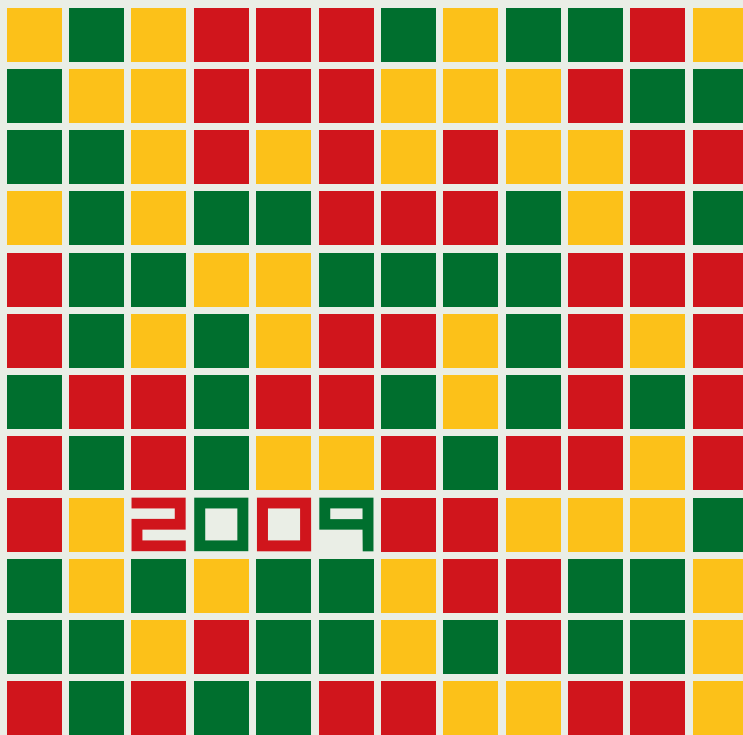


Bilagor till Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009

Indikatorbeskrivningar
Täckningsgradsjämförelser
Vårdkonsumtion



Bilagor till Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009

Indikatorbeskrivningar
Täckningsgradsjämförelser
Vårdkonsumtion

Bilaga 1–3 till Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009 kan beställas eller laddas ner från

Sveriges Kommuner och Landsting
www.skl.se/publikationer
tel: 020-31 32 30, fax: 020-31 32 40
e-post: order@kommentus.se
ISBN 978-91-7164-494-7

eller

Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm
tel: 08-779 96 66, fax: 08-779 96 67
e-post: socialstyrelsen@strd.se
webbutik: www.socialstyrelsen.se/publicerat
Artikelnr. 2009-12-10

På hemsidorna finns också huvudrapporten
Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet för beställning eller nedladdning

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2009
Upplaga: 3 000 ex
Produktion: Ordförrådet AB
Tryck: åtta.45, Solna

Inledning

Tre av fyra bilagor till *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009* är samlade i denna tryckta rapport:

Bilaga 1, Beskrivning av indikatorer innehåller en formell definition av de använda indikatorerna, till stöd för läsarens förståelse av indikatorerna. Bilagan har arbetats fram av Behzad Kouchecki, Socialstyrelsen.

Bilaga 2, Jämförelse av täckningsgrad i Nationella Kvalitetsregister och hälsodataregister, redovisar och jämför täckningsgraden, det vill säga antalet inrapporterade fall, för Patientregistret och ett urval av Nationella Kvalitetsregister. Redovisningen sker både för landsting och per sjukhus, i de flesta fall. Även KPP-databasens (Kostnad Per Patient) täckningsgrad redovisas. Karin Nyqvist, Henrik Passmark och Tsegalem Muzollo, alla Socialstyrelsen, har gjort det huvudsakliga arbetet med bilagan.

Bilaga 3, Vårdkonsumtion för ett urval behandlingar redovisar de olika landstingens konsumtion (antal behandlingar per invånare) av ett antal behandlingar. Både 2008 och 2007 års volymer visas. Dessutom sammanställs resultaten i en profil per landsting, där alla landstings vårdkonsumtion i förhållande till rikets redovisas. Katarina Wiberg Hedman, Sveriges Kommuner och Landsting, och Karin Nyqvist, Socialstyrelsen, har ansvarat för bilagan.

Den fjärde bilagan till huvudrapporten, *Landstingsprofiler – resultat per landsting för alla indikatorer*, publiceras enbart elektroniskt. Martin Lindblom, SKL, är huvudansvarig för bilagan. Den nås via Sveriges Kommuner och Landstings och Socialstyrelsens hemsidor, tillsammans med det övriga material om rapporten *Öppna jämförelser* som där finns.

Vid frågor angående innehållet i bilagorna kontakta:

Behzad Kouchecki, Socialstyrelsen (behzad.kouchecki@socialstyrelsen.se)

Max Köster, Socialstyrelsen (max.koster@socialstyrelsen)

Lena Eckerström, Sveriges Kommuner och Landsting (lena.eckerstrom@skl.se)

Katarina Wiberg Hedman, Sveriges Kommuner och Landsting
(katarina.wiberghedman@skl.se)

Innehåll

1	Beskrivning av indikatorer	5
	INNEHÅLLSFÖRTECKNING	6
2	Jämförelse av täckningsgrad i Nationella Kvalitetsregister och hälsodataregister	67
	INNEHÅLLSFÖRTECKNING	68
3	Vårdkonsumtion 2008 för ett urval behandlingar	99
	INNEHÅLLSFÖRTECKNING	100

Bilaga 1

Beskrivning av indikatorer

Innehåll

Övergripande indikatorer

HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET M M

1	• Återstående medellivslängd.....	10
2	• Självskattat allmänt hälsotillstånd.....	10
3	• Självskattat psykiskt välbefinnande.....	10
4	• Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	11
5	• Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.....	11
6	• Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.....	12
7	Undvikbar slutenvård	13
8	• Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA.....	14
9	• Vårdrelaterade infektioner	14

FÖREBYGGANDE INSATSER

10	Vaccination av barn – MPR.....	14
11	Influensavaccination för invånare över 65 år	15
12	Gynekologisk cellprovskontroll	15
13	• Mammografiscreening	15

FÖRTROENDE OCH PATIENTNÖJDHET

14	Tillgång till sjukvård.....	16
15	Förtroende för vård vid vårdcentral.....	16
16	Förtroende för vård vid sjukhus	16
17	Förväntad hjälp vid besök – vårdcentral och sjukhus.....	17

TILLGÄNGLIGHET

18	Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral.....	17
19	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon	17
20	• Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon	18
21	Läkarbesök inom sju dagar i primärvård.....	18
22	Väntat > 90 dagar – besök i specialiserad vård.....	19
23	Väntat > 90 dagar – behandling i specialiserad vård.....	19

KOSTNADER

24	• Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	20
24B	Justerad läkemedelskostnad	20
25	• Kostnad per DRG-poäng	21
26	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	21

- Ny indikator 2009 • Ändrad indikator jämfört med 2008

Områdesvisa indikatorer

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING- OCH NYFÖDDHETSVÅRD

27	Tidiga aborter	23
28	Dödfödda	23
29	Neonatal dödlighet.....	23
30	Låg Apgar-poäng hos nyfödda	24
31	Bristningar vid förlossning	24
32	● Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet.....	25
33	● Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning	25

KVINNOSJUKVÅRD

34	● Önskade händelser efter borttagande av livmoder	26
35	Väntat > 90 dagar – gynekologiska operationer	27
36	● Väntat > 90 dagar – gynekologiska besök.....	27
37	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	27
38	● Kostnad per vårdtillfälle vid hysterektomi	27

RÖRELSEORGANENS SJKDOMAR

39	● Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation	28
40	Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation	28
41	Omoperation efter total höftprotesoperation	28
42	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation.....	29
43	Önskade händelser efter knä- och höftoperation	29
44	Väntetid inför höftfrakturopoperation	30
45	Protesoperation vid höftfraktur	30
46	● Läkemedel mot benskörhet efter fraktur.....	31
47	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit.....	31
48	● Patientrapporterat resultat vid reumatoid artrit.....	32
49	● Väntat > 90 dagar – besök ortopedi	32
50	Väntat > 90 dagar – höft- och knäproteser	32
51	● Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada	32
52	● Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotesoperation.....	33
53	● Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotesoperation	33

DIABETESVÅRD

54	● Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c).....	34
55	● Måluppfyllelse för blodtryck	34
56	● Måluppfyllelse för kolesterol	35
57	Blodfettsänkande läkemedelsbehandling.....	35
58	● Måluppfyllelse för blodsockervärde (Hb1A1c) – barn	36
59	● Amputation av patienter med diabetes.....	36

- Ny indikator 2009 ● Ändrad indikator jämfört med 2008

HJÄRTSJUKVÅRD

60	Dödlighet efter hjärtinfarkt	37
61	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	37
62	• Återinsjuknande i hjärtinfarkt	38
63	• Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt.....	38
64	Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor.....	39
65	Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt.....	39
66	Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt	40
67	• Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt	40
68	Väntetid till kranskärlsoperation	41
69	• Väntat > 90 dagar – besök inom kardiologi	41
70	• Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt	41

STROKESJUKVÅRD

71	Dödlighet efter förstagångsstroke	42
72	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	42
73	Vård vid strokeenhet	43
74	• Trombolysbehandling vid stroke	43
75	• Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer	44
76	Återinsjuknande efter stroke	44
77	Funktionsförmåga efter stroke.....	45
78	Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke	45

NJURSJUKVÅRD

79	• Dödlighet i aktiv uremivård	46
80	Måluppfyllelse för dialysdos	46
81	Kärlaccess vid dialys	46
82	• Njurtransplanterade i aktiv uremivård	47
83	• Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation.....	47

CANCERSJUKVÅRD

84	Överlevnad vid tjocktarmscancer	48
85	Överlevnad vid ändtarmscancer	48
86	Överlevnad vid bröstcancer	49
87	• Överlevnad vid lungcancer	49
88	Reoperation vid ändtarmscancer.....	50
89	• Kurativ behandling vid prostatacancer	50
90	• Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör.....	51

- Ny indikator 2009 • Ändrad indikator jämfört med 2008

PSYKIATRISK VÅRD

91	Själv mord i befolkningen.....	51
92	Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel.....	51
93	• Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	52
94	• Återskrivning efter vård för schizofreni	53
95	• Följsamhet till lituimbehandling vid bipolär sjukdom	53
96	Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri	53
97	Väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri.....	53

KIRURGISK BEHANDLING

98	• Omoperation vid ljumskbråck	54
99	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck.....	54
100	• Miniinvasivt borttagande av gallblåsa.....	54
101	• Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa.....	55
102	• Kostnad per DRG-poäng vid galloperation.....	55
103	• Tid till operation vid förträngning av halspulsåder	55
104	• Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben	56
105	• Kostnad per vårdtillfälle för kärloperation	56
106	Patientrapporterat resultat av septumplastik.....	56
107	Synfel vid kataraktoperation	57
108	• Väntat > 90 dagar – besök inom allmän kirurgi.....	57
109	Väntat > 90 dagar – operation av ljumskbråck	57
110	• Väntat > 90 dagar – operation av gallblåsa/gallgång.....	57
111	• Väntat > 90 dagar – operation av grå starr	57

INTENSIVVÅRD

112	Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA	58
113	• Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning	58
114	Oplanerade återinskrivningar till IVA	59

LÄKEMEDELSBEHANDLING

115	• Läkemedelsinteraktion bland äldre	59
116	• Tio eller fler läkemedel bland äldre	60
117	Förekomst av antibiotikabehandling.....	60
118	Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika.....	61
119	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	61
120	• Kombinationspreparat vid astma.....	62
121	ARB vid blodtryckssänkande behandling.....	63

ANNAN VÅRD

122	• God viruskontroll vid HIV	63
123	• Smärtskattning i livets slutskede	64
124	• Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede	64

- Ny indikator 2009 • Ändrad indikator jämfört med 2008

Övergripande indikatorer

HÄLSOTILLSTÅND, DÖDLIGHET M M

1 Återstående medellivslängd

Mått	Förväntad återstående medellivslängd vid födelsen.
Beskrivning	Här mäts den återstående medellivslängden vid födelsen. Den återstående medellivslängden utgörs av det antal år som i genomsnitt återstår att leva för en person i en viss bestämd ålder enligt den, vid tidpunkten för beräkningen, gällande dödligheten. Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Det är ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder.
Mätmetod	Medellivslängden utgörs av antalet år som i genomsnitt återstår att leva för en 0-åring. Beräkningarna baseras på dödsriskerna för varje åldersår. Beräkningarna har gjorts vid Statistiska Centralbyrån.
Datakälla	Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån (SCB).

2 Självskattat allmänt hälsotillstånd

Mått	Andel i befolkningen, 16–84 år, som uppskattade sitt allmänna hälsotillstånd till bra eller mycket bra
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som har uppskattat sitt allmänna hälsotillstånd till bra eller mycket bra. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet.
Mätmetod	Uppgifterna är hämtade från en nationell folkhälsoenkät som skickas ut till ett slumpmässigt urval om 20 000 individer i befolkningen 16–84 år. Enkäten skickas ut på våren varje år. Rikets befolkning 2003 har använts för åldersstandardisering.
Datakälla	Statens folkhälsoinstitut (FHI).
Felkällor	Svarsfrekvens är runt 60 procent varje år. Urvalsförfarandet tar inte hänsyn till länsindelningen, varför det kan bli endast ett fåtal personer från vissa län under vissa år. Detta gör att regionala jämförelser ska göras med viss försiktighet.

3 Självskattat psykiskt välbefinnande

Mått	Andel i befolkningen, 16–84 år, som med hjälp av frågeinstrumentet GHQ12 har uppskattats ha nedsatt psykiskt välbefinnande
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som med hjälp av frågeinstrumentet GHQ12 har uppskattats ha nedsatt psykiskt välbefinnande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet.
Mätmetod	Uppgifterna är hämtade från en nationell folkhälsoenkät som skickas ut till ett slumpmässigt urval om 20 000 individer i befolkningen 16–84 år. Enkäten skickas ut på våren varje år. Rikets befolkning 2003 har använts för åldersstandardisering. Frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire) består av 12 frågor. Ett summaindex beräknas utifrån frågorna. De två första svarsalternativen, på varje fråga, ges värdet 0. Det tredje och fjärde svarsalternativet ges värdet 1. Summavariabeln kan ha värden mellan 0–12 poäng. En dikotom variabel skapas: Om summan är mindre än 3 ges värdet 0, om summan är 3 eller mer ges värdet 1. De som har värdet 1 definieras ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Rikets befolkning 2003 har använts för åldersstandardisering.
Datakälla	Statens folkhälsoinstitut (FHI).

Felkällor Svarefrekvens är runt 60 procent varje år. Urvalsförfarandet tar inte hänsyn till länsindelningen, varför det kan bli endast ett fåtal personer från vissa län under vissa år. Detta gör att regionala jämförelser ska göras med viss försiktighet.

4 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet

Mått Antalet dödsfall i sjukdomar som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt.

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

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

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

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

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardiserade dödsfall per 100 000 invånare beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

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

Datakälla Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

5 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

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

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

Med sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. I måttet ingår dödsfall orsakade av t.ex. stroke, diabetes och cancer i livmoderhals (se nedan för fullständig lista).

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

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Tuberkulos	010–018, 137	A15–A19, B90	1–79 år
Cervixcancer	180	C53	”
Hodgkins sjukdom	201	C81	”
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393–398	I05–I09	”
Diabetes	250	E10–E14	”

Andningsorganens sjukdomar	460–519	J00–J99	1–14 år
Astma	493	J45–J46	1–79 år
Blindtarmsinflammation	540–543	K35–K38	”
Bukbråck	550–553	K40–K46	”
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574–575.1, 576.1	K80–K81, K83.0	”
Hypertonisjukdomar	401–405	I10–I15	”
Stroke	430–438	I60–I69	”
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630–676	O00–O99	”
Tyfoidfeber	002.0	A01.0	”
Kikhosta	033	A37	1–14 år
Tetanus	037	A35	1–79 år
Mässling	055	B05	1–14 år
Osteomyelit	730	M86–M87	1–79 år

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

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

Datakälla Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

6 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Mått Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare.

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

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

Mätmetod Uppgift om underliggande dödsorsak hämtas från dödsorsaksregistret.

Underliggande dödsorsak	ICD 10
Ischemisk hjärtsjukdom	I20–I25

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

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

Datakälla	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Metoden att sätta dödsorsaksdiagnos kan variera mellan regioner.

7 Undvikbar slutenvård

Mått	Antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare
Beskrivning	Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare år.

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

Mätmetod	Korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med år 2000 befolkning som standardpopulation.
-----------------	---

Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

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

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

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

8 Riktad provtagning vid upptäckt av MRSA

Mått	Andelen inhemskt smittade fall av MRSA som upptäcks genom riktad provtagning.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antalet nya fall med positivt prov som anges vara inhemskt förvärvade som upptäckts genom screening eller smittspårning. <i>Nämnare:</i> Totala antalet nyupptäckta inhemskt förvärvade fall
Mätmetod	Antal obligatoriska rapporter av nya fall enligt smittskyddslagen.
Datakälla	Information från obligatoriska anmälningar enligt smittskyddslagen från diagnostiserande mikrobiologiskt laboratorium samt behandlande läkare rapporterade till Smittskyddsinstitutet i anmälningssystemet SmiNet. Viktig information som saknas i anmälningarna kompletteras av lokala smittskydds- eller vårdhygienheter.
Felkällor	Brister i information på primära kliniska anmälningarna. Viss risk för felaktiga uppgifter vid kompletteringar i efterhand. Litet antal fall kan innebära osäkerhet i utfallet och ge missvisande utfall.

9 Vårdrelaterade infektioner

Mått	Andel patienter som vårdas i den slutna somatiska vården med vårdrelaterad infektion vid mättillfället.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal patienter som vårdas i den slutna somatiska vården med vårdrelaterad infektion. <i>Nämnare:</i> Totalt antal patienter som vårdas i den slutna somatiska vården.
Mätmetod	Punktprevalensmätning som sker två gånger per år vid samtliga sjukhus i Sverige. Sjukhusen genomför mätningarna vid ett tillfälle under en tvåveckorsperiod i april och i november. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.
Datakälla	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Felkällor	Vid senaste mätningen var täckningsgraden 93 procent beräknat utifrån antal rapporterade patienter i förhållande till disponibla vårdplatser. Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild vid mättillfället och utfallet kan påverkas av andra yttre faktorer vid den aktuella tidpunkten. Mätmetoden lämpar sig inte för jämförelser mellan sjukhus på grund av skillnader i patientsammansättning.

FÖREBYGGANDE INSATSER

10 Vaccination av barn – MPR

Mått	Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund av alla barn födda 2006 och inskrivna på BVC januari 2009.
Beskrivning	MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet. <i>Täljare:</i> Antal barn födda 2006 som MPR vaccinerats minst en gång vid mättillfället januari 2009. <i>Nämnare:</i> Totalt antal barn födda 2006 och var inskrivna inom barnhälsovården.
Mätmetod	Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården (BVC-journaler) och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifterna avser vaccinationsstatus i januari 2009.
Datakälla	Smittskyddsinstitutet
Felkällor	Det grundläggande datamaterialet är av god kvalitet med en hög täckningsgrad.

11 Influensavaccination för invånare över 65 år

Mått	Andel influensavaccinerade av invånare 65 år och äldre
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer som vaccinerats mot influensa <i>Nämnare:</i> Antal personer äldre än 65 år i respektive landsting.
Mätmetod	Uppgifter insamlas från landstingens smittskyddsenheter. Dessa består av bedömningar som görs med olika metod och underlag i olika landsting: Enkäter till urval av äldre, uppskattning via vaccinförsörjning, registrering i primärvården m m.
Datakälla	Landstingens smittskyddsläkare
Felkällor	Frånvaro av enhetlig metod för att beräkna eller bedöma antalet givna vaccinationer i den aktuella åldersgruppen utgör en mycket stor osäkerhetskälla.

12 Gynekologisk cellprovskontroll

Mått	Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal kvinnor med minst 1 gynekologiskt cellprov under de senaste 3,5 åren (23–50 år) eller 5,5 åren (51–60 år) <i>Nämnare:</i> Medelbefolkningen kvinnor i motsvarande åldrar under motsvarande tidsperioder
Mätmetod	Uppgifterna baseras på gynekologiska cellprover tagna av barnmorska efter kallelse till gynekologisk cellprovskontroll, samt cellprover tagna hos gynekolog på klinisk indikation, som uppföljning efter behandling eller i hälsokontrollsyfte. Landstingsuppdelningen baseras i första hand på provtagarens landsting, i andra hand det analyserande laboratoriets landstingstillhörighet.
Datakälla	Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll
Felkällor	Kvinnans boendeort överensstämmer inte alltid med provtagarens eller laboratoriets landstingstillhörighet. Detta kan medföra att vissa landsting får en något förhöjd täckningsgrad, medan andra får en något lägre täckningsgrad.

13 Mammografiscreening

Mått	Andel kvinnor som genomgått mammografiscreening, åldersgrupp som kallas till screening samt screeningintervall.
Beskrivning	Hur andelen kvinnor beräknas i landstingen är okänt. Åldersgrupp som kallas till screening i varje landsting. Screeningintervall i månader i respektive landsting.
Mätmetod	Enkätundersökning som skickats till landstingen och bland annat besvarat frågan: "Hur många procent av de kallade kvinnorna kommer till mammografihälsokontroll?"
Datakälla	Cancerfonden samt Stockholms Läns Landsting (avseende SLLs uppgifter)
Felkällor	Frånvaro av enhetlig metod för att beräkna eller bedöma mammografiscreeningens deltagarfrekvens utgör en mycket stor osäkerhetskälla. Landstingen har olika åldersgrupper bland kallade kvinnor och även olika tidsintervall mellan screeningstillfällen som kan påverka deltagarfrekvensen. Jämförelser mellan landstingen är inte lämpligt med detta material.

FÖRTROENDE OCH PATIENTNÖJDHET

14 Tillgång till sjukvård

Mått	Andel som uppgav att de hade tillgång till den vård de behöver.
Beskrivning	I måttet redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukvården eller ej. <i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Studien utförs fördelat på fyra undersökningsomgångar per år med 250 intervjuer per omgång i respektive (normalstort) landsting. I vissa landsting har man ett större urval för att öka tillförlitligheten.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

15 Förtroende för vård vid vårdcentral

Mått	Andel i befolkningen som uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid vårdcentraler eller motsvarande.
Beskrivning	I måttet redovisas befolkningens förtroende för vården oavsett om man nyligen haft kontakt med vårdcentral eller ej. <i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som det aktuella året uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid vårdcentraler. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Studien utförs fördelat på fyra undersökningsomgångar per år med 250 intervjuer per omgång i respektive (normalstort) landsting. I vissa landsting har man ett större urval för att öka tillförlitligheten.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

16 Förtroende för vård vid sjukhus

Mått	Andel i befolkningen som uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid sjukhus.
Beskrivning	I måttet redovisas befolkningens förtroende för vård och behandling oavsett om man nyligen haft kontakt med sjukhus eller ej. <i>Täljare:</i> Antal individer i ett urval av befolkningen som det aktuella året uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid sjukhus. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet det aktuella året.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Studien utförs fördelat på fyra undersökningsomgångar per år med 250 intervjuer per omgång i respektive (normalstort) landsting. I vissa landsting har man ett större urval för att öka tillförlitligheten.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

17 Förväntad hjälp vid besök – vårdcentral och sjukhus

Mått	Andel patienter som ansåg att de fått den hjälp de förväntade sig vid besöket.
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna besökt någon typ av mottagning. <i>Täljare:</i> Antal individer som det aktuella året helt eller delvis ansåg att de fått den hjälp de förväntade sig vid besök på vårdcentral eller sjukhus. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som det aktuella året besökt vårdcentral eller sjukhus.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på svar från de individer som i en telefonintervju uppgett att de besökt någon typ av mottagning. Totalt intervjuades drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

TILLGÄNGLIGHET

18 Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral

Mått	Andel patienter som ansåg att väntetiden till besök vid vårdcentral var rimlig (svarade "ja" på denna ja/nej-fråga).
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste tolv månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande. <i>Täljare:</i> Antal individer som det aktuella året ansåg att väntetiden till besök vid vårdcentral eller motsvarande var rimlig <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som det aktuella året besökt vårdcentral eller motsvarande.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på de individer som i en telefonintervju uppgett att de besökt vårdcentral eller motsvarande. Totalt intervjuades drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

19 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon

Mått	Andel patienter som ansåg att det var lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande mottagning.
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste tolv månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande. <i>Täljare:</i> Antal individer som det aktuella året ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som det aktuella året besökt vårdcentral eller motsvarande och som ringt vårdcentralen innan besöket.
Mätmetod	Totalt intervjuades drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Av dessa ingår i måttet endast de som besökt och ringt vårdcentralen under den senaste tolv månadersperioden.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

20 Sjukvårdsrådgivningens tillgänglighet per telefon

Mått	Andel patienter som ansåg att det var lätt att komma fram per telefon till sjukvårdsrådgivningen (I177 eller motsvarighet till I177 i respektive landsting).
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna ringt sjukvårdsrådgivningen. <i>Täljare:</i> Antal individer som det aktuella året ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som det aktuella året besökt vårdcentral eller motsvarande och som ringt vårdcentralen innan besöket.
Mätmetod	Totalt intervjuades drygt 44 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Av dessa ingår i måttet endast de som de senaste 12 månaderna ringt sjukvårdsrådgivningen.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

21 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Mått	Andel patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.
Beskrivning	Måttet visar andelen patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen inom sju dagar i förhållande till det totala antalet inrapporterade besök som omfattas av vårdgarantin. Faktisk väntetid avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en besökstid, till tidpunkten för besöket. Med läkarbesök avses här patienter som besöker läkaren för ett tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig förändring/försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som besöker läkaren för kontroll/uppföljning av ett känt hälsoproblem eller patienter som kommer för att få ett hälsointyg omfattas inte. Patienter som valt en senare tid (patientvald väntetid) än den som erbjuds exkluderas. <i>Täljare:</i> Antal patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen i primärvården inom sju dagar vid det aktuella mättillfället <i>Nämnare:</i> Det totala antalet inrapporterade besök på allmänläkarmottagning i primärvården vid det aktuella mättillfället.
Mätmetod	Samtliga vårdcentraler/motsvarande rapporterar uppgifter om faktisk väntetid i kalenderdagar per patient. Även privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas. Det är endast besök på allmänläkarmottagningen under ordinarie mottagningstid som ska rapporteras. Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2009 under tio arbetsdagar i följd under två veckor, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.
Datakälla	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting
Felkällor	Andel patienter som får komma inom sju dagar är beroende av hur långt fram i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök. Vissa vårdcentraler har begränsad tidbokning framåt i tiden. Vid vårdcentraler där patienter till exempel endast kan bokas för tid samma dag och ombeds att ringa nästa dag, om alla tider är upptagna, ger mätningen en falsk bild av tillgängligheten.

22 Väntat > 90 dagar – besök i specialiserad vård

Mått	Andelen av det totala antalet väntande som väntat längre än 90 dagar på besök i planerad specialiserad somatisk vård
Beskrivning	<p>Indikatoren visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat längre än 90 dagar på ett förstabesök inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mät-tillfället. Enbart läkarbesök ingår.</p> <p>Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök enligt givna medicinska indikationer har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.</p>
Mätmetod	<p>Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.</p> <p>Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system.</p> <p>Databasens vårdutbud täcker nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.</p>
Datakälla	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting
Felkällor	Kriterier och medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera och minskar även jämförbarheten.

23 Väntat > 90 dagar – behandling i specialiserad vård

Mått	Andelen av det totala antalet väntande som väntat längre än 90 dagar på behandling (operation/åtgärd) i planerad specialiserad somatisk vård.
Beskrivning	<p>Indikatoren visar andelen av det totala antalet väntande patienter som har väntat längre än 90 dagar på behandling (operation/åtgärd) inom planerad specialiserad vård, vid det aktuella mättillfället.</p> <p>Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om behandling enligt givna medicinska indikationer har fattats i överenskommelse med patienten. I måttet inkluderas patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök. Däremot exkluderas patienter som själva valt att vänta längre än erbjuden tid (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än erbjuden tid.</p>
Mätmetod	<p>Landstingen rapporterar uppgifter om verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval.</p> <p>Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system. Databasens vårdutbud täcker nästan all planerad verksamhet, men vårdgarantin gäller all planerad vård.</p> <p>Uppgifter gällande väntande per 1000 invånare redovisas för landsting som har en svarsfrekvens på minst 90 procent</p>
Datakälla	Databasen "Väntetider i Vården", Sveriges Kommuner och Landsting
Felkällor	Kriterier och medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera och minskar även jämförbarheten.

KOSTNADER

24 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

Mått Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård uttryckt i kronor per invånare justerade för strukturella faktorer enligt systemet för kostnadsutjämning mellan landsting.

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

Tandvård ingår inte i kostnaderna. Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar. Dessutom har omstruktureringskostnader exkluderats för att öka jämförbarheten.

Kostnadsbegreppet som används är nettokostnad, det vill säga verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte. Kostnaden ställs mot invånare per 31 december.

Måttet utgörs av den faktiska nettokostnaden per invånare (enligt ovan), exklusive läkemedel, dividerad med kvoten mellan standardkostnad för hälso- och sjukvård i respektive landsting och motsvarande för riket. Till detta läggs läkemedelskostnaden dividerad med kvoten mellan landstingets statsbidrag per invånare för läkemedel och genomsnittligt statsbidrag.

Mätmetod En förväntad nettokostnad enligt behovsindex (standardkostnad) beräknas årligen i det kommunala utjämningssystemet för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive landsting med hänsyn till glesbygd och förekomst av vissa särskilt vårdtunga grupper samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder, sysselsättning, inkomster och boende. Standardkostnaden beräknas utifrån riksgenomsnittet för varje delgrupp. Skillnader i standardkostnad mellan olika landsting avser att avspegla den kostnadmässiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan landstingen. Skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i skatteutjämnings kostnadsutjämning.

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

För tidigare period har kostnaderna räknats upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPI (Landstingsprisindex).

Datakälla Ekonomistatistik och Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån. Patientregistret, Socialstyrelsen. LPI, Sveriges Kommuner och Landsting.

Felkällor Modellen för beräkning av standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnadsläget.

24B Justerad läkemedelskostnad

Mått Kostnad per invånare för läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Beskrivning Måttet belyser landstingets kostnad i kronor per invånare för de receptförskrivna läkemedlen som ingår i läkemedelsförmånen. Exklusive kostnaderna för följande läkemedel: B01AB heparingruppen, B03XA övriga medel vid anemier, J06BA humant normalt immunglobulin, L01 cytostatika/cytotoxiska medel, L04AB TNF alfa-hämmare. Inte heller kostnaden för förbrukningsartiklar ingår.

Mätmetod Ålders- och könsmässig standardisering med rikets population.

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Det har inte gjorts några justeringar för eventuella variationer av sjukdomsbilden mellan landstingen.

25 **Kostnad per DRG-poäng**

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

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

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

Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator 24).

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

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

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

Vikterna till NordDRG beräknas på den nationella Kostnad Per Patient (KPP) – databasen som innehåller verkliga kostnader per vårdtillfälle för drygt 60 % av den slutna vården. Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik

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

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

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

Felkällor DRG-poäng beräknas på de individuella vårdkontakternas primära registreringar om främst diagnoser och åtgärder. Det gör att felaktigheter i grundkodningen kan komma att påverka utfallet (dock marginellt). DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientmix, patienternas ålder och sjukdomssvårighet, men inte till andra faktorer. Patientregistret i slutenvård är väl etablerat men i den öppna vården förekommer fortfarande brister.

26 **Kostnad per vårdkontakt i primärvård**

Mått Landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården

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

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

Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator 24).

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

Mätmetod	Vårdkontaktarna viktas med hänsyn till typen av vårdkontakt (telefonkontakt eller mottagningsbesök), vilken personalkategori som är involverad och vilket delområde kontakten är redovisad på (t.ex. arbetsterapi eller allmänläkarvård). De olika typerna av besök och telefonkontakter har viktats enligt genomsnittlig resurstyngd. På samma sätt har läkarkontakter och kontakter hos andra personalkategorier viktats. Ett hembesök motsvarar 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Ett besök hos annan personalkategori än läkare motsvarar 40 % av ett läkarbesök. Vårdkontaktarna viktas sedan enligt genomsnittskostnaden per vårdkontakt för respektive delområde (allmänläkarvård, sjuksköterskevård etcetera).
Datakälla	Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting. Ekonomistatistik, Statistiska centralbyrån.
Felkällor	Viss osäkerhet finns i uppdelningen av vårdkontakter efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. I kostnadsberäkningar har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård.

Områdesvisa indikatorer

GRAVIDITET, FÖRLOSSNING- OCH NYFÖDDHETSVÅRD

27 Tidiga aborter

Mått	Andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor med fördelning på medicinska och kirurgiskt utförda aborter.
Beskrivning	Medicinsk abort innebär att graviditeten avbryts genom läkemedelsbehandling i två omgångar med 2–3 dygns intervall. Kirurgisk abort innebär att graviditeten avbryts genom instrumentell utrymning av livmodern. Med tidig abort avses aborter utförda före den 9:e fullgångna graviditetsveckan, dvs före vecka 9+0. <i>Täljare:</i> Antal aborter före den 9:e fullgångna graviditetsveckan. <i>Uppdelat</i> på medicinska respektive kirurgiska aborter. <i>Nämnnare:</i> Totala antalet aborter.
Mätmetod	Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån kvinnornas hemort. Avidentifierade uppgifter om utförda aborter inrapporteras till Socialstyrelsen från främst kvinnokliniker och gynekologiska avdelningar på sjukhus. Socialstyrelsens abortstatistik innehåller samtliga legala aborter som genomförts i Sverige sedan 1975.
Datakälla	Abortstatistik, Socialstyrelsen
Felkällor	Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en god kvalitet.

28 Dödfödda

Mått	Antal dödfödda per 1 000 födda barn.
Beskrivning	Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Från och med den 1:a juli 2008 har gränsen ändrats så att barn födda efter 22:a graviditetsveckan inkluderas. Men eftersom våra siffror ännu endast inkluderar årgångar upp till 2007 behålls den tidigare definitionen. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning. Antal dödfödda har beräknats per 1 000 födda i respektive landsting.
Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort. Uppgifter om dödfödda barn inrapporteras årligen av sjukhusen till Socialstyrelsen.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

29 Neonatal dödlighet

Mått	Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn.
Beskrivning	Med neonatal dödlighet avses antalet barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen. Antal döda inom 28 dygn har beräknats per 1 000 levande födda i respektive landsting.

Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

30 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Mått	Andel nyfödda med låg Apgar-poäng vid fem minuter.
Beskrivning	Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet där högsta poäng är 10. Låg Apgar-poäng definieras som under sju poäng vid mätningar fem minuter efter födelsen. <i>Täljare:</i> Antal barn med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen. <i>Nämnamre:</i> Totalt antal levande födda barn.
Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort. Apgar-poängsystemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsenn.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

31 Bristningar vid förlossning

Mått	Andelen perinealbristningar av graden III och IV vid vaginal förlossning.
Beskrivning	Perinealbristning är under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Bristningarna kategoriseras efter hur stor skada som skett, i en skala där graden tre och fyra utgör de mera omfattande bristningarna. <i>Täljare:</i> Antalet vaginala förlossningar där perinealbristningar av graden tre och fyra uppstått. <i>Nämnamre:</i> Totala antalet vaginala förlossningar.
Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under under perioden som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden.

32 Kejsarsnitt vid okomplicerad graviditet

Mått Andel kejsarsnitt med bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet.

Beskrivning Andelen kejsarsnitt bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet. Gruppen har definierats enligt följande: Modern är förstföderskor i åldern 20–34 år med BMI < 30. Modern varken röker eller snusar, är sammanboende med barnafadern och har inga allvarliga sjukdomar såsom diabetes, SLE, epilepsi, njursjukdomar, ulcerös colit/Mb Crohn eller kronisk hypertoni. Inga allvarliga graviditetskomplikationer såsom preeklampsi, graviditetsdiabetes, placenta praevia, sätesförlossning eller andra bjudningar som kan medföra problem vid vaginal förlossning. Graviditetslängden är 37–41 veckor, barnets vikt 2 500–4 499 gram, enkelbördsförlossning och förlossningen startade inte med induktion.

Täljare: Antal förstföderskor i åldern 20–34 år utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet som under en femårsperiod förlöstes med kejsarsnitt.

Nämnare: Totalt antal kvinnor i åldern 20–34 år som under perioden födde barn med förlossning utan riskfaktorer och med okomplicerad graviditet.

Jämförelsepopulation Andelen kejsarsnitt bland förstföderskor i en jämförelsepopulation till indikatorn ”kejsarsnitt med bland förstföderskor utan riskfaktorer med okomplicerad graviditet”. För att kunna jämföra kejsarsnittsfrekvensen har endast förstföderskor vid enkelbördsförlossningar i ålder 20–34 tagits med.

Täljare: Antal kvinnor som under en femårsperiod förlöstes med kejsarsnitt vid enkelbördsförlossning. Endast förstföderskor i åldern 20–34 år inkluderades.

Nämnare: Totalt antal kvinnor som födde barn under åren perioden. Endast enkelbördsförlossningar där kvinnan var förstföderska och i åldern 20–34 år inkluderades.

Mätmetod I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting och mellan tidsperioder. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta förstföderskor under perioden och som var i åldern 20–34 år och där förlossningen var en enkelbördsförlossning, som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Datakälla Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Bortfallet för mödrahälsovårdsjournalerna, där bl.a. moderns familjesituation och tobaksvanor samlas in, är något större (ca 7 %) vilket påverkar indikatorn genom att endast kvinnor som har kompletta uppgifter på tobaksanvändning och familjesituation inkluderas.

33 Kostnad per vårdtillfälle vid förlossning

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

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

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

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för DRG 370–373.

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

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

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

KVINNOSJUKVÅRD

34 Önskade händelser efter borttagande av livmoder

Mått	Önskade händelser efter hysterektomi
Beskrivning	Kvinnor som genomgått hysterektomi på benign indikation ingår. Patienterna följs upp med avseende återinskrivning för någon av de specificerade komplikationerna. <i>Täljare:</i> Kvinnor som genomgått hysterektomi enligt nämnares kriterier och som inom 7 respektive 28 dagar återinskrivs med någon av följande huvuddiagnoser.

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

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

Inklusion:	Åtgärdskod (KKÅ)
Hysterektomi	LCD
Exklusioner:	Åtgärdskod (KKÅ)
Obstetrik	M
Exklusioner:	Huvuddiagnos
Graviditet och förlossning	O
Cancer	C, Z510, Z511
HIV	B24, Z21, R75
Exklusioner:	Skadediagnos, yttre orsak
Skador	V01–V99, W00–W23, W25–W27, W30–W31, W33–W40, W44–W45, W50–W60, W64–W77, W81–W84, W85–W99, X00–X31, X33–X38, X51, X53, X54, X57, X60–X99, Y00–Y09, Y350–Y354, Y356, Y357, Y36

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

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	De komplikationer som upptäckts och behandlas redan under det primära vårdtillfället kommer inte med som önskade händelser. Vidare kan diagnossättningen variera mellan vårdgivare.

35 Väntat > 90 dagar – gynekologiska operationer

Se indikator 23

36 Väntat > 90 dagar – gynekologiska besök

Se indikator 22

37 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

Mått Andel operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi.

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

Täljare: Antal operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi

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

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

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

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

Datakälla Patientregistret, Socialstyrelsen

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

38 Kostnad per vårdtillfälle vid hysterektomi

Mått Kostnad per vårdtillfälle för hysterektomi. Vårdtillfällen med åtgärdskod LCD – operationer med avlägsnande av uterus, exklusive vårdtillfällen med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos

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

Täljare: Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen med åtgärdskod LCD operationer med avlägsnande av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod LCD operationer med avlägsnande av uterus utom de med cancerdiagnos, förlossning och skadediagnos.

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

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

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

RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR

39 Implantatöverlevnad vid total knäprotesoperation

Mått	Andel knäproteser som inte behöver revideras under perioden, 1997–2008.
Beskrivning	Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Ingen standardisering utom selektionen av totala knäproteser insatta för artros. Sjukhuset där primäroperationen utförts bestämmer landstingstillhörigheten.
Mätmetod	Alla kliniker som utför knäprotesoperation skickar uppgifter till registret. Det kan vara svårt att bedöma den exakta täckningsgraden som estimeras vara ca 95%. Jämförelser mellan Knäprotesregistret och redovisningar från Socialstyrelsens PAR databas för de senaste 5 åren antyder att registret har registrerat ungefär lika många operationer som PAS. En noggrannare jämförelse på individbasis pågår. Revisionen kan ha utförts i ett annat landsting
Datakälla	Informationen har hämtats ifrån Knäprotesregistrets databas som den såg ut i juni 2009.
Felkällor	Sammanställningen baseras på deskriptiva uppgifter som inte tar hänsyn till variation i ålder och varierande patientantal. Tolkningsproblem relaterade till denna förenkling har tidigare diskuterats allmänt i anslutning till geografiska jämförelser och har presenterats i en artikel från registret: Robertsson O, Ranstam J, Lidgren L. Variation in outcome and issues in ranking hospitals. Acta Orthop. 2006 Jun; 77(3): 487–93.

40 Implantatöverlevnad vid total höftprotesoperation

Mått	Andel totala höftproteser som inte behöver revideras under 10-årsperioden, 1999–2008.
Beskrivning	Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter. Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut. Definitionen på misslyckande avser en om operation där en proteskomponent eller hela protesen bytts ut och/eller att protesen tas bort. Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.
Mätmetod	Kaplan-Meier metoden har används för beräkning av ”protesöverlevnad” Samtliga berörda kliniker i Sverige rapporterar uppgifter avseende primära, totala höftproteser till Svenska Höftprotesregistret. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.
Datakälla	Svenska Höftprotesregistret.
Felkällor	Täckningsgraden för denna variabel är mycket god, 98%. Oliktartad ålderssammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

41 Omoperation efter total höftprotesoperation

Mått	Andelen omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen oavsett vilken orsaken till omoperation är. Avser all form av ytterligare kirurgi (vidare begrepp än revision) efter indexoperationen <i>Nämnare:</i> Samtliga operationer av totala höftproteser som registrerats i Svenska Höftprotesregistret under perioden 2005–2008
Mätmetod	Enbart komplikationer som behandlas kirurgiskt ingår (de som omopereras). Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiska behandlingar av luxationer (urledvid-

ningar) ingår därmed ej. Flera omoperationer på grund av samma orsak räknas som en omoperation. Vid omoperation vid annan klinik/landsting förs omoperationen till primärklinikern/-landstinget.

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

Datakälla Svenska Höftprotesregistret

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

42 Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

Mått Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation. Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Beskrivning Måttet anger patienternas uppskattning av sin hälsorelaterade livskvalitet enligt EQ-5D ett år efter total höftprotesoperation, jämfört med den hälsorelaterade livskvaliteten före operationen – en patientrapporterad hälsovinst erhålls.

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

Differensen mellan värdena för de båda mätillfällena återges som förbättring enligt EQ 5D-index, således den ökning av den hälsorelaterade livskvaliteten som uppmättes ett år efter operation.

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

Datakälla Svenska Höftprotesregistret

Felkällor Variation i patientmix (patienter med olika sjukdomsgrad, andra sjukdomar etc) kan påverka utfallet. Registret registrerar individbaserade demografiska variabler (case mix). Dessa variabler redovisas i registrets årsrapport per klinik. Vid en djupanalys för jämförelser av olika utfall för EQ 5D-index bör dessa variabler alltid anges och beaktas.

43 Önskade händelser efter knä- och höftoperation

Mått Önskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotesoperation

Beskrivning Samtliga patienter som genomgått en knä- eller total höftprotesoperation ingår. Patienterna följs upp med avseende på död, kirurgiska knä- och höftprotespecifika komplikationer, återinskrivning för hjärt-kärlsjukdom, pneumoni, eller urinstämning

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

Nämnare: Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotes.

Mätmetod

	Åtgärdskod
Operationer	NGB09, NGB19, NGB29, NGB39, NGB49, NFB29, NFB39, NFB49
Önskade händelser Komplikationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotespecifika komplikationskoder, huvud- eller bidiagnos	Diagnoskod – ICD 10 T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, T845, T840, T814, I803, I269, Y845

Hjärt-kärl, pneumoni, urinstämma, huvuddiagnos	I, J819, J15, J18, J13, R33
Död	Alla orsaker

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla Patientregistret, Socialstyrelsen

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

44 Väntetid inför höftfrakturoperation

Mått Väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus, 2008

Beskrivning Måttet anger handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst tills dess höftfrakturpatienten blir opererad. Det vill säga hur lång tid i timmar det tar från det att patienten ankommer till sjukhuset till dess att operation startar. I måttet redovisas den genomsnittliga väntetiden per landsting för alla höftfrakturpatienter.

Redovisningen avser patienter 50 år och äldre med exkluderande av frakturer betingade av metastas och annan patologisk benförändring.

Mätmetod Uppgift om medelväntetid till operation är baserad på timmar för ankomst respektive operation. Under 2008 övergick många kliniker till klockslagsregistrering, varför årets indikator anges i timmar.

Patienterna hänförs till den klinik där de akutopereras. Höftfrakturpatienterna är åldriga och har liten förflyttning inom landet.

Datakälla RIKSHÖFT (Svenska Höftfrakturregistret)

Felkällor För de sjukhus som fortfarande anger delar dygn har omräkningen av tidsrapporter till timmar skett, vilket ger en viss osäkerhet i analysen. Vid mätperioden saknades data från tre landsting, dvs täckningsgraden på nationell nivå är relativt låg.

45 Protesoperation vid höftfraktur

Mått Andel protesopererade patienter 65 år och äldre vid cervikal höftfraktur

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

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

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

Mätmetod Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
	S720 (Icd9:820A, 820B, 820W, 820X)
Operationer	Åtgärdskod
	Primära ledprotesoperationer: NFB, Osteosyntes eller annan operation vid fraktur på femur: NfJ39–NfJ99

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års höftfrakturpatienter som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

	Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Möjliga skillnader i kodningspraxis mellan landstingen

46 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

Mått	Andel kvinnor 55 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter fraktur.
Beskrivning	<p>Kvinnor i åldrarna 55 år och över som slutenvårdats med huvuddiagnos för fraktur i höft, knä, ländkotpelare, bäcken, bröstkotpelare, handled eller axel följdes upp med avseende på osteoporosförebyggande läkemedel under perioden 6–12 månader efter sjukhusvård. Endast patentens första vårdtillfälle sedan 1998 med någon av diagnoserna ingå i beräkningarna</p> <p><i>Täljare:</i> Kvinnor 55 år och över som för första gången slutenvårdats för ovanstående diagnoser och som fick osteoporosförebyggande läkemedelsbehandling någon gång under perioden 6–12 månader efter slutenvård.</p> <p><i>Nämnare:</i> Kvinnor 55 år och över som för första gången vårdats inom slutenvården för ovanstående diagnoser</p>
Mätmetod	Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
	S321–S328, S525, S526, S422, S423, S22, S720–S724, S821
Läkemedel	ATC-kod
	G03C, M05B

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med 2000 års kvinnliga frakturpatienter som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla	Läkemedelsregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Slutenvård kan användas i olika utsträckning i de olika landstingen för denna typ av diagnoser.

47 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Mått	Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare..
Beskrivning	<p>Med biologiska läkemedel avses TNF alfa-hämmare.</p> <p>Antal patienter avser de med diagnosen reumatoid artrit som vid årsskiftet behandlades med biologiska läkemedel. Endast befolkning över 18 år är inkluderat.</p>
Mätmetod	<p>Antal patienter med Reumatoid Artrit M05.9+M06.0 som 2009-01-01 behandlades med biologiska läkemedel, per 100 000 personer i populationen. Lägre detaljeringsgrad än län kan inte redovisas då sjukhusen har överlappande upptagningsområden.</p> <p>Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.</p> <p>Befolkningsunderlag från SCB</p>
Datakälla	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister
Felkällor	Eventuell underrapportering till registret

48 Patientrapporterat resultat vid reumatoid artrit

Mått	Patientrapporterad förbättring av allmän hälsa 6 månader efter behandlingsstart vid insjuknande i reumatoid artrit.
Beskrivning	Det yttersta målet för sjukvården är att förbättra hälsan. Patientens egen upplevelse av hälsan är naturligt mycket viktig just vid insjuknandet i kronisk ledgångsreumatism, liksom den förbättring patienten upplever av omhändertagandet den första tiden. Detta mäts helt utifrån patientens perspektiv och oavsett vilka åtgärder som ingår i behandlingen. En klar förbättring ses i regel och hur stor den är kan påverkas av vårdens insatser vilket framgår av resultaten.
Mätmetod	Mätning av patientupplevd hälsa med VAS-skala görs vid första besöket då diagnosen ställs (M05.9+M06.0) och vid återbesök 6 månader senare. För att justera för case-mix med olika sjuka patienter vid första besöket räknas förbättringen av hälsan (VAS1-VAS6) som en andel av utgångsvärdet (VAS1) dvs: $\frac{VAS 1 - VAS 6}{VAS 1}$ De patienter som inkluderas i registret vid en viss reumatologmottagning räknas till det län där mottagningen finns. De flesta län har en gemensam länsklirik.
Datakälla	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister
Felkällor	Eventuell underrapportering till registret

49 Väntat > 90 dagar – besök ortopedi

Se indikator 22

50 Väntat > 90 dagar – höft- och knäproteser

Se indikator 23

51 Artroskopi i knäleden vid artros eller meniskskada

Mått	Antalet artroskopier med huvuddiagnos knäartros eller vissa andra sjukliga förändringar i knäled per 100 000 invånare.
Beskrivning	Måttet visar antalet explorativa artroskopier med operationskoder: NGA01, NGA11, NGD01, NGD11 och NGF31. Åtskilliga anledningar kan leda till artroskopi varför i detta avseende har de som har haft huvuddiagnosen M17 (knäartros) och M23 (menisksador) valts. Uppgifter om artroskopier via öppenvård och slutenvård och antalet åtgärder har tagits från Patientregistret (PAR). Siffrorna är per 100 000 invånare i åldrarna 40 och äldre.
Mätmetod	Uppgifterna om antalet operationer har hämtats från Patientregistret samt Öppenvårdregistret genom följande operationskoder:

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

Dessa patienter har haft följande huvuddiagnoser:

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

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

Datakälla

Patientregistret Socialstyrelsen.

Felkällor

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

52 Kostnad per vårdtillfälle vid total höftprotosoperation

Mått

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

Beskrivning

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

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

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

Mätmetod

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

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledprotoser på nedre extremitet

Åtgärd	Åtgärdstext
NFB29	Primär total höftledsplastik utan cement
NFB39	Primär total höftledsplastik med hybridteknik
NFB49	Primär total höftledsplastik med cement
NFB99	Annan primär ledprotosoperation i höftled

Datakälla

KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

Felkällor

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

53 Kostnad per vårdtillfälle vid total knäprotosoperation

Mått

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

Beskrivning

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

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

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

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

DRG	DRG text
209A	Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet
Åtgärd	Åtgärdstext
NGB29	Primär totalprotes i knäled utan cement
NGB39	Primär totalprotes i knäled med hybridteknik
NGB49	Primär totalprotes i knäled med cement

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

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

DIABETESVÅRD

54 Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)

Mått Andel diabetespatienter inom primärvården som når behandlingsmålet för blodsockervärdet (HbA1c), 2008.

Beskrivning HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Behandlingsmålet är definierat till ett HbA1c-värde på 6 procent eller lägre.

Täljare: Antal diabetespatienter yngre än 80 år inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för blodsockervärdet år 2008.

Nämnare: Totalt antal diabetespatienter som rapporterats i diabetesregistret 2008.

Mätmetod Det nationella diabetesregistret (NDR) samlar in uppgifter om diabetesvården både från medicinkliniker och primärvården. Deltagandet i registret bedöms vara cirka 44 procent, men det är stora variationer mellan landstingen. I diagrammet redovisas även deltagandegraden för respektive landsting.

Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.

Behandlingsmålen överensstämmer med de behandlingsriktlinjer och målnivåer som Svensk förening för diabetologi ger ut och som används av NDR.

Datakälla Nationella diabetesregistret (NDR).

Felkällor Den viktigaste felkällan är ett relativt lågt och varierande deltagande i diabetesregistret.

55 Måluppfyllelse för blodtryck

Mått Andel diabetespatienter inom primärvården som når behandlingsmålet för blodtryck, 2008.

Beskrivning Behandlingsmålet är definierat till ett blodtryck som är lika med eller lägre än 130/80 mm Hg.

I måttet ingår patienter yngre än 80 år oavsett om de behandlats för högt blodtryck eller ej.

Täljare: Antal diabetespatienter i alla åldrar inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för blodtryck år 2008.

Nämnare: Totalt antal diabetespatienter som rapporterats i diabetesregistret 2008.

Mätmetod	Landstingsredovisningen baseras på vårdcentralens (motsv) lokalisering, inte på patientens hemort.
Datakälla	Nationella diabetesregistret (NDR).
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering

56 Måluppfyllelse för kolesterol

Mått	Andel diabetespatienter inom primärvården som når behandlingsmålet för kolesterol, 2008.
Beskrivning	Avser mätning av kolesterol i blodet. Behandlingsmålet är definierat till ett kolesterolvärde på 4,5 mmol/l eller lägre. <i>Täljare:</i> Antal diabetespatienter yngre än 80 år inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för kolesterolvärdet år 2008. <i>Nämnare:</i> Totalt antal diabetespatienter som rapporterats i diabetesregistret 2008.
Mätmetod	Det nationella diabetesregistret (NDR) samlar in uppgifter om diabetesvården både från medicinkliniker och primärvården. I diagrammet redovisas även deltagandegraden för respektive landsting. Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe. Behandlingsmålen överensstämmer med de behandlingsriktlinjer och målnivåer som Svensk förening för diabetologi ger ut och som används av NDR.
Datakälla	Nationella diabetesregistret (NDR).
Felkällor	Den viktigaste felkällan är ett relativt lågt och varierande deltagande i diabetesregistret.

57 Blodfettssänkande läkemedelsbehandling

Mått	Andel läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlats med blodfettssänkande läkemedel.						
Beskrivning	Läkemedelsbehandling av blodfettssänkning är särskilt viktig hos diabetespatienter med flera riskfaktorer, som högt blodtryck, rökning och bukfetma. Läkemedelsbehandlade diabetiker har hämtats från Läkemedelsregistret, definierat som att man någon gång under året hämtat ut minst ett recept på något diabetesläkemedel. Av dessa har andelen som hämtat ut blodfettssänkande läkemedel studerats. <i>Täljare:</i> Läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre som hämtat ut minst ett recept på blodfettssänkande läkemedel. <i>Nämnare:</i> Totalt antal läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre i läkemedelsregistret.						
Mätmetod	Åldersstandardiserade värden redovisas d.v.s. korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med diabetespopulationen som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diabetesläkemedel</td> <td>A10</td> </tr> <tr> <td>Blodfettssänkande</td> <td>C10</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod	Diabetesläkemedel	A10	Blodfettssänkande	C10
Läkemedel	ATC-kod						
Diabetesläkemedel	A10						
Blodfettssänkande	C10						
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen						
Felkällor	Läkemedelsregistret fångar enbart de diabetiker som är tablett- eller insulinbehandlade, utöver dessa finns diabetiker med enbart kostbehandling. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.						

58 Måluppfyllelse för blodsockervärde (Hb1A1c) – barn

Mått	Andel barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som når behandlingsmålet för blodsockervärdet (HbA1c), 2008.
Beskrivning	HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Behandlingsmålet är definierat till ett HbA1c-värde på 6,5 procent eller lägre. <i>Täljare:</i> Antal barn och ungdomar med diabetes, yngre än 18 år som uppnått behandlingsmålet för blodsockervärdet år 2008. <i>Nämnare:</i> Totalt antal barn och ungdomar med diabetes som rapporterats i diabetesregistret 2008.
Mätmetod	Det nationella diabetesregistret samlar in uppgifter om diabetesvården från samtliga barndiabetesmottagningar i Sverige. Den geografiska fördelningen som redovisas baseras på behandlingsställe.
Datakälla	Nationella Diabetesregistret (NDR).
Felkällor	Fullständig täckningsgrad, eventuella skillnader i patientsammansättningen mellan olika landsting.

59 Amputation av patienter med diabetes

Mått	Antal förstagångsamputerade ovan fotled av 1000 patienter med diabetes.
Beskrivning	Nedsatt blodcirkulation i benen är en allvarlig komplikation vid långvarig diabetes. Att tvingas till en större amputation, ovan fotled, kan ses som ett misslyckande för diabetesvården. Måttet avser att spegla kvaliteten i den diabetesvård som gavs för 5–10 år sedan. Läkemedelsbehandlade diabetiker har hämtats från Läkemedelsregistret, definierat som att man någon gång under året hämtat ut minst ett recept på något diabetesläkemedel. <i>Täljare:</i> Läkemedelsbehandlade diabetiker 60 år och äldre med förstagångsamputation ovan fotled. <i>Nämnare:</i> Totalt antal läkemedelsbehandlade diabetiker 60 år och äldre i läkemedelsregistret.
Mätmetod	Åldersstandardiserade värden redovisas d.v.s. korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Ålderstandardisering har gjorts med diabetespopulationen som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesläkemedel	A10
Blodfettssänkande	C10

Amputationsdiagnos	Operationskoder
Fotled	NHQ09,11
Underben	NGQ09,11,99
Höft	NFQ09,19,99
Bäcken	NEQ19,99

Datakälla	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Läkemedelsregistret fångar enbart de diabetiker som är tablett- eller insulinbehandlade, utöver dessa finns diabetiker med enbart kostbehandling. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

HJÄRTSJUKVÅRD

60 Dödlighet efter hjärtinfarkt

Mått Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.

Beskrivning Andelen av samtliga fall av akut hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar efter infarkten.

Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken akut hjärtinfarkt inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. I måttet ingår således även de som inte vårdats på sjukhus.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

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

Nämnare: Samtliga fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

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

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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

61 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

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

Beskrivning Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland samtliga fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus.

Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt.

Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.

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

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt under mätperioden.

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

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Hjärtinfarkt	I21, I22

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

Datakälla Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

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

62 Återinsjuknande i hjärtinfarkt

Mått Andelen av patienter med förstagångsinfarkt som drabbas av ny infarkt inom 365 dagar.

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

Täljare: Antal hjärtinfarktpatienter som får minst en ny infarkt under perioden 28 dagar till 365 dagar bland samtliga fall av hjärtinfarkt enligt nämnnarens definition.

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

Mätmetod Data har hämtats ur patientregistrets slutenvårdsdel samt ur dödsorsaksregistret.

Huvud- eller bidiagnos Underliggande eller bidragande dödsorsak	Diagnoskod - ICD 10
Akut hjärtinfarkt	I21, I22

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

I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i hjärtinfarktpatienternas ålderstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering gjordes med hjärtinfarktpopulationens åldersammansättning år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation användes för män och kvinnor.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting vilket innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

Datakälla Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Skillnader mellan vårdgivare i diagnossättningen av akut hjärtinfarkt kan förekomma.

63 Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt

Mått Andel patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt som reperfusionsterapierades

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

I målgruppen (nämnaren) ingår hjärtinfarktpatienter (diagnoskoder I21, I22, I23) med ST-höjning eller vänstergrenblock på ankomst EKG. Fördröjningstiden mellan symptom och första EKG <12 timmar. Saknas fördröjningstid inkluderas patienten i underlaget/nämnaren.

Indikatorn och populationen är identisk med den som används i RIKS-HIAs kvalitetsindex; se vidare RIKS-HIAs årsrapport för 2008, sidan 13.

Täljare: Antalet patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperfusionsterapi

Nämnare: Samtliga patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock i RIKS-HIAs databas enligt målgruppsbeskrivning ovan

Mätmetod Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter.

	Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslandsting.
Datakälla	Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA, del i hjärtregistret SWEDE-HEART
Felkällor	Nästan alla sjukhus i riket deltar. Dock varierar andelen hjärtinfarktpatienter som rapporteras till RIKS-HIA mellan landstingen och de olika sjukhusen. För riket är andelen cirka 60 procent. För ST-höjningsinfarkt är en betydligt högre täckningsgrad. Detta har dock inte studerats i större skala. För Norrbotten är rapporteringsgraden låg 2008, även avseende ST-höjningsinfarkter.

64 **Kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt och riskfaktor**

Mått	Andel patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen
Beskrivning	I målgruppen (nämnaren) ingår patienter yngre än 80 år som sjukhusvårdats där ankomst EKG visade inte ST-höjning och patienter har annan riskfaktor. Utskrivningsdiagnoser I21, I22, I23. Ingår gör patienter som är levande utskrivna och har minst ett av följande: lungrassel grad 2–3 vid ankomst, ST-sänkning på ankomst EKG, vänsterkammarens ejektionsfraktion < 50%, diabetes, eller tidigare hjärtinfarkt. Indikatoren och populationen är samma som den i RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus 2008. <i>Täljare:</i> Antal patienter yngre än 80 år med icke-ST-höjningsinfarkt som kranskärlsröntgades eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med vårdtillfället <i>Nämnare:</i> Alla patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i Riks-Hias databas under mätperioden
Mätmetod	Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter. Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslandsting, inte klinikens lokalisering.
Datakälla	Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA, del i hjärtregistret SWEDE-HEART
Felkällor	Nästan alla sjukhus i riket deltar. Dock varierar andelen hjärtinfarktpatienter som rapporteras till RIKS-HIA mellan landstingen och de olika sjukhusen. För riket är andelen cirka 60 procent av totala antalet hjärtinfarktpatienter.

65 **Clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt**

Mått	Andel sjukhusvårdade patienter med icke ST-höjningsinfarkt som behandlades med clopidogrel
Beskrivning	I målgruppen (nämnaren) ingår patienter (diagnoskoder I21, I22, I23) under 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som skrivs ut levande från sjukhus. Övriga kriterier är att patienten inte haft blödningskomplikation under vårdtillfället, inte har Waran vid utskrivning och inte har CABG/by-passoperation planerad. Med clopidogrelbehandling avses Plavix, Ticlid eller övrig trombocythämmare (enbart eller ihop med ASA) vid utskrivning. <i>Täljare:</i> Antalet sjukhusvårdade patienter yngre än 80 år med icke-ST-höjningsinfarkt som behandlats med clopidogrel vid utskrivning, per landsting <i>Nämnare:</i> Samtliga patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen ovan som registrerats i Riks-Hias databas under mätperioden.
Mätmetod	Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter. Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslandsting
Datakälla	Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA, del i hjärtregistret SWEDEHEART

Felkällor Nästan alla sjukhus i riket deltar. Dock varierar andelen hjärtinfarktpatienter som rapporteras till RIKS-HIA mellan landstingen och de olika sjukhusen. För riket är andelen cirka 60 procent av totala antalet hjärtinfarktpatienter.

66 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

Mått Andel hjärtinfarktpatienter 40–79 år som fått blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader.

Beskrivning *Täljare:* Antal hjärtinfarktpatienter i åldern 40–79 år som hämtat ut blodfettssänkande medel (statiner) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.
Nämnare: Samtliga individer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt.

Mätmetod Uppgifterna om antalet individer med något vårdtillfälle av hjärtinfarkt har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under perioden och som överlevt 18 månader efter utskrivning.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Hjärtinfarkt	I21, I22
Läkemedel	ATC-kod
Statiner	C10A

För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodfettssänkande medel (C10A) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

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

Datakälla Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel är mycket litet. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka populationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende, eller som är köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

67 Döda eller återinskrivna efter vård för hjärtsvikt

Mått Andel personer död eller återinskrivs inom 30 dagar efter hjärtsvikt.

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

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

Mätmetod

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

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

hemortslandstinget. På sjukhusnivå redovisas samtliga patienter som vårdats/skrivits ut från kliniken oavsett landstingstillhörighet. Första sjukhus i vårdkedjan redovisas.

Datakälla Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Skillnader mellan vårdgivare i diagnosställningen av hjärtsvikt kan förekomma.

68 Väntetid till kranskärlsoperation

Mått Medianväntetid mellan beslut om operation och utförd kranskärlsoperation.

Beskrivning Måttet avser tiden i antal dagar mellan tidpunkten för beslut om att operation skall utföras och tidpunkt för utförd operation. Måttet speglar processkvalitet vid vård och behandling på sjukhus genom att mäta tidsperiod mellan diagnostik och behandling.

Kranskärlskirurgi avser behandlingarna koronarkirurgi samt koronarkirurgi ej ECC, operationsgrupp 2 och 12 enligt Svenska Hjärtkirurgiregistrets/SWEDEHEARTS definition. Kombinationsgrepp, exempelvis klaff- och kranskärlskirurgi, ingår inte i måttet. Patienter i alla åldrar ingår.

Mätmetod Medianväntetid är den väntetid som patienterna "i mitten" fick vänta, om man listar alla opererade patienters väntetid från lägsta till högsta värde. Medianväntetiden är också den mest frekvent förekommande väntetiden.

I måttet redovisas hur länge patienter från respektive landsting fått vänta, oavsett var operationen utförs. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på patientens hemortslän.

Hjärtkirurgi utförs inte i alla landsting, men patienter från alla landsting remitteras till de centra som utför ingreppet.

Datakälla Svenska Hjärtkirurgiregistret, del i hjärtregistret SWEDEHEART

Felkällor Täckningsgraden för denna variabel i registret är god, närmare 100 procent. För vissa landsting är antalet observationer för enskilda år lågt och kan medföra slumpmässig osäkerhet.

69 Väntat > 90 dagar – besök inom kardiologi

Se indikator 22

70 Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt

Mått Kostnad per vårdtillfälle för PCI vid infarkt, DRG I12E och F

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

Täljare: Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen enligt DRG I12E och F.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med DRG I12E och F.

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

DRG	DRG text
I12E	PCI vid infarkt, utan komplikation
I12F	PCI vid infarkt, komplicerat

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

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

STROKESJUKVÅRD

71 Dödlighet efter förstagångsstroke

- Mått** Andelen som avled inom 28 dagar bland förstagångsfall av stroke.
- Beskrivning** 28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Det vill säga endast de personer som inte haft någon strokediagnos under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande vården till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.
- Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken stroke inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. Både patienter som vårdats och inte vårdats på sjukhus ingår därmed.
- Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.
- Täljare:* Antalet förstagångsfall under mätperioden som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.
- Nämnare:* Samtliga förstagångsfall av stroke under mätperioden.
- Mätmetod** Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

- Datakälla** Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
- Felkällor** Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

72 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

- Mått** Andelen som avled inom 28 dagar efter stroke bland förstagångsfall som sjukhusvårdats.
- Beskrivning** 28-dagars dödlighet bland förstagångsfall av stroke som har vårdats på sjukhus. Med stroke avses hjärnblödning, hjärninfarkt och ej specificerad stroke. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i det akuta omhändertagandet och den efterföljande vården.
- Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.
- Täljare:* Antalet sjukhusvårdade förstagångsfall som avlider inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.
- Nämnare:* Samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall i stroke under perioden.
- Mätmetod** Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har åldersstandardiserats utifrån alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Stroke	I61, I63, I64

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.

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

73 **Vård vid strokeenhet**

Mått	Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet
Beskrivning	<p>Måttet visar andelen patienter som vårdats på strokeenhet av alla som vårdats i slutenvård och som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden.</p> <p>En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga inom stroke vård. För utförligare beskrivning se Nationella riktlinjer för strokevård.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter med stroke som vårdats på strokeenhet, enligt gällande kriterier för sådan enhet</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga patienter med stroke som registrerats i Riks-Stroke</p>
Mätmetod	<p>Patienter där uppgift om strokeenhet – annan vårdavdelning saknas är exkluderade ur nämnaren. Detta bortfall är mycket litet.</p> <p>Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.</p> <p>Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.</p>
Datakälla	Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke
Felkällor	Varierande täckningsgrad i landstingen d.v.s. alla strokepatienter registreras inte i Riks-Stroke. En annan felkälla kan vara att enhet som inte uppfyller kriterierna felaktigt uppges vara strokeenhet.

74 **Trombolysbehandling vid stroke**

Mått	Andel strokepatienter som gavs trombolysbehandling
Beskrivning	<p>Måttet visar andelen av patienter med stroke som gavs trombolysbehandling, av de patienter som ingår i målgruppen för denna behandling. Ingår gör patienter med stroke-diagnos I63 (ischemisk stroke), ålder 18–80 och som var ADL-oberoende vid insjuknandet.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal strokepatienter som trombolysbehandlats</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga strokepatienter som ingick i målgruppen för denna behandling</p>
Mätmetod	<p>Patienter där uppgift om trombolysbehandling eller ej saknas är exkluderade ur nämnaren. Trombolysbehandling som del i klinisk studie ingår.</p> <p>Kvalitetsregistret Riks-Stroke samlar in uppgifter om bland annat patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten med en telefonenkät (vanligen) efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar i Riks-Stroke, samt även några ytterligare enheter.</p> <p>Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort</p>
Datakälla	Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.
Felkällor	Varierande täckningsgrad i landstingen d.v.s. alla strokepatienter registreras inte i Riks-Stroke.

75 Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer

Mått Andel strokepatienter med förmaksflimmer, 55–79 år som har fått blodförtunnande behandling.

Beskrivning I måttet ingår individer som har stroke som huvuddiagnos och förmaksflimmer som bidiagnos. Med blodförtunnande behandling avses individer som hämtat ut läkemedlet warfarin.

Täljare: Antal strokepatienter, 55–79 år, med förmaksflimmer som hämtat ut blodförtunnande medel 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.

Nämnare: Samtliga individer med något vårdtillfälle av stroke som huvuddiagnos och förmaksflimmer som bidiagnos under perioden.

Mätmetod Uppgifterna om antalet individer med stroke och förmaksflimmer har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under den studerade och som överlevt 18 månader efter utskrivning. För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodförtunnande medel (warfarin) 12–18 månader efter utskrivning från.

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Stroke	I63, I64
Hjärtflimmer	I48
Läkemedel	ATC-kod
Warfarin	B01AA03

Andelarna har åldersstandardiserats.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfälle.

Datakälla Patientregistret, Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka strokepopulationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldreboende, eller som är köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel.

76 Återinsjuknande efter stroke

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

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

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

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

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall i stroke under perioden.

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

Diagnos	Diagnoskod - ICD 10
Stroke	I61, I63, I64

	Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.
Datakälla	Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

77 Funktionsförmåga efter stroke

Mått	Andel strokepatienter som var ADL beroende tre månader efter akutfasen
Beskrivning	ADL står för aktiviteter i dagligt liv. ADL-beroende innebär att patienten är beroende av andra för förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning. <i>Täljare:</i> Antal strokepatienter som var beroende i samtliga ADL dimensioner 3 månader efter akutfasen. <i>Nämnare:</i> Samtliga strokepatienter registrerade i Riks-Stroke år som var vid liv efter tre månader och som före insjuknandet var ADL-oberoende.
Mätmetod	Kvalitetsregister Riks-Stroke samlar in uppgifter om patientens situation vid insjuknandet, under sjukhusvistelsen och följer upp patienten efter tre månader. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar samt även några ytterligare enheter. Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort. Uppgifterna baseras på samma siffror som redovisas i Riks-Stroke rapport, men procentandelarna kan skilja sig åt beroende på hur bortfall behandlats. I redovisningen här är "ingen uppgift"- fallen exkluderade ur nämnaren, medan de i Riks-Stroke redovisning ingår.
Datakälla	Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke
Felkällor	En felkälla är att inte alla strokepatienter registreras i Riks-Stroke. Det finns också ett bortfall vid 3-månadersuppföljningen; d v s alla strokepatienter i registret deltar inte i uppföljningen. Slutligen kan det även finnas ett visst bortfall i en enskild variabel i 3-månadersuppföljningen. Detta bortfall uppgick för variabeln ADL-beroende till cirka 2 procent 2008. Det finns även oklarheter i hur beroende/oberoende i de tre olika ADL-delarna tolkas. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan liksom anhörig eller vårdare ha olika förutsättningar att besvara enkäten.

78 Nöjdhet med sjukhusvård vid stroke

Mått	Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården
Beskrivning	Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter tre månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar. <i>Täljare:</i> Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården tre månader efter akutfasen <i>Nämnare:</i> Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten under mätperioden
Mätmetod	Patienter som deltog i uppföljningen men som inte avgav svar på denna fråga, är exkluderade ur nämnaren ovan. Fördelningen på landsting baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.
Datakälla	Nationella kvalitetsregistret för Stroke, Riks-Stroke.
Felkällor	Täckningsgraden (andelen strokefall som rapporteras till registret) för registret varierar mellan landstingen. Svarefrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 90 procent för riket som helhet. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan liksom anhörig eller vårdare ha olika förutsättningar att besvara enkäten.

NJURSJUKVÅRD

79 Dödlighet i aktiv uremivård

Mått	Fem-årsöverlevnad av patienter i aktiv uremivård
Beskrivning	Måttet visar femårsöverlevnad för all aktiv uremivård (dialys eller njurtransplantation).
Mätmetod	Kaplan-Meierstatistik med död som "end-point". För att få rimlig stabilitet i resultaten redovisas data ackumulerade under de senaste tio åren (1999–2008). Eftersom analysen görs på den patientpopulation som överlevt mer än 90 dagar undviks problemet med ofullständig eller varierande rapportering av patienter som startat akut i behandling och/eller avlidit under de första tre månaderna. Risken att avlida är flerfaldigt högre inom den patientgrupp som behandlas med dialys. Verksamheter som lyckas få många av sina patienter transplanterade så snart som möjligt förbättrar därmed sitt resultat. Detta är skälet till att överlevnaden i båda behandlingsformerna redovisas sammantaget.
Datakälla	Svenskt Njurregister
Felkällor	Resultaten är inte justerade för olikheter i patientsammansättningen och de olika landstingen är därmed inte direkt jämförbara.

80 Måluppfyllelse för dialysdos

Mått	Andel patienter som når mål (standardiserat $Kt/V > 2$) för dialysdos. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V .
Beskrivning	Måttet baseras på den årliga tvärsnittsundersökning hösten 2008. Ingående variabler är urea före och efter dialys, vikt före och efter dialys, dialysduration och antal dialyser per vecka. Standardiserat Kt/V är ett indexmått på effektiviteten i en enskild dialys. Målet anses uppfyllt vid värden över 2. Hela patientpopulationen i kronisk hemodialysbehandling vid tillfället för tvärsnittsundersökningen ingår i materialet.
Mätmetod	Det använda måttet på dialysdosering, standardiserat Kt/V , bygger på Kt/V , det vedertagna måttet på dialysdos för en enskild dialys, och kompenserar därutöver för antal dialyser per vecka. Eftersom alltför patienter behandlas med mer individuellt anpassade dialysscheman måste bedömningen av dialysdos baseras på den sammantagna veckodosen, snarare än en enskild dialys. Måttet är i sig standardiserat till patientens kroppsstorlek. Patienten registreras på den dialysenhet där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik.
Datakälla	Svenskt Njurregister
Felkällor	Eventuella skillnader i patientsammansättning, men är osannolikt att det kan förklara den stora variation som påvisas i resultaten.

81 Kärlaccess vid dialys

Mått	Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft
Beskrivning	Den bästa formen av tillgång (access) till blodbanan vid bloddialys är AV-fistel (arteriovenös fistel), anlagd med hjälp av patientens egna kärl. AV-graft (med syntetiskt kärlmaterial) har inneboende problem, främst återkommande benägenhet för tilltäppning och upphävd funktion, men även en något ökad infektionsrisk. Övervakning och olika interventioner kan dock motverka dessa nackdelar. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter (CDK), som har påtagliga nackdelar i form av kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner, men också sämre blodflöden, och därmed försämrad dialyseffektivitet.

Aktuell access vid tillfället för den årliga tvärsnittsundersökningen hösten 2008. Samtliga deltagande patienter ingår.

- Mätmetod** Patienten registreras på den klinik där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik
- Datakälla** Svenskt Njurregister
- Felkällor** Eventuella skillnader i patientsammansättning mellan olika landsting.

82 Njurtransplanterade i aktiv uremivård

- Mått** Antalet transplanterade och patienter i aktiv uremivård per 100 000 invånare, 31 december 2008.
- Beskrivning** Måttet redovisar antalet transplanterade och patienter i aktiv uremivård per 100 000 invånare uppdelat efter landsting. Aktiv uremivård är det samlade begreppet för vård av patienter i dialys och efter njurtransplantation.
- Mätmetod** I måttet ingår transplanterade och patienter i aktiv uremivård där patienten registreras på den klinik där behandlingen ges, vilket nästan alltid är patientens hemmaklinik. Njurtransplantationer utförs i Göteborg, Malmö, Stockholm och Uppsala. Såväl utredning inför transplantation (även av levande njurdonator) som uppföljning efter operation är i hög grad decentraliserad till samtliga landsting.
- Datakälla** Svenskt Njurregister
- Felkällor** Siffrorna är inte justerade, vare sig för olikheter i patientsammansättningen eller för olikheter i bakgrundspopulationen. Skillnaderna mellan landstingen måste tolkas med beaktande av detta. Dessa uppgifter bör i första hand ge incitament till de olika sjukvårdshuvudmännen att se över sin organisation, så att så många njursjuka patienter som möjligt kan erbjudas transplantation.

83 Kostnad per vårdtillfälle vid njurtransplantation

- Mått** Kostnad per vårdtillfälle för njurtransplantation, DRG 302.
- Beskrivning** Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen.
- Täljare:* Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen som grupperats till DRG 302
Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för DRG 302.
- Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från den nationella KPP-databasen. De så kallade kostnadsytterfallen, är exkluderade. Kostnadsytterfallen utgör 5 procent av antalet vårdtillfällen i databasen. Trimningen görs på vårdtillfällen med höga kostnader i respektive DRG.

DRG	DRG text
302	Njurtransplantation

Åtgärd	Åtgärdstext
KAS10	Homolog njurtransplantation, nekronjure
KAS20	Homolog njurtransplantation, levande donator

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

CANCERSJUKVÅRD

84 Överlevnad vid tjocktarmscancer

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer
Beskrivning	<p>Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första tjocktarmscancerdiagnos under perioden 2001–2007.</p> <p>Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.</p>
Mätmetod	<p>Uppgifterna om antalet patienter med tjocktarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C18–C19 enligt ICD 10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har använts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år.</p> <p>Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. med avseende på behandling, har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.</p>
Datakälla	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>

85 Överlevnad vid ändtarmscancer

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer
Beskrivning	<p>Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första ändtarmscancerdiagnos under perioden 2001–2007.</p> <p>Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.</p>
Mätmetod	<p>Uppgifterna om antalet patienter med ändtarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C20–C21 enligt ICD 10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p>

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

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

Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

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

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

86 Överlevnad vid bröstcancer

Mått

Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer

Beskrivning

Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor i åldern 0–89 år som fick sin första bröstcancerdiagnos under perioden 2001–2007.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.

Mätmetod

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

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om bröstcancer var den enda möjliga dödsorsaken.

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

Datakälla

Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

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

87 Överlevnad vid lungcancer

Mått

Relativ tvåårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med lungcancer

Beskrivning

Måttet visar den relativa tvåårsöverlevnaden för patienter i åldern 0–89 år som fick sin första lungcancerdiagnos under perioden 2001–2007.

Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2007.

Mätmetod

Uppgifterna om antalet patienter med lungcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C34 enligt ICD 10.

Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen m a p huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ tvåårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter två år om lungcancer var den enda möjliga dödsorsaken.

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

Datakälla Cancerregistret, Socialstyrelsen.

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

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

88 Reoperation vid ändtarmscancer

Mått Andelen reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer

Beskrivning *Täljare:* Antal omoperationer under en femårsperiod som utförts inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.

Nämnare: Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer under 2003–2007 som rapporterats i registret.

Med primäroperation avses den första operationen under perioden. Med operationer avses främre resektion, abdominoperineal rektumamputation eller Hartmann.

Mätmetod Uppgifterna har i denna redovisning inte korrigerats för patientmix.

Både datainsamling till kvalitetsregister och rapportering av data sker i onkologiska centras regi och kvalitetsregistret når en hög täckningsgrad.

Den geografiska fördelningen baseras på sjukhus där patienten behandlats och inte på patientens hemort.

Datakälla Svenska Rektalcancerregistret

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

89 Kurativ behandling vid prostatacancer

Mått Andel patienter under 70 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling.

Beskrivning Måttet anger den andel av männen med prostatacancer som fått kurativt syftande behandling med vilken menas kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålbehandling. Mätperioden sträcker sig under en femårsperiod.

Antal patienter med prostatacancer T1-2, Nx/N0, Mx/M0 med Gleasonsumma 7–10 eller PSA 10–50 µg/l som får kurativt syftande primärbehandling, genom totalt antal patienter i denna grupp. Dvs patienter med lokaliserad tumör som är medelhögt eller lågt differentierad som inte har tecken till spridning av cancer utanför prostata.

Täljare: Antal män under 70 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande primärbehandling.

Nämnare: Totala antalet män under 70 år med lokaliserade mellan- och högrisktumörer, som registrerats i Prostatacancerregistret.

Mätmetod	Uppgifterna samlas in av det Nationella Prostatacancerregistret. Registret har en hög täckningsgrad. Den geografiska fördelningen baseras på klinikernas lokalisering inte patientens hemort.
Datakälla	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering

90 Tid till behandlingsbeslut vid ÖNH-tumör

Mått	Tid mellan ankomst av remiss och behandlingsstart för patienter med ÖNH-tumör.
Beskrivning	Med ÖNH-tumör avses elakartad tumör i öron, näsa eller hals. Måttet belyser genomsnittstiden i dagar från det att remiss ankommer till dess att behandlingstyp är bestämd.
Mätmetod	Landstingsredovisningen baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.
Datakälla	Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering

PSYKIATRISK VÅRD

91 Själv mord i befolkningen

Mått	Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare.
Beskrivning	I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklart uppsåt. Måttet redovisas per 100 000 invånare sammantaget för perioden, per landsting.

Mätmetod

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

Ålderstandardisering har gjorts med rikets befolkning år 2000 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

92 Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel

Mått	Antal personer 20–79 år med regelbunden och hög användning av sömn-/lugnande medel, per 100 000 invånare.
Beskrivning	Bensodiazepiner är accepterade läkemedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångest-tillstånd 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. I måttet anges antalet som hämtat ut recept på bensodiazepiner beräknat per 100 000 invånare. Regelbundna användare: <i>Täljare:</i> Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 0,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag, <i>Nämnare:</i> Antal personer 20–79 år i befolkningen

Högekonsumenter:

Täljare: Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 1,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag

Nämnare: Antal personer 20–79 år i befolkningen.

Mätmetod Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

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

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

93 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Mått Andelen 80 år och äldre som använder tre eller fler psykofarmaka samtidigt.

Beskrivning I måttet redovisas samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov.

Täljare: Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt tre eller flera psykofarmaka

Nämnare: Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

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

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

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

94 Återskrivning efter vård för schizofreni

Mått Antal patienter med schizofreni som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik

Beskrivning Måttet avser att belysa allt för tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården inte är tillräckligt samordnad.

Täljare: Antal patienter som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar på psykiatrisk klinik.

Nämnare: Antal patienter 20–59 år som vårdats för schizofreni

Mätmetod Åldersstandardiserat med patienter med schizofreni som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Diagnos	ICD 10
Schizofreni	F20–F29

Datakälla Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor Diagnostäckningen i Patientregistret är inte fullständig. Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivning kan och bör undvikas, bland annat påverkar kriterier för inläggning utfallet.

95 Följsamhet till litiumbehandling vid bipolär sjukdom

Mått Antal personer med regelbunden litiumbehandling

Beskrivning Litiumbehandling är högprioriterat vid behandling av bipolär sjukdom i den preliminära versionen av nationella riktlinjer för ångest och depression. Litiumbehandling som förebyggande åtgärd ska förhindra återfall i periodiska depressioner eller manodepressivitet.

Täljare: Antal personer med fortsatt regelbunden litiumbehandling under nuvarande mätperiod

Nämnare: Antal personer 18 år och äldre med regelbunden litiumbehandling under föregående mätperiod

Med regelbunden medicinering menas uttag av litium under månad 1–4 samt under månad 9–12 under mätperioden.

Mätmetod Åldersstandardiserat med patienter som hämtat ut litium som standardbefolkning.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Litium	N05AN01

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

96 Väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri

Se indikator 22

97 Väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri

Se indikator 22

KIRURGISK BEHANDLING

98 Omoperation vid ljumskbråck

Mått	Antal opererade ljumskbråck som ej blivit omopererade i under 5 år
Beskrivning	Beräkningen görs med Kaplan-Meier statistik, i vilken patienter som avlidit eller emigrerat ingår som riskpatienter.
Mätmetod	Varje opererat bråck som är noterat i bråckregistret följs, från tiden för bråckoperationen framåt i tiden, tills en ny bråckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemortslän.
Datakälla	Svenskt Bråckregister
Felkällor	Registrets täckningsgrad är relativt god. Vissa kliniker opererar fler bråck som är mer tekniskt krävande.

99 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbråck

Mått	Andel operationer av ljumskbråck utförda i dagkirurgi. Beskrivning Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av ljumskbråck. <i>Täljare:</i> Antal operationer av ljumskbråck utförda i dagkirurgi <i>Nämnare:</i> Totala antalet utförda operationer av ljumskbråck d.v.s. även operationer utförda inom slutna vård.						
Mätmetod	Måttet baseras på antalet operationer och är nödvändigtvis inte likställt med antal personer som opererats. <table border="1"><thead><tr><th>Diagnos</th><th>Diagnoskod - ICD 10</th><th>Åtgärdskod</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ljumskbråck</td><td>K40.2, K40.9</td><td>JAB</td></tr></tbody></table> Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion).	Diagnos	Diagnoskod - ICD 10	Åtgärdskod	Ljumskbråck	K40.2, K40.9	JAB
Diagnos	Diagnoskod - ICD 10	Åtgärdskod					
Ljumskbråck	K40.2, K40.9	JAB					
Datakälla	Patientregistret, Socialstyrelsen						
Felkällor	Det finns en underrapportering av framförallt privat utförda operationer inom öppenvård.						

100 Miniinvasivt borttagande av gallblåsa

Mått	Andel som opereras med miniinvasiv teknik vid borttagande av gallblåsa
Beskrivning	Måttet är ett processmått och visar andelen patienter som opereras med miniinvasiv teknik vid elektiv kolecystektomi, borttagande av gallblåsa. Det är bra om detta görs med så litet kirurgiskt trauma som möjligt eftersom det leder till ett snabbare tillfrisknande och ett skonsammare postoperativt förlopp. I vissa fall kan inte valet av metod enbart ta hänsyn till det kirurgiska traumat utan måste också vägas mot vad som är tekniskt möjligt och vilken metod som ger minst risk för komplikationer. Miniinvasivt ingrepp är oftast laparoskopi, men kan även vara så kallad minigalla, med ett mindre öppet snitt. Inga akuta operationer ingår. <i>Täljare:</i> Antal patienter som opereras med laparoskopisk teknik eller "minigalla" vid borttagande av gallblåsa <i>Nämnare:</i> Samtliga elektiva operationer där gallblåsan opererades bort (kolecystektomi)
Mätmetod	Operationsmetod och övriga variabler registreras i kvalitetsregistret. Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.
Datakälla	GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

Felkällor Registrets täckningsgrad varierar mellan landstingen, framförallt för tidigare delen av mätperioden. 2008 var antalet rapporterade enheter 70, med en bedömd täckningsgrad på 85 procent.

101 Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

Mått Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter planerat borttagande av gallblåsa

Beskrivning Måttet är ett resultatmått och anger andelen patienter som inom 30 dagar får kirurgisk komplikation, efter planerad operation där gallblåsan tas bort (kolecystektomi). Komplikation är till exempel blödning, djup infektion, galläckage, perforerad tarm eller gallvägsskada. Inga akuta operationer ingår.

Täljare: Antalet patienter som fick en eller flera kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter operationen

Nämndare: Samtliga patienter som i planerad operation opererat bort gallblåsa

Mätmetod Operationsmetod och övriga variabler registreras i kvalitetsregistret. Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikens lokalisering, inte patientens hemort.

Datakälla GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

Felkällor Registrets täckningsgrad varierar mellan landstingen, framförallt för tidigare delen av mätperioden. 2008 var antalet rapporterade enheter 70, med en bedömd täckningsgrad på 85 procent.

Ingen justering för patientsammansättning har gjorts, vare sig för ålder eller annan faktor som kan ha påverkan på resultatet.

102 Kostnad per DRG-poäng vid galloperation

Mått Kostnad per DRG-poäng för gallkirurgi, kolecystektomi. Åtgärds-koder: JKA20 kolecystektomi och JKA21 laparoskopisk kolecystektomi.

Beskrivning Måttet beskriver den genomsnittliga kostnad per DRG-poäng för de sjukhus som lämnat uppgifter till den nationella KPP-databasen. De DRG-vikter som använts är efterkalkylerade (retrospektiva) och grupperingen har gjorts med NordDRG, Classic.

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

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

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

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

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

103 Tid till operation vid förträngning av halspulsåder

Mått Andel opererade inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern

Beskrivning Indikatorn är ett processmått för främst strokeförebyggande sjukvård inom kärlkirurgi och visar hur stor andel av patienterna med symptomgivande förträngning av halspulsådern som opereras inom 14 dagar från symptomdebut.

Vid förträngning av halspulsådern är det viktigt att operation sker snarast efter symptomdebut och diagnos. Den gynnsamma effekten av operationen minskar snabbt, ju längre tid det går.

Täljare: Antal patienter som opererats för symptomgivande halspulsåderförträngning inom 14 dagar efter symptomdebut

Nämnare: Alla patienter som opererats för symptomgivande halspulsåderförträngning

Mätmetod Tidpunkt för symptom (som regel TIA) och för operation registreras löpande i kvalitetsregistret. Täckningsgraden är god. Mer än 95 procent av alla operationer registreras i Swedvasc. Handläggningstider är angivna i samtliga registrerade fall.

Datakälla Swedvasc – Svenska Kärregistret

Felkällor

104 Död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben

Mått Andel döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben

Beskrivning Måttet är ett resultatmått och visar andelen patienter som avled eller fick amputeras ovan fotled 30 dagar efter infrainguinala ingrepp för kronisk kritisk ischemi i nedre extremitet (ben). Det är ett mått som främst visar kvaliteten i det kirurgiska ingreppet och/eller vilken selektion av patienter för ingreppet som gjorts.

Täljare: Antalet patienter som är döda eller amputerade ovan fotled 30 dagar efter operationen

Nämnare: Samtliga patienter som genomgått infrainguinal operation vid kritisk ischemi i nedre extremitet

Mätmetod Operation och uppföljningsresultat efter 30 dagar registreras i kvalitetsregistret.

Datakälla Swedvasc – Svenska Kärregistret

Felkällor Resultatet kan påverkas av patientkaraktistika, då ingen justering för ålder eller annan sjuklighet görs.

105 Kostnad per vårdtillfälle för kärloperation

Mått Kostnad per vårdtillfälle för infrainguinal rekonstruktion/bypass. Åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

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

Täljare: Totalkostnaden för samliga vårdtillfällen med åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen med åtgärdskod PEH, bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar.

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

Datakälla KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting

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

106 Patientrapporterat resultat av septumplastik

Mått Andel patienter som är helt eller ganska nöjda 6 månader efter septumplastik

Beskrivning Måttet är ett resultatmått och visar hur stor andel av de opererade patienterna som efter sex månader är helt eller ganska nöjda med operationen.

Septumplastik med eller utan samtidig conchotomi ingår. Samtliga patienter som opereras med septumplastik på grund av besvärlig nästäppa och som följts upp efter operation under den aktuella mätperioden ingår.

	<p><i>Täljare:</i> Antal patienter som svarade att de är helt eller ganska nöjda med resultatet av operationen</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga patienter som opererats med septumplastik på grund av nästäppa</p>
Mätmetod	<p>Sex månader efter operationen sänder registret ut en enkät och frågar patienterna hur de själva bedömer resultatet.</p> <p>44 kliniker av cirka 47 möjliga redovisar resultat. Täckningsgraden för detta delregister inom ÖNH-registret bedöms vara cirka 90 procent.</p> <p>Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.</p>
Datakälla	Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, näs- och halssjukvård.
Felkällor	Varierande täckningsgrad i olika landsting.

107 Synfel vid kataraktoperation

Mått	Andel patienter med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktoperation
Beskrivning	<p>Måttet visar hur stor andel av patienterna som vid tidpunkten för operation hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier. Måttet visar hur stor synförsämring man i de olika landstingen har för att komma ifråga för operation och är därmed ett mått på tillgänglighet till denna operation.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal kataraktpatienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier på det bästa ögat vid tidpunkten för operation</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga kataraktopererade patienter som registrerats i kataraktregistret under den aktuella mätperioden</p>
Mätmetod	<p>Uppgiften om synfelets grad registreras i kataraktregistret. Drygt 70 000 kataraktoperationer per år registreras i kataraktregistret, vilket motsvarar i det närmaste samtliga operationer som utförs i Sverige.</p> <p>Den geografiska fördelningen på landsting baseras på patientens hemort.</p>
Datakälla	Nationella Kataraktregistret
Felkällor	Det grundläggande datamaterialet bedöms vara av god kvalitet.

108 Väntat > 90 dagar – besök inom allmän kirurgi

Se indikator 22

109 Väntat > 90 dagar – operation av ljumskbråck

Se indikator 23

110 Väntat > 90 dagar – operation av gallblåsa/gallgång

Se indikator 23

111 Väntat > 90 dagar – operation av grå starr

Se indikator 23

INTENSIVVÅRD

112 Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA

Mått	Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelningen
Beskrivning	<p>Dödligheten har beräknats genom Standardiserad Mortalitäts Ratio (SMR). Med SMR avses kvoten mellan den observerade mortaliteten < 30 dagar efter ankomsten till intensivvårdsavdelning (IVA) och den förväntade riskjusterade mortaliteten.</p> <p>Observerad mortalitet = Antal avlidna < 30 dagar från vårdtillfällets start på IVA. Förväntad mortalitet = antal förväntade dödsfall enligt Svensk APACHE. Beräknas som summan av dödsrisken för alla intensivvårdspatienter med komplett riskjustering.</p>
Mätmetod	<p>För varje vårdtillfälle fångas faktisk mortalitet via Statens Person och Adressregister (SPAR).</p> <p>Riskjusterad mortalitet beskriver den förväntade dödligheten med hänsyn tagen till sjukdomens typ och svårighetsgrad samt patientens ålder och tidigare sjukdomar. Denna förväntan baseras i SAPS3 modellen på studier av huvudsakligen europeiska intensivvårdspatienter under 2002 (i APACHE modellen baseras förväntan på studiet av amerikanska patienter under 1980-talet). Förväntan jämförs sedan med den observerade sjukhus dödligheten. Kvoten mellan förväntad och observerad dödlighet benämns standardiserad mortalitets rat (SMR).</p> <p>$SMR = \text{observerad dödlighet} / \text{förväntad dödlighet}$. $SMR = 1$ när den observerade dödligheten är identisk med den förväntade dödligheten, $SMR > 1$ när den observerade dödligheten är högre än förväntan och $SMR < 1$ när den observerade dödligheten är lägre än förväntan.</p> <p>Svensk intensivvård håller för närvarande på att övergå från den äldre för svenska förhållanden modifierade APACHE modellen till SAPS3 modellen. Vi redovisar SMR baserat på Svensk APACHE endast när SAPS3 saknas.</p> <p>Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.</p>
Datakälla	Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)
Felkällor	<p>Ett stort antal faktorer påverkar SMR. Förekomsten av t.ex. avstå/avbryta behandling inom intensivvården påverkar SMR genom att andelen döda ökar. Modellen för riskjustering är också av stor betydelse.</p> <p>Ofullständig eller felaktig datainsamling kan påverka SMR. För riket som helhet var bortfallet under kalenderåret 2008 drygt 16 %. För 5 landsting saknas data helt. Bortfallet under 2008 per IVA varierade från 0 till 56%.</p>

113 Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelning

Mått	Andel (%) patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid
Beskrivning	<p>Måttet beskriver andelen (%) patienter som skrivs ut levande från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning nattetid.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter med utskrivning levande från IVA till vårdavdelning mellan kl. 22:00–06:59.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet patienter med utskrivning levande från IVA till vårdavdelning.</p> <p>Avgränsningar:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Patienter utskrivna till annan IVA exkluderas.2. Endast vårdtyp IVA – vårdtyp Barnintensivvård och Thoraxintensivvård exkluderas.
Mätmetod	I måttet ingår intensivvårdspatienter som vårdas på IVA enheter som är medlemmar i SIR och som skickar data.

I måttet ingår intensivvårdspatienter som vårdas på IVA enheter som är medlemmar i SIR och som skickar data. Uppgifterna inhämtas från respektive IVA-enhets egen databas.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

Datakälla Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)

Felkällor Ej redovisad behandlingsstrategi utgör en felkälla. Speciellt gäller det om andelen av åtgärderna "Avstå / avbryta behandling" är hög för de patienter som skrivs ut nattetid från IVA.

Kunskapen om detta är bristfällig eftersom en dryg tredjedel av SIR medlemmarna inte skickar data beträffande aktuell behandlingsstrategi för vårdtillfället.

För kalenderåret 2008 kunde 6 landsting (Blekinge, Gotland, Kronoberg, Uppsala, Värmland och Norrbotten) inte skicka denna typ av patientadministrativa data.

114 Oplanerade återinskrivningar till IVA

Mått Andel patienter som oplanerat återinskrivits på samma intensivvårdavdelning inom 72 timmar

Beskrivning Måttet beskriver antalet patienter som under mätperioden lagts in på IVA och sen inom 72 timmar, med samma diagnos lagts in igen på samma IVA.

Täljare: Antal intensivvårdstillfällen där patienten oplanerat skrivits in 72 timmar eller kortare tid efter första inläggning på samma IVA.

Nämnare: Antalet förstagångs intensivvårdstillfällen under 2008, gällande patienter utskrivna levande.

Mätmetod I måttet ingår intensivvårdspatienter som vårdas på IVA enheter som är medlemmar i SIR och som skickar data. Återinläggningar identifieras kontinuerligt i den centrala databasen. Uppgifterna inhämtas från respektive IVA-enhets egen databas.

Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

Datakälla Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)

Felkällor Om intensivvårdsavdelningens patientadministrativa stödsystem ej kan hantera ett sammanhängande intensivvårdstillfälle vid klinikbyte eller avdelningsbyte inom samma klinik, så fås falskt högt värde. Vid varje sådant byte, som sker under vårdtiden på IVA, skapas ett nytt vårdtillfälle av systemet. Detta leder till att antalet vårdtillfällen på IVA blir felaktigt och att antalet återinläggningar blir falskt höga.

För kalenderåret 2008 kunde 4 landsting (Blekinge, Kronoberg, Uppsala och Norrbotten) inte skicka denna typ av patientadministrativa data.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

115 Läkemedelsinteraktion bland äldre

Mått Andelen 80 år och äldre som använder läkemedel med risk för D-interaktioner

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

Täljare: Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas ha använt minst en läkemedelskombination med risk för D-interaktioner.

Nämnare: Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen

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

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

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

116 Tio eller fler läkemedel bland äldre

Mått Andelen 80 år och äldre som använder 10 eller fler läkemedel samtidigt

Beskrivning *Täljare:* Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december beräknas samtidigt ha använt 10 eller fler läkemedel.
Nämnare: Samtliga personer i åldrarna 80 år och över i befolkningen.

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

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

Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

117 Förekomst av antibiotikabehandling

Mått Andel antibiotikabehandlade i befolkningen

Beskrivning Mått beskriver antalet personer som hämtat ut antibiotika i förhållande till hela befolkningen.

Täljare: Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under året.
Nämnare: Befolkningen.

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

	<i>Täljare:</i> Antal personer där första recept var på penicillin V. <i>Nämnare</i> Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under året.
Mätmetod	Åldersstandardiserat med befolkningen år 2000 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personens hemort. Utgifterna baseras på antibiotika som hämtas ut på apoteket, ATC-kod antibiotika; (J01) respektive penicillin V; ATC-kod J01CE02.
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

118 Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika

Mått	Andel barn 0–6 år som behandlats med penicillin V av alla som behandlats med luftvägsantibiotika.
Beskrivning	Överdriven användning av bredspektrumantibiotika bidrar till att öka antibiotikaresistensen. Vid antibiotikabehandling av luftvägsinfektion som bedöms vara orsakad av bakteriell smitta, är Penicillin V förstahandsval och bör därmed i de flesta fall användas. Det är ett så kallat smalspektrumantibiotika, som är verksamt mot ett fåtal bakterier och har en mindre påverkan på kroppens normala bakterieflora. Måttet avser att mäta andel barn som fått penicillin V som förstahandspreparat vid förskrivning av luftvägsantibiotika. <i>Täljare:</i> Antal barn 0–6 år som vid första uttag under året hämtat ut recept på penicillin V. <i>Nämnare:</i> Antal barn 0–6 år som hämtat ut något recept på penicillin V, makrolider, cefalosporiner, eller amoxicillin under året. Tilläggsinformation i kolumnen höger om diagrammet i rapporten: Andel barn i befolkningen som hämtat ut något luftvägsantibiotika. <i>Täljare:</i> Antal barn som behandlats med luftvägsantibiotika. <i>Nämnare:</i> Antal barn i befolkningen
Mätmetod	Uppgifterna i täljaren, penicillin V, har i Läkemedelsregistret definierats med ATC-kod: J01CE02. Luftvägsantibiotika har definierats som penicillin V, makrolider, cefalosporiner, amoxicillin. ATC-koder: J01CA04, J01CR02 J01FA01, J01FA06, J01FA09, J01FA10, J01DB01, J01DB05, J01DC02, J01DC08, J01DD14. Åldersstandardiserat med 2000 års befolkning som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på barnens hemort
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

119 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

Mått	Andel kvinnor 18–79 år behandlade med kinoloner vid nedre urinvägsinfektion.
Beskrivning	Kinoloner är bredspektrumantibiotika och innefattar ciprofloxacin och norfloxacin. Kinoloner är ett bredspektrumantibiotika som i huvudsak bör förbehållas allvarliga infektioner. Strategigruppen för rationell antibiotikaförskrivning och minskad antibiotikaresistens (strama) och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har som mål

att andelen kinoloner vid förskrivning mot okomplicerad urinvägsinfektion ska vara högst 10 procent. Måttet avser att belysa följsamheten till dessa rekommendationer.

I måttet ingår kvinnor 18–79 år som någon gång under året hämtat ut ett recept på något av de ingående preparaten. Gäller endast förstagångsuttag.

Täljare: Antal kvinnor 18–79 år som under året hämtat ut recept på kinoloner.

Nämnare: Totalt antal kvinnor som hämtat ut recept på urinvägsantibiotikum; ciprofloxacin, norfloxacin, pivmecillinam, trimetoprim, nitrofurantoin.

Mätmetod Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på kvinnornas hemort.

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

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

120 Kombinationspreparat vid astma

Mått Andel nya användare av astmakombinationspreparat som tidigare inte förskrivits astmaläkemedel.

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

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

Täljare: Antal personer nyinsatta på astmakombinationspreparat som ej tidigare sedan 24 månader stått på något astmaläkemedel.

Nämnare: Antal personer 25–44 år nyinsatta på astmakombinationspreparat som ej tidigare sedan 24 månader stått på astmakombinationspreparat.

Mätmetod Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Astmaläkemedel	R03
Astmakombinationspreparat	R03AK06,R03AK07

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

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

121 ARB vid blodtryckssänkande behandling

Mått	Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare						
Beskrivning	<p>Samtliga ARB-läkemedel får begränsad subvention och de ska bara subventioneras för patienter som provat men inte kan använda ACE-hämmare eller som tillägg till ACE-hämmare. Detta är nya direktiv som gäller från och med 1 sept 2008 enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.</p> <p>Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av ARB tidigare fått behandling med ACE-hämmare, som ett mått på följsamhet till behandlingsrekommendationer.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal personer nyinsatta på ARB som ej tidigare sedan 24 månader stått på ARB eller ACE-hämmare.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer 30–79 år nyinsatta på ARB som ej tidigare sedan 24 månader stått på ARB</p>						
Mätmetod	<p>Åldersstandardisering har gjorts med den behandlade befolkningen som standardpopulation.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Läkemedel</th><th>ATC-kod</th></tr></thead><tbody><tr><td>ARB</td><td>C09C, C09D</td></tr><tr><td>ACE</td><td>C09A, C09B</td></tr></tbody></table>	Läkemedel	ATC-kod	ARB	C09C, C09D	ACE	C09A, C09B
Läkemedel	ATC-kod						
ARB	C09C, C09D						
ACE	C09A, C09B						
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen						
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller receptfria läkemedel. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.						

ANNAN VÅRD

122 God viruskontroll vid HIV

Mått	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling
Beskrivning	<p>Måttet är ett processmått för vården av HIV-smittade och anger hur stor andel av alla med antiviral behandling som når målet för god viruskontroll, definierat som HIV-RNA < 50 kopior/ml. Hämning av virusförökning är ett centralt mål i HIV-behandling. God viruskontroll motsvarar ett tillstånd där virus inte kan upptäckas i den HIV-infekterade patientens blodplasma. Virusmåttet är direkt relaterat till patientens överlevnad.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal HIV-patienter med antiviralbehandling riktad mot HIV med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga HIV-patienter med antiviral behandling riktad mot HIV</p>
Mätmetod	<p>Kliniska data och laboratoriedata inrapporteras kontinuerligt i InfCare HIV av patientens ordinarie vårdgivare i direkt anslutning till vårdtillfälle.</p> <p>Varje kliniks resultatmått och demografi visas i realtid på den egna kliniken. Nationell avläsning sker 1 gång per år. Patientens senaste mätvärde under mätperioden redovisas.</p> <p>Ingen avgränsning sker av den behandlade populationen. Alla patienter inkluderas och ingen standardisering sker därmed.</p> <p>Patienten registreras på den klinik där han/hon vid den givna tidpunkten är registrerad vid, oavsett tidigare eventuell annan kliniktilhörighet och oavsett bostadsort.</p> <p>Täckningsgraden är över 99 procent.</p>
Datakälla	Kvalitetsregistret InfCareHIV
Felkällor	

123 Smärtskattning i livets slutskede

Mått	Andel cancerpatienter i livets slutskede som har skattat sin smärta med VAS/NRS
Beskrivning	<p>Måttet är ett processmått och visar andelen cancerpatienter som under den sista levnadsveckan vid minst ett tillfälle skattade sin smärta med instrumentet VAS/NRS.</p> <p>För att i tid fånga och därmed minimera den sjukes smärtupplevelse krävs ett rutinarbete med systematisk smärtskattning. Patientens smärtupplevelse kan förmedlas utan formella skattningsinstrument, men användande av smärtskattningsinstrument fungerar som screeningverktyg, då inte alla spontant berättar om sin smärta. Ett smärtskattningsinstrument underlättar också den interna uppföljningen av vidtagna åtgärder mot smärta liksom rapportering personal emellan.</p> <p><i>Täljare:</i> Antalet cancerpatienter som under den sista levnadsveckan vid minst ett tillfälle skattade sin smärta med instrumentet VAS/NRS den aktuella mätperioden</p> <p><i>Nämnamnare:</i> Samtliga cancerdödsfall i Palliativregistret under mätperioden, för vilka kompletta enkäter inkommit.</p>
Mätmetod	Uppgiften om smärtskattning rapporteras retrospektivt in via ett webbformulär. Det skall finnas tydlig dokumentation av att smärtskattning utförts.
Datakälla	Svenska Palliativregistret
Felkällor	<p>Symtomskattning beskrivs i de flesta omvårdnadsjournaler i fri text alternativt som en fristående variabel som inte är möjlig att sammanställa på ett enkelt sätt med datorns hjälp. Det krävs alltså en manuell tolkning för att besvara frågan.</p> <p>Till Palliativregistret rapporterar en rad olika vårdgivare, med finansiering både från kommuner och landsting. Vården kan ha bedrivits på sjukhus, i äldreboenden eller i patientens hem. För cancerdödsfall har Svenska Palliativregistret en täckningsgrad på 38,5 procent 2008, men med variationer mellan landstingen/länen. Täckningsgraden baseras på jämförelse med cancerfall enligt Cancerregistret.</p>

124 Vidbehovsordination av opiater i livets slutskede

Mått	Andel cancerpatienter i livets slutskede som har vidbehovsordination av opiater
Beskrivning	<p>Måttet visar andelen cancerpatienter för vilka det fanns ordination för injektion av opioid (morfinpreparat mot smärta) vid behov, senast ett dygn före dödsfallet. Måttet avser bara de patienter där dödfallet enligt vårdgivarens bedömning var väntat.</p> <p>Måttet är ett processmått vid vård av för sjukvården väntade dödsfall. God palliativ vård i livets slut innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas. Då skall tillses att det finns adekvata ordinationer i händelse av smärtgenombrott, för att minimera fördröjning vid insättande av smärtstillande behandling.</p> <p><i>Täljare:</i> Antalet cancerpatienter som fått vidbehovsordination av opiater senast ett dygn före dödsfallet.</p> <p><i>Nämnamnare:</i> Totala antalet cancerpatienter, där vårdgivaren angivit att dödsfallet var väntat.</p>
Mätmetod	<p>Enkät besvaras av ansvarig personal omedelbart efter dödsfallet med stöd av aktuell läkemedelslista. Om skriftlig ordination finns senast ett dygn före dödsfallet besvaras frågan med Ja.</p> <p>Enkäten och därmed frågan besvaras för alla som avlidit utan att misstanke om brott föreligger, självmord eller olycka inträffat eller liknande. Avser endast de dödsfall i cancer där vårdgivaren bedömt dödsfallet som väntat</p>
Datakälla	Svenska Palliativregistret.
Felkällor	Variabeln baseras på förekomst av skriftliga ordinationer, vilket ger tydlighet. Det kan dock förekomma kommunikations problem där omvårdnadspersonalen är anställd av

kommun eller privat verksamhet medan den medicinskt ansvariga är anställd av landstinget med separata dokumentationssystem som följd.

Även cancerpatienter dör ibland plötsligt av andra orsaker än tumörsjukdomen. Detta kan medföra ett tolkningsproblem avseende om dödsfallet bedöms vara väntat (och därmed skall ingå i indikatorn) eller inte.

Bilaga 2

Jämförelse av täckningsgrad i Nationella Kvalitetsregister och hälsodataregister

Innehåll

INLEDNING	69
TÄCKNINGSGRADER FÖR KVALITETSREGISTER OCH DATABASER	71
Svenskt Bräckregister	71
Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi, GallRiks	74
Svenska Multipel Skleros Registret	79
Svenska Knäprotesregistret	82
Svenska Höftprotesregistret	84
Nationella Höftfrakturregistret, Rikshöft	86
Svenska Kärregistret, Swedvasc	88
Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke	91
Svenska Hjärtkirurgiregistret	93
Nationella Kataraktregistret	93
Nationella prostatacancerregistret	95
Nationella Diabetesregistret	96
KPP-databasens vårdtillfällen jämfört med Patientregistrets	98

Täckningsgradsjämförelser mellan Nationella Kvalitetsregister och hälsodataregister

INLEDNING

Rapporten *Öppna jämförelser 2009* innehåller framförallt uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister, från 19 Nationella Kvalitetsregister och från databaser vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En beskrivning av dessa register och databaser finns i bilaga 2 till *Öppna jämförelser 2008*, till vilken vi hänvisar den intresserade. Bilagan nås via Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings hemsidor. Se även vidare faktaruta med adresser till registerhemsidor.

En förutsättning för att kunna göra öppna jämförelser, uppföljningar och analyser är att uppgifter om hälso- och sjukvården finns och är tillgängliga samt att uppgifterna håller hög datakvalitet. Tillgång och kvalitet i data påverkar också möjligheterna för verksamhetsuppföljning och utveckling, styrning, ledning och prioriteringar inom hälso- och sjukvården samt för klinisk forskning. Med en hög kvalitet i data menas till exempel att det inte är stora bortfall, att uppgifterna är pålitliga och därmed jämförbara.

I denna bilaga redovisas en viktig aspekt på en datakällas kvalitet, nämligen hur komplett rapporteringen till registret är. Detta görs genom jämförelser av täckningsgraden för nationella Patientregistret vid Socialstyrelsen och tolv Nationella Kvalitetsregister och även av KPP-databasen (Kostnad Per Patient) vid SKL. Även Läke-medelsregistret används för jämförelser av täckningsgrad för ett kvalitetsregister.

Individbaserade uppgifter om hälso- och sjukvården finns samlade på nationell nivå i Socialstyrelsens hälsodata- och dödsorsaksregister, i de 69 Nationella Kvalitetsregistren med nationell finansiering och i KPP-databasen. Deltagandet i de Nationella

LÄNKAR TILL VANLIGEN ANVÄNDA DATAKÄLLOR I ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Datakällor vid Socialstyrelsen

www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/statistik/statistikdatabas

www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister

www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret

Datakällor vid Sveriges Kommuner och Landsting

Alla kvalitetsregister nås via www.kvalitetsregister.se.

www.vantetider.se

www.vardbarometern.nu

KPP-databasen nås via <http://www.skl.se/artikel.asp?C=1334&A=41801>

Kvalitetsregistren och i SKLs databaser är frivilligt. Rapporteringen till Socialstyrelsens nationella register är obligatorisk och lagreglerad. Alla vårdgivare, således även privata, som bedriver slutenvård eller specialiserad öppenvård har en skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens patientregister. Rapporteringen till registret är reglerad genom förordning 2001:707 (SFS) samt föreskrifterna SOSFS 2002:1 och SOSFS 2006:21 (M).

Det är stora variationer i täckningsgraden mellan de här analyserade Nationella Kvalitetsregistren. Man bör ha i åtanke att de olika registrens uppdrag varierar från registrering av mindre polikliniska operationer till registrering och longitudinell uppföljning av kroniska sjukdomstillstånd. Vissa Nationella Kvalitetsregister har således ett svårare uppdrag än andra och detta kan påverka följsamheten vid frivillig rapportering. Täckningsgraden varierar dock även mellan kliniker inom ett register.

Jämförelser av täckningsgrad har ett stort och ömsesidigt värde. Genom dessa kan bedömas hur komplett inrapporteringen är till både Nationella Kvalitetsregister och till Patientregistret. Jämförelserna är därmed ett viktigt stöd för fortsatt förbättring av rapporteringen till de olika registren.

Täckningsgradsjämförelserna – en beskrivning

Ofta anges täckningsgraden i hur många enheter som rapporterar till respektive register. Detta säger dock inget om hur varje enhet rapporterar på individnivå. I redovisningen som följer har därför istället en uppskattning av täckningsgraden gjorts genom att för tio av kvalitetsregistren matcha på individnivå mot Patientregistret. För Kataraktregistret, som inte registrerar personnummer, har endast jämförelser av antal fall gjorts. På samma sätt har de läkemedelsbehandlade diabetikerna i Nationella Diabetesregistret jämförts med Läkemedelsregistrets antal patienter med diabetesbehandling. Vid denna jämförelse har Läkemedelsregistret betraktats som referens, i kraft av att det är heltäckande.

Täckningsgraden redovisas som andelen fall som rapporterats till båda registren samt som andelen fall som endast rapporterats till ett av registren. Den faktiska täckningsgraden i de olika registren kan vi inte med full säkerhet uttala oss om, eftersom det kan finnas fall och åtgärder som varken har inrapporterats till Patientregistret (PAR) eller till de Nationella Kvalitetsregistren.

Matchningarna har gjorts på vissa utvalda specifika diagnoser eller operationer/åtgärder. Det finns en stor mängd uppgifter i respektive register som inte ingått i jämförelserna. Matchningarna redovisas, när det varit möjligt, både på landstingsnivå och på sjukhusnivå. Matchningar på sjukhusnivå har dock inneburit vissa svårigheter. Det råder inte nationell enhetlighet vare sig i hur sjukhusen/vårdenheter kodas eller betecknas namnmässigt.

Vissa landsting har de senaste åren även genomfört organisatoriska sammanslagningar som har medfört att man i sina register tagit bort eller väljer att inte rappor-

tera uppgifterna på sjukhusnivå; det går då inte att utröna vilken enskild enhet som producerat vården. Andra svårigheter i samband med matchningarna har varit olikheter i datumregistrering. Vidare att registreringen till PAR oftast inte innehåller uppgift om lateralitet, vilket är en nackdel för matchningen om kvalitetsregistret avser interventioner på pariga organ (höger- vänster knä etc).

Täckningsgraden för följande kvalitetsregister och databaser redovisas, i den ordningsföljd som de listas nedan:

- Svenskt Bräckregister
- Gallriks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi
- SMSreg – Svenska Multipel Skleros Registret
- Svenska Knäprotesregistret
- Svenska Höftprotesregistret
- Swedvasc – Svenska Kärregistret
- Riks-Stroke
- Svenska Hjärtkirurgiregistret, del i SWEDEHEART
- Nationella Prostatacancerregistret
- RIKSHÖFT
- Nationella Kataraktregistret
- NDR - Nationella Diabetesregistret
- KPP-databasen

TÄCKNINGSGRADER FÖR KVALITETSREGISTER OCH DATABASER

Svenskt Bräckregister

Under år 2008 hade totalt 17 707 ljumsk- och femoralbräcksooperationer (JAB, JAC) registrerats i Bräckregistret och Patientregistret (PAR). En jämförelse mellan registren visade att 70 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå och operationsdatum respektive in- och utskrivningsdatum eller besöksdatum i PAR för ljumskbräck- och femoralbräcksooperationer. Patienter som registrerades mer än en gång på samma operationsdatum i Bräckregistret har fått förekomma i matchningen endast en gång per dag. Härigenom reduceras antalet bräckoperationer enligt Bräckregistret något.

Tabell 1 Antal bräckoperationer som registrerats i bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008

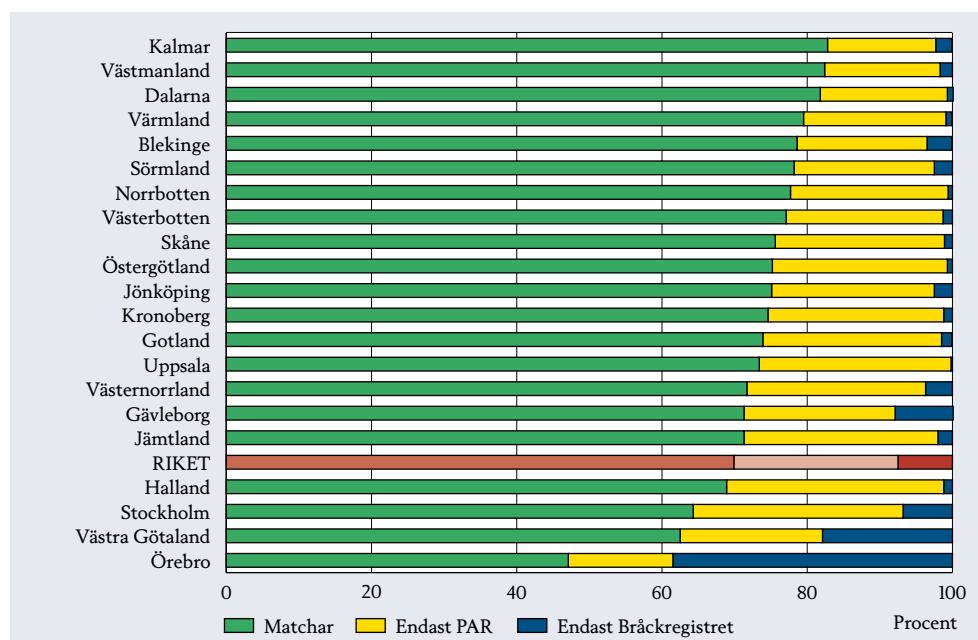
Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	12 379	69,9			
Endast PAR	4 000	22,6	PAR	16 379	92,5
Endast Bräckregistret	1 328	7,5	Bräckregistret	13 707	77,4
<i>Totalt</i>	<i>17 707</i>				

Tabell 2 Täckningsgrad för bräckoperationer i Patientregistret (PAR) respektive Bräckregistret (BR), 2008.

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	BR		Antal	PAR	BR
Stockholm	3 471	93,2	71,1	Halland	572	98,8	70,1
Ersta sjukhus	686	96,4	90,2	Falkenbergs sjukhus	212	99,1	73,6
Karolinska Solna	519	99,8	5,0	Halmstads sjukhus	189	97,9	72,5
S:t Görans sjukhus	455	97,1	87,0	Kungsbacka sjukhus	122	99,2	88,5
Danderyds sjukhus	353	99,4	64,6	Varbergs sjukhus	49	100	0,0
Södertälje sjukhus	298	99,3	85,6	Västra Götaland	3 699	82,1	80,4
Södersjukhuset	248	99,6	91,9	Skaraborgs sjukhus	548	99,1	84,1
Löwenströmska	194	100	73,2	Sahlgrenska	495	98,4	45,5
Nacka sjukhus	153	98,7	81,0	NU-sjukvården	490	99,6	75,1
Norrhälje sjukhus	137	98,5	85,4	SÅ-sjukvården	387	98,4	80,4
Karolinska Huddinge	130	93,8	84,6	Sergelkliniken	358	0,3	100
Sophiahemmet	126	0,0	100	Västra Frölunda sjh	330	99,1	88,2
Järva Närsjukhus	55	92,7	23,6	Lundby sjukhus	327	81,3	78,9
Privat vårdgivare	35	0,0	100,0	Kungälv sjukhus	189	98,9	89,9
Sabbatsbergs Närsjh	32	96,9	25,0	Alingsås lasarett	161	95,0	87,6
Fruängens Läkarhus	32	62,5	100	Calanderska sjukhemmet	152	0,0	100
Handens sjukhus	12	83,3	83,3	Norra Älvsborgs sjukhus	123	99,2	100
Övriga privata	6	100	0,0	Läkarhuset Göteborg	70	82,9	100
Uppsala	504	99,8	73,6	Art Clinic Göteborg	46	0,0	100
Samariterhemmet	214	100	100	Övriga privata	23	100	0,0
Enköpings lasarett	164	99,4	88,4	Värmland	611	99,2	80,4
Akademiska sjh	126	100	9,5	Arvika sjukhus	226	98,7	82,7
Sörmland	565	97,5	80,7	Torsby sjukhus	215	100	92,6
Mälarsjukhuset	234	97,0	82,9	Karlstads sjukhus	170	98,8	61,8
Nyköpings sjukhus	200	98,5	86,5	Örebro	646	61,5	85,6
Kullbergska sjh	131	96,9	67,9	Capio Läkargruppen	248	0,0	100
Östergötland	435	99,3	75,9	Universitetssjh Örebro	153	100	67,3
Finspångs lasarett	132	100	92,4	Karlskoga lasarett	135	99,3	85,9
Motala lasarett	127	98,4	93,7	Lindesbergs lasarett	110	100	78,2
Vrinnevisjukhuset	118	100	55,1	Västmanland			
Universitetssjh Linköping	58	98,3	41,4	Västerås lasarett	410	98,3	84,1
Jönköping	670	97,5	77,6	Dalarna	521	99,2	82,5
Höglandssjukhuset	248	99,2	88,3	Mora lasarett	243	100	86,0
Ryhov, länsjukhus	246	95,5	78,9	Ludvika lasarett	152	100	100
Värnamo sjukhus	176	97,7	60,8	Falu lasarett	126	96,8	54,8
Kronoberg	331	98,8	75,8	Gävleborg	515	92,0	79,2
Växjö lasarett	179	98,9	70,9	Gävle sjukhus	252	99,2	69,8
Ljungby lasarett	142	98,6	87,3	Bollnäs sjukhus	160	75,6	95,6
Övrig privata	10	100	0,0	Hudiksvalls sjukhus	103	100,0	76,7
Kalmar	536	97,8	85,1	Västernorrland	460	96,3	75,4
Oskarshamns sjukhus	250	99,6	90,8	Sundsvalls sjukhus	235	94,9	87,2
Länssjukhuset Kalmar	148	98,6	82,4	Örnsköldsviks sjukhus	127	96,9	81,9
Västerviks sjukhus	138	93,5	77,5	Sollefteå sjukhus	60	100	0,0
Gotland				Härnösands sjukhus	38	97,4	100
Visby lasarett	142	98,6	75,4	Jämtland			
Blekinge				Östersunds sjukhus	251	98,0	73,3
Blekingesjukhuset	262	96,6	82,1	Västerbotten	468	98,7	78,4
Skåne	2 117	98,9	76,7	Norrlands Universitetssjh	228	97,4	72,8
Ängelholms sjukhus	442	99,5	89,8	Skellefteå lasarett	140	100	85,7
Universitetssjh MAS	433	98,6	96,1	Lycksele lasarett	100	100	81,0
Landskrona lasarett	361	99,4	79,5	Norrbottn	521	99,4	78,3
Kristianstads sjukhus	343	99,1	77,3	Kalix lasarett	381	99,5	91,1
Ystads lasarett	222	96,8	86,5	Kiruna lasarett	73	98,6	83,6
Universitetssjh Lund	214	100	0,0	Sunderbyns sjukhus	54	100	0,0
Helsingborgs lasarett	99	97,0	67,7	Gällivare lasarett	13	100	0,0
Övriga	3	100	0,0				

Flertalet landsting rapporterar mellan 70 och 80 procent av uppgifterna till bägge registren (figur 1). Täckningsgraden för Patientregistret är relativt hög i alla lands- ting förutom Örebro. Den lägre täckningsgraden i Örebro beror på att Capio Läkargruppen, som är den största producenten, inte rapporterar alls till Patientregistret (tabell 2). Täckningsgraden för Bräckregistret varierar från 70 procent i Halland till 86 procent i Örebro. Inom Västra Götaland varierar det något mellan sjukhusen till vilket register de rapporterar uppgifterna. Sergelkliniken och Calanderska rap- porterar enbart till Bräckregistret medan Sahlgrenska rapporterar i högre grad till Patientregistret.

Figur 1 Andel bräckoperationer som rapporterats till bägge registren, till enbart Patientregistret respektive enbart Bräckregistret, 2008



Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi, GallRiks

Täckningsgradsjämförelser mellan Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi (GallRiks) och Patientregistret (PAR) har gjorts dels utifrån kirurgiska åtgärder, operationer på gallblåsan, dels utifrån registrerade undersökningar, ERCP-undersökningar.

- Kolecystektomier – operationer på gallblåsan och kolangiotomi (JKA20, JKA21, JKB00).
- ERCP-undersökningar – endoskopiska och radiologiska undersökningar på gallvägar och bukspottkörtelgång (UJK02, UJK05).

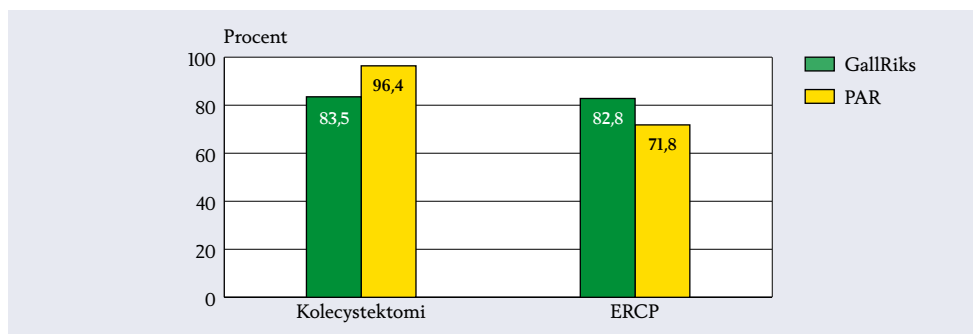
Matchningarna mellan registren gäller data för år 2008. Matchningen visade att 80 procent av de kirurgiska åtgärderna och 55 procent av undersökningarna rapporterades till bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå och operationsdatum respektive in- och utskrivningsdatum eller besöksdatum.

Tabell 3 Antal fall som rapporterats och andelen fall som matchar i de bägge registren, 2008

	Totalt antal	Antal rapporterade fall		Andel fall som matchar %
		GallRiks	PAR	
Kolecystektomi	12 472	10 413	12 028	79,9
ERCP	7 458	6 172	5 353	54,5

Täckningsgraden varierade, framförallt för Patientregistret, avseende rapportering av kirurgisk åtgärd respektive ERCP-undersökning (figur 2). Täckningsgraden för kolecystektomier var något högre för Patientregistret, medan täckningsgraden för ERCP-undersökning var något högre för GallRiks.

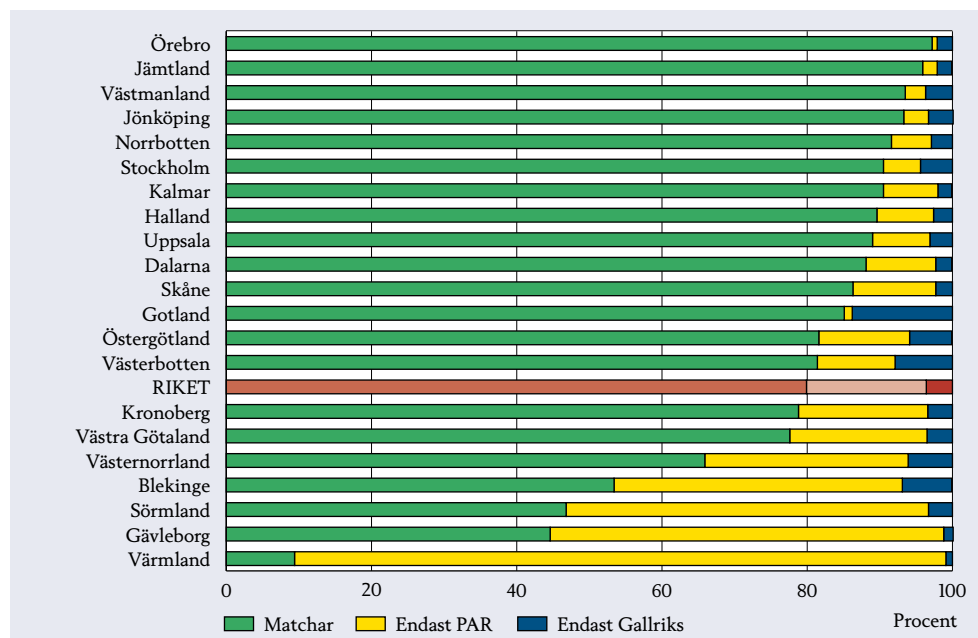
Figur 2 Täckningsgrad i procent för respektive register, 2008



Kolecystektomi

Några landsting som Örebro och Jämtland rapporterade i hög grad uppgifterna till bägge registren (figur 3). Täckningsgraden för Patientregistret varierade från 86 procent på Gotland till 99 procent i Värmland och Gävleborg. Täckningsgraden för GallRiks varierade från 10 procent i Värmland till 99 procent i Örebro och Gotland (tabell 4).

Figur 3 Andel operationer som rapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008.



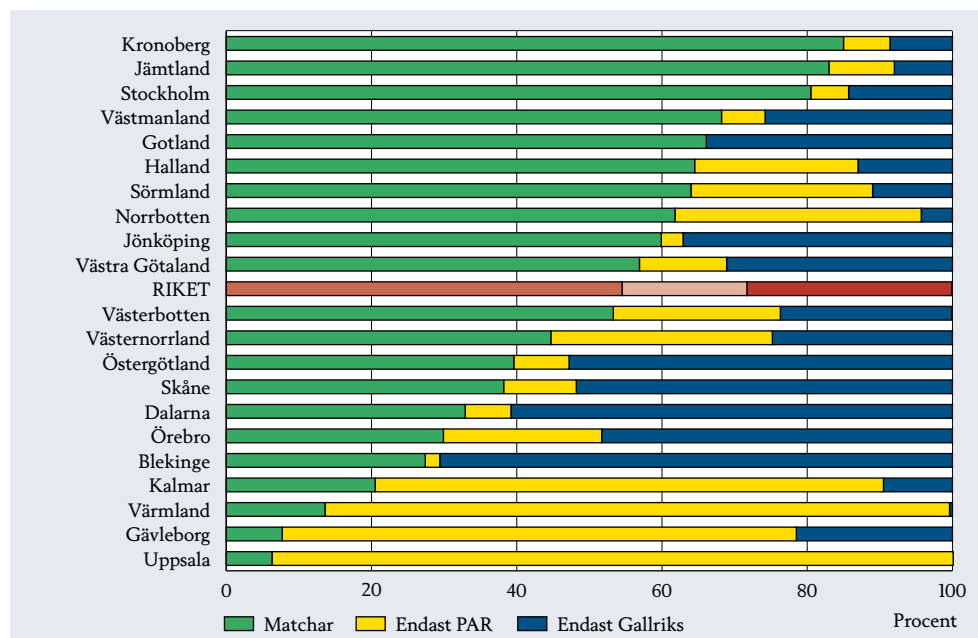
Tabell 4 Täckningsgrad för kolecystektomier i Patientregistret (PAR) respektive GallRiks (GR), 2008.

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	GR		Antal	PAR	GR
Stockholm	2 253	95,6	94,9	Halland	308	97,4	92,2
Danderyds sjukhus	435	99,3	96,1	Halmstads sjukhus	139	98,6	88,5
S:t Görans sjukhus	411	97,8	99,0	Varbergs sjukhus	135	96,3	96,3
Ersta sjukhus	374	88,8	99,2	Kungsbäcks sjukhus	34	97,1	91,2
Södersjukhuset	363	97,8	97,8	Västra Götaland	1 914	96,5	81,1
Karolinska Huddinge	276	92,8	79,3	Sahlgrenska	762	95,9	68,1
Södertälje sjukhus	183	95,1	97,8	Skaraborgs sjukhus	354	96,3	93,5
Karolinska Solna	108	93,5	84,3	NU-sjukvården	254	96,9	92,5
Norrtälje sjukhus	103	99,0	96,1	SÅ-sjukvården	213	96,2	99,1
Uppsala	483	96,9	92,1	Kungälv sjukhus	118	97,5	56,8
Akademiska sjh	256	96,9	88,3	Alingsås lasarett	98	95,9	100
Enköpings lasarett	227	96,9	96,5	Västra Frölunda sjukhus	94	100	97,9
Sörmland	393	96,7	50,1	Lundby sjukhus	21	100	0,0
Mälarsjukhuset	154	100	0,6	Värmland	436	99,1	10,3
Nyköpings sjukhus	150	92,0	98,7	Karlstads sjukhus	185	99,5	20,0
Kullbergsska sjh	89	98,9	53,9	Arvika sjukhus	142	100	0,0
Östergötland	582	94,2	87,5	Torsby sjukhus	109	97,2	7,3
Vrinnevisjukhuset	262	95,4	94,3	Örebro	434	97,9	99,3
Universitetssjh Linköping	196	90,8	74,0	Universitetssjh Örebro	207	98,1	99,0
Motala lasarett	124	96,8	94,4	Karlskoga lasarett	140	97,1	99,3
Jönköping	477	96,6	96,6	Lindesbergs lasarett	87	98,9	100
Höglandssjukhuset	188	97,9	94,7	Västmanland			
Ryhov, länssjukhus	168	95,2	99,4	Västerås lasarett	325	96,3	97,2
Värnamo sjukhus	121	96,7	95,9	Dalarna	405	97,8	90,4
Kronoberg	236	96,6	82,2	Mora lasarett	211	99,5	99,5
Växjö lasarett	137	98,5	73,0	Falu lasarett	194	95,9	80,4
Ljungby lasarett	99	93,9	94,9	Gävleborg	480	98,8	45,8
Kalmar	412	98,1	92,5	Gävle sjukhus	205	99,5	0,5
Länssjh Kalmar	156	98,7	98,1	Bollnäs sjukhus	143	100	78,3
Oskarshamns sjh	139	98,6	99,3	Hudiksvalls sjukhus	132	96,2	81,1
Västerviks sjukhus	117	96,6	76,9	Västernorrland	425	93,9	72,0
Gotland				Sundsvalls sjukhus	233	90,1	99,6
Visby lasarett	87	86,2	98,9	Örnsköldsviks sjukhus	116	100	0,0
Blekinge				Sollefteå sjukhus	76	96,1	97,4
Blekingesjukhuset	219	93,2	60,3	Jämtland			
Skåne	1 669	97,7	88,6	Östersunds sjukhus	196	98,0	98,0
Helsingborgs sjh	400	97,3	95,3	Västerbotten	392	92,1	89,3
Landskrona lasarett	368	99,5	99,5	Norrlands Universitetssjh	192	89,1	87,0
Kristianstads sjh	257	96,9	96,5	Skellefteå lasarett	130	97,7	93,8
Universitetssjh MAS	248	95,2	93,1	Lycksele lasarett	70	90,0	87,1
Universitetssjh Lund	248	98,4	43,5	Norrbottnen	346	97,1	94,5
Ystads lasarett	146	99,3	98,6	Kalix lasarett	155	96,1	96,1
				Sunderbyns sjukhus	138	97,8	92,0
				Kiruna lasarett	33	100	97,0
				Gällivare lasarett	20	95,0	95,0

ERCP-undersökningar

Det var stora variationer mellan landstingen gällande till vilket register de rapporterade uppgifter om ERCP-undersökningar (figur 4). Uppsala och Värmland rapporterar exempelvis nästan enbart till Patientregistret. Blekinge, Dalarna och Östergötland rapporterar däremot i mycket högre grad till GallRiks. Täckningsgraden för Patientregistret varierade i landstingen mellan 29 och 100 procent och för GallRiks mellan 6 och 100 procent (tabell 5).

Figur 4 Andel undersökningar som rapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008



Tabell 5 Täckningsgrad för ERCP-undersökning i Patientregistret (PAR) respektive GallRiks (GR), 2008.

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	GR		Antal	PAR	GR
Stockholm	1 858	85,7	94,8	Halland	138	87,0	77,5
Karolinska Huddinge	683	86,2	95,2	Halmstads sjukhus	109	86,2	95,4
Södersjukhuset	567	91,4	98,9	Varbergs sjukhus	28	89,3	10,7
Danderyds sjukhus	232	58,2	89,7	Västra Götaland	1 215	68,9	88,0
S:t Görans sjukhus	213	98,1	94,8	Sahlgrenska	581	85,0	83,1
Karolinska Solna	98	87,8	85,7	NU-sjukvården	249	10,8	99,6
Norrälje sjukhus	31	77,4	93,5	SÅ-sjukvården	202	75,2	99,0
Ersta sjukhus	20	85,0	95,0	Skaraborgs sjukhus	150	92,0	72,0
Södertälje sjukhus	14	100	64,3	Kungälv's sjukhus	33	78,8	90,9
Uppsala				Värmland	236	99,6	14,0
Akademiska sjukhuset	176	100	6,3	Karlstads sjukhus	207	99,5	15,9
Sörmland	172	89,0	75,0	Torsby sjukhus	29	100	0,0
Kullbergska sjukhuset	72	83,3	100	Örebro			
Nyköpings sjukhus	56	87,5	100	Universitetssjh Örebro	174	51,7	78,2
Mälarsjukhuset	44	100	2,3	Västmanland			
Östergötland	422	47,2	92,4	Västerås lasarett	217	74,2	94,0
Universitetssjh Linköping	259	27,0	97,7	Dalarna	158	39,2	93,7
Vrinnevisjukhuset	163	79,1	84,0	Falu lasarett	86	57,0	88,4
Jönköping	337	62,9	97,0	Mora lasarett	72	18,1	100
Ryhov, länssjukhus	146	89,7	99,3	Gävleborg	65	78,5	29,2
Höglandssjukhuset	127	17,3	95,3	Gävle sjukhus	31	93,5	6,5
Värnamo sjukhus	64	92,2	95,3	Hudiksvalls sjukhus	31	64,5	51,6
Kronoberg				Bollnäs sjukhus	3	66,7	33,3
Växjö lasarett	140	91,4	93,6	Västernorrland	141	75,2	69,5
Kalmar	263	90,5	30,0	Sundsvalls sjukhus	93	62,4	97,8
Länssjukhuset Kalmar	169	100	0,0	Örnsköldsviks sjukhus	39	100	0,0
Västerviks sjukhus	82	73,2	84,1	Sollefteå sjukhus	9	100	77,8
Oskarshamns sjukhus	12	75,0	83,3	Jämtland			
Gotland				Östersunds sjukhus	100	92,0	91,0
Visby lasarett	62	66,1	100	Västerbotten	165	76,4	77,0
Blekinge				Norrlands Universitetssjh	104	78,8	89,4
Blekingesjukhuset	201	29,4	98,0	Skellefteå lasarett	47	63,8	63,8
Skåne	1 032	48,2	90,0	Lycksele lasarett	14	100	28,6
Universitetssjh MAS	374	31,3	99,5	Norrbottnen	186	95,7	66,1
Universitetssjh Lund	262	91,6	68,3	Sunderbyns sjukhus	120	96,7	50,8
Helsingborgs lasarett	217	48,8	94,0	Gällivare lasarett	31	93,5	100
Kristianstads sjukhus	177	18,1	97,7	Kiruna lasarett	24	91,7	100
				Kalix lasarett	9	100	77,8
				Piteå Älvdals sjukhus	2	100	0,0

Svenska Multipel Skleros Registret

Täckningsgradsjämförelsen har gjorts mellan Svenska Multipel Skleros Registret (MS-registret) och Patientregistret (PAR) avseende patienter som vårdats för multipel skleros, diagnoskod G35, och möjliga fall av multipel skleros som definierats i MS-registret. Det finns inga specifika nationella diagnoskoder för möjliga fall utan det är fall som av MS-registret definierats som möjlig multipel skleros. Vid matchningen av registren har inte gruppen möjliga fall definierats i PAR utan populationen i PAR inkluderar endast fall som rapporterade läkare kodat som multipel skleros (G35). Denna matchning mellan registren blir därmed mer svårtolkad än övriga registerjämförelser eftersom jämförelsen baseras på lite olika populationer i de bägge registren.

I MS-registret registrerades 10 322 patienter varav 9 266 observationer med MS-diagnos och 1056 patienter med möjliga MS-diagnoser. Matchningen är utförd på individnivå och en patient förekommer endast en gång under året. I matchningen ingår både specialiserad öppenvård och slutenvård. Jämförelsen gäller år 2008. I redovisningen av sjukhus har vårdenheter med litet antal observationer angetts som "Övriga". Det gällde totalt 24 vårdenheter och innehöll uppgifter om 56 patienter.

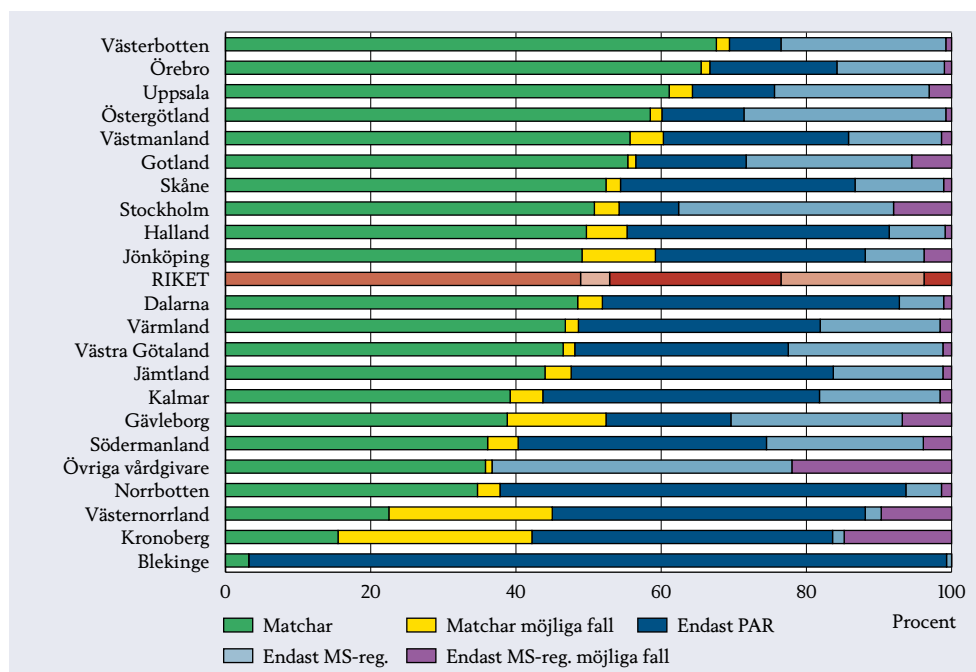
Tabell 6 Antal kodade MS-fall och möjliga MS-fall som rapporterats till bägge registren respektive till endast ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad		
			inklusive möjlig MS	Antal	Procent
Matchar	7 142	52,9			
<i>därav möjlig MS enligt MS-reg</i>	537	4,0			
Endast PAR	3 181	23,6	PAR	10 323	76,4
Endast MS-registret	3 180	23,6	MS-registret	10 322	76,4
<i>därav möjlig MS enligt MS-reg</i>	519	3,8			
<i>Totalt</i>	<i>13 503</i>				

Matchningen visade att 53 procent av fallen hade rapporterats till bägge registren. Detta innefattar de i MS-registret fastställda fallen av multipel skleros, de i samma register som ansågs ha en möjlig MS-diagnos och matchande fall i Patientregistret som rapporterats som multipel skleros (G35). Andelen möjliga fall som matchar uppgår till fyra procent (tabell 6). Dessa 4 procent innefattar de fall som i Patientregistret rapporterats som multipel skleros (G35), men som i MS-registret definierats som möjliga fall av MS. Möjliga fall som endast återfinns i MS-registret innefattar fall som definierats som möjliga i MS-registret, men som inte rapporterats till PAR med diagnoskoden multipel skleros (G35). Dessa fall kan eventuellt återfinnas i PAR, men i så fall med andra diagnoskoder. År 2008 återfanns totalt 13 503 möjliga och diagnoskodade fall av multipel skleros.

Totalt angavs 10 procent av patienterna i MS-registret ha en möjlig MS-diagnos. Andelen som av MS-registret betecknats som "möjlig MS", alltså med osäker diagnos, var mindre bland de fall som också hade en MS-diagnos i patientregistret och uppgick till 7,5 procent. Bland de patienter i MS-registret där ingen matchande MS-diagnos kunde hittas, var andelen med "möjlig MS" cirka 16 procent.

Figur 5 Andel diagnoskodade respektive möjliga fall av MS som rapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008



Det var stora variationer i täckningsgrad både för MS-registret och Patientregistret mellan och inom landstingen. Blekingesjukhuset rapporterar exempelvis inte alls till MS-registret och Karolinska Solna i Stockholm rapporterar i högre grad till MS-registret än till Patientregistret (tabell 7).

Tabell 7 Täckningsgrad för MS i Patientregistret (PAR) respektive MS-registret (MS), 2008.

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	MS		Antal	PAR	MS
Stockholm	3 359	59	80,4	Västra Götaland	2 235	75,9	67,7
Karolinska Solna	2 825	56,1	85,7	Sahlgrenska	1 305	72,1	88,2
Danderyds sjukhus	347	63,4	78,7	Uddevalla sjukhus	216	57,9	86,6
Karolinska Huddinge	109	100	0	NU-sjukvården	206	100	0
Södersjukhuset	19	100	0	Skaraborgs sjukhus	170	100	0
S:t Görans sjukhus	16	100	0	Borås lasarett	132	58,3	96,2
Odenplan privat	14	21,4	35,7	SÄ-sjukvården	63	100	0
Övriga	28	100	0	Västra Frölunda sjukhus	35	100	0
Uppsala	560	72,3	82,3	Norra Älvsborgs sjukhus	27	37,0	66,7
Akademiska sjukhuset	550	71,8	83,8	Skövde sjukhus	26	69,2	92,3
Enköpings lasarett	10	100	0	Kungälv sjukhus	15	100	0
Sörmland	310	70,3	57,7	Alingsås lasarett	13	100	0
Mälarsjukhuset	242	62,0	74,0	Privat vårdgivare	12	100	0
Nyköpings sjukhus	52	100	0	Lundby sjukhus	9	88,9	22,2
Kullbergsska sjukhuset	16	100	0	Skene lasarett	5	40,0	100
Östergötland	791	69,8	86,3	Värmland	400	80,0	63,3
U-sjh Linköping	452	63,9	92,9	Karlstads sjukhus	361	78,7	68,1
Vrinnevisjukhuset	214	78,0	70,6	Säffle sjukhus	14	92,9	28,6
Motala lasarett	124	76,6	90,3	Arvika sjukhus	12	100	0
Jönköping	454	78,0	57,3	Torsby sjukhus	9	100	0
Ryhov, läns sjukhus	223	83,9	74,9	Kristinehamns sjukhus	4	50,0	75,0
Höglandssjukhuset	163	65,6	36,2	Örebro	411	83,0	80,3
Värnamo sjukhus	68	88,2	50,0	Universitetssjh Örebro	389	82,0	84,6
Kronoberg	251	57,0	17,1	Karlskoga lasarett	18	100	5,6
Växjö lasarett	218	50,5	19,7	Lindesbergs lasarett	4	100	0
Ljungby lasarett	32	100	0	Västmanland	282	81,2	68,4
Kalmar	265	77,4	55,8	Västerås lasarett	270	80,4	71,5
Länssjukhuset Kalmar	166	72,3	62,0	Köpings lasarett	11	100	0
Västerviks sjukhus	91	84,6	49,5	Dalarna	379	89,4	54,6
Oskarshamns sjukhus	8	100	0	Falu lasarett	295	88,1	64,1
Gotland	92	70,7	78,3	Mora lasarett	60	91,7	30,0
Visby lasarett	92	70,7	78,3	Övriga	24	100	0
Blekinge	154	99,4	3,9	Gävleborg	309	56,0	62,5
Blekingesjukhuset	116	100	0	Gävle sjukhus	217	51,6	69,1
Karlskrona sjukhus	37	97,3	13,5	Bollnäs sjukhus	49	59,2	71,4
Skåne	1 584	84,7	64,6	Hudiksvalls sjukhus	43	74,4	18,6
Universitetssjh Lund	691	83,8	83,2	Västernorrland	276	65,6	24,6
Universitetssjh MAS	310	89,4	43,2	Sundsvalls sjukhus	159	47,8	22,0
Helsingborgs lasarett	251	83,7	59,4	Örnsköldsviks sjukhus	52	96,2	19,2
Kristianstads sjukhus	175	85,7	69,7	Sollefteå sjukhus	49	79,6	46,9
Ängelholms sjukhus	44	100	6,8	Härnösands sjukhus	16	100	0
Hälsingborg privat	33	15,2	97	Jämtland	166	80,1	59
Trelleborgs lasarett	25	100	0	Östersunds sjukhus	166	80,1	59
Ystads lasarett	18	88,9	33,3	Västerbotten	490	74,7	90,2
Hässleholms sjukhus	13	100	0	Norrlands Universitetssjh	484	74,4	91,3
Landskrona lasarett	12	91,7	25,0	Övriga	6	100	0
Övriga	12	100	0	Norrbottnen	288	90,6	39,6
Halland	338	85,8	57,4	Sunderbyns sjukhus	148	89,9	48,0
Halmstads sjukhus	184	92,4	51,1	Gällivare lasarett	63	92,1	66,7
Varbergs sjukhus	128	75,8	61,7	Piteå Älvdals sjukhus	34	100	0
Kungsbacka sjukhus	25	88,0	84,0	Kalix lasarett	32	78,1	0
				Övriga	10	100	0
				Okänd vårdgivare	109	35,8	77,1

Svenska Knäprotesregistret

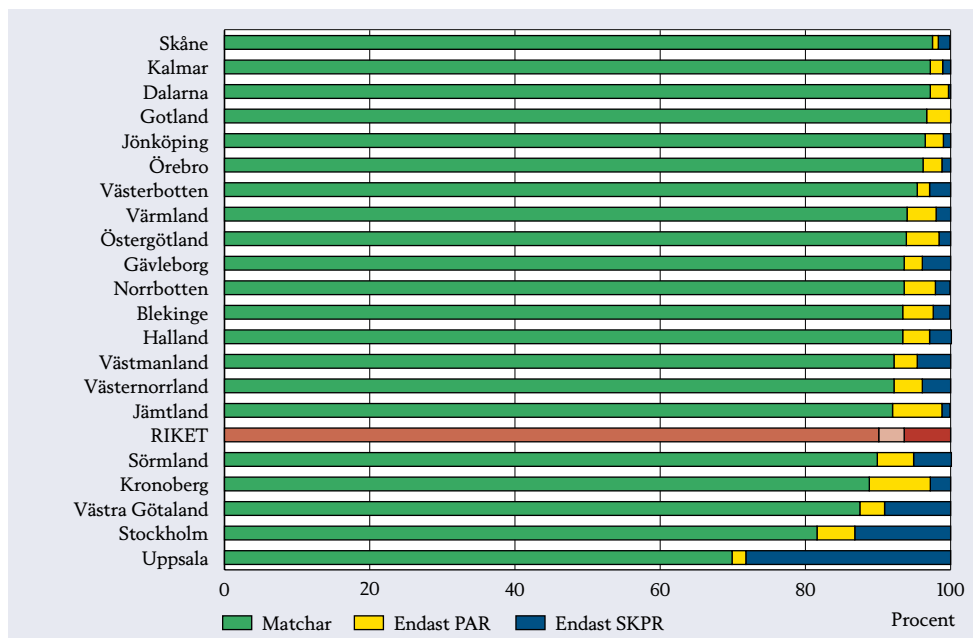
Under 2008 rapporterades totalt 11 122 primära knäprotesoperationer till Patientregistret (PAR) och till Svenska Knäprotesregistret (SKPR). Registren har matchats på individnivå och operationsdatum. Då matchningen skett på vårdtillfällen för en individ har de som fått två knäprotesoperationer vid samma vårdtillfälle endast registrerats en gång. Vårdtillfällen betraktas som matchande om det rör samma patient och om operationsdatumet i Knäprotesregistret ligger mellan PARs in- och utdatum.

Tabell 8 Antal primära knäprotesoperationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	10 017	90,1			
Endast PAR	391	3,5	PAR	10 408	93,6
Endast SKPR	714	6,4	SKPR	10 731	96,5
<i>Totalt</i>	<i>11 122</i>				

Flertalet landsting rapporterar mellan 90–98 procent av uppgifterna till bägge registren (figur 6), vilket ger en relativt hög och likartad täckningsgrad för bägge registren i de flesta landsting. Undantagen är framförallt Ortopediska huset och Sophiahemmet i Stockholm, Elisabethkliniken i Uppsala och Gothenburg Med

Figur 6 Andel knäprotesoperationer som rapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008.



Center i Västra Götaland som i högre grad rapporterar till Knäprotesregistret (tabell 9). Vårdenheterna i Kronoberg och Jämtland rapporterar däremot i något högre grad till Patientregistret.

Tabell 9 Täckningsgrad för knäprotesoperationer i Patientregistret (PAR) respektive Knäprotesregistret (SKPR), 2008.

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	SKPR		Antal	PAR	SKPR
Stockholm	2 285	86,8	94,8	Halland	602	97,0	96,3
Ortopediska Huset	396	60,6	95,5	Movement Halmstad	176	96,6	96,6
Södersjukhuset	356	97,2	96,1	Varbergs sjukhus	152	98,0	97,4
St Görans sjukhus	322	98,8	91,6	Spenshults reumatikersjh	141	95,7	95,7
Karolinska Solna	248	99,2	94,0	Halmstads sjukhus	133	97,7	95,5
Danderyds sjukhus	245	95,5	91,4	Västra Götaland	1 541	90,9	96,6
Ortho Stockholm	194	99,5	100	Skaraborgs sjukhus	343	97,4	97,7
Karolinska Huddinge	158	98,1	96,8	Sahlgrenska universitetssjh	269	97,8	96,3
Södertälje sjukhus	151	96,7	94,0	Alingsås lasarett	190	98,4	96,3
Sophiahemmet	100	0,0	100	SÅ-sjukvården	189	94,2	93,1
Norrhälje sjukhus	93	98,9	95,7	NU-sjukvården	182	92,9	97,3
Nacka-Proxima	16	43,8	100	Kungälv sjukhus	143	98,6	97,9
Övriga	6	100	0,0	Västra Frölunda sjh	129	98,4	95,3
Uppsala	412	71,8	98,1	Gothenburg Med Center	74	0,0	100
Enköpings lasarett	195	98,5	96,9	Calanderska sjukhem	22	9,1	100
Akademiska sjh	109	95,4	98,2	Värmland	402	98,0	96,0
Elisabethkliniken	108	0,0	100	Karlstads sjukhus	177	96,6	94,9
Sörmland	483	94,8	95,0	Arvika sjukhus	134	98,5	96,3
Kullbergska sjh	292	94,5	94,2	Torsby sjukhus	91	100	97,8
Nyköpings sjukhus	117	95,7	96,6	Örebro	342	98,8	97,4
Mälarsjukhuset	74	94,6	95,9	Universitetssjh Örebro	156	97,4	98,1
Östergötland	511	98,4	95,5	Karlskoga lasarett	99	100	99,0
Motala lasarett	390	98,7	95,6	Lindesbergs lasarett	87	100	94,3
Vrinnevisjukhuset	119	97,5	96,6	Västmanland	283	95,4	96,8
Jönköping	401	99,0	97,5	Västerås lasarett	179	94,4	95,5
Ryhov, länssjukhus	145	98,6	97,2	Köpings lasarett	104	97,1	99,0
Värnamo sjukhus	135	98,5	97,0	Dalarna	316	99,7	97,5
Höglandssjukhuset	121	100	98,3	Falu lasarett	198	100	98,5
Kronoberg	178	97,2	91,6	Mora lasarett	118	99,2	95,8
Växjö lasarett	109	95,4	89,9	Gävleborg	362	96,1	97,5
Ljunby lasarett	69	100	94,2	Bollnäs sjukhus	250	95,6	98,0
Kalmar	530	98,9	98,3	Hudiksvalls sjukhus	64	98,4	95,3
Oskarshamn sjh	311	98,7	97,7	Gävle sjukhus	48	95,8	97,9
Länssjh Kalmar	121	99,2	98,3	Västernorrland	283	96,1	96,1
Västerviks sjukhus	98	99,0	100	Örnsköldsviks sjukhus	109	98,2	96,3
Gotland				Sollefteå sjukhus	87	90,8	93,1
Visby lasarett	90	100	96,7	Sundsvalls sjukhus	87	98,9	98,9
Blekinge				Jämtland			
Blekingesjukhuset	213	97,7	95,8	Östersunds sjukhus	88	98,9	93,2
Skåne	1 215	98,4	99,2	Västerbotten	239	97,1	98,3
Hässleholms sjukhus	553	99,3	99,8	Norrlands Universitetssjh	123	97,6	97,6
Trelleborgs lasarett	460	99,1	98,9	Skellefteå lasarett	77	94,8	98,7
Ängelholms sjukhus	142	95,8	99,3	Lycksele lasarett	39	100	100
Universitetssjh Lund	24	91,7	87,5	Norrbottnen	345	98,0	95,7
Universitetssjh MAS	23	82,6	100	Piteå Älvdals sjukhus	291	97,6	95,2
Helsingborgs lasarett	13	100	100	Gällivare lasarett	47	100	97,9
				Sunderbyns sjukhus	7	100	100

Svenska Höftprotesregistret

Under år 2008 hade totalt 14 757 primära totala höftprotesoperationer rapporterats till Svenska Höftprotesregistret (SHPR) och Patientregistret (PAR), med operationskoder NFB 29, 39, 49, 99. En jämförelse mellan registren visade att 91 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå och datum för in- och utskrivning år 2008.

Tabell 10 Antal operationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	13 433	91,0			
Endast PAR	346	2,3	PAR	13 779	93,4
Endast SHPR	978	6,6	SHPR	14 411	97,7
<i>Totalt</i>	<i>14 757</i>				

Flertalet landsting rapporterar i hög grad till bägge registren (figur 7). I vissa landsting var det större skillnader, exempelvis i Uppsala och Stockholm där täckningsgraden var högre för SHPR. Det lägre värdet för PAR i vissa landsting härrör främst från privata enheter (tabell 11). I andra landsting har PAR högre täckningsgrad än SHPR, exempelvis i Västernorrland.

Figur 7 Andelen operationer som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008.



Tabell 11 Täckningsgrad för totala höftprotoseroperationer i Patientregistret (PAR) respektive Höftprotosregistret (SHPR), 2008

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	SHPR		Antal	PAR	SHPR
Stockholm	2 893	85,2	97,5	Halland	761	98,2	98,2
Ortopediska Huset	512	59,2	97,7	Halmstads sjukhus	206	98,1	98,1
Södersjukhuset	457	99,1	97,4	Varbergs sjukhus	204	99,5	99,5
Danderyds sjukhus	411	98,3	99,0	Movement	194	99,0	97,9
S:t Görans sjukhus	366	98,1	98,4	Spenshults reumatikersjh	157	95,5	96,8
Karolinska Solna	281	99,3	92,9	Västra Götaland	2 098	90,8	97,3
Karolinska Huddinge	227	97,4	98,2	Skaraborgs sjukhus	453	97,8	98,2
Ortho Center Sthlm	214	98,1	97,2	Sahlgrenska universitetssjh	423	95,0	95,5
Sophiahemmet	178	0,0	100,0	NU-sjukvården	315	98,7	98,1
Norrtälje sjukhus	123	99,2	96,7	SÄ-sjukvården	283	96,1	95,8
Södertälje sjukhus	111	96,4	97,3	Alingsås lasarett	210	97,1	99,0
Nacka sjukhus	13	61,5	100,0	Kungälv's sjukhus	192	99,0	99,5
Uppsala	655	76,8	98,9	OrthoCenter IFK	91	0,0	100,0
Akademiska sjh	291	97,9	97,9	Västra Frölunda sjh	87	96,6	89,7
Enköpings lasarett	221	98,6	99,5	Carlanderska	44	0,0	100,0
Axess Elisabeth	143	0,0	100,0	Värmland	474	97,5	96,8
Sörmland	535	94,8	98,3	Karlstads sjukhus	236	98,3	99,2
Kullbergska sjh	256	96,5	97,7	Arvika sjukhus	159	96,2	91,8
Nyköpings sjukhus	176	93,2	98,3	Torsby sjukhus	79	97,5	100,0
Mälarsjukhuset	103	93,2	100,0	Örebro	418	98,3	99,8
Östergötland	685	98,2	98,5	Universitetssjh Örebro	164	97,6	100,0
Motala lasarett	359	98,9	98,1	Lindesbergs lasarett	153	98,7	100,0
Vrinnevisjukhuset	267	98,1	99,3	Karlskoga lasarett	101	99,0	99,0
Universitetssjh Linköping	58	94,8	100,0	Västmanland	320	97,8	95,9
Jönköping	564	98,6	98,4	Västerås lasarett	250	97,6	94,8
Höglandssjukhuset	211	99,1	98,1	Köpings lasarett	70	98,6	100,0
Ryhov, länsjukhus	200	98,5	99,0	Dalarna	497	98,6	97,8
Värnamo sjukhus	153	98,0	98,0	Falu lasarett	296	98,6	98,0
Kronoberg	255	96,1	96,5	Mora lasarett	201	98,5	97,5
Växjö lasarett	151	94,7	94,0	Gävleborg	498	99,2	97,6
Ljungby lasarett	104	98,1	100,0	Bollnäs sjukhus	252	99,2	96,4
Kalmar	497	98,6	99,0	Gävle sjukhus	136	100,0	97,8
Oskarshamns sjh	220	97,7	98,6	Hudiksvalls sjukhus	110	98,2	100,0
Länssjh Kalmar	166	99,4	99,4	Västernorrland	469	96,8	88,9
Västerviks sjukhus	111	99,1	99,1	Örnsköldsviks sjukhus	198	94,9	95,5
Gotland				Sollefteå sjukhus	156	98,1	74,4
Visby lasarett	137	96,4	95,6	Sundsvalls sjukhus	115	98,3	97,4
Blekinge				Jämtland			
Blekingesjukhuset	214	95,3	93,0	Östersunds sjukhus	185	95,7	98,9
Skåne	1 708	98,2	99,0	Västerbotten	408	97,8	99,0
Hässleholms sjukhus	856	99,5	99,8	Lycksele lasarett	229	99,6	99,6
Trelleborgs lasarett	587	99,0	99,7	Skellefteå lasarett	92	95,7	98,9
Universitetssjh Lund	104	88,5	91,3	Norrlands Universitetssjh	87	95,4	97,7
Universitetssjh MAS	96	91,7	100,0	Norrbotten	486	97,3	98,6
Helsingborgs lasarett	51	98,0	96,1	Piteå Älvdals sjukhus	338	96,7	98,2
Ystads lasarett	8	100,0	75,0	Gällivare lasarett	102	99,0	100,0
Ängelholms sjukhus	6	100,0	100,0	Sunderbyns sjukhus	46	97,8	97,8

Nationella Höftfrakturregistret, Rikshöft

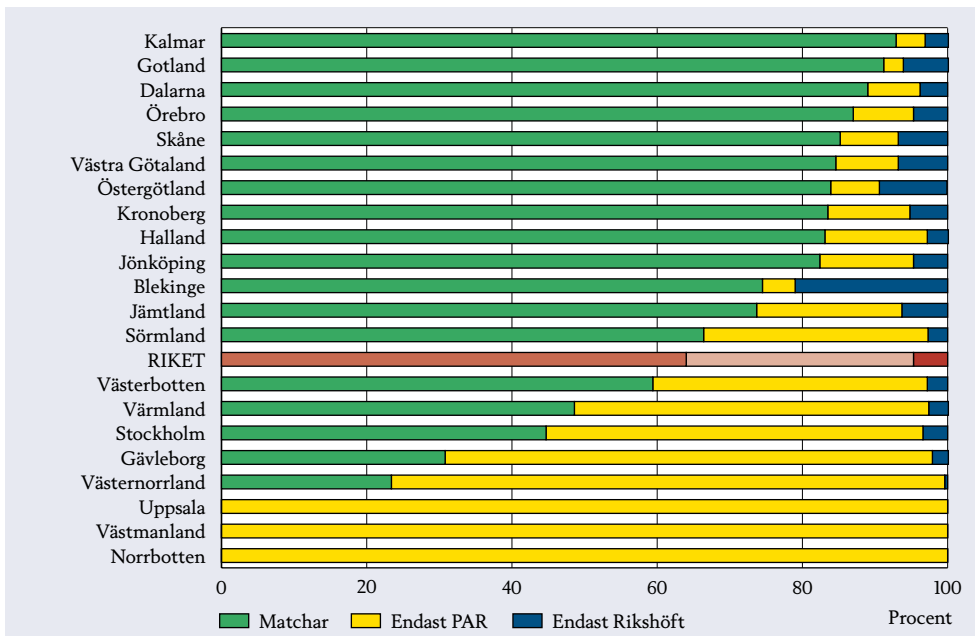
Under år 2008 hade totalt 15 920 höftfrakturer (S72.0-S72.2) registrerats i Patientregistret (PAR) och Rikshöft. Matchningen mellan registren visade att 59,3 procent utav fallen återfanns i båda registren. Matchningarna gäller förstagsångsfrakturer och har gjorts på individnivå samt operationsdatum. Fallen betraktas som matchande om operationdatumet i rikshöft ligger inom PARs in- och utdatum ± 28 dagar. Fall som saknar åtgärdskod har rensats bort i matchningen.

Tabell 12 Antal höftfrakturer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008.

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	10 192	64,0			
Endast PAR	4 977	31,3	PAR	15 169	95,3
Endast Rikshöft	751	4,7	Rikshöft	10 943	68,7
<i>Totalt</i>	<i>15 920</i>				

Det var stora variationer mellan landstingen i graden av rapportering till bägge registren (figur 8). Deltagandet i Rikshöft varierade kraftigt både mellan landstingen och inom landstingen (tabell 13). Tre landsting deltog inte alls vid tidpunkten för jämförelsen. Täckningsgraden för Rikshöft i de deltagande landstingen varierade mellan 24 och 97 procent. Täckningsgraden för PAR var relativt hög och jämn även inom landstingen, med undantag för Blekinge som i högre grad rapporterat till Rikshöft.

Figur 8 Andelen höftfrakturer som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008.



Tabell 13 Täckningsgrad för höftfrakturer i Patientregistret (PAR) respektive RIKSHÖFT (RH), 2008

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	RH		Antal	PAR	RH
Stockholm	2 738	96,6	48,1	Halland	491	97,1	85,9
Södersjukhuset	829	94,0	92,0	Halmstads sjukhus	270	96,7	80,7
S:t Görans sjukhus	594	100	0,0	Varbergs sjukhus	221	97,7	92,3
Karolinska Solna	533	92,3	97,2	Västra Götaland	2 809	93,2	91,4
Danderyds sjukhus	533	100	0,0	Sahlgrenska	1076	92,9	87,2
Södertälje sjukhus	112	99,1	31,3	NU-sjukvården	601	91,8	98,3
Norrköping sjukhus	111	100	0,0	Skaraborgs sjukhus	491	93,7	87,4
Karolinska Huddinge	22	100	0,0	SÄ-sjukvården	360	94,7	94,4
Övriga	4	100	0,0	Kungälv sjukhus	189	94,2	96,3
Uppsala				Alingsås lasarett	92	94,6	94,6
Akademiska sjukhuset	456	100	0,0	Värmland	523	97,3	51,2
Sörmland	473	97,3	69,1	Karlstads sjukhus	352	98,6	32,4
Mälarsjukhuset	314	96,5	93,3	Torsby sjukhus	103	94,2	97,1
Nyköpings sjukhus	158	98,7	21,5	Arvika sjukhus	68	95,6	79,4
Östergötland	697	90,7	93,3	Örebro	555	95,3	91,7
Vrinnevisjukhuset	288	93,1	99,3	Universitetssjh Örebro	340	94,1	90,9
Universitetssjh Linköping	272	93,0	89,7	Karlskoga lasarett	131	96,9	93,1
Motala lasarett	137	81,0	87,6	Lindesbergs lasarett	84	97,6	92,9
Jönköping	533	95,3	87,1	Västmanland	429	100	0,0
Ryhov, länssjukhus	214	93,5	98,1	Västerås lasarett	420	100	0,0
Högländssjukhuset	199	96,0	77,4	Köpings lasarett	9	100	0,0
Värnamo sjukhus	120	97,5	83,3	Dalarna	557	96,2	92,8
Kronoberg	346	94,8	88,7	Falu lasarett	376	96,3	97,9
Växjö lasarett	243	95,5	85,2	Mora lasarett	181	96,1	82,3
Ljungby lasarett	103	93,2	97,1	Gävleborg	604	97,8	32,9
Kalmar	476	96,8	96	Gävle sjukhus	379	100	0,0
Länssjukhuset Kalmar	304	96,7	96,1	Hudiksvalls sjukhus	211	93,8	94,3
Västerviks sjukhus	172	97,1	95,9	Bollnäs sjukhus	14	100	0,0
Gotland				Västernorrland	495	99,6	23,8
Visby lasarett	113	93,8	97,3	Sundsvalls sjukhus	279	99,3	42,3
Blekinge				Örnsköldsviks sjukhus	126	100	0,0
Blekingesjukhuset	310	79,0	95,5	Sollefteå sjukhus	90	100	0,0
Skåne	2 009	93,2	92,0	Jämtland			
Universitetssjh MAS	620	94,7	98,5	Östersunds sjukhus	285	93,7	80,0
Universitetssjh Lund	483	88,2	98,8	Västerbotten	545	97,2	62,2
Helsingborgs lasarett	401	93,5	95,0	Norrland Universitetssjh	258	97,3	64,7
Kristianstads sjukhus	363	94,2	99,4	Skellefteå lasarett	196	95,9	87,8
Ystads lasarett	136	100	14,0	Lycksele lasarett	91	100	0,0
Övriga	6	100	0,0	Norrbottn	475	100	0,0
				Sunderbyns sjukhus	365	100	0,0
				Gällivare lasarett	105	100	0,0
				Övriga	5	100	0,0

Svenska Kärregistret, Swedvasc

Täckningsgradsjämförelser mellan Svenska Kärregistret (Swedvasc) och Patientregistret har gjorts på tre olika typer av åtgärder:

- Aneurysmoperationer och inläggande av stent i infrarenala bukaortan (PDG10-24, PDG35-99, PDQ10-21).
- Profylaktiska ingrepp på carotis; trombendartärektomi, plastik och inläggande av stent i arteria carotis (PAF20-22, PAN20-21, PAQ20-21).
- Infrainguinal bypass; bypass-operationer från arteria femoralis och dess grenar (PEH10, PEH12-30).

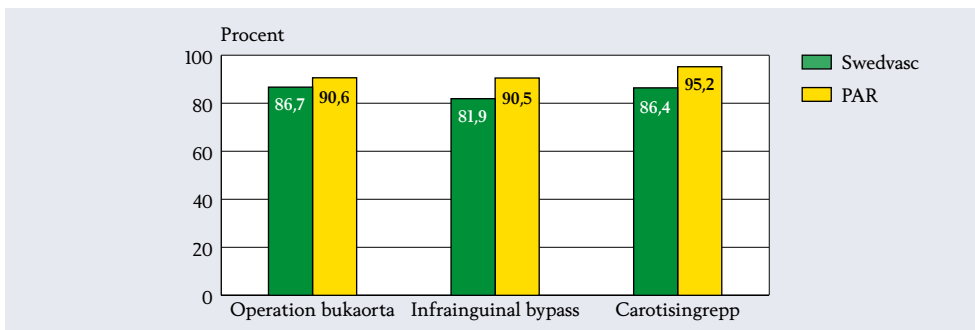
Samtliga matchningar har gjorts på personnummer samt operationsdatum och fallen har betraktas som matchande om Swedvascs operationsdatum legat inom en veckas intervall från PAR:s. Matchningarna mellan registren gäller data från 2007 fram till 12 maj 2008. Efter detta datum gjorde Swedvasc ett systembyte som alla kliniker ännu inte hunnit anpassa sig till. Matchningen visade att 72–82 procent av fallen rapporterades till bägge registren.

Tabell 14 Antal fall som rapporterats och andelen fall som matchar i de bägge registren, 2007 – maj 2008.

	Totalt antal	Antal rapporterade fall		Andel fall som matchar, %
		Swedvasc	PAR	
Operation bukaorta	1 784	1 547	1 617	77,4
Infrainguinal bypass	979	802	886	72,4
Carotisingrepp	1 584	1 369	1 508	81,6

Täckningsgraden för de tre åtgärder som jämförts är för Swedvasc mellan 82 och 87 procent och för Patientregistret mellan 91 och 95 procent (figur 9).

Figur 9 Täckningsgrad i procent för respektive register, 2007 – maj 2008

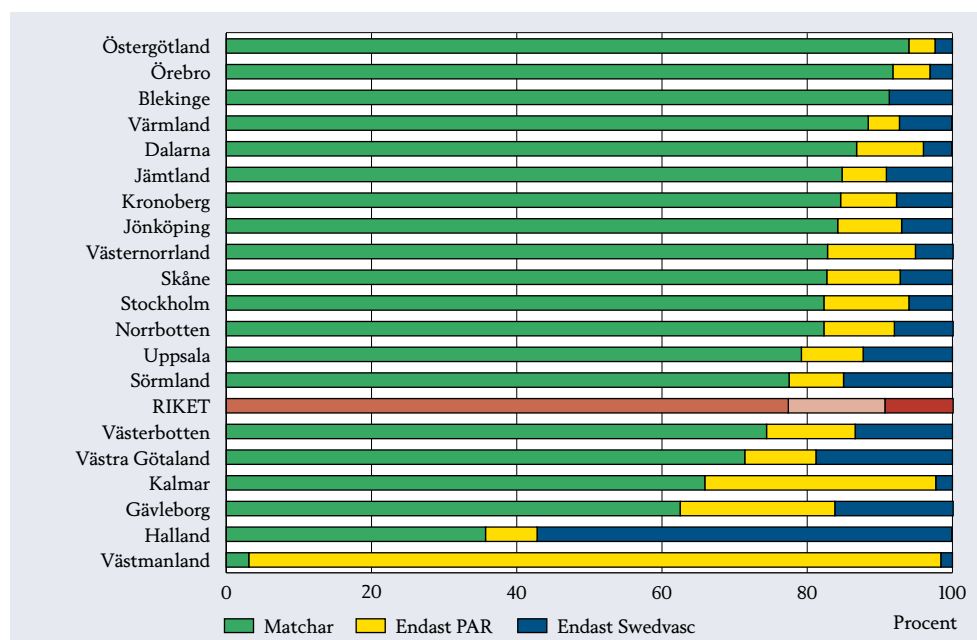


Täckningsgraden i registren varierar både beroende av vilken åtgärd som jämförs och mellan landstingen. Nedan redovisas matchningen mellan registren på landstings- och sjukhusnivå för aneurysmoperationer och inläggande av stent i infrarenala bukaortan.

Aneurysmoperationer och inläggande av stent i infrarenala bukaortan

I flera av landstingen rapporteras mellan 82–94 procent av aneurysmoperationerna till bägge registren (fig 10). I andra landsting rapporteras uppgifter i högre grad till Patientregistret, exempelvis i Kalmar och Västernorrland, eller i högre grad till Swedvasc, exempelvis Halland och Västra Götaland (tabell 15). Västerås lasarett har haft problem med rapporteringen till Swedvasc vilket bidragit till en försämring av täckningsgraden i Västmanland. Detta problem ska nu enligt utsago vara åtgärdat.

Figur 10 Andelen aneurysmoperationer i bukaorta som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2007 – maj 2008.



Tabell 15. Täckningsgrad för ingrepp i bukaorta i Patientregistret (PAR) respektive Swedvasc (SV), 2007 – maj 2008.

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	SV		Antal	PAR	SV
Stockholm	248	94,0	88,3	Västra Götaland	255	81,2	90,2
Karolinska sjh	138	94,9	89,1	Sahlgrenska	123	76,4	91,1
Södersjukhuset	106	92,5	88,7	NU-sjukvården	61	90,2	85,2
Övriga	4	100	50,0	SÅ-sjukvården	43	76,7	93,0
Uppsala				Skaraborgs sjh	27	88,9	96,3
Akademiska sjh	106	87,7	91,5	Värmland			
Sörmland				Karlstads sjh	69	92,8	95,7
Mälarsjukhuset	39	84,6	94,9	Örebro			
Östergötland				Universitetssjh Örebro	98	96,9	94,9
Linköping	84	97,6	96,4	Västmanland			
Jönköping	57	93,0	91,2	Västerås lasarett	64	98,4	4,7
Ryhov länssjh	54	92,6	96,3	Dalarna			
Övriga	3	100	0,0	Falu lasarett	76	96,1	90,8
Kronoberg				Gävle sjukhus	80	83,8	78,8
Växjö lasarett	12	91,7	100	Gävle sjukhus	67	80,6	77,6
Kalmar	44	97,7	68,2	Hudiksvalls sjh	13	100	84,6
Länssjh Kalmar	36	100	72,2	Västernorrland			
Västerviks sjh	8	87,5	50,0	Sundsvalls sjh	58	94,8	87,9
Blekinge				Jämtland			
Blekingesjh	23	91,3	100	Östersunds sjh	33	90,9	93,9
Skåne	277	92,8	89,9	Västerbotten			
MAS	196	93,9	88,8	Norrlands sjh	82	86,6	87,8
Helsingborgs sjh	47	91,5	93,6	Norrbotten	62	91,9	90,3
Kristianstads sjh	34	88,2	91,2	Sunderbyns sjukhus	59	91,5	94,9
Halland	14	42,9	92,9	Övriga	3	100	0,0
Halmstads sjh	12	41,7	91,7				
Övriga	2	50,0	100,0				

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke

Under år 2008 hade totalt 22 202 förstagångsfall av stroke (I61, I63, I64) registrerats i Riks-Stroke och i Patientregistret (PAR). En jämförelse mellan registren visade att 79 procent av fallen återfanns i bägge registren. Differensen i antal fall som rapporterats till respektive register är egentligen något högre på grund av att några fall som skrivits ut under 2008 ingår i Riks-Stroke, men inte i PAR. Matchningen har gjorts på individnivå, inskrivningsdatum och sjukhus.

Tabell 16 Antal förstagångsfall av stroke som registrerats i bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	17 633	79,4			
Endast PAR	3 684	16,6	PAR	21 317	96,0
Endast Riks-Stroke	885	4,0	Riks-Stroke	18 518	83,4
<i>Totalt</i>	<i>22 202</i>				

I flera landsting rapporteras mellan 80–88 procent av uppgifterna till bägge registren, medan andra landsting i hög grad rapporterar sina uppgifter till PAR (figur 11). Matchningen visade en hög täckningsgrad för PAR både mellan och inom landstingen, men något lägre täckning för Blekingesjukhuset (tabell 17). Täckningsgraden för Riks-Stroke varierade mellan landstingen från 63 till 90 procent.

Figur 11 Andelen förstagångsfall av stroke som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008



Tabell 17 Täckningsgrad för förstagsfall av stroke i Patientregistret (PAR) respektive Riks-Stroke (RS), 2008

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	RS		Antal	PAR	RS
Stockholm	3 789	97,3	80,7	Halland	678	94,4	81,9
Södersjukhuset	984	95,4	92,0	Halmstads sjukhus	372	93,8	75,0
Danderyds sjukhus	741	98,7	79,9	Varbergs sjukhus	302	95,0	91,4
S:t Görans sjukhus	732	97,4	96,4	Övriga vårdenheter	4	100	0,0
Karolinska Huddinge	454	98,7	77,5	Västra Götaland	3 763	95,9	80,3
Karolinska Solna	427	96,3	66,3	Sahlgrenska	1485	95,1	82,6
Södertälje sjukhus	170	97,6	83,5	NU-sjukvården	725	98,9	65,8
Norrälje sjukhus	147	99,3	52,4	Skaraborgs sjukhus	687	97,2	84,6
Dalens sjukhus	34	100	0,0	SÅ-sjukvården	478	92,1	83,3
Sabbatsbergs sjukhem	29	100	0,0	Kungälv sjukhus	200	96,5	90,0
Blackebergs sjukhus	25	100	0,0	Alingsås lasarett	188	94,7	85,6
Nacka sjukhus	17	100	0,0	Värmland	684	93,1	90,9
Handens sjukhus	10	100	0,0	Karlstads sjukhus	439	92,3	91,6
Övriga vårdenheter	19	100	0,0	Arvika sjukhus	138	94,2	94,2
Uppsala	689	96,7	82,3	Torsby sjukhus	107	95,3	84,1
Akademiska sjukhuset	581	97,6	80,2	Örebro	775	95,7	83,6
Enköpings lasarett	108	91,7	93,5	Universitetssjh Örebro	455	94,3	87,9
Sörmland	650	95,4	83,8	Karlskoga lasarett	177	98,3	71,2
Mälarsjukhuset	303	94,4	89,1	Lindesbergs lasarett	143	97,2	85,3
Nyköpings sjukhus	207	97,1	73,9	Västmanland	781	96,7	86,6
Kullbergssjukhuset	140	95,0	87,1	Västerås lasarett	430	96,7	89,1
Östergötland	956	94,4	85,1	Köpings lasarett	351	96,6	83,5
Vrinnevisjukhuset	415	92,8	84,6	Dalarna	798	97,1	88,7
Universitetssjh Linköping	328	95,7	79,6	Falu lasarett	365	98,9	79,7
Motala lasarett	213	95,3	94,8	Mora lasarett	231	94,8	96,5
Jönköping	863	96,4	88,1	Avesta lasarett	104	95,2	96,2
Ryhov, länssjukhus	345	95,9	87,5	Ludvika lasarett	97	97,9	96,9
Höglandssjukhuset	287	96,9	84,7	Gävleborg	832	94,6	84,1
Värnamo sjukhus	231	96,5	93,1	Gävle sjukhus	416	93,0	86,8
Kronoberg	389	94,3	63,0	Hudikvalls sjukhus	212	98,1	80,2
Växjö lasarett	266	96,6	51,5	Bollnäs sjukhus	204	94,1	82,8
Ljungby lasarett	123	89,4	87,8	Västernorrland	811	97,2	83,4
Kalmar	673	95,7	81,7	Sundsvalls sjukhus	503	98,8	83,3
Länssjukhuset Kalmar	357	96,1	84,6	Örnsköldsviks sjukhus	180	97,8	89,4
Västerviks sjukhus	196	94,9	79,6	Sollefteå sjukhus	128	89,8	75,0
Oskarshamns sjukhus	120	95,8	76,7	Jämtland	336	96,4	90,8
Gotland				Östersunds sjukhus	334	96,4	91,3
Visby lasarett	128	97,7	83,6	Övriga vårdenheter	2	100	0,0
Blekinge				Västerbotten	675	97,8	74,1
Blekingesjukhuset	396	87,6	88,4	Norrlands Universitetssjh	359	98,9	68,5
Skåne	2 791	96,8	88,5	Skellefteå lasarett	177	98,3	90,4
Universitetssjh MAS	693	96,2	89,0	Lycksele lasarett	127	93,7	74,0
Universitetssjh Lund	646	98,0	88,1	Övriga vårdenheter	12	100	0,0
Helsingborgs lasarett	366	96,7	89,6	Norrbottn	745	94,9	85,9
Kristianstads sjukhus	300	95,7	89,3	Sunderbyns sjukhus	272	94,1	87,5
Ängelholms sjukhus	239	97,5	95,0	Piteå Älvdals sjukhus	178	94,9	90,4
Ystad lasarett	223	97,3	84,3	Kalix lasarett	124	92,7	91,1
Hässleholms sjukhus	162	96,3	85,2	Gällivare lasarett	110	98,2	74,5
Trelleborgs lasarett	116	96,6	87,1	Kiruna lasarett	53	96,2	86,8
Landskrona lasarett	46	95,7	73,9	Övriga vårdenheter	8	100	0,0

Svenska Hjärtkirurgiregistret

Under åren 2007–2008 hade totalt 13 440 operationer rapporterats till Patientregistret (PAR) och till Svenska Hjärtkirurgiregistret, numera en del av SWEDEHEART. Täckningsgraden för båda registren är ca 97,5 procent. Matchningen mellan registren gäller aortaklaff, mitralklaff- och koronarartäroperationer. Ballongvidgning av hjärtats kärl (PCI) ingår ej, då kvalitetsregistret enbart avser kirurgiska hjärtoperationer. Matchningen har gjorts på individnivå och operationsdatum. Vårdtillfällena har betraktats som matchande, om det berör samma patient och operationsdatumet i Hjärtkirurgiregistret ligger inom PARs in och ut datum +/- en dag.

Tabell 18 Antal operationer som registrerats i bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2007–2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	12 786	95,1			
Endast PAR	338	2,5	PAR	13 124	97,6
Endast Hjärtkirurgireg.	316	2,4	Hjärtkirurgireg.	13 102	97,5
<i>Totalt</i>	<i>13 440</i>				

Matchningen visade att de flesta sjukhus som utför dessa operationer i hög grad skickar uppgifterna till bägge registren och därmed fås en hög täckning i bägge registren (tabell 19). Några mindre sjukhus, redovisat under rubriken "Övriga", rapporterar bara till Patientregistret, men det gäller ett relativt litet antal operationer.

Tabell 19 Täckningsgrad för vissa hjärtoperationer i Patientregistret respektive Hjärtkirurgiregistret (HKR) samt andel fall som matchar, 2007-2008

	Antal	Täckningsgrad %		Andel fall som matchar, %
		PAR	HKR	
Sahlgrenska universitetssjukhuset	2 560	96,6	94,8	91,5
Universitetssjukhuset i Lund	2 367	98,3	97,6	95,9
Karolinska Universitetssjukhuset	2 131	98,1	99,5	97,6
Norrlands Universitetssjukhus	1 816	99,5	99,9	99,4
Universitetssjukhuset i Linköping	1 476	96,3	95,9	92,3
Akademiska sjukhuset	1 344	95,7	98,0	93,7
Universitetssjukhuset Örebro	1 057	99,0	99,7	98,7
Blekingesjukhuset	643	97,5	99,5	97,0
Övriga	46	100	0,0	0,0

Nationella Kataraktregistret

Under år 2008 registrerades totalt 75 050 kataraktoperationer i Kataraktregistret och Patientregistret (PAR). Matchningen visade att 75 procent av fallen återfanns i båda registren, men rapporteringen varierar mycket mellan olika landsting. På grund av att Kataraktregistret inte innehåller personnummer har matchningen inte

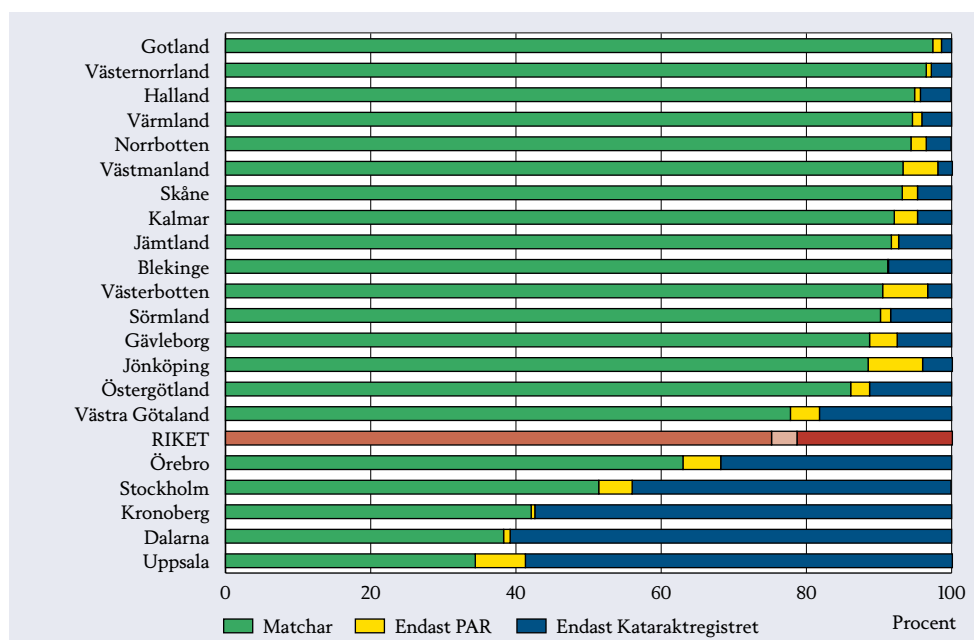
kunnat görats på individnivå utan endast på sjukhusnivå. Eftersom detta ger en mer osäker jämförelse mellan registren redovisas resultatet endast på landstignivå. Matchningen baseras på åtgärdskoderna CJD10, CJD20, CJE20 och CJE99.

Tabell 20 Antal kataraktoperationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	56 407	75,2			
Endast PAR	2 607	3,5	PAR	59 014	78,6
Endast Kataraktreg	16 036	21,4	Kataraktreg	72 443	96,5
<i>Totalt</i>	<i>75 050</i>				

Flera av landstingen rapporterade i hög grad till bägge registren, medan andra i högre grad rapporterade till Kataraktregistret som hade en hög täckningsgrad i alla landsting (figur 12). Täckningsgraden i Patientregistret varierade mellan 39 och 99 procent. Mer än hälften av bortfallet i Patientregistret berodde på underrapportering från privata vårdgivare. Några stora privata vårdgivare rapporterar inte alls. Bland dessa återfanns Sophiahemmet, Läkargruppen Örebro samt Capios olika vårdinrättningar i landet.

Figur 12 Andelen kataraktoperationer som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2008



Nationella prostatacancerregistret

Jämförelsen mellan Nationella Prostatacancerregistret (NPCR) och Patientregistret (PAR) har gjorts med avseende på kurativt syftande primärbehandling av prostatacancer. Med kurativbehandling avses radikal prostatektomi, med vilket avses kirurgiskt borttagande av prostatakörteln och strålterapi.

Under åren 2007–2008 registrerades totalt 3 985 kurativa behandlingar i NPCR och PAR, varav 62 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen baseras på 8 752 incidenta fall av prostatacancer som registrerats i NPCR. Registren matchades sedan utifrån uppgifterna om behandling. Bland de 8 752 patienterna hade i PAR 2 098 behandlats med radikal prostatektomi (KVÅ: KEC) och 1 203 strålbehandlats (KVÅ: DV). I NPCR hade 3 158 av dessa patienter fått kurativ behandling.

NPCR matchades även mot Cancerregistret för år 2007. I Cancerregistret hade 9 248 patienter med diagnos för prostatacancer (ICD10; C61) registrerats medan 8 752 hade registrerats i NPCR. Resultatet visade att 91,3 procent av individerna återfanns i båda registren, 651 fall fanns endast i cancerregistret och 166 fanns endast i NPCR.

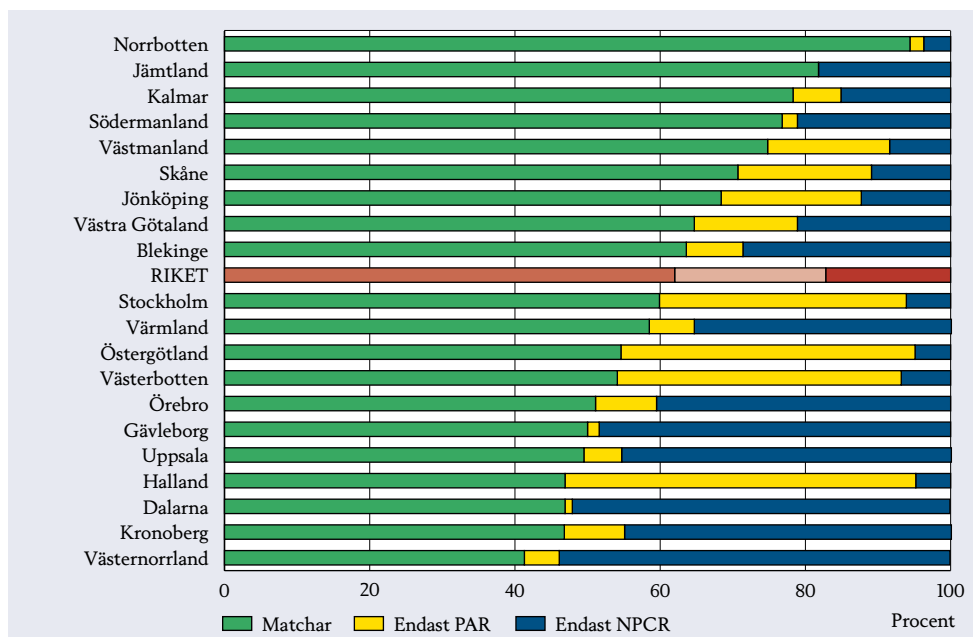
Matchningen mot PAR redovisas endast på riks- och landstingsnivå eftersom beteckningarna på vårdenheter inte överensstämde mellan de bägge registren. Matchningen visade en täckningsgrad på 79 procent för NPCR och 83 procent för PAR.

Tabell 21 Antal operationer som registrerats i bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad, 2007–2008

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	2 472	62,0			
Endast PAR	827	20,8	PAR	3 299	82,8
Endast NPCR	686	17,2	NPCR	3 158	79,2
<i>Totalt</i>	<i>3 985</i>				

Det var relativt stora variationer mellan landstingen i vilken grad de rapporterade till respektive register. Undantagsvis rapporterade Norrbotten i hög grad till bägge registren (figur 13). Täckningsgraden i NPCR varierade från 52 procent i Halland till 100 procent i Jämtland. Täckningsgraden för PAR varierade från 46 procent i Västernorrland till 96 procent i Norrbotten.

Figur 13 Andel kurativa behandlingar som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem, 2007–2008.



Tabell 22 Täckningsgrad i procent för kurativa behandlingar i Nationella prostatacancerregistret och Patientregistret, 2008.

	Antal	Täckningsgrad %			Antal	Täckningsgrad %	
		NPCR	PAR			NPCR	PAR
Stockholm	986	66,0	93,9	Värmland	65	93,8	64,6
Uppsala	97	94,8	54,6	Örebro	131	91,6	59,5
Sörmland	95	97,9	78,9	Västmanland	143	83,2	91,6
Östergötland	185	59,5	95,1	Dalarna	98	99,0	48,0
Jönköping	171	80,7	87,7	Gävleborg	62	98,4	51,6
Kronoberg	109	91,7	55,0	Västernorrland	104	95,2	46,2
Kalmar	152	93,4	84,9	Jämtland	44	100	81,8
Blekinge	77	92,2	71,4	Västerbotten	133	60,9	93,2
Skåne	512	81,6	89,1	Norrbottn	54	98,1	96,3
Halland	147	51,7	95,2	RIKET	3 985	79,2	82,8
Västra Götaland	620	85,8	78,9				

Nationella Diabetesregistret

Täckningsgraden för Nationella Diabetesregistret (NDR) har uppskattats genom jämförelser med Läkemedelsregistret som bedöms ha en hög täckning för receptbelagda läkemedelsbehandlingar. Matchningen baseras enbart på läkemedelsbehandlade diabetiker i NDR och gäller alla åldrar. Läkemedelsregistret innehåller samtliga läkemedelsbehandlade diabetiker i Sverige, med undantag för läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept.

I Läkemedelsregistret återfanns totalt 343 229 personer som under år 2008 hämtat ut insulin eller tabletter för diabetes. Totalt hade 172 487 läkemedelsbehandlade diabetiker registrerats i det Nationella Diabetesregistret.

Jämförelsen visade en täckningsgrad på 50,3 procent i NDR, men med stora variationer mellan landstingen (tabell 23). Täckningsgraden varierade från 67 procent i Östergötlands till 35 procent i Uppsala. Jämfört med förra året, då en liknande matchning gjordes, har täckningsgraden för NDR ökat från 44 procent.

Täckningsgraden skiljer sig även åt mellan insulin- och tablettbehandlade diabetiker. Täckningsgraden för insulinbehandlade diabetiker var 56 procent och för tablettbehandlade 46 procent.

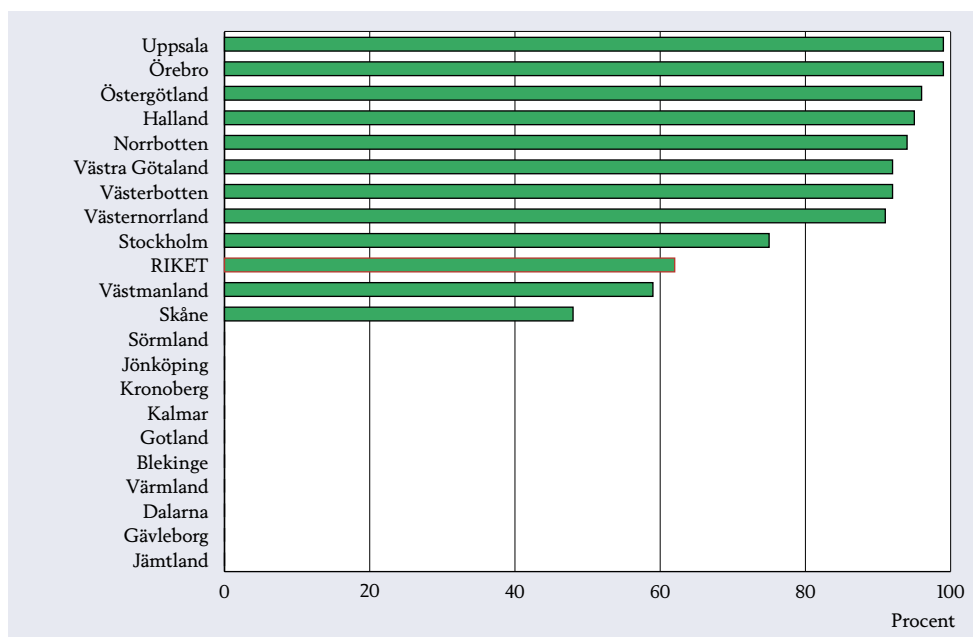
Tabell 23 Andelen läkemedelsbehandlade diabetiker i NDR som återfanns i Läkemedelsregistret 2008. Täckningsgraden är även särredovisad på tablett-, insulinbehandlade samt diabetiker med både tablett- och insulinbehandling.

	Totalt	Täckningsgrad i NDR. Procent		
		Tabletter	Insulin	Insulin och tabletter
Östergötland	67,2	66,1	68,7	66,4
Jönköping	63,7	63,9	64,7	61,5
Västra Götaland	61,2	55,4	68,7	64,1
Örebro	61,0	59,4	63,3	60,9
Kronoberg	60,1	59,4	62,4	58,3
Gävleborg	59,8	57,8	60,1	64,2
Dalarna	58,4	60,7	61,3	49,6
Jämtland	58,1	58,7	59,2	55,0
Kalmar	53,5	49,3	58,8	53,9
Blekinge	52,3	52,0	53,8	50,8
Västernorrland	50,5	50,3	49,9	51,8
RIKET	50,3	46,2	55,9	52,1
Västerbotten	49,1	44,3	58,6	48,1
Sörmland	47,2	41,0	59,1	46,6
Värmland	45,1	43,6	49,8	42,8
Halland	44,0	38,4	51,8	45,8
Gotland	43,2	38,8	49,6	44,3
Stockholm	42,3	37,9	48,9	44,1
Skåne	40,9	35,5	42,5	54,1
Västmanland	40,4	36,9	48,7	40,1
Norrbottnen	35,2	33,3	39,1	33,9
Uppsala	35,1	26,9	55,0	34,2

KPP-databasens vårdtillfällen jämfört med Patientregistrets

Arbete med att införa KPP-redovisning (Kostnad Per Patient) pågår nu i någon form i de flesta landsting. KPP-redovisning innebär att man kan följa kostnaderna per vårdtillfälle för specifika diagnoser och behandlingar. 2008 kunde 38 sjukhus eller sjukhusgrupper från elva landsting lämna KPP-uppgifter för 2008 till KPP-databasen vid SKL. Antalet vårdtillfällen i KPP-databasen motsvarade 2008 drygt 60 procent av samtliga vårdtillfällen inom den slutna somatiska vården. Sjukhus från ytterligare två landsting bedöms kunna rapportera KPP-data för år 2009. En utveckling av KPP pågår även inom öppen somatisk vård samt inom psykiatrin. (Figur 14)

Figur 14 Andel av patientregistrets vårdtillfällen inom somatisk slutenvård som rapporterats till KPP-databasen, 2008



Bilaga 3

Vårdkonsumtion 2008 för ett urval behandlingar

Innehåll

INLEDNING	101
INNEHÅLL OCH METODASPEKTER	102
Metodasppekter	103
RESULTAT	103
1. Kataraktoperationer	104
2. Knäprotesoperation	104
3. Höftprotesoperation.....	106
4. Prostataförstoring	107
5. Livmoderframfall	108
6. Hysterektomi	109
7. Operation vid urininkontinens (kvinnor)	110
8. Ljumskbråcksoperation	111
9. Galloperationer	112
10. Kranskärlsoperationer	112
11. Septumplastik	114
12. Tonsillektomi	115
13. Hörsel förbättrande operationer	116
14. Obesitaskirurgi.....	116
LANDSTINGSPROFILER	118
Stockholm	118
Uppsala	118
Sörmland	118
Östergötland.....	119
Jönköping.....	119
Kronoberg.....	119
Kalmar	120
Gotland.....	120
Blekinge.....	120
Skåne	121
Halland	121
Västra Götaland.....	121
Värmland	122
Örebro	122
Västmanland.....	122
Dalarna	123
Gävleborg.....	123
Västernorrland.....	123
Jämtland.....	124
Västerbotten.....	124
Norrbottn	124

Vårdkonsumtion 2008 för ett urval behandlingar

INLEDNING

Syftet med bilagan är att ge landstingen ett underlag för diskussioner om operationsvolymer i den planerade sjukvården. Utöver de egna underlag man har, kan man med detta material jämföra sin operationsfrekvens med andras. Bilagan blir därmed främst ett stöd för landstingens styrning och planering, inte ett sätt att rangordna landsting. Detta är också motivet till att dessa uppgifter presenteras i en separat bilaga, skild från de indikatorbaserade jämförelserna i huvudrapporten *Öppna jämförelser*.

I bilagan redovisas antalet operationer per invånare som landstingen utför/finansierar för sina befolkningar. Redovisningen avser ett urval om 14 operationer eller åtgärder vilka alla ingår i rapporteringen till den nationella databasen för väntetider och vårdgarantiuppföljning, *Väntetider i Vården*, som SKL förvaltar. Nytt för i år är jämförelser med ett tidigare år, 2007, samt att uppgifterna kompletteras med utveckling över tid för vissa åtgärder. Som tilläggsinformation redovisas andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på behandling. För vissa behandlingar presenteras information från utvecklingsprojektet Nationella medicinska indikationer.

SKL driver i samverkan med Svenska Läkaresällskapet, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ett utvecklingsprojekt, Nationella medicinska indikationer, för att utveckla en enhetlig metodik för att ta fram nationella indikationer för åtgärder inom vård och omsorg. Det yttersta syftet med arbetet är att bidra till att beslut om åtgärder i vården skall fattas på gemensamma grunder för att därmed bidra till en mer likvärdig hälso- och sjukvård. Från en tidigare fas av projektet (2005–2007) finns ett antal expertrapporter publicerade (www.skl.se/medicinskaindikationer) som på olika sätt belyser dessa frågor.

De stora skillnader i vårdkonsumtion (operationsfrekvenser) som föreligger i landet kan svårigen förklaras enbart av skillnader i vårdbehov och i olika förekomst av sjukdomar hos befolkningen. Skillnaderna kan även betingas av andra faktorer, exempelvis: olika vårdstruktur, skillnader i medicinsk praxis, arbetssätt och processflöden.

I denna bilaga redovisas antalet operationer per invånare i de olika landstingen. Ingen bedömning görs av vilken operationsfrekvens som är den optimala, det vill säga vilken frekvens som bäst överensstämmer med lämpliga indikationer för respektive ingrepp. Eftersom någon sådan norm inte kan anges så kan inte hög operationsfrekvens generellt antas vara bättre än låg frekvens, lika lite som riksgenomsnittet kan tjäna som önskvärt målvärde.

INNEHÅLL OCH METODASPEKTER

I denna bilaga redovisas operationsfrekvenser för ett urval av elektiva åtgärder som ingår i vårdgarantin.

Typ av operation/åtgärd	Åtgärdskod (KVÅ)	Diagnoskod (KSH97)
Kataraktoperation	CJC, CJD, CJE	H25, H26 (ej H26.4), H28
Knäprotesoperation	NGB	
Höftprotesoperation (primär)	NFB29, NFB39, NFB49, NFB99	Exklusive S72
Operation vid prostataförstoring	KED	N40
Operation för livmoderframfall	LEF	N81.1-N81.6, N81.9, N88.4, N99.3
Hysterektomi	LCC10, LCC11, LCC20, LCD00, LCD01, LCD04, LCD10, LCD11	D25, D26, N85, N87, N92
Operation vid urininkontinens bland kvinnor	KDG, LEG	
Ljumskräckoperation	JAB	K40.2, K40.9
Galloperation	JKA, JKB00, JKB01, JKB11	K80.1, K80.2, K80.5, K81.1
Kranskärlsoperation (ej PCI)	FNA, FNB, FNC, FND, FNE, FNF	
Septumplastik	DJB10, DJD20	
Tonsillektomi	EMB10, EMB20, EMB99	
Hörselbätrande operation	DCD00, DCD10, DDA, DDB, DDC, DDD, DDW	
Obesitaskirurgi	JDF, JFD00	E66

Samma åtgärds- och diagnoskoder som i rapporteringen till Väntetider i Vården har använts. För att knyta an till väntetidsrapporteringen bör enbart planerade, ej akuta operationer ingå. För höftplastik har operationerna som följd av höftfraktur (= akut operation) exkluderats. För några andra operationer finns ett visst inslag av akuta operationer, som inte kunnat exkluderas.

Bilagan består först och främst av diagram, som redovisas tillsammans med en förklarande text för varje enskild åtgärd. I årets publikation har, jämfört med publiceringen 2008, redovisningen av obesitaskirurgi tillkommit.

Diagrammen avser följande:

- Operationsfrekvenser per landsting år 2008 och 2007, ett diagram per operation/åtgärd.
- Tidsserie totalt för riket som kompletterande information för vissa åtgärder där kvaliteten på data över tid är god.
- Landstingsprofiler, där utfallet för varje landsting relateras till riksvärdet, för var och en av operationerna/åtgärderna.

Metodaspekter

Datakällor

Patientregistret (PAR) vid Socialstyrelsen är källan till alla jämförelser utom den som gäller kataraktoperationer. För kataraktoperationer är Nationella Kataraktregistret källan. Detta innebär att PAR används även i fall då kvalitetsregister har högre täckningsgrad, som för knä- och höftprotesoperationer. Hur stor underrapporteringen i till PAR är i dessa fall kan per landsting utläsas ur bilaga 2.

Uppgifterna i Patientregistret gällande slutenvård håller en jämn och bra kvalitet över tid och är rikstäckande från år 1987. Uppgifter från dagkirurgisk verksamhet började samlas in 1997 och denna rapportering har idag en hög täckningsgrad. Det finns ett visst bortfall från privata vårdgivare till exempel avseende kataraktoperationer. Dock har inrapporteringen från privata vårdgivare ökat det senaste året.

Uppgifter om andelen som väntat längre än 90 dagar baseras på databasen "Väntetider i vården" som SKL förvaltar. Databasen redovisar tillgängligheten till besök och för behandling (operation/åtgärd) och ger underlag för uppföljning av vårdgarantin vid sjukhus och öppenvårdsmottagningar. Mätningarna sker varje månad. Täckningsgraden har successivt förbättrats och ligger under 2009 på runt 90 procent för majoriteten av landstingen. Uppgifterna som redovisas här avser april 2009, samma mätperiod som redovisas i huvudrapporten *Öppna jämförelser*.

Databearbetning

Operationsfrekvensen fördelas på landsting efter patientens hemort och speglar vårdkonsumtion till skillnad från vårdproduktion. Det spelar således ingen roll om operationen utförs i det egna eller i ett annat landsting, i offentlig eller privat regi.

I inrapporteringen till Patientregistret saknas ibland uppgifter om patientens hemort. Därför görs varje år en komplettering av statistiken med uppgifter från SCB, för att på så sätt minska bortfallet. I årets rapport har denna komplettering gjorts, medan den inte var gjord för de data som användes i förra årets rapport. Detta innebär att värden för år 2007 i föregående års rapport kan skilja sig från årets redovisning.

Alla jämförelser med Patientregistret som källa har åldersstandardiserats och redovisas per 100 000 invånare. Frekvensen av kataraktoperationer har relaterats till antalet personer över en viss ålder i respektive landsting, för att väga in åldersstrukturen i landstingen vid presentationen.

RESULTAT

Diagrammen på de följande sidorna redovisar vårdkonsumtionen per landsting för de 14 operationerna, åren 2008 och 2007, tillsammans med en textkommentar.

1. Kataraktoperationer

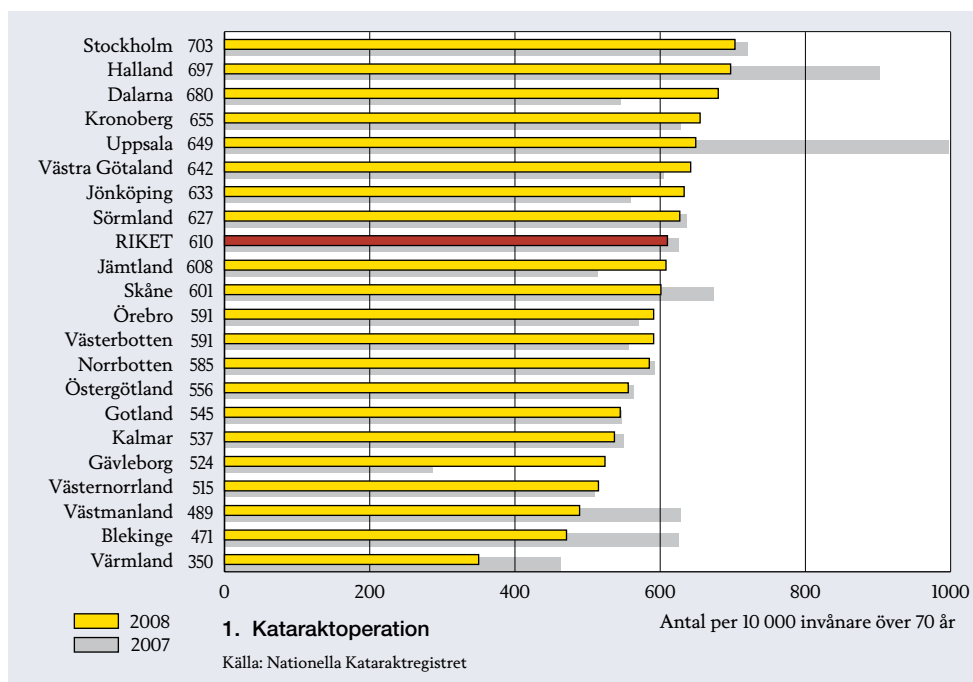
Diagram 1 visar antalet operationer per 10 000 invånare 70 år och äldre, oavsett om det är första eller andra ögat som opereras. I Kataraktregistret registrerades för riket som helhet 70 975 operationer 2008, en minskning med 1 156 operationer jämfört med 2007. Uppsala har minskat antalet operationer med drygt 30 procent mellan 2007 och 2008. Gävleborg har däremot ökat antalet operationer med cirka 80 procent. Variationen mellan landstingen är förhållandevis stor.

Nationella medicinska indikationer finns framtagna för kataraktoperationer. Indikationsmodellen kallas NIKE (Nationella indikationer för katarktextraktion) och är ett prioriteringsverktyg som grupperar patienter i olika indikationsgrupper. Under 2007 bedömdes att cirka 80 procent av kataraktoperationerna grupperats med hjälp av NIKE.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på kataraktoperationer var 15 procent i april 2009. Andelen har minskat med cirka tio procentenheter mellan oktober 2008 och april 2009. Andelen som väntat längre än 90 dagar varierar mellan landstingen från noll eller några få procent i flera landsting upp till 40 procent i landsting som Stockholm.

2. Knäprotesoperation

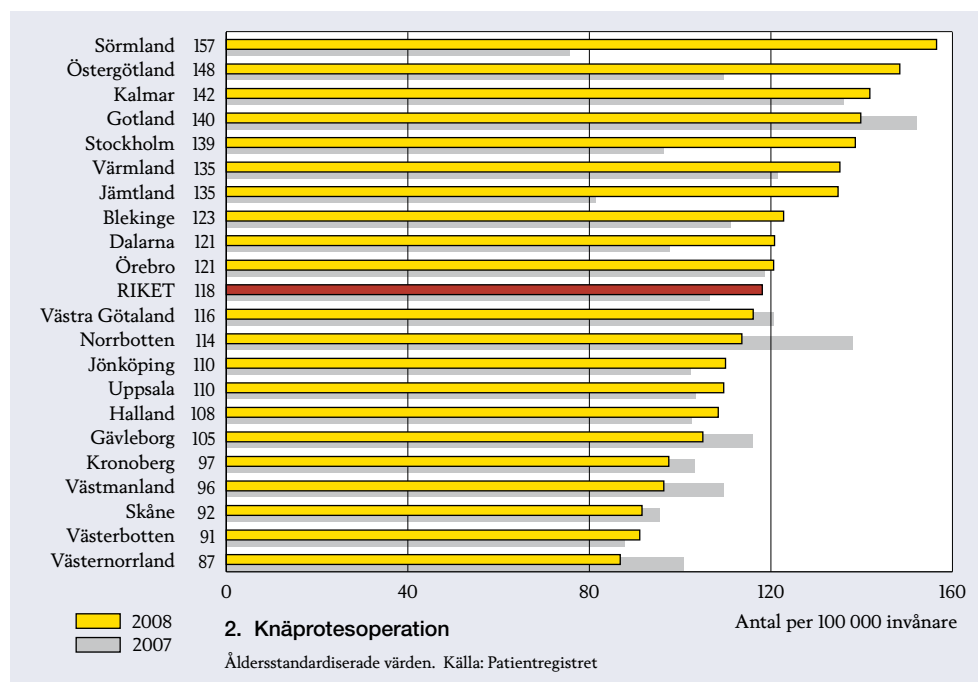
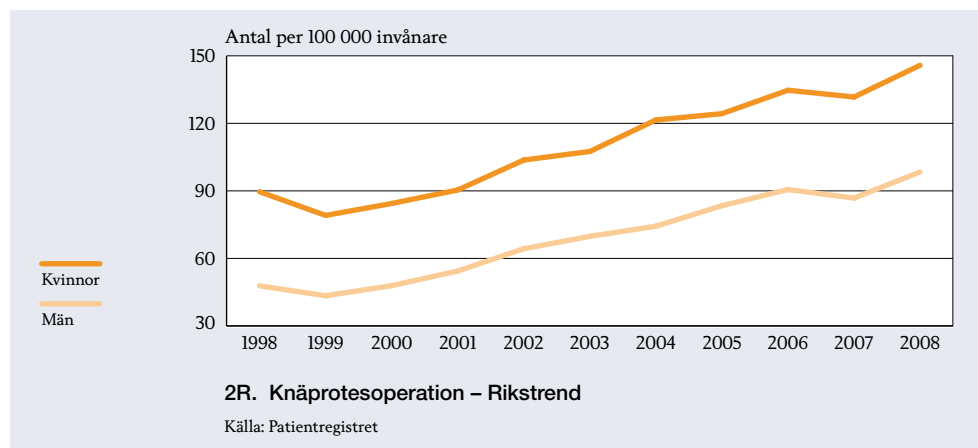
Knäprotesoperation har stadigt ökat under de senaste 10 åren. År 2008 registrerades i PAR II 268 operationer, varav 60 procent utfördes på kvinnor. Operationerna ge-



nomfördes inom slutenvården. Diagram 2 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen var högst i Sörmland där också konsumtionen ökat mest jämfört med 2007. I framförallt Norrbotten hade konsumtionen däremot minskat.

Ett förslag till nationella medicinska indikationer för operationer har tagits fram och en utvärdering pågår vid några ortopediska kliniker i landet.

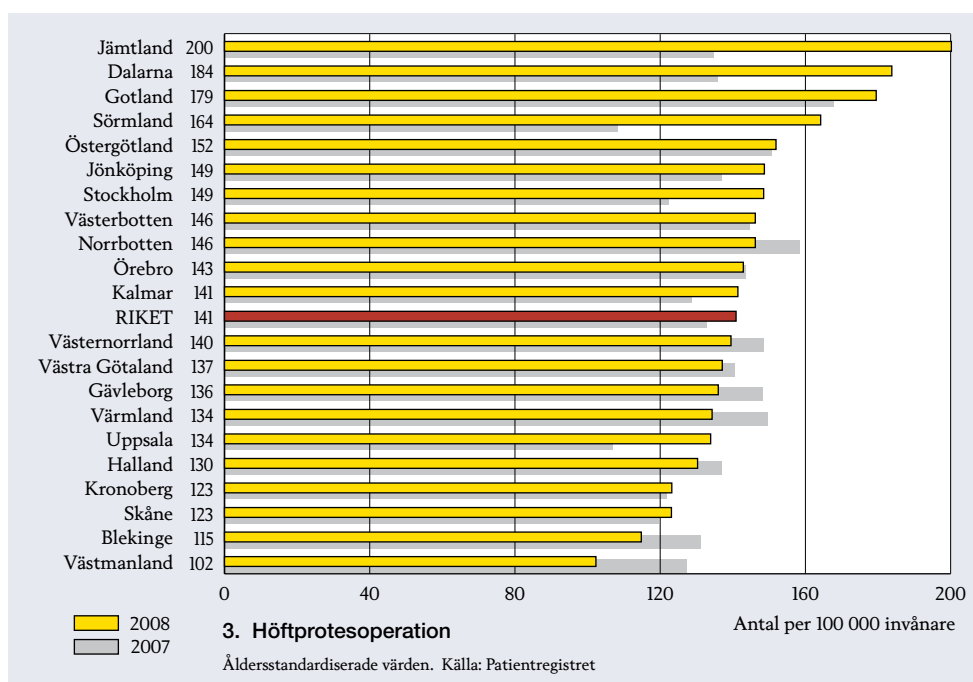
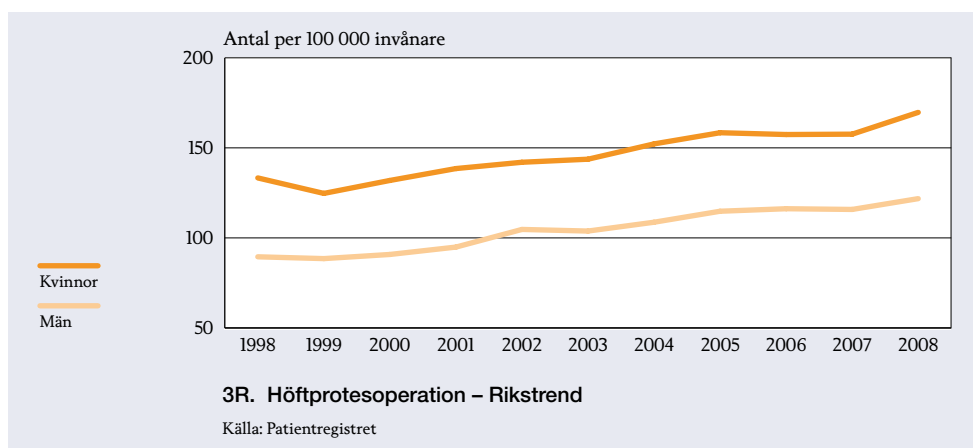
Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar till operation hade minskat med cirka 16 procentenheter från oktober 2008 och var elva procent i april 2009. Andelen varierar mellan landstingen från noll till 44 procent.



3. Höftprotosoperation

Höftprotosoperation har ökat under de senaste 10 åren. År 2008 registrerades i PAR 13 452 operationer, varav 58 procent utfördes på kvinnor. Operationerna genomfördes inom slutenvården. Diagram 3 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Patienter som fått en ny höftled vid det akuta tillståndet höftfraktur är exkluderade i redovisningen. Vårdkonsumtionen var högst i Jämtland där också konsumtionen ökat mest jämfört med 2007. I framförallt Västmanland hade konsumtionen däremot minskat.

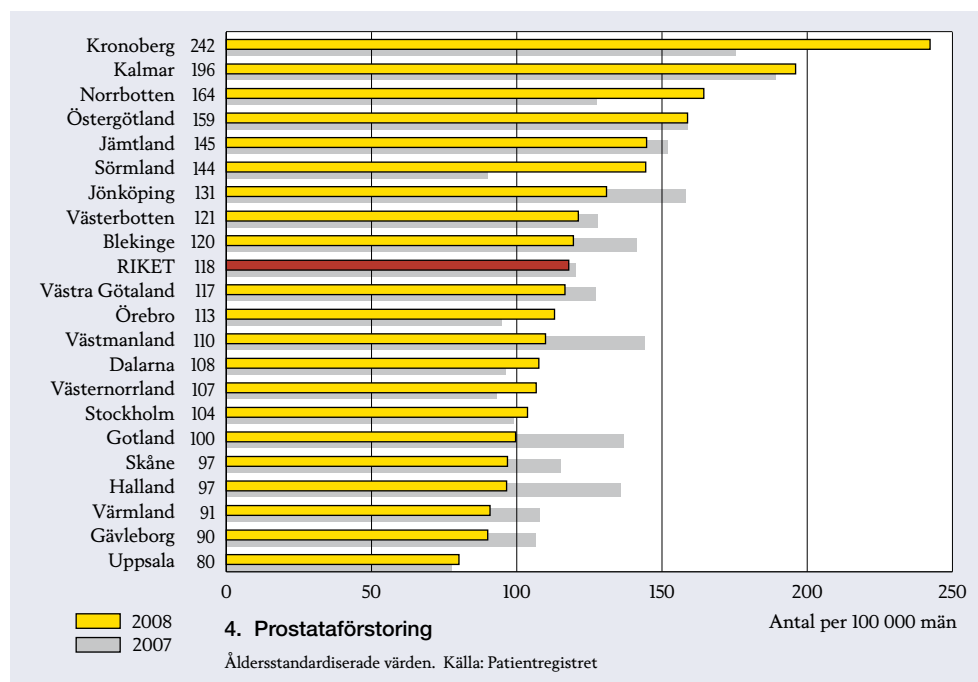
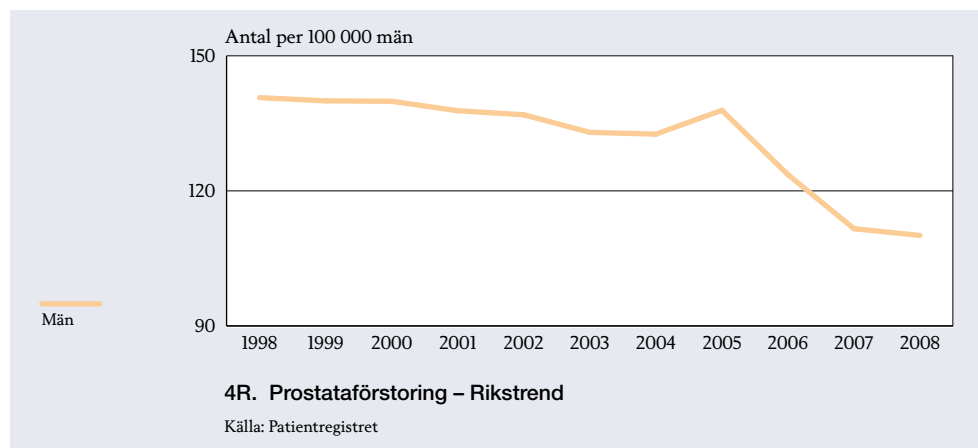
Ett förslag till nationella medicinska indikationer för operationer har tagits fram och en utvärdering pågår med några ortopediska kliniker i landet.



I riket har andelen patienter som väntat längre än 90 dagar minskat med cirka 13 procentenheter från oktober 2008 till april 2009 och var då cirka åtta procent. Variationen mellan landstingen är från noll till cirka 22 procent.

4. Prostataförstoring

Antalet operationer vid prostataförstoring har minskat sedan år 2005. Idag finns flera olika behandlingsalternativ som t.ex. medicinsk behandling, kirurgi och andra nya metoder. Kirurgi är ett effektivt sätt att få bort hindret för urinflödet och är ibland det enda behandlingsalternativet, men kan också innebära större risker än andra behandlingar.



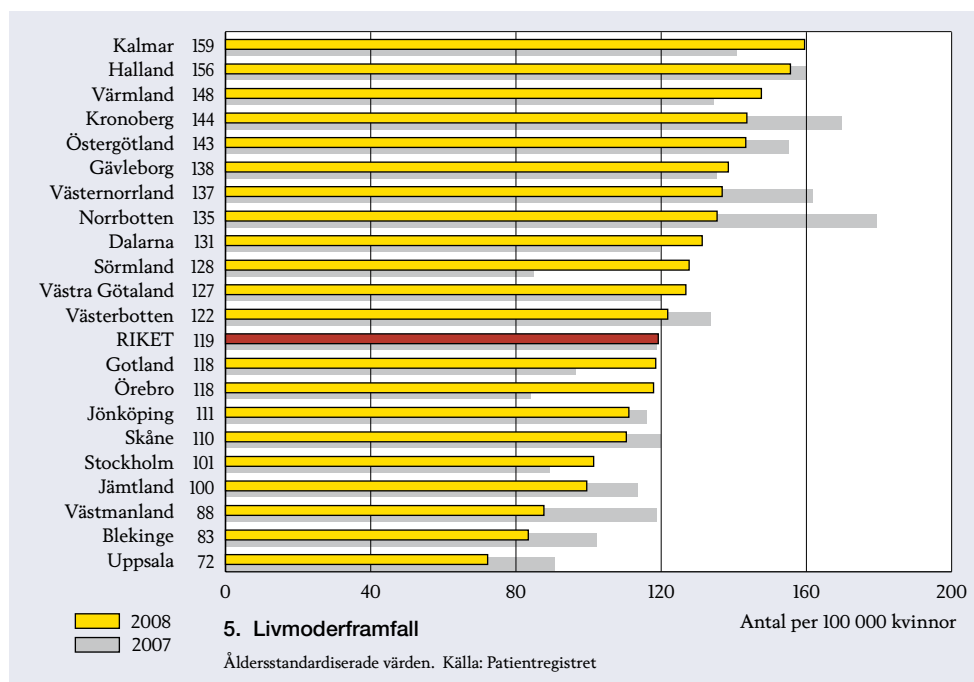
År 2008 utfördes totalt 5 049 operationer. Operationerna utfördes framförallt inom slutenvården, 94 procent. Diagram 4 visar antal operationer per 100 000 män år 2008, uppdelat på patientens hemort. En minskning av konsumtionen 2008 återfinns framförallt i Halland, Gotland och Västmanland. Vårdkonsumtionen var högst i Kronoberg där också konsumtionen ökat mest jämfört med 2007.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på en prostataoperation var 22 procent i april 2009, detta var en minskning med cirka tolv procentenheter. Andelen varierar mellan landstingen från noll till 45 procent.

5. Livmoderframfall

År 2008 registrerades 5 961 operationer för livmoderframfall, vilket inte är någon större förändring jämfört med 2007. Av samtliga operationer utfördes 86 procent inom slutenvården, men detta varierar kraftigt mellan landstingen. Diagram 5 visar antal operationer per 100 000 kvinnor år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen varierar också mellan landstingen. Operation är till exempel mer än dubbelt så vanligt i Kalmar jämfört med Uppsala. I Norrbotten har konsumtionen minskat markant jämfört med 2007, medan den i Sörmland ökat i ungefär lika hög grad.

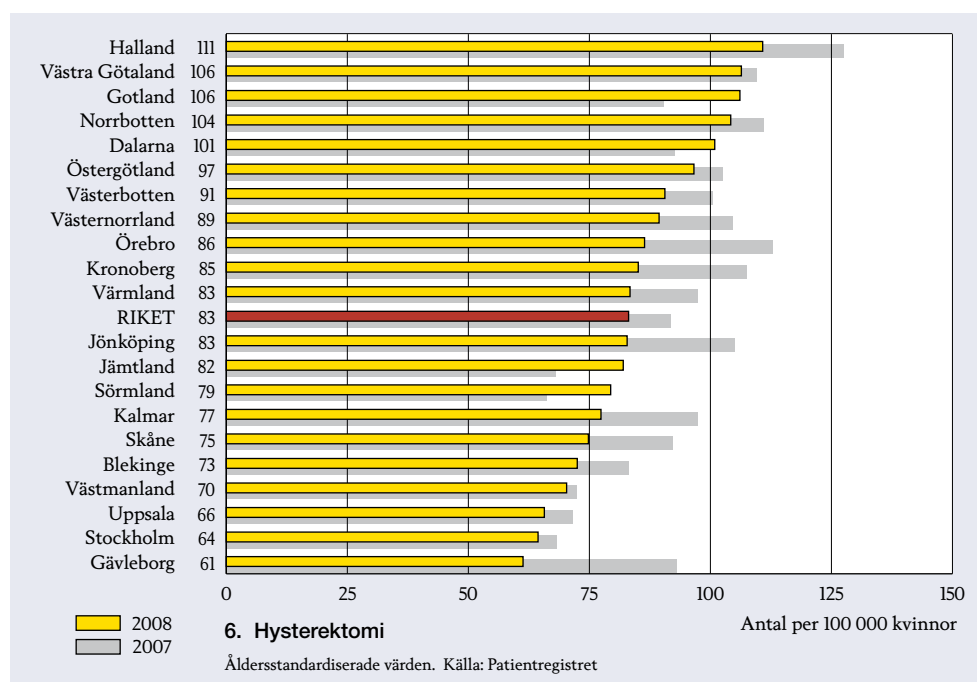
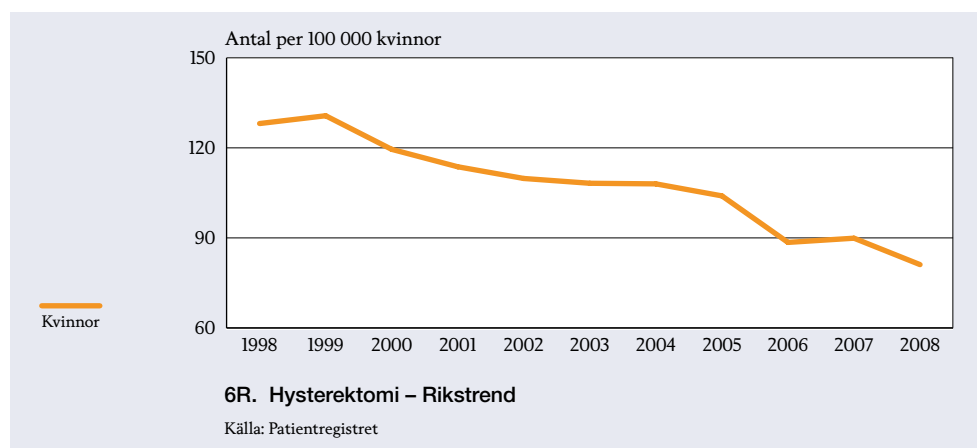
Ett förslag till medicinska indikationer för operation av livmoderframfall finns framtaget inom ramen för projektet nationella medicinska indikationer. Detta förslag innebär att kvinnor som lider av medicinska komplikationer av livmoderframfall bör opereras omgående. Anatomiskt framfall utan symtom ska ej behandlas. Hur följsamheten till medicinska indikationer ser ut är idag okänt.



Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på operation var cirka tio procent i april 2009. Detta är en minskning med 14 procentenheter sedan oktober 2008. Variationen var stor mellan landstingen från noll procent i flera landsting, däribland Kalmar, till 60 procent i Uppsala.

6. Hysterektomi

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort. Den vanligaste orsaken till operation är besvär med rikliga menstruationsblödningar eller myom. Antalet hysterektomier har minskat markant under de senaste 10 åren. År 2008 registrerades 3 764 operationer. Operationerna genomfördes inom slutenvården. Minskningen



kan delvis förklaras av förbättrade hormonpreparat för att minska blödningen hos kvinnor, vilket gör att färre patienter är i behov av kirurgisk åtgärd.

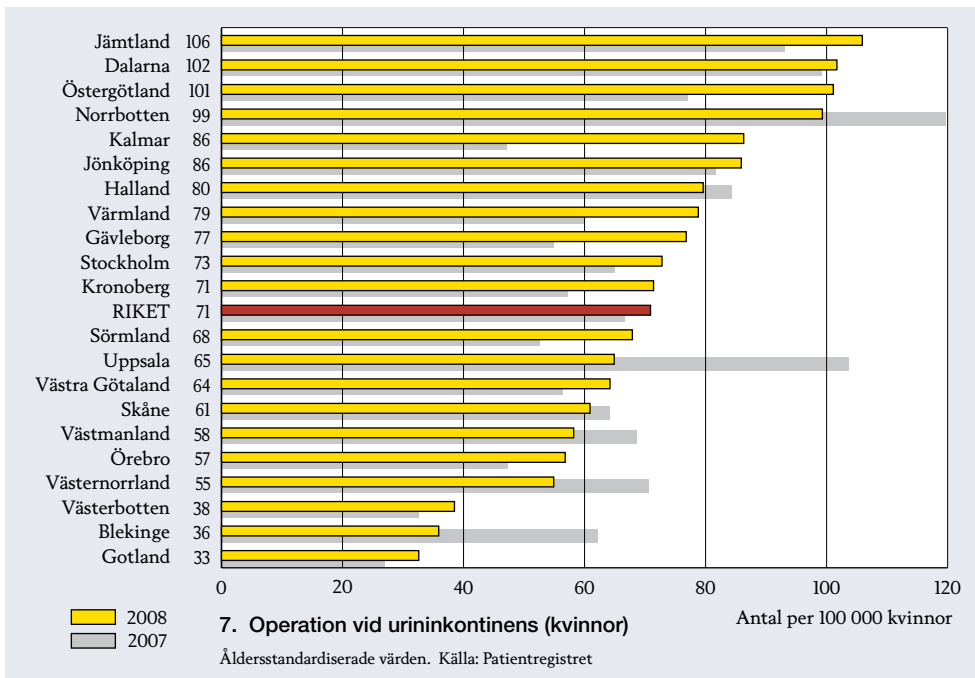
Diagram 6 visar antal operationer per 100 000 kvinnor år 2008, uppdelat på patientens hemort. Minskningen av antal operationer har skett inom de flesta landstingen jämfört med 2007, men framförallt i Gävleborg.

Förslag till medicinska indikationer för operationer är framtaget och innebär att kvinnor med besvär av riklig blödning i första hand ska ges medicinsk behandling. Om detta inte har avsedd effekt ska kirurgisk åtgärd vidtas. Kvinnor med måttliga till uttalade besvär av myom bör genomgå hysterektomi. Följsamhet till medicinska indikationer följs av gynopregistret. Så gott som samtliga kliniker i landet deltar i registret med undantag för Stockholm som har ett eget regionalt register. För år 2008 hade drygt 90 procent av operationerna, bland kvinnor med besvär av rikliga blödningar, föregåtts av medicinsk behandling. Cirka 45 procent av samtliga hysterektomier är en följd av dessa besvär.

Det var enbart 33 kvinnor i hela landet som hade väntat längre än 90 dagar på operation i april 2009. Detta motsvarar knappt fyra procent av samtliga som väntat. I oktober 2008 var andelen 17 procent.

7. Operation vid urininkontinens (kvinnor)

År 2008 registrerades 3 391 operationer vid urininkontinens bland kvinnor, vilket är en liten ökning i antal jämfört med 2007. Operationerna genomfördes både som dagkirurgi (59 procent) och inom slutenvård (41 procent). Diagram 7 visar antal ope-



rationer per 100 000 kvinnor år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen varierar markant mellan landstingen, liksom mellan åren. I Kalmar har konsumtionen ökat kraftigt jämfört med 2007, medan den i Uppsala minskat i ungefär lika hög grad.

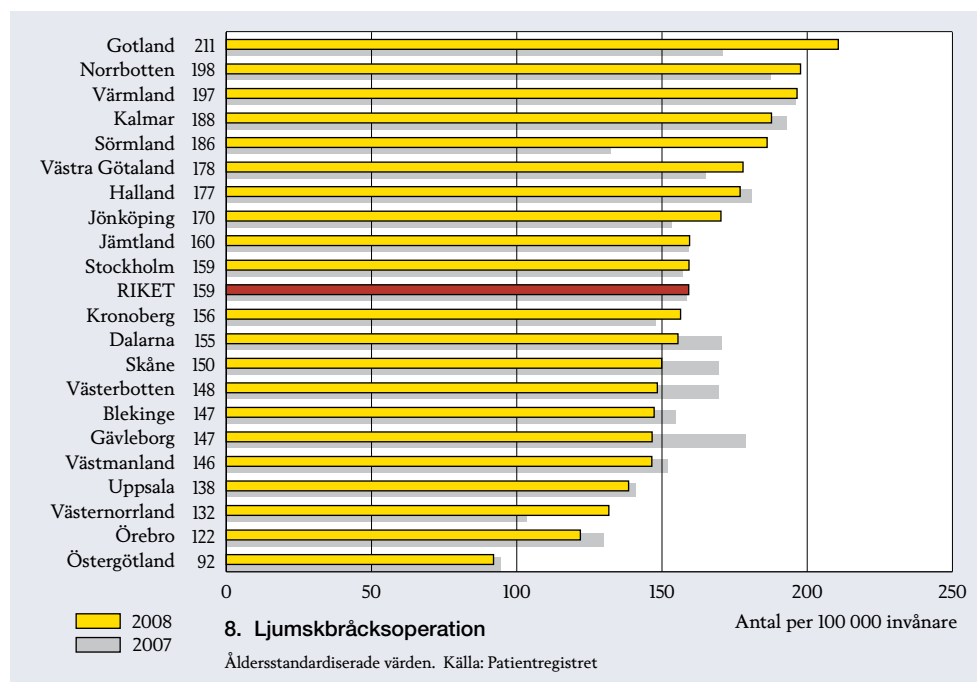
Förslag till medicinska indikationer finns framtagna inom ramen för projektet om nationella medicinska indikationer. För kvinnor med urininkontinens är operation motiverat först när konservativ behandling med bäckenbottenträning inte haft avsedd effekt. Hur följsamheten till medicinska indikationer ser ut är idag okänt.

Andelen kvinnor som väntat längre än 90 dagar på operation var cirka elva procent i april 2009. Andelen har minskat med tolv procentenheter från oktober 2008. De flesta landsting har inga kvinnor som väntat längre än 90 dagar, men hos några är andelen runt 40 procent.

8. Ljumskbråcksoperation

År 2008 registrerades 15 097 ljumskbråcksoperationer, varav 92 procent utfördes på män. Av samtliga operationer utfördes 77 procent som dagkirurgi, men detta varierar kraftigt mellan landstingen. Diagram 8 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Jämfört med 2007 har konsumtionen framförallt ökat i Sörmland och minskat i Gävleborg.

I april 2009 hade 18 procent av samtliga patienter som väntar på ljumskbråcksoperation väntat längre än 90 dagar, vilket var en minskning med 19 procentenheter från oktober 2008. Variationen mellan landstingen är från noll till drygt 40 procent.



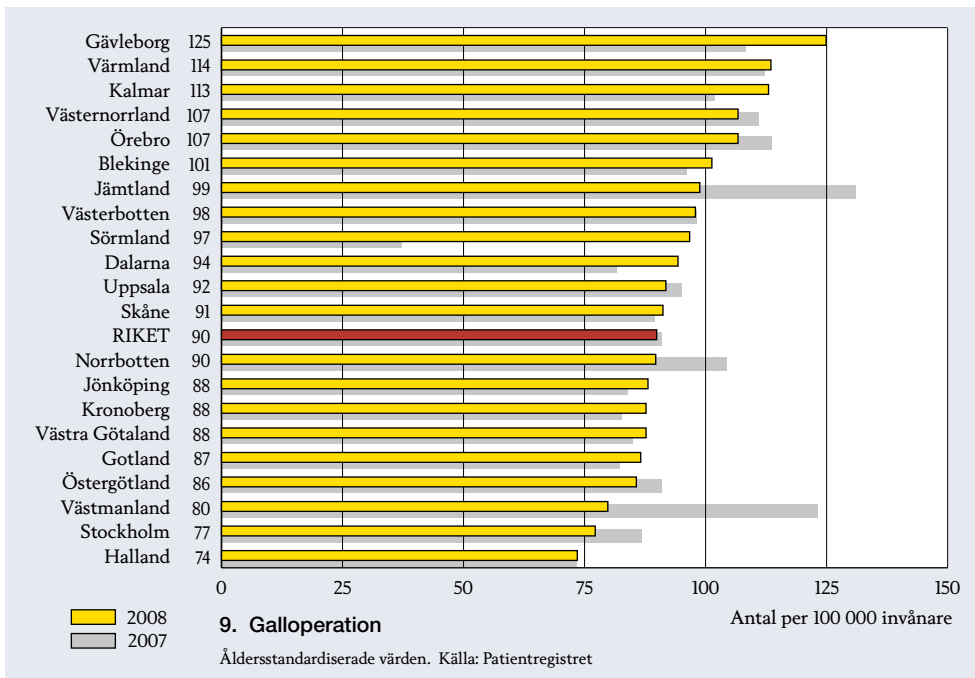
9. Galloperationer

Under 2008 registrerades 8 392 galloperationer, vilket var en liten minskning jämfört med 2007. Majoriteten, 80 procent, av operationerna utfördes i slutenvården. Det var framförallt kvinnor som opererades (71 procent). Diagram 9 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Jämfört med 2007 hade vårdkonsumtionen minskat framförallt i Västmanland och Jämtland, medan den ökat markant i Sörmland.

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar var 19 procent i april 2009, vilket är en minskning med 23 procentenheter från oktober 2008. Andelen varierar från noll till drygt 50 procent mellan landstingen.

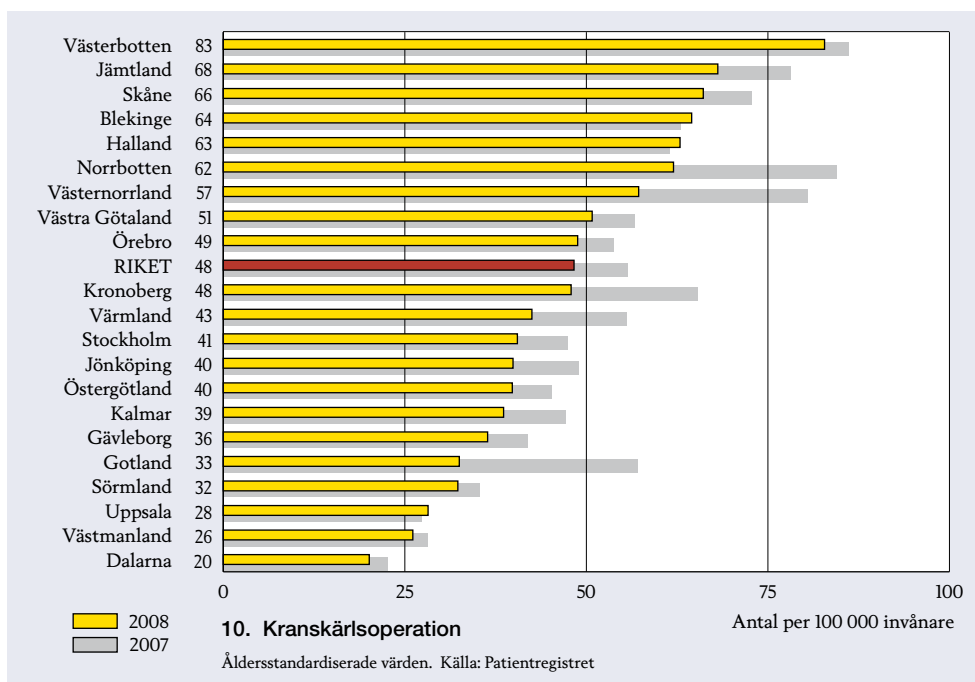
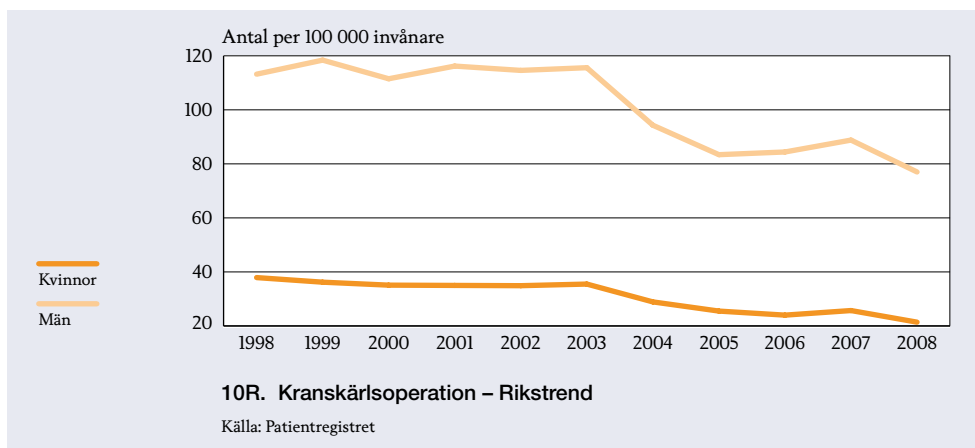
10. Kranskärlsoperationer

Antalet kranskärlsoperationer, öppen hjärtkirurgi, har minskat markant sedan år 2003. Detta är bland annat en spegling av den ökade användningen av PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl. Operationerna utförs i slutenvården och är vanligare bland



män. År 2008 registrerades 4 593 kranskärlsoperationer, varav 78 procent utfördes på män. Diagram 10 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen varierar markant mellan landstingen. Den minskade konsumtionen återfinns i flertalet landsting med undantag för en liten ökning i Blekinge, Halland och Uppsala.

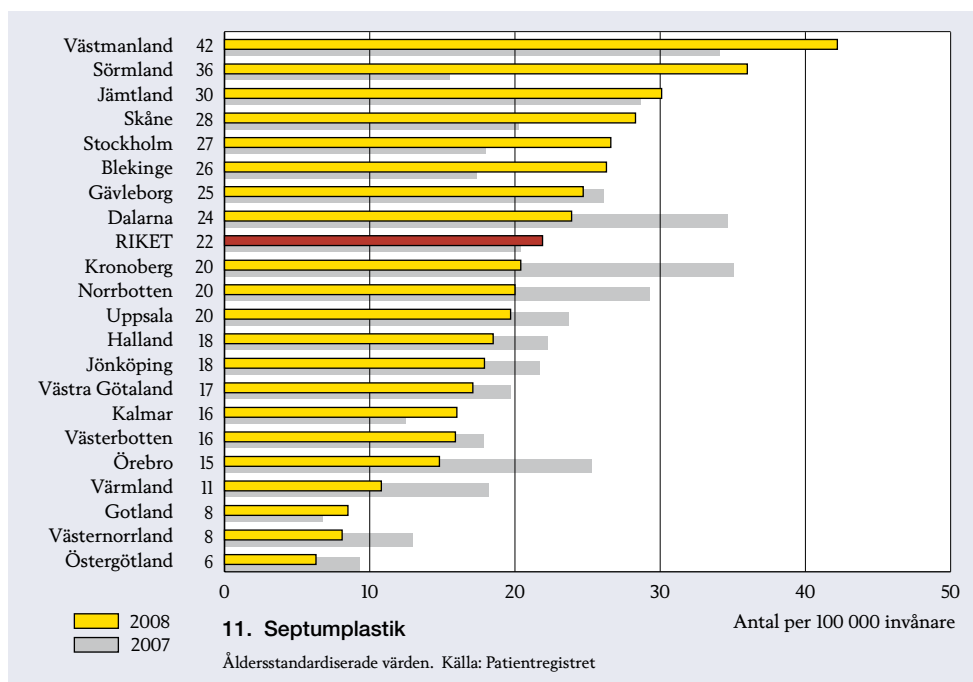
Totalt i hela landet var det endast åtta patienter som, i april 2009, väntat längre än 90 dagar på kranskärlsoperation. Detta motsvarade tre procent av samtliga som väntat, vilket var en minskning från oktober 2008 med cirka fyra procentenheter.



11. Septumplastik

Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg, hos individer där detta ger upphov till besvär med nästäppa. Jämfört med år 2007 har antalet operationer ökat något och år 2008 utfördes 2 036 operationer. Hälften av operationerna utfördes i slutenvården och hälften som dagkirurgi. Septumplastik var betydligt vanligare bland män som stod för 76 procent av det totala antalet operationer. Diagram 11 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen var högst i Västmanland. Jämfört med 2007 hade konsumtionen ökat mest i Sörmland. I Kronoberg har konsumtionen däremot minskat. Variationen mellan landstingen är anmärkningsvärd. Det görs närmare sju gånger fler operationer bland västmanlänningar än bland östgötar.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på septumplastik var 41 procent i april 2009, vilket var en minskning med tre procentenheter från oktober 2008. Variationen mellan landstingen är stor från noll procent i flera landsting till drygt 80 procent i Östergötland.

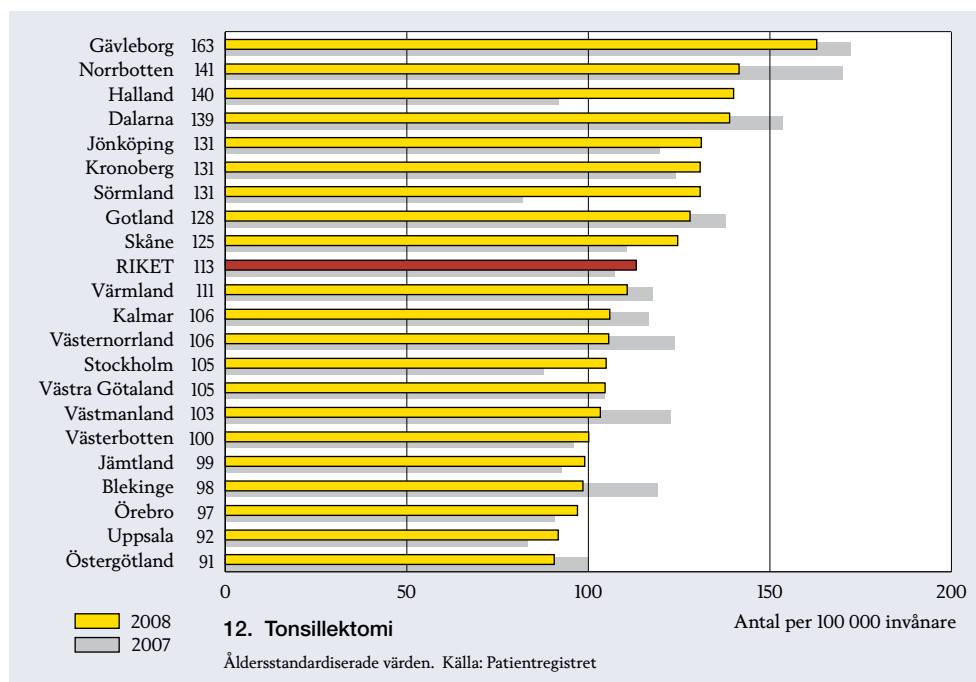


12. Tonsillektomi

Tonsillektomi är en operation där halsmandlarna avlägsnas, till exempel vid upprepad halsfluss eller snarkningsproblem. Sedan år 2001 har antalet tonsillektomier ökat och år 2008 utfördes 10 279 operationer. En majoritet av operationerna utfördes i slutenvård, 64 procent. Operationen var något vanligare bland kvinnor än bland män. Diagram 12 visar antal tonsillektomier per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen var högst i Gävleborg, även om den hade minskat något jämfört med år 2007. Konsumtionen har ökat främst i Sörmland och Halland. I Norrbotten hade konsumtionen däremot minskat jämfört med år 2007.

Förslag till indikationer för tonsilloperation finns framtaget inom projektet för medicinska indikationer. I rapporten om tonsillektomi redogörs för indikationer vid obstruktiva besvär och vid infektionsrelaterade tillstånd. Det finns olika indikationskriterier beroende på om det är ett barn eller en vuxen som är patient. En del av slutsatserna i ovan nämnda rapport låg till grund för förändringar i ett nystartat kvalitetsregister som är i drift från 1 mars 2009. Det kommer att bli möjligt att följa en del av de föreslagna praxisförändringarna i det nya registret.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar har minskat med fyra procentenheter, från oktober 2008, till 22 procent i april 2009. Andelen varierar mellan landstingen från noll till 44 procent.



13. Hörselbättrande operationer

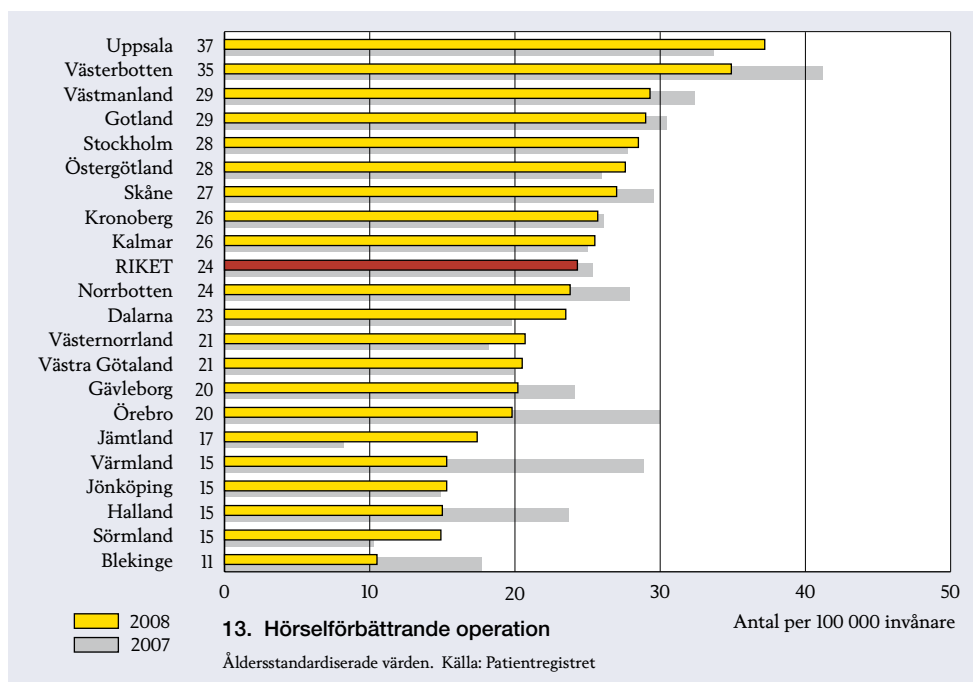
År 2008 registrerades 2 212 hörselbättrande operationer, vilket är en liten minskning i antal operationer jämfört med 2007. Av operationerna utfördes 80 procent inom slutenvård. Operationen är ungefär lika vanlig bland män som bland kvinnor. Diagram 13 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen varierar markant mellan landstingen, liksom mellan åren. Konsumtionen har, jämfört med 2007, minskat i framförallt Värmland och Örebro, medan den har ökat i framförallt Jämtland.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på hörselbättrande operationer var 28 procent i april 2009, vilket var en ökning med tolv procentenheter sedan oktober 2008. Andelen varierar mellan landstingen från noll, däribland Uppsala, till drygt 50 procent.

14. Obesitaskirurgi

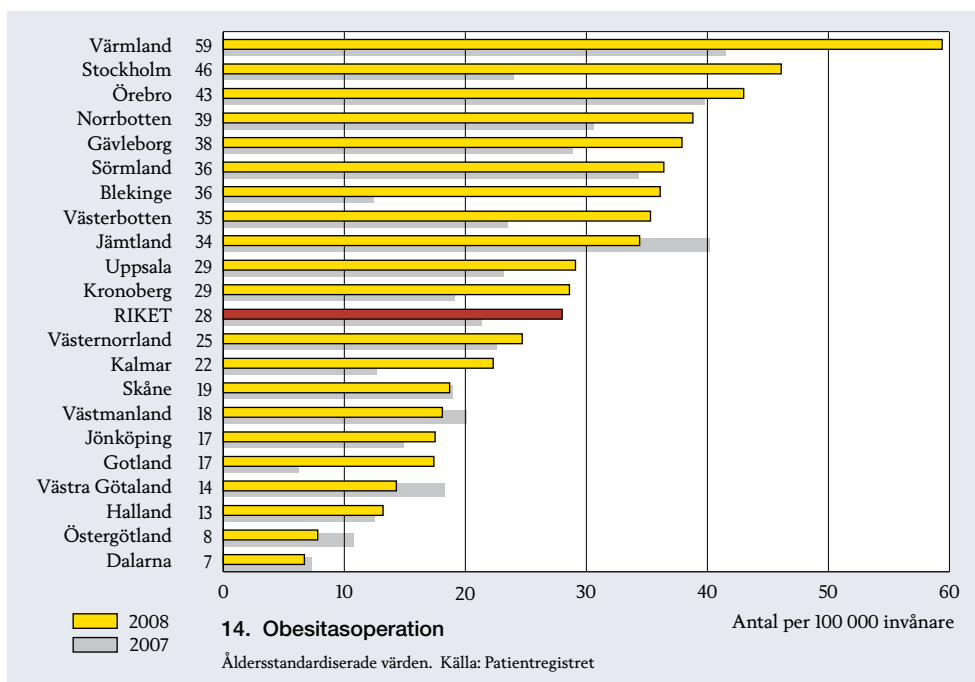
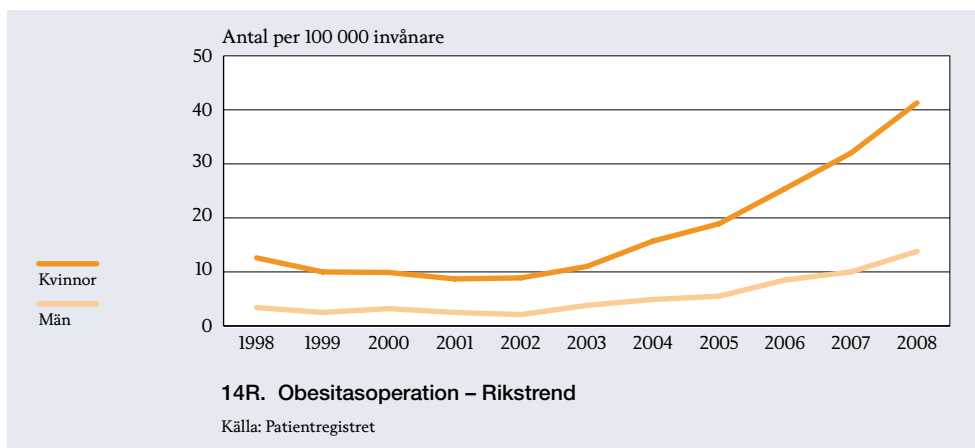
Obesitaskirurgi innebär volyminskränkande ingrepp på magsäcken i syfte att patienten ska gå ned i vikt. Ingreppen innefattar bland annat Gastric bypass och Gastric banding. Antalet operationer har ökat kraftigt de senaste fem åren, framförallt bland kvinnor.

År 2008 utfördes totalt 2 550 operationer, varav 75 procent av operationerna utfördes på kvinnor. Operationerna genomförs inom slutenvården. Det är stor variation

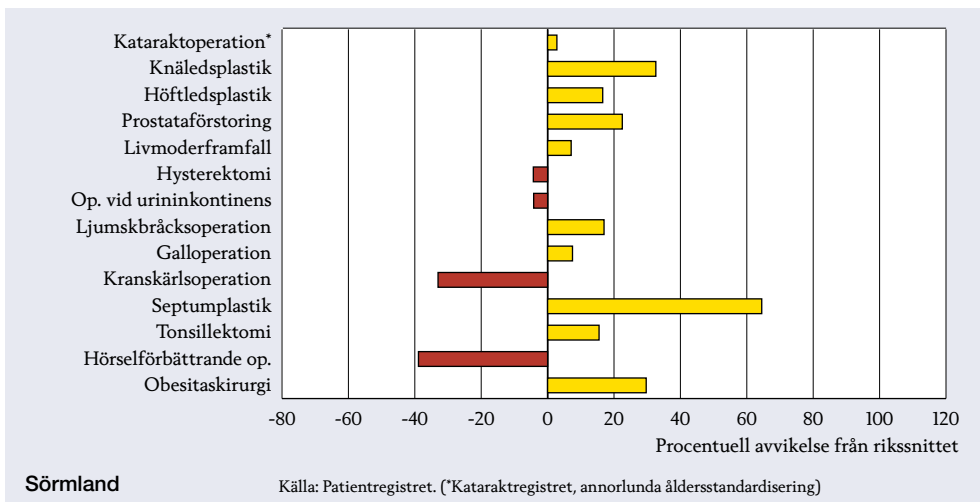
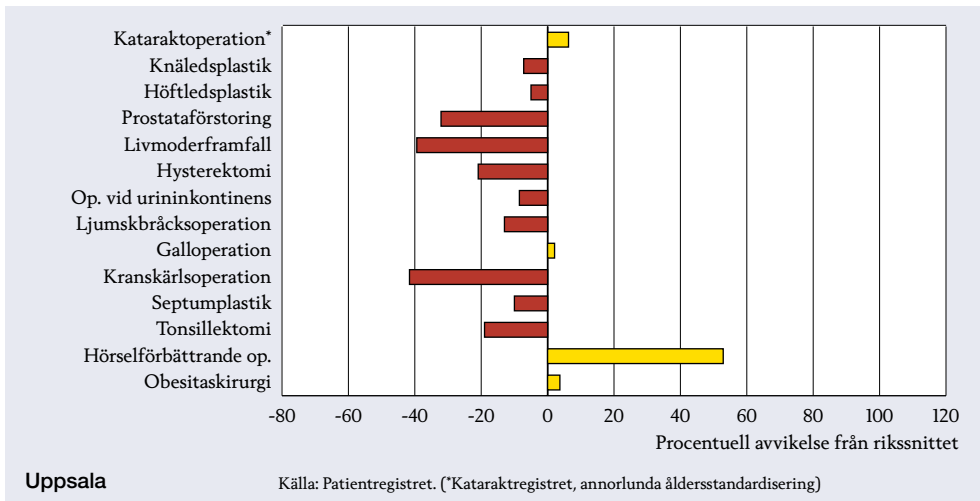
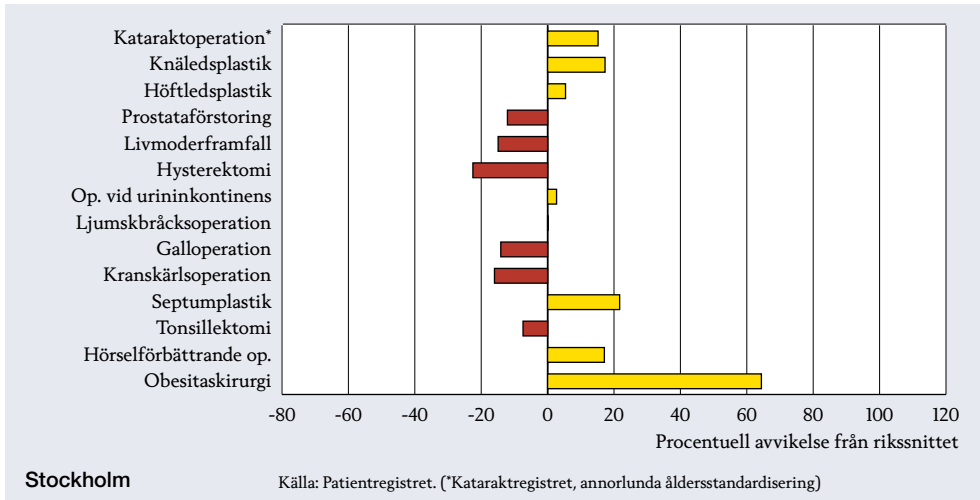


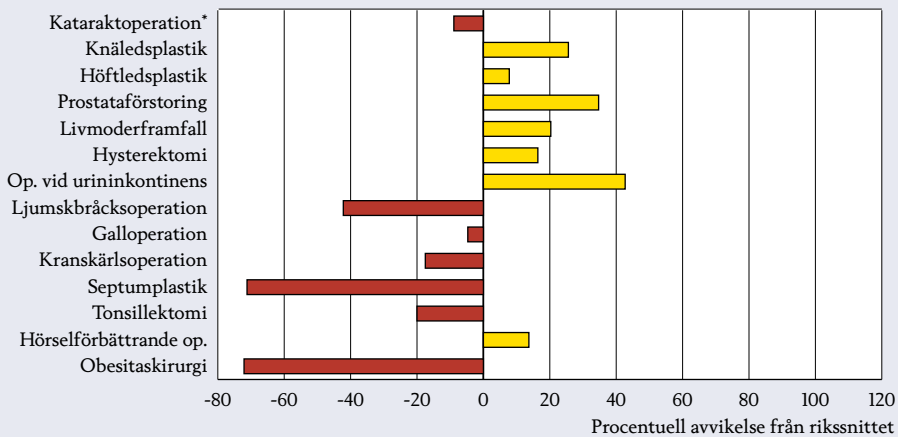
i antalet operationer mellan landstingen. Diagram 14 visar antal operationer per 100 000 invånare år 2008, uppdelat på patientens hemort. Vårdkonsumtionen var högst i Värmland. Jämfört med 2007 hade konsumtionen ökat mest i Blekinge och Stockholm. I Jämtland och Västra Götaland hade konsumtionen däremot minskat.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på obesitaskirurgi har minskat mellan oktober 2008 och april 2009 med 18 procentenheter till 38 procent. Variationen är stor mellan landstingen från noll till 83 procent.



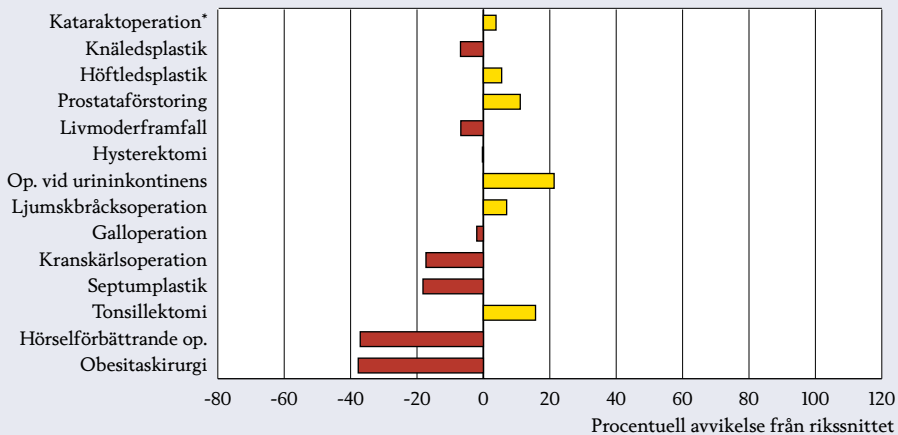
LANDSTINGSPROFILER





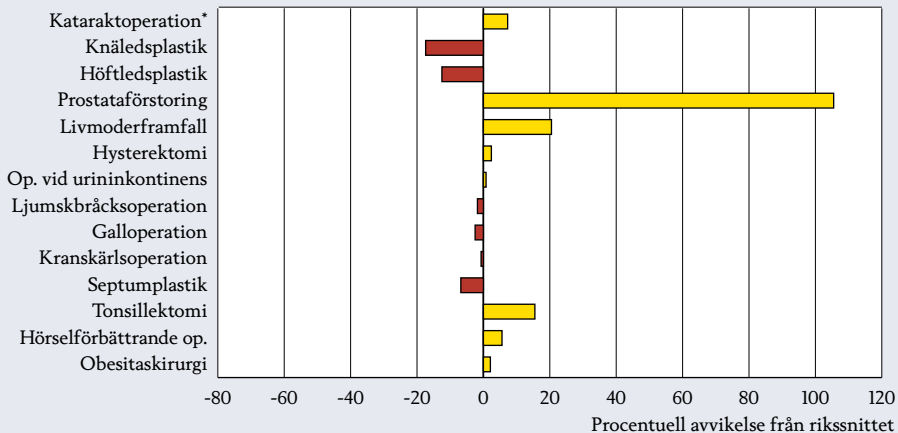
Östergötland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



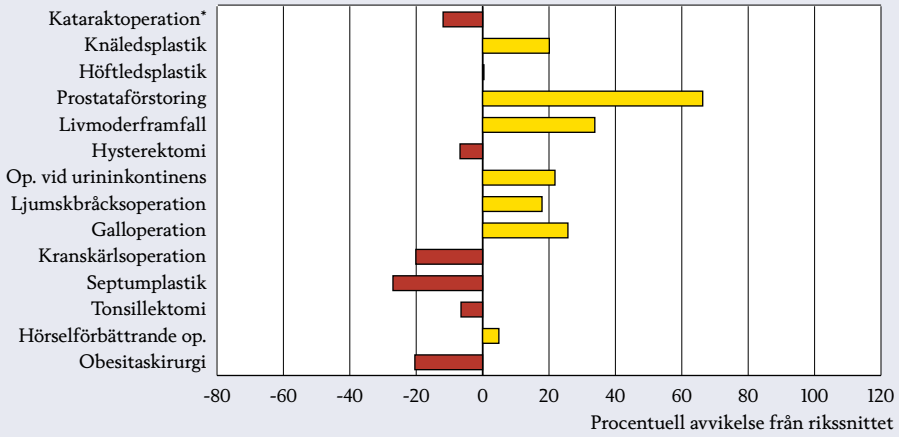
Jönköping

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



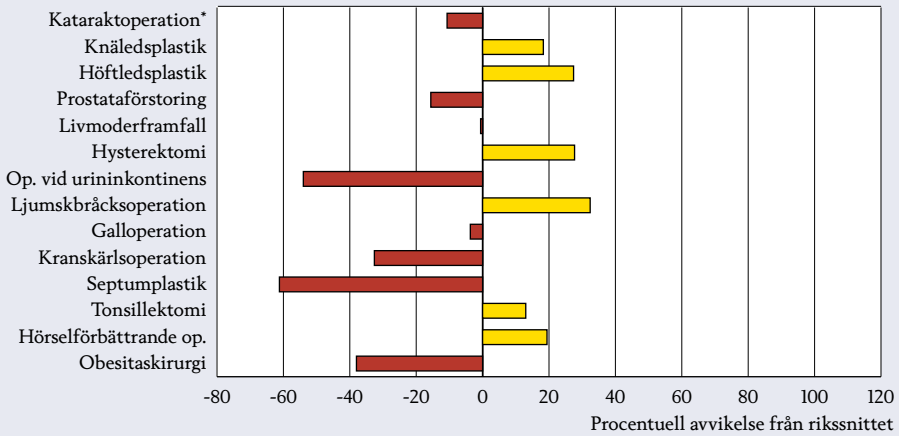
Kronoberg

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



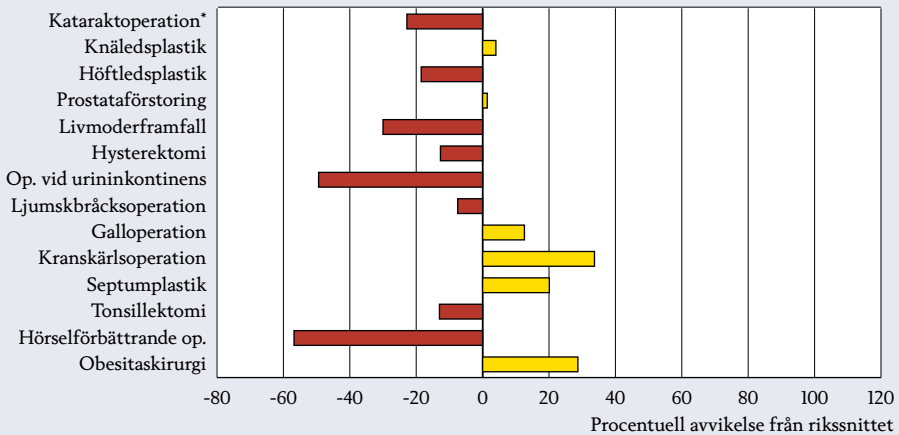
Kalmar

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



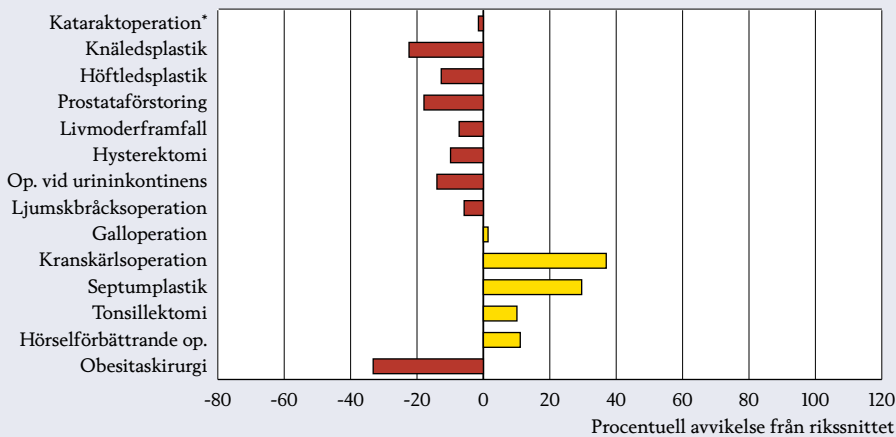
Gotland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



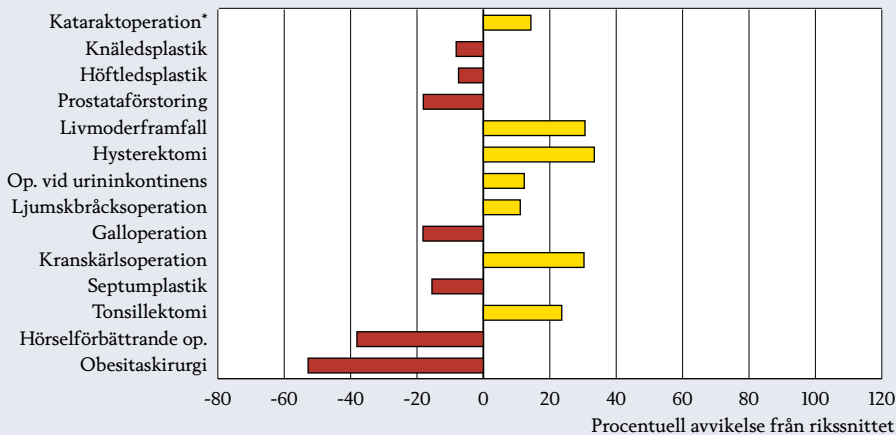
Blekinge

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



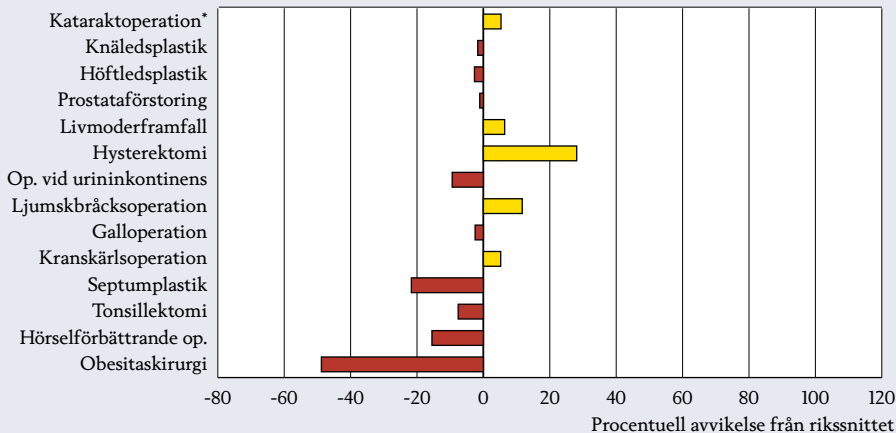
Skåne

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



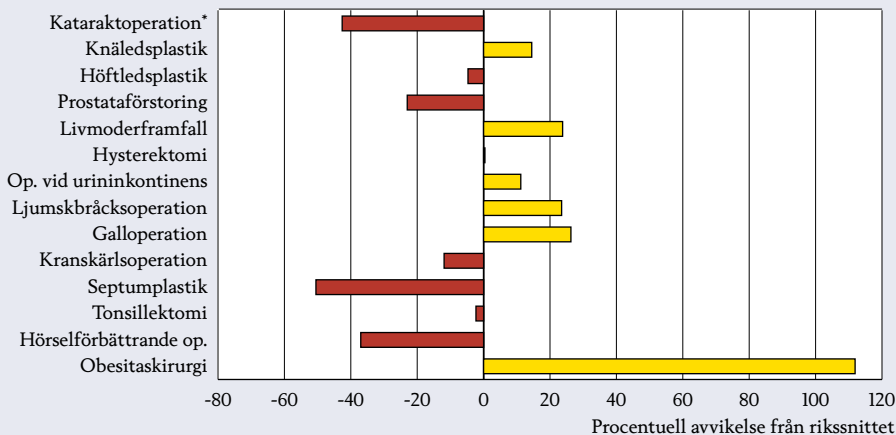
Halland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



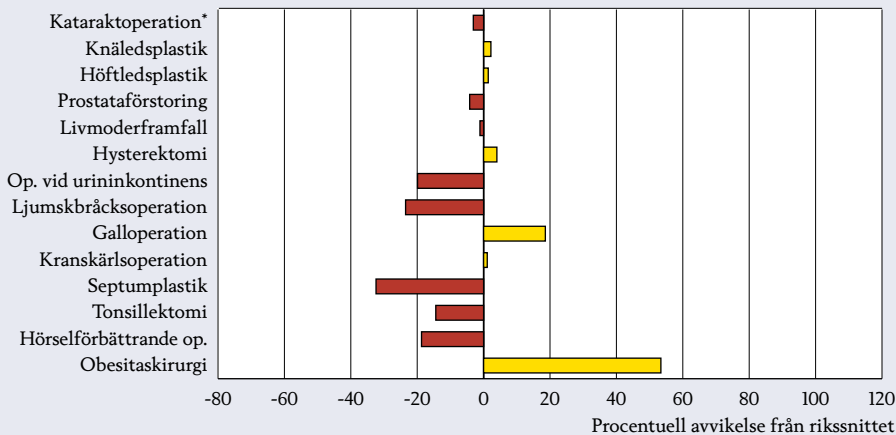
Västra Götaland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



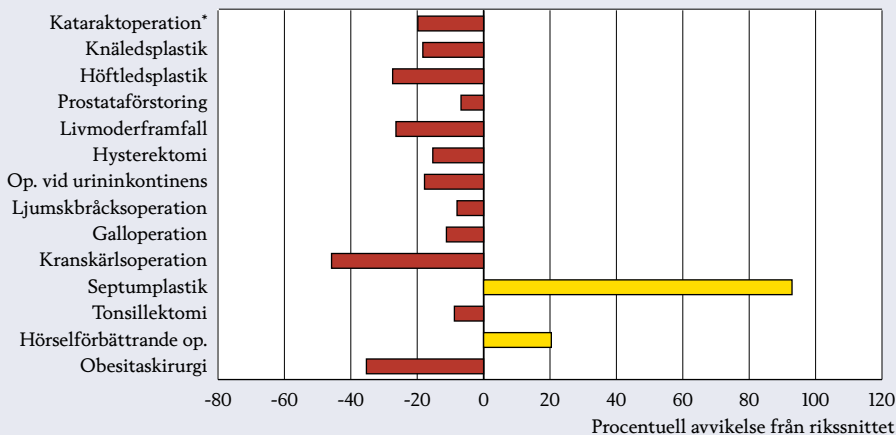
Värmland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



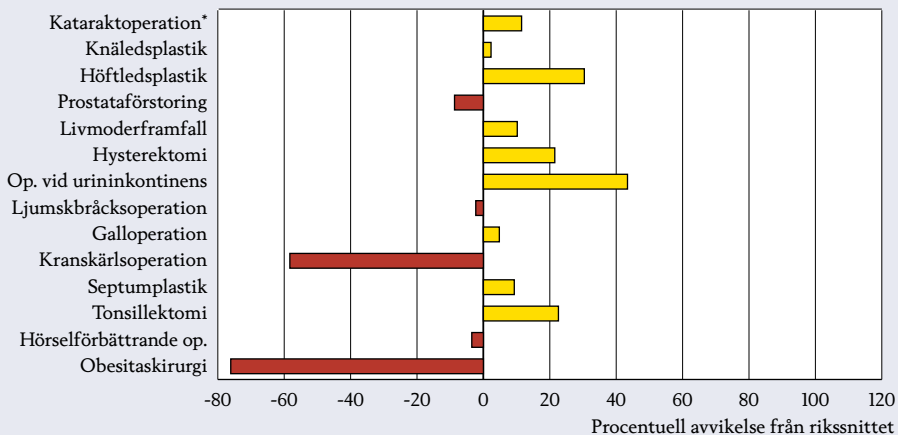
Örebro

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



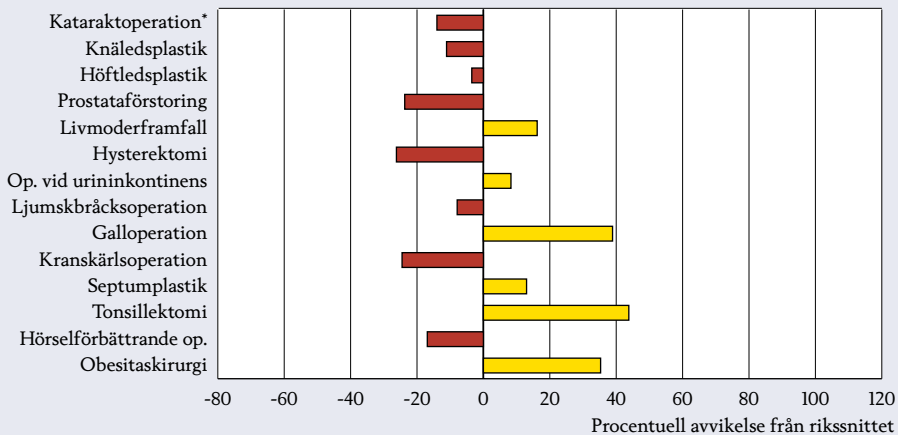
Västmanland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



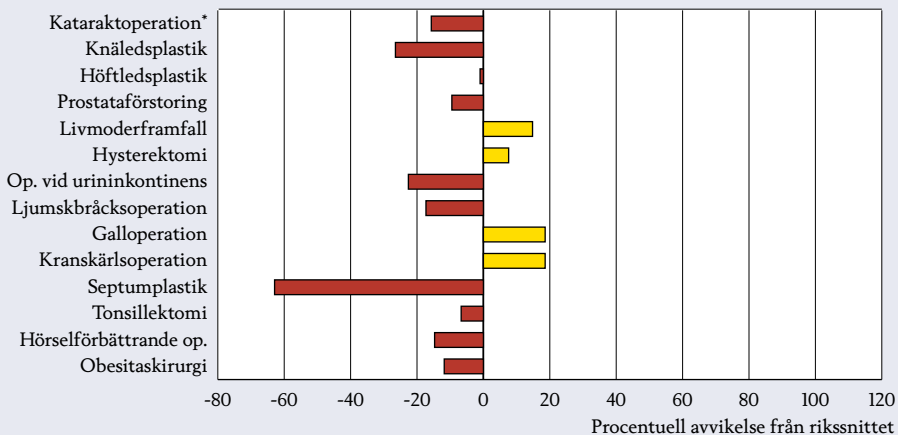
Dalarna

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



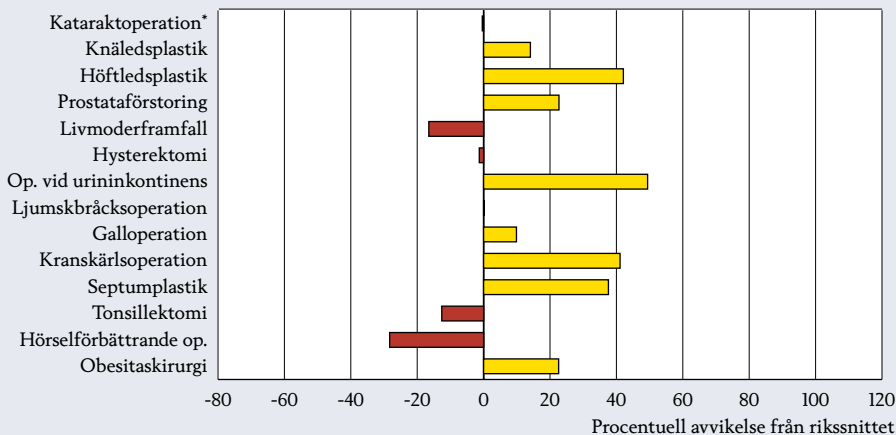
Gävleborg

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



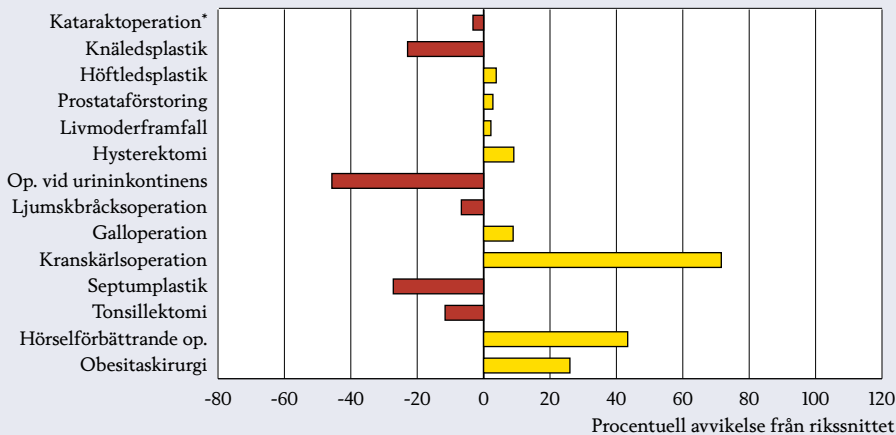
Västernorrland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



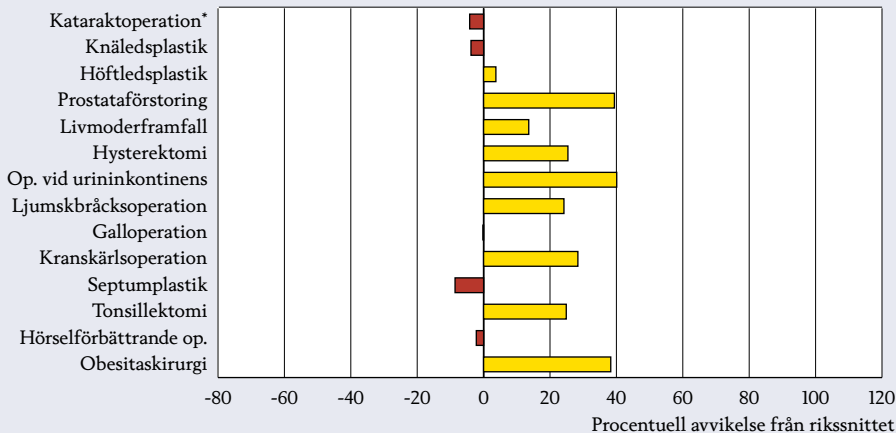
Jämtland

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



Västerbotten

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)



Norrbotten

Källa: Patientregistret. (*Kataraktregistret, annorlunda åldersstandardisering)

Bilagor till Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2009

I denna bilagerapport redovisas tre bilagor till
huvudrapporten *Öppna jämförelser 2009*:

- 1 Beskrivning av indikatorer
- 2 Jämförelse av täckningsgrad i Nationella
Kvalitetsregister och hälsodataregister
- 3 Vårdkonsumtion 2008 för ett urval behandlingar

Bilagorna innehåller information som är relevant för
Öppna jämförelser och även kompletterar huvudrapportens
jämförelser, framförallt genom redovisningen av vård-
konsumtion. Både beskrivning av indikatorer och
jämförelser av täckningsgrad är viktiga vid tolkning av de
resultat som redovisas i huvudrapporten.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-494-7

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2009-12-10

