Procent

Syfte
Perinealbristning är under förlossningen uppkomen bristning av mjukde-larna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Bristningarna kategori-seras efter hur stor skada som skett, i en skala där graden tre och fyra utgör de mera omfattande bristningarna. Instrumentell förlossning innebär att barnet förlöses antingen med en sugklocka (vakuumeextraktion, VE) eller med hjälp av en tång.

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Säker

Dataskälla
Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antalet perinealbristningar av graden tre eller fyra vid vaginal förlossning uppedelad på instrumentella respektive icke-instrumentella förlossningar bland förstföderskor.
Nämnare: Totala antalet vagina förlossningar bland förstföderskor.

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Kommentar
I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens ålders- struktur mellan olika regioner och mellan tidsperioder. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor med det senaste året som standardpopulation.

36. Äldre med läkemedel som bör undvikas

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

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Säker

Datakälla
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Felkällor och begränsningar

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

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

Teknisk beskrivning

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

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Läkemedel</th>
<th>ATC-kod</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Långverkande bensodiazepiner</td>
<td>N05BA01, N05CD02, N05CD03</td>
</tr>
<tr>
<td>Läkemedel med betydande antikolinergeffekter</td>
<td>A03AB, A03BA, A03BB, A04AD, C01BA, G04BD exkl. G04BD12, M03BC01, M03BC51, N02AG, N04A, N05AA02, N05AB04, N05AF03</td>
</tr>
</tbody>
</table>
37. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

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

Mätenhet
Procent

Syfte
För dessa läkemedel finns indikation vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesymptom vid demens, t.ex. aggressivitet. I äldrevården 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. Om-prövning av behandlingen med ställningstagande till utsättning/dosminskning bör göras med täta intervall.

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

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

Typ av indikator
Process

Kvalitetsdimension
Säker

Datakälla
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal personer 75 år och äldre, som under aktuell mätperiod beräknas ha använt antipsykotiska läkemedel (N05A exklusive N05AN01 litium).
Nämnare: Totalt antal personer 75 år och äldre i befolkningen.

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ vid en given tidpunkt (punttprevalens). I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tre-månadersperiod 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Läkemedel</th>
<th>ATC-kod</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuroleptika</td>
<td>N05A</td>
</tr>
<tr>
<td>Exklusive Lithium</td>
<td>N05AN01</td>
</tr>
</tbody>
</table>

38. Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

353

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

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

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

Relation till nationellt kunskapsstöd

Riktning
Lågt

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

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Säker

Datakälla
Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar
Patientregistret omfattar inte patienter som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast patienter som vårdats på
sjukhus eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen.

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

Teknisk beskrivning

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

Nämnare: Antal levnadsår inom 3 år efter den första fragilitetsfraktu ren.


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 samtliga som den nya vårdkontakten inte utgörs av en överföring. Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvud- eller bidiagnos</th>
<th>Kod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fraktur på nedre delen av radius</td>
<td>S525</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på nedre delen av både ulna och radius</td>
<td>S526</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på övre delen av humerus</td>
<td>S422</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på humerusvikalet</td>
<td>S423</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren</td>
<td>S22</td>
</tr>
<tr>
<td>Kollumfraktur</td>
<td>S720</td>
</tr>
<tr>
<td>Pertrokatär fraktur</td>
<td>S721</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtrokatär fraktur</td>
<td>S722</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på femurskaftet</td>
<td>S723</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på nedre delen av femur</td>
<td>S724</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på övre delen av tibia</td>
<td>S821</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på sakrum</td>
<td>S321</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på koccyx</td>
<td>S322</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på os pubis</td>
<td>S325</td>
</tr>
<tr>
<td>Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenen</td>
<td>S327</td>
</tr>
<tr>
<td>Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenen</td>
<td>S328</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar

Åldersstandardiserade vårdön bör användas. Samma standardpopulation används för män och kvinnor för att möjliggöra jämförelser mellan könen.
39. Nöjd med rehabilitering efter insjuknandet i stroke

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

Mätenhet
Procent

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

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor och begränsningar
Personens förväntningar på rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen kan påverka indikatorns utfall.

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

Nämnare: Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 12 månader efter stroke och som i frågan om tillgodosett behov av rehabilitering efter insjuknandet uppgett att de haft behov av rehabilitering.
Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

40. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

552

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

Mätenhet
Procent

Syfte

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

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

**Nämnare:** Samtliga förstagångsfall av stroke under mätperioden.

Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Det vill säga endast de personer som inte haft någon strokediagnos under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stroke</td>
<td>I61, I63, I64</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

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

41. Dödlighet efter hjärtinfarkt

85

Mått
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.

Mätenhet
Procent

Syfte

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

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

Nämnare: Samtliga fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hjärtinfarkt</td>
<td>I21, I22</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Kommentar

Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har åldersstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

42. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

571

Mått

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

Mätenhet

Kvot

Syfte

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

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Datakällans status

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

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

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

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

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

Kommentar
Åldersstandardiserade värden bör användas.

43. Dödlighet efter höftfraktur
326

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

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig

Datakälla
Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret, SCB.

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal döda inom 30 respektive 365 dagar efter förstagångshöftfraktur i sluten vård.

Med förstagångshöftfraktur avses följande diagnoskoder.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvud- eller bidagnos</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kollumfraktur</td>
<td>S720</td>
</tr>
<tr>
<td>Pertrokantär fraktur</td>
<td>S721</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtrokantär fraktur</td>
<td>S722</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Kommentar
Åldersstandardiserade värden bör användas.

44. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel
Mått
Antal personer med regelbunden användning, (= 0,5 DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år.

Mätenhet
Antal per 1 000 invånare

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

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Process

Datakälla
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar
Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattnings av mängden förskrivna läkemedel. Information om vilka läkemedel som verkligen intas av patienten finns inte hel- ler i registret.

Teknisk beskrivning
Tälgare: Antal personer 20–79 år som under år 2014 hämtat ut recept på i genomsnitt minst 0,5 DDD eller minst 1,5 DDD bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande läkemedel per dag.
Nämndare: Medelbefolkning 20-79 år från Statistiska centralbyrån.
Läkemedel | ATC-kod
---|---
Bensodiazepinderivat, lugnande | N05BA
Bensodiazepinderivat, sömnmedel | N05CD
Bensodiazepinbestäcklade medel | N05CF

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

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**
Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

**Kommentar**
Åldersstandardiserade värden bör användas.

**45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom**

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

**Mätenhet**
Kvot

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

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

**Riktning**
Lågt

**Typ av indikator**
Resultat

**Kvalitetsdimension**
Säker
Datakälla
Patientregistret, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Tälljare: Den åldersstandardiserade dödligheten i alla dödsorsaker för personer i åldern 20 år och äldre som under en period av 5 år tillsbaka 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnos</th>
<th>Kod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bipolär sjukdom</td>
<td>F31</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

46. Återkommande slutenvård i livets slutskede

331

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

Mätenhet
Procent

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

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

Riktning
Lågt
Typ av indikator
Process

Datakälla
Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

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

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

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
"Bli vi friskare och lever längre?"

47. Självskattat allmänt hälsotillstånd

561

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

Mätenhet
Procent

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV)

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

Teknisk beskrivning
Täljare: Antal som i Nationella folkhälsoenkätan svarat ”Bra eller ”Mycket bra på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”

Nämnare: Antal som besvarat frågan.

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

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

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

Mätenhet
Procent

Syfte
Tandhälserna är viktiga för välbefinnande och livskvalitet. God tandhalsa gynnas av goda matvanor. En sämre tandhalsa kan i sin tur påverka kostintaget.

Riktning
Högta

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor (HLV)
Register över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån (SCB).

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

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

Om redovisningsnivåer och fördelningar
49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

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

Mätenhet
Antal per 100 000 invånare

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

Tolkning

Referens

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Kvalitetsdimension

Datakälla
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar
Teknisk beskrivning


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

**Nämnare:** Totalbefolkningen, 0-74 år.

### Klassifikationskapitel | Diagnoskod ICD-10
--- | ---
Infektionssjukdomar | A15-A19*, B90*, J65*, A38, A40, (exkl.A40.3), A41 [exkl.A41.3], A46, L03, A48.1, A49.1, G00.2, G00.3, G00.8, G00.9, G03, J02
Cancer | C53*, C18-C21, C50, C54, C55, C62, C73, C81, C91.0, C91.1, D10-D36.
Endokrina sjukdomar | E10-E14*, E00-E07, E24-E25 (exkl. E24.4), E27
Sjukdomar i nervsystemet | G40, G41
Cirkulationsorganens sjukdomar | I71*, I10-I13*, I15*, I20-I25*, I60-I69*, I70*, I73.9*, I100-I09, I26**, I80, I82.9
Andningsorganessjukdomar | J00-J06, J30-J39, J12, J15, J16-J18, J20-J22, J45-J47, J80, J81, J85, J86, J90, J93, J94
Matsmältningssorganens sjukdomar | K25-K28, K35-K38, K40-K46, K80-K81, K82-K83, K85.0,1,3,8,9, K86.1,2,3,8,9
Sjukdomar i urin och könsorganen | N00-N07, N13, N20-N21, N35,N17-N19, N23, N25, N26-N27, N34.1, N70-N73, N75.0, N75.1, N76.4,6, N40
Graviditet, förlossning och barnsängstid | O00-O99, P00-P96
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser | Q20-Q28, Y40-Y59, Y60-Y69,Y83-Y84, Y70-Y92

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

### Om redovisningsnivåer och fördelningar

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

### Kommentar

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

#### 50. Självmord i befolkningen

5

**Mått**

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

**Mätenhet**

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

Riktning
Lågt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

Teknisk beskrivning
**Täljare:** Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt.
**Nämnare:** Antal invånare

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dödsorsak</th>
<th>Diagnoskod ICD-10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Självmord</td>
<td>X60–X84</td>
</tr>
<tr>
<td>Oklar avsikt</td>
<td>Y10–Y34</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Kommentar
Åldersstandardiserade värden bör användas.

51. Återstående medellivslängd

1

Mått
Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.

Mätenhet
Medelvärde

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

Riktning
Högt

Typ av indikator
Resultat

Datakälla
Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån (SCB).

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