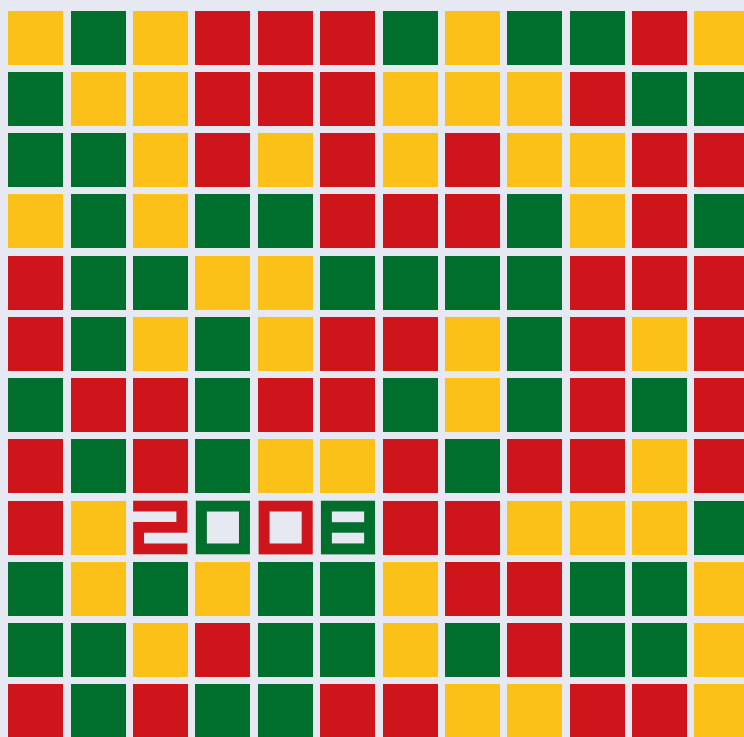


Kvalitet i sjukvårdsdata, indikatorbeskrivningar och vårdkonsumtion

Bilagor till Öppna jämförelser av hälso- och
sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008



Kvalitet i sjukvårdsdata, indikatorbeskrivningar och vårdkonsumtion

**Bilagor till Öppna jämförelser av hälso- och
sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008**

**Kvalitet i sjukvårdsdata, indikatorbeskrivningar
och vårdkonsumtion** 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 978-91-7164-423-7

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. 2009-126-9

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 bilagor till *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* är samlade här.

Bilaga 1: Tillgång och kvalitet i sjukvårdsdata innehåller dels en beskrivning av de källor som använts för indikatorerna i *Öppna jämförelser*, dels en jämförelse av täckningsgrad, det vill säga antalet rapporterade fall i Patientregistret respektive olika nationella kvalitetsregister.

Bilaga 2: Beskrivning av indikatorer innehåller en utförlig definition av de använda indikatorerna, redovisade i samma ordningsföljd som i rapporten.

Bilaga 3: Vårdkonsumtion redovisar de olika landstingens konsumtion (antal behandlingar per invånare) av ett antal behandlingar. Dessutom sammanställs resultaten i en profil per landsting, där alla landstings vårdkonsumtion i förhållande till rikets redovisas.

Vid frågor angående bilagorna kontakta:

Karin Nyqvist, Socialstyrelsen (karin.m.nyqvist@socialstyrelsen.se) eller

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

Innehåll

Tillgång och kvalitet i sjukvårdsdata	5
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	6
Beskrivning av indikatorer	37
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	38
Vårdkonsumtion	91
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	92

Tillgång och kvalitet i sjukvårdsdata

Innehåll

NATIONELLA HÄLSODATAREGISTER OCH DÖDSORSAKSREGISTRET	8
Patientregistret	9
Dödsorsaksregistret	10
Cancerregistret	10
Medicinska födelseregistret (MFR)	11
Läkemedelsregistret	11
NATIONELLA KVALITETSREGISTER	12
TÄCKNINGSGRAD – KVALITETSREGISTER OCH KPP I FÖRHÅLLANDE TILL PATIENTREGISTRET	16
RIKS-HIA respektive Patientregistret	18
Svenska Hjärtkirurgiregistret respektive Patientregistret	21
Riks-Stroke respektive Patientregistret	22
Svenska Höftprotesregistret respektive Patientregistret	24
RIKSHÖFT respektive Patientregistret	26
Svenskt Bråckregister respektive Patientregistret	28
Nationella Kataraktregistret respektive Patientregistret	30
NDR – Nationella Diabetesregistret respektive Läkemedelsregistret	32
RIKSÄT respektive Patientregistret	33
SIR – Svenskt Intensivvårdsregister	34
KPP-databasen i förhållande till Patientregistret	34
ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖRBÄTTRA KVALITET I REGISTERDATA	35

Tillgång och kvalitet i sjukvårdsdata

Rapporten *Öppna jämförelser 2008* innehåller uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister, från 18 Nationella Kvalitetsregister och från databaser på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I avsnittet som följer redovisas först Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregister. Avsnittets andra del beskriver Nationella Kvalitetsregister i allmänhet, KPP-databasen (Kostnad Per Patient), Vårdbarometern och Väntetidsdatabasen. Slutligen beskrivs täckningsgradsanalyser av nio av de Nationella Kvalitetsregistren som förekommer i huvudrapporten och täckningsgraden i KPP-databasen. Täckningsgraden för kvalitetsregistren belyses genom jämförelser med Patientregistret (PAR) och Läkemedelsregistret.

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 en hög kvalitet. Tillgång och kvalitet i data påverkar också möjligheterna för verksamhetsuppföljning och utveckling, styrning, ledning och prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Med en hög kvalitet i data menas till exempel att det inte är stora bortfall, att uppgifterna är pålitliga och jämförbara.

Individbaserade uppgifter om hälso- och sjukvården finns samlade på nationell nivå i Socialstyrelsens hälsodata- och dödsorsaksregister, i de 64 Nationella Kvalitetsregistren och i KPP-databasen. Andra uppgifter om tillgänglighet och patienterfarenheter återfinns i Väntetidsdatabasen och databasen Vårdbarometern.

Rapporteringen till Socialstyrelsens nationella register är obligatorisk och lagreglerad. Deltagandet i de Nationella Kvalitetsregistren och i SKLs databaser är frivilligt. 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 finns idag en stor mängd data av hög kvalitet tillgängliga på nationell nivå. Det finns dock sjukvårdsområden med begränsad data. Detta gäller framför allt primärvården och psykiatrin. En mängd satsningar och projekt har nu inletts inom dessa områden.

Det är stora variationer, från 20 till 98 procent, i täckningsgraden mellan de nu analyserade Nationella Kvalitetsregistren. Dock varierar de olika registrens uppdrag alltifrån 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 ofta mycket mellan kliniker. Enskilda kliniker med hög täckningsgrad kan då ha stor nytta av att följa sina data över tid som underlag i förbättringsarbete. Vid jämförelserna framkom inom vissa områden en avsaknad av inrapportering från privata vårdgivare till Patientregistret. Inrapporteringen från privata vårdgivare har dock det senaste året ökat. För vissa sjukdomsgrupper och operationer framkom även en låg andel fall som matchade, det vill säga en låg andel som återfanns i bägge registren. Detta indikerar att sjukvårdsenheter skickar olika uppgifter till olika register.

Vid matchningarna framkom en rad olikheter i registren. I flera fall överensstämmer inte de Nationella Kvalitetsregistrens sjukhus- och klinikkoder med Patientregistrets koder. Inte heller registrering av datum, till exempel operationsdatum, överensstämmer till fullo. En viktig del i kvalitetsutvecklingen inom vården är behovet av en standardisering av informationsstruktur omfattande alltifrån digital journalföring med epikriser till kodningsterminologi och databasstruktur.

Resultaten av redovisningen ger anledning till vidare diskussioner om hur vi nationellt kan förbättra både tillgång till och kvalitet i data.

NATIONELLA HÄLSODATAREGISTER OCH DÖDSORSAKSREGISTRET

Individbaserade uppgifter om hälso- och sjukvården finns på nationell nivå samlat i Socialstyrelsens Hälsodata- och Dödsorsaksregister. Registren är unika utifrån ett internationellt perspektiv, genom att det på individnivå går att följa sjukdomars förekomst och förändring, slutenvården samt dödsorsaker mellan 20 och 50 år tillbaka i tiden. I Patientregistret finns uppgifter för vissa landsting 50 år tillbaka i tiden och heltäckande nationella uppgifter med bra kvalitet 20 år tillbaka. De personnummerbaserade registren med långa tidsserier möjliggör såväl breda statistiska uppföljningar och analyser som djupa forskningsinriktade studier. Det ger exempelvis möjligheter till såväl studier av komorbiditet, folkhälsa, sjuklighet, läkemedelsanvändning och dödlighet som studier av vårdkonsumtion, vårdtyngd och produktion. Registren ger även underlag för Socialstyrelsens mer ämnesspecifika statistikdatabaser och officiella statistik som hjärt-kärlssjuklighet och skadestatistik.

Idag ansvarar Socialstyrelsen för 6 nationella register: Patientregistret, Cancerregistret, Medicinska födelseregistret, Läkemedelsregistret, Dödsorsaksregistret och det nya Tandhälsoregistret. Registren regleras av ett omfattande sekretesskydd och genom lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningar knutna till lagen (SFS 2001:707-709, 2005:363).

Samtliga register, förutom Tandhälsoregistret, som håller på att byggas upp, har idag en god täckningsgrad inom respektive område och håller hög kvalitet i data. Vissa hälso- och sjukvårdsområden saknas dock och det gäller framförallt primärvården där tillgängliga uppgifter på nationell nivå är begränsade.

Patientregistret

Insamling och redovisning av patienters sjukdomar och behandlingar har en lång tradition i Sverige. Redan för över 100 år sedan publicerade dåvarande Sundhetscollegiet årligen sådana uppgifter. Beräknat från och med år 1964 innehåller Socialstyrelsens Patientregister (tidigare Slutenvårdregistret) närmare 52 miljoner vårdtillfällen inom slutenvården. 1997 påbörjades registrering av dagkirurgi och besök i den specialiserade öppenvården. Denna del av Patientregistret inkluderar cirka 67 miljoner besök.

Patientregistret (PAR) har idag en bred användning. PAR utgör dels underlag för kostnads- och verksamhetsplanering, som till exempel beräkning av det kommunala utjämningsystemet, nationella produktivitetjämförelser, verksamhetsuppföljning, vårdutnyttjande, medicinsk praxis och beskrivning av patientströmmar. Andra användningsområden är forskning med framför allt epidemiologiska studier och uppföljning av folkhälsa och sjuklighet. Med tanke på detta och att PAR är en central källa för uppföljning inom hälso- och sjukvården blir inrapporteringen, aktualiteten och kvaliteten i registret en angelägen fråga. Patientregistrets slutenvårdsdel har en jämn och bra kvalitet över tid vad gäller centrala variabler som till exempel: huvuddiagnos, sjukhus och datumangivelse. De senaste åren har antalet rapporterade vårdtillfällen från slutenvården uppgått till cirka 1,5 miljoner per år och innefattar alla verksamhetsområden. År 2007 saknade en liten del, 1,2 procent, av dessa uppgifter om diagnos.

1997 började också uppgifter från dagkirurgisk verksamhet att samlas in. Uppgiftsinsamlingen från den specialiserade öppna vården utvidgades 2001. Nu ska alla läkarbesök rapporteras, exklusive besök i primärvård. Denna del av registret har idag en hög täckningsgrad, men med ett visst bortfall från privata vårdgivare. Det har under en tid skett en ökad privatisering framförallt inom den specialiserade öppenvården. Det har ännu inte riktigt hunnit etableras rutiner för rapporteringen från privata vårdgivare, men inrapporteringen har det senaste året blivit bättre. Satsningar görs för att hitta bra IT-lösningar för att förenkla inrapporteringen.

Aktualiteten i Patientregistret har under det senaste året ökat, vilket beror på att landstingen/regionerna har skickat sina uppgifter tidigare än föregående år. Uppgifterna för verksamhetsåret 2007 inrapporterades från de första landstingen redan den 20 mars detta år.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik omfattar samtliga avlidna under ett kalenderår, som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige, oavsett om dödsfallet inträffade inom eller utanför landet. Dödsorsaksregistret innehåller data från 1961 och uppdateras årligen. För de senaste årgångarna omfattar registret 90 000–95 000 avlidna per år. Det finns också ett historiskt dödsorsaksregister för åren 1952–1960.

Bortfallet i registret är litet. Sedan 1997 förekommer inte något bortfall av antal avlidna eftersom uppgifter inhämtade från befolkningsstatistiken ingår, men då utan uppgift om dödsorsak (ICD-kod R99.9). Vid varje dödsfall utfärdar läkaren ett dödsbevis, utan dödsorsak, som skickas till folkbokföringen. Efter utredning utfärdas ett dödsorsaksintyg som ska sändas till Dödsorsaksregistret inom tre veckor efter dödsfallet.

Registret måste dock skicka ut påminnelser för att begränsa bortfallet av dödsorsaksintyg. Före första påminnelseomgången (2006) saknades cirka 4 000 intyg. Efter påminnelseomgångarna saknades dödsorsaksintyg för 638 avlidna, vilket motsvarar 0,70 procent av samtliga dödsfall år 2006. Bortfallet för enskilda variabler varierar. Ju mer detaljerad en undersökning är, desto säkrare blir den uppgivna dödsorsaken. Den mest detaljerade är obduktion, vilket dock successivt har minskat sedan mitten på 1970-talet.

Aktualiteten i registret påverkas av att dödsorsaksuppgifterna på intygen inrapporteras i klartext. Texten och den underliggande dödsorsaken kodas sen med hjälp av olika system. Skrivfel förekommer i cirka 3 procent av den registrerade texten och efter rättning i samband med kodningen återstår cirka 0,3 procent. För att få en uppfattning om kodningsfelen görs ytterligare kontroller. Kodningsfel uppskattas till cirka 5 procent på ICDs mest detaljerade nivå.

Cancerregistret

Cancerregistret startade 1958 och Sverige var då det sista landet i Norden att inrätta ett nationellt cancerregister. Från början sköttes all registrering av cancerfallen på Medicinalstyrelsen (sedermera Socialstyrelsen). Under mitten av 1970-talet började uppbyggnaden av regionala cancerregister.

Sedan 1982 finns det sex onkologiska centra dit anmälningar om nyupptäckta cancerfall skickas för att kodas och registreras. Efter kontroll av materialet skickas det årligen till Socialstyrelsen för att ingå i det nationella cancerregistret. Uppgifter för samtliga tumörer utom basalcells cancer skall lämnas den 31 oktober varje år. Uppgifter om basalcells cancer ska rapporteras från patologiavdelningarna den 31 januari.

Det rapporteras cirka 50 000 nya cancerfall till registret varje år. Registret har en hög täckningsgrad. Underrapporteringen har i en nyligen publicerad artikel skattats till 3,7 procent, med variation beroende på diagnos. En samkörning av Cancerregistret och Dödsorsaksregistret visar att bortfallet för till exempel bröstcancer är litet.

På de regionala cancerregistren görs kontroller av uppgifterna före insändning till Socialstyrelsen. Det görs rimlighetskontroller med avseende på bland annat kön och diagnos. På det nationella registret kontrollerar man om det finns dubletter och gör ytterligare rimlighetskontroller.

Sedan 1998 regleras Cancerregistret genom lagen (1998:543) om hälsodataregister med tillhörande förordning (2001:709) om Cancerregister hos Socialstyrelsen. År 2005 gav Socialstyrelsen ut ändring i föreskrifter och allmänna råd (2003:13) om uppgiftsskyldighet till Cancerregistret (2006:15).

Medicinska födelseregistret (MFR)

Medicinska födelseregistret startade 1973 och innehåller uppgifter om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn från samtliga förlossningskliniker i landet. Det innefattar uppgifter om tidigare graviditeter, graviditetslängd, förlossningssätt, eventuella sjukdomsdiagnoser hos moder och barn, operationer, smärtlindring och barnets tillstånd vid födelsen.

Antalet födda har under åren varierat mellan 86 000 och drygt 120 000 per år. Registret har en hög täckningsgrad. Bortfallet uppskattas till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. I jämförelser med Statistiska Centralbyråns Födda-register återfinns 98 procent i MFR. Det finns variationer mellan landstingen i rapportering av mödravårdsjournaler. I flera landsting är bortfallet av mödravårdsjournaler litet medan i andra kan uppemot 10 procent saknas.

Läkemedelsregistret

Registret innehåller uppgifter om förskrivna läkemedel som hämtats ut mot recept eller motsvarande på apotek från 1999. Från och med den 1 juli 2005 innehåller registret uppgifter på individnivå, vilket gör det möjligt att koppla ihop läkemedelsanvändning med olika diagnoser i PAR. Uppgifter innefattar typ av läkemedel, mängd, pris, och datum för expedition. Sedan 2002-10-01 finns uppgift om utbyte till generiskt eller parallellimporterat läkemedel har gjorts på apoteket. Uppgift om dosering finns men i en form som för närvarande inte medger statistisk bearbetning. Registret uppdateras med nya uppgifter varje månad från Apoteket AB.

Antalet expedierade recept är cirka 90 miljoner per år. Alla expedieringar på apotek registreras men när receptförsäljningen fördelas på kön, ålder eller folkbokföringsort uppkommer ett bortfall beroende på ofullständig eller felaktig registrering av uppgifter. Bortfallet av personnummer är cirka 0,3 procent och av folkbokföringsort cirka 0,6 procent. När det gäller dygnsdoser eller kostnader för läkemedel var bortfallet år 2004 0,6 procent.

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Förskrivningsorsak saknas också i registret, det vill säga uppgift om de besvär eller den sjukdom som förskrivningen avser.

NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Sveriges första Nationella Kvalitetsregister, Svenska Knäprotesregistret, startades av ortopedkliniken i Lund 1975 och några år senare (1979) startade Höftprotesregistret i Göteborg. Tekniken att ersätta artrosdrabbade knä- och höftleder med proteser var ny i början av 1970-talet, och problemen var inledningsvis många.

Genom att skapa nationella register, där samtliga knä- och höftprotesoperationer registrerades, fick svenska ortopedier ett stort statistiskt material där man tidigt kunde upptäcka protestetypen och operationstekniker som fungerade dåligt. Man diskuterade och drog slutsatser runt om på landets olika ortopedkliniker och registren har gjort Sverige världsledande inom knä- och höftproteskirurgin. Öppen redovisning på klinisk nivå startade i slutet av 1990-talet.

Under de närmast följande åren tillkom i beskedlig takt fler Nationella Kvalitetsregister. Representanter från dåvarande Landstingsförbundet och Socialstyrelsen bildade därför 1993 tillsammans med två registerhållare och en representant från Svenska Läkaresällskapet det som något år senare döptes till Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister. Gruppen diskuterade hur fler register skulle kunna skapas och finansieras, och principerna för dagens decentraliserade registersystem utformades. Från och med 1 januari 2007 sköter Sveriges Kommuner och Landsting all central administrationen av kvalitetsregistren. Beslutsgruppen har nu representanter från SKL, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och landstingen via tre landstingsdirektörer. Till sin hjälp har Beslutsgruppen rekryterat en Expertgrupp som varje år går igenom inkomna ansökningshandlingar och ger förslag till beslut. Inom gruppen finns expertkunskap som förutom hälso- och sjukvård rör epidemiologi, statistik, registerdrift och kliniskt förbättringsarbete.

De Nationella Kvalitetsregistren har utvecklats för att fylla det tomrum som avsaknaden av detaljerade uppföljningssystem inom hälso- och sjukvård inneburit. I kvalitetsregistren registreras uppgifter om enskilda patienters problem, insatta åtgärder och resultat på ett sådant sätt, att data kan sammanställas för samtliga patienter och analyseras på nationell, regional och enhetsnivå.

Den framgångsrika utvecklingen av de svenska kvalitetsregistren förklaras till stor del av den decentraliserade utbyggnaden. Den vårdpersonal som själv skall använda data har också huvudansvaret för systemets utveckling och innehåll, och databaserna finns utspridda på olika kliniker och vårdenheter runt om i landet. Innehållet i registren valideras löpande på olika sätt av registerhållarna och de verksamheter som använder registren, och detta kompletteras med den årligen återkommande kvalitetskontroll som inlämnade årsrapporter och ansökan om centralt ekonomiskt stöd innebär. Flera av de Nationella Kvalitetsregistren innehåller data av en kvalitet, som gör att de i stor omfattning även används för klinisk forskning.

2008 får 64 Nationella Kvalitetsregister ekonomiskt stöd från Beslutsgruppen. Trots den positiva utvecklingen av kvalitetsregister under en följd av år saknar fortfarande flera viktiga hälso- och sjukvårdsområden uppföljningsmöjligheter. Hit hör bland annat: psykiatri, primärvård, transplantationskirurgi och traumatologi med akutsjukvård.

Enskilda kliniker, landsting och regioner har i många fall skapat kvalitetsregister som möjliggör uppföljning enbart i den egna verksamheten. Nackdelen med lokala och regionala register är att de inte, i likhet med de Nationella Kvalitetsregistren, bidrar till att skapa likvärdig och jämförbar vård i hela landet. Detta är anledningen till att centralt ekonomiskt stöd enbart lämnas till nationella register.

Det finns Nationella Kvalitetsregister, som inte söker centralt ekonomiskt stöd. Sådana register, mer eller mindre väl utbyggda, finns exempelvis inom neurokirurgin och cancervården.

Till årets Öppna jämförelser har 17 Nationella Kvalitetsregister med centralt stöd och ett register utan sådant stöd levererat data. Följande register står för 29 indikatorer:

- Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll
- Svenska Reumatoid Artrit-registret
- SIR – Svenskt intensivvårdsregister
- Register för rektalcancerkirurgi
- Nationella prostatacancerregistret
- Register för Öron, Näsa & Halssjukvård
- NDR – Nationella Diabetesregistret

- RIKSÄT
- Riks-Stroke
- RIKS-HIA
- Nationella Kataraktregistret
- Svenska Hjärtkirurgiregistret
- Svenska Höftprotesregistret
- RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret
- Svenskt Bråckregister
- Nationella Knäprotesregistret
- Swespine/Svenska ryggregistret
- SNR – Svenskt NjurRegister

De uppräknade registren har mycket varierande uppdrag som kan återspegla olika svårigheter vad gäller följsamhet och täckningsgrad. Svenska Hjärtkirurgiregistret, som exempel, registrerar cirka 4 000 by-pass operationer på sju sjukhus per år (indikator A:46 i huvudrapporten), vilket kan jämföras med Nationella Diabetesregistret som i indikator A:28 registrerar blodtryck på 140 000 patienter på niohundra vårdcentraler. Det förstnämnda registret rapporterar en kirurgisk intervention, medan det andra har i uppdrag att följa en stor population (350 000) med en kronisk sjukdom longitudinellt under lång tid. Dessa stora skillnader i ett registers uppdrag skall beaktas vid till exempel täckningsgradsanalyser.

Registren har också stor variation avseende den tid de varit verksamma. Nationella Knäprotesregistret och Svenska Höftprotesregistret har varit aktiva i mer än 30 år, vilket givetvis kan påverka datakvalitet och täckningsgrad jämfört med register med en kort historik. Trots ökat fokus på de Nationella Kvalitetsregistren är de flesta registren underfinansierade, vilket kan påverka möjligheter på nödvändig satsning på logistik och it-teknologi för förbättrad datafångst.

Vårdbarometern

Vårdbarometern är en befolkningsenkät där syftet är att mäta befolkningens attityder till, erfarenheter av och kunskaper om hälso- och sjukvården. Befolkningens uppfattning om och tillit till hälso- och sjukvården är en viktig indikator på hur väl vården fungerar. Det ger politiker, tjänsteman och företrädare för vården en bild av hur den uppfattas av medborgarna.

Årligen telefonintervjuas ungefär 0,5 procent av den vuxna befolkningen i de lands-ting/regioner som deltar i Vårdbarometern, vilket är alla utom Gotland. Datainsamlingen, från helåret 2007, omfattar telefonintervjuer med 43 000 utvalda individer. Till den del av befolkningen som någon gång under de senaste 12 månaderna har

besökt vården ställs även frågor om hur de upplevde besöket. Resultat från Vårdbarometern har därför använts som underlag för att belysa patienternas upplevelse av vården, trots att osäkerheten i uppgifterna är stor. Drygt hälften av de tillfrågade hade besökt vården som patient under året 2007.

Vårdbarometerens uppgifter skulle behöva kompletteras för att uppföljningen av patienterfarenheter ska kunna bli mer heltäckande. En projektgrupp inom SKL förbereder i samarbete med landstingen införandet av en nationell patientenkät, där det primära syftet är att ge vårdcentraler och sjukhus ett instrument för utveckling och förbättring av vården. Uppgifterna kan även användas för analys och jämförelser mellan vårdgivare och landsting. Utöver de uppgifter från Vårdbarometern som presenteras i Öppna jämförelser görs en mer omfattande redovisning av resultatet årligen av SKL.

Den nationella patientenkäten, som är under upphandling, syftar till att ge underlag för lokalt förbättringsarbete och jämförelser på olika nivåer, exempelvis nationella indikatorer och Öppna jämförelser.

Väntetider i vården

Väntetider i vården är en databas för uppföljning av vårdens tillgänglighet enligt vårdgarantins intentioner. Den nationella väntetidsdatabasen följer väntetider till besök, undersökningar och operation/åtgärd avseende vissa åtgärdsområden. Databasen kännetecknas av att den, sedan år 2000, öppet publicerar aktuella, uppgifter på www.vantetider.se. Uppgifterna kommer från rapportörer och patientadministrativa system hos samtliga landsting. Arbetet utförs av Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med samtliga landsting och regioner.

Landstingsledningar och förtroendevalda ska kunna använda detta underlag för jämförelser och för dialog med verksamheterna och med media. Arbetet ska gå att följa över tid. Informationen ska även vara till stöd och nytta för verksamheternas vårdkoordinatorer och vårdlotsar/vårdslussar när patienter behöver hänvisas vidare inom ramen för vårdgarantin. Det yttersta syftet är att verka för en påskyndad utveckling av vårdens tillgänglighet.

Tillgången till och kvaliteten på data är förhållandevis god genom den nationella rapporteringsorganisationens arbete. Svarsfrekvensen har förbättrats mycket under de senare åren. Ett nationellt utvecklingsarbete pågår för en ökad automatisering av överföring av data till den nationella väntetidsdatabasen från landstingens it-stöd i syfte att ytterligare säkerställa uppföljning av faktiska väntetider för samtliga åtgärder.

KPP-databasen

KPP, Kostnad per patient-systemet, infördes för slutna vård i Göteborgs Sjukvård 1985. Fram till 1985 hade en enhetskostnad per vård dag, som var samma för alla patienter, varit underlag för fakturering. KPP infördes för att få ett rättvisare faktureringsystem. Vid starten hade systemet en grundkostnad per klinik och ett fåtal särredovisade kostnader. Under årens lopp har systemet förfinats och antalet särredovisade kostnader har successivt ökat. Under början av 1990-talet pågick ett begränsat nationellt utvecklingsarbete (SPRI och KPP-sjukhusen) och under senare delen av 90-talet ökade kravet/önskemålet om bättre information om kostnader inom svensk sjukvård.

SKL driver sedan år 2002 KPP-arbetet som en del i förbundens ordinarie arbete. Arbete med att införa KPP-redovisning pågår nu i någon form i de flesta landsting. 2008 kunde 25 sjukhus från 11 landsting lämna KPP-uppgifter för 2007 till KPP-databasen vid SKL. Antalet vårdtillfällen i KPP-databasen motsvarar nu omkring 60 procent av samtliga vårdtillfällen inom den slutna somatiska vården. En utveckling av KPP pågår även inom öppen somatisk vård samt inom psykiatrin.

Med KPP-redovisning fås information om sjukvårdens kostnader för olika sjukdomar. Med KPP kan också vårdtyngden mätas, exempelvis vid det enskilda sjukhuset, och därmed beaktas i samband med kostnadsjämförelser. De flesta indikatorer för kvalitet eller resultat som används i uppföljning och i jämförelser gäller specifika medicinska behandlingar. Med tillgång även till KPP kan information fås om både kvalitet, resultat och kostnader. Detta skapar en grund för adekvata effektivitetsjämförelser (hälsoekonomiska analyser). Därför är det av stor vikt att ett standardiserat KPP-system introduceras i hela landet.

TÄCKNINGSGRAD – KVALITETSREGISTER OCH KPP I FÖRHÅLLANDE TILL PATIENTREGISTRET

I följande avsnitt har jämförelser gjorts mellan Patientregistret (PAR) och åtta av de arton kvalitetsregister som ingår i huvudrapporten samt med KPP-databasen. Ytterligare ett kvalitetsregister, Nationella Diabetesregistret, har jämförts med Läkemedelsregistret. Jämförelserna syftar till att uppskatta täckningsgraden på individnivå i registren, det vill säga hur stor del av patienterna eller operationerna/behandlingarna, som återfinns i registret. Ofta anges täckningsgrad i hur många enheter som rapporterar till respektive register. Denna typ av uppgift säger dock inget om hur varje enhet rapporterar på individnivå.

Täckningsgraden för följande kvalitetsregister och databaser redovisas:

Patientregistret versus:

- RIKS-HIA
- Svenska Hjärtkirurgiregistret
- Riks-Stroke
- Svenska Höftprotesregistret
- RIKSHÖFT – Nationella Höftfrakturregistret
- Svenskt Bräckregister
- Nationella Kataraktregistret
- RIKSÅT
- KPP-databasen (kostnader per patient)

Läkemedelsregistret versus:

- NDR – Nationella Diabetesregistret

Dessutom kommenteras Svenskt Intensivvårdsregister, vilket inte kunnat jämföras med andra register. En täckningsgradsjämförelse med Nationella prostatacancerregistret var planerad, men kunde inte genomföras på grund av att registrets databas inte innehöll datum för behandlingstyp. Nationella Knäprotesregistret inbjöds till en täckningsgradsanalys men avstod.

Nedan har en uppskattning av täckningsgraden gjorts genom att matcha registren med varandra. Där det har varit möjligt har matchningen utförts på individnivå. Täckningsgraden utgörs av antalet fall som är de samma i respektive register plus antalet fall som endast rapporterats till ett av registren. Den absoluta täckningsgraden i de olika registren och databaserna kan inte med full säkerhet rapporteras eftersom det kan finnas fall och åtgärder som varken har inrapporterats till Patientregistret eller de Nationella Kvalitetsregistren. Antal sådana fall bör ha varit lågt i Sverige 2005–2006.

Matchningarna är exempel och en indikation på kvalitetsregistrens såväl som Patientregistrets täckningsgrad. 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 landstings- och sjukhusnivå. Redovisningen på landstingsnivå baseras på en summering av den producerade vården i de ingående sjukhusen. Matchningar på sjukhusnivå har dock inneburit vissa svårigheter eftersom sjukhus/klinikkoder inte överensstämmer mellan kvalitetsregistren och Patientregistret. Vissa landsting har även de senaste åren genomfört organisatoriska sammanslagningar som har medfört att man i sina register tagit bort

eller väljer att inte rapportera uppgifterna på sjukhusnivå, med andra ord går det inte att utröna vilken enskild enhet som producerat vården. Detta är inte bara ett registreringsproblem utan påverkar också möjligheten för lokalt förbättringsarbete och ekonomiska analyser.

Matchningarna på landstingsnivå är också mer tillförlitliga än de på sjukhusnivå på grund av att det ibland är olikheter i registreringen av sjukhus mellan registren. I exempelvis Riks-Stroke registreras det sjukhus som står för huvuddelen av vården för ett vårdtillfälle. I Patientregistret har matchningen utgått från det första sjukhuset i vårdkedjan.

Andra svårigheter i samband med matchningarna har varit att det ibland inte heller finns enhetlighet i diagnos- och åtgärdskodning eller datumregistrering. Diagnoskoderna som rapporteras till Patientregistret baseras på ICD10 "Klassifikationer av sjukdomar och hälsoproblem 1997". Åtgärdskoderna inrapporteras utifrån "Klassifikation av vårdåtgärder" (KVÅ) som är en gemensam klassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. KVÅ innehåller åtgärder både från "Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997" (KKÅ97) och ett antal nytillkomna KVÅ-åtgärder, vilka ersätter den så kallade temporära åtgärdslistan (TÅL).

Kodningsnivån på diagnos- och åtgärds-koder kan också skilja sig åt mellan inrapporteringen till Patientregistret respektive kvalitetsregistren. Exempelvis saknas i många fall inrapportering av uppgifter om lateralitet, det vill säga *höger-vänster*, till Patientregistret, vilket inrapporteras till de kvalitetsregister som avser behandling av pariga organ. De flesta nationella och lokala hälsodataregister saknar lateralitet (underrapporterat), vilket bör förbättras för att höja datakvaliteten i dessa register om man önskar analysera sjukdomar/operationer av just pariga organ.

Hur de olika vårdenheterna rapporterar till de Nationella Kvalitetsregistren varierar. Vissa enheter är, som ovan angivits, "kroniska" eftersläpande – icke så sällan även över årsskiftet – vilket är en stor nackdel vid den här typen av kvalitetskontroller. Av denna anledning gjordes de aktuella samkörningarna för verksamhetsåren 2005–2006.

RIKS-HIA respektive Patientregistret

Under åren 2005–2006 hade totalt 61 858 fall av hjärtinfarkter registrerats i Patientregistret (PAR) och 37 416 fall i Nationella Kvalitetsregistret RIKS-HIA. Följaktligen hade 24 442 fler fall inrapporterats till PAR och täckningsgraden för RIKS-HIA var 60 procent. RIKS-HIA har traditionellt fokuserat registreringen till hjärtintensivavdelningar, vilket påverkar täckningsgraden.

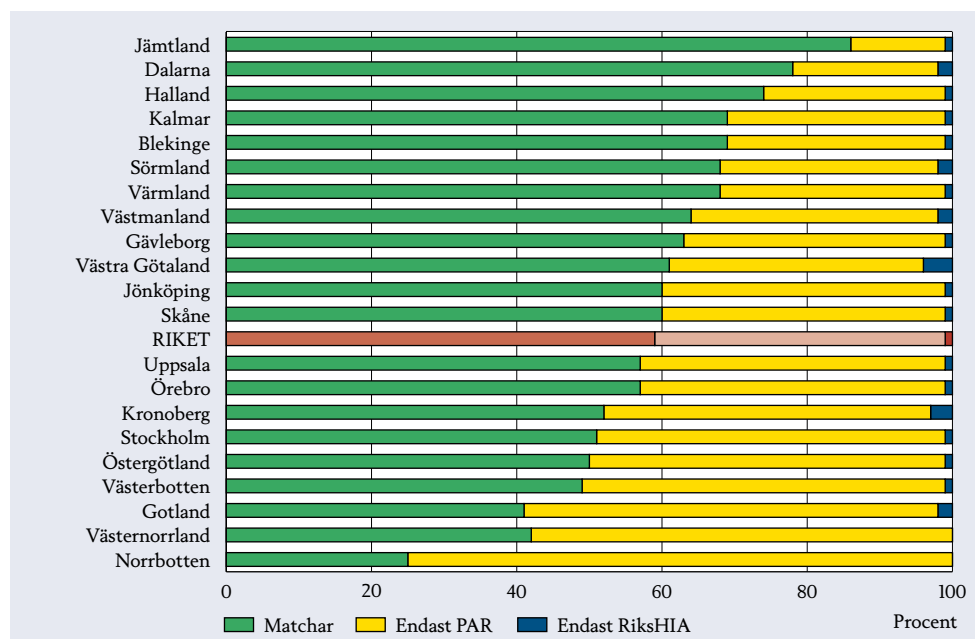
En matchning mellan registren visade att 58 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå och datum för in- och utskrivning.

Fallen ur PAR har beräknats på så sätt att en persons samtliga inskrivningar under en 28-dagarsperiod har förts till ett fall. Det är alltså inte enstaka vårdtillfällen som jämförs med RIKS-HIA. Cirka 3,5 procent av det totala antalet fall utgjordes av fall som matchade men hade hjärtinfarkt som diagnos i PAR och en annan diagnos RIKS-HIA. Dessa fall uteslöts och bidrar alltså inte till PARs täckning.

Tabell 1 Antal fall av hjärtinfarkter som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	36 511	58,2			
Endast PAR	25 347	40,4	PAR	61 858	98,5
Endast RIKS-HIA	905	1,4	RIKS-HIA	37 416	59,6
<i>Totalt</i>	<i>62 763</i>				

Det var stora variationer i deltagandet i RIKS-HIA både mellan landstingen (Figur 1) och inom landstingen (Tabell 2). Täckningsgraden för RIKS-HIA varierar från 25 till 87 procent mellan landstingen. Inrapporteringen till PAR var relativt jämn även inom landstingen.



Figur 1 Andelen fall av hjärtinfarkter år 2005–2006 per landsting som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

Tabell 2 Täckningsgrad för hjärtinfarkter i PAR respektive RIKS-HIA per sjukhus, 2005–2006

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	RIKS-HIA		Antal	PAR	RIKS-HIA
Stockholm	9800	99,2	51,9	Västra Götaland	10430	96,2	65,1
Södersjukhuset	2786	99,2	41,5	Sahlgrenska	4238	92,8	68,9
Danderyds sjukhus	1672	99,3	44,4	NU-sjukvården	2227	97,9	65,6
S:t Görans sjukhus	1525	98,9	64,5	Skaraborgs sjukhus	1729	98,7	67,4
Karolinska sjukhuset	1366	99,6	72,8	SÅ-sjukvården	1300	99,5	60,5
Huddinge sjukhus	1309	98,8	63,5	Kungälv's sjukhus	513	98,2	46,2
Södertälje sjukhus	450	99,8	20,7	Alingsås lasarett	423	98,8	51,5
Norrköping sjukhus	397	99,2	67,5	Värmland	1957	99,0	68,6
Övriga	295	100	5,8	Karlstads sjukhus	1279	99,1	73,7
Uppsala	2058	99,4	58,2	Torsby sjukhus	365	98,1	60,8
Akademiska sjukhuset	1804	99,3	57,8	Arvika sjukhus	295	100	60,0
Enköpings lasarett	254	99,6	61,4	Övriga	18	100	5,6
Sörmland	1626	98,5	69,9	Örebro	2267	99,5	58,0
Mälarsjukhuset	801	97,4	70,2	Örebro regionsjukhus	1489	99,5	60,4
Nyköpings sjukhus	538	99,3	63,6	Karlskoga lasarett	526	99,6	44,9
Kullberg'ska sjukhuset	287	100	81,2	Lindesberg's lasarett	252	98,8	70,6
Östergötland	3446	99,3	51,3	Västmanland	1583	98,5	66,5
Universitetssjh Linköping	1825	99,1	53,5	Västerås lasarett	1061	99,0	64,6
Vrinnevisjukhuset	1272	99,6	41,5	Köpings lasarett	518	97,5	70,8
Motala lasarett	349	99,1	75,6	Övriga	4	100	0,0
Jönköping	2375	99,2	61,1	Dalarna	2311	97,8	79,7
Ryhov, länssjukhus	1033	99,3	71,7	Falu lasarett	1285	97,6	78,5
Höglandssjukhuset	849	99,3	48,2	Mora lasarett	602	98,2	91,0
Värnamo sjukhus	493	98,6	61,3	Avesta lasarett	226	97,3	69,5
Kronoberg	865	96,9	54,8	Ludvika lasarett	197	99,0	65,5
Växjö lasarett	586	97,6	43,9	Övriga	1	100	0,0
Ljungby lasarett	279	95,3	77,8	Gävleborg	2426	99,3	63,9
Kalmar	2029	99,3	70,5	Gävle sjukhus	1373	99,2	57,0
Länssjukhuset Kalmar	1176	99,2	72,0	Hudikvalls sjukhus	605	99,5	67,8
Västerviks sjukhus	501	100	67,9	Bollnäs sjukhus	445	99,1	80,4
Oskarshamn's sjukhus	352	98,6	69,0	Övriga	3	100	0,0
Gotland				Västernorrland	2301	99,5	41,5
Visby lasarett	458	98,5	42,6	Sundsvalls sjukhus	1280	99,9	22,8
Blekinge				Örnköldsviks sjukhus	497	99,6	61,6
Blekingesjukhuset	1448	99,4	69,5	Sollefteå sjukhus	441	98,2	80,5
Skåne	8528	98,6	60,8	Övriga	83	100	2,4
Universitetssjh Lund	2417	97,6	70,3	Jämtland	823	99,3	86,5
Universitetssjh MAS	1759	99,1	57,8	Östersunds sjukhus	819	99,3	86,9
Helsingborg's lasarett	1137	99,4	43,4	Övriga	4	100	0,0
Kristianstads sjukhus	919	98,9	55,0	Västerbotten	2046	99,3	49,7
Ystad's lasarett	573	98,6	64,9	Norrlands universitetssjh	1009	98,9	56,0
Hässelholms sjukhus	560	98,4	69,3	Skellefteå lasarett	744	100	39,7
Ängelholm's sjukhus	503	98,8	67,0	Lycksele lasarett	267	98,5	57,3
Trelleborg's lasarett	402	99,3	65,4	Övriga	26	100	11,5
Simrishamn's sjukhus	146	96,6	64,4	Norrbottn	2139	99,7	25,0
Landskrona lasarett	111	100	14,4	Sunderbyns sjukhus	710	100	4,4
Övriga	1	100	0,0	Piteå Älvdals sjukhus	439	100	13,2
Halland	1847	99,4	74,7	Gällivare lasarett	320	100	7,8
Halmstads sjukhus	1209	99,8	69,2	Kalix lasarett	317	98,4	79,2
Varberg's sjukhus	638	98,7	85,0	Kiruna lasarett	269	99,3	58,0
				Övriga	84	100	15,5

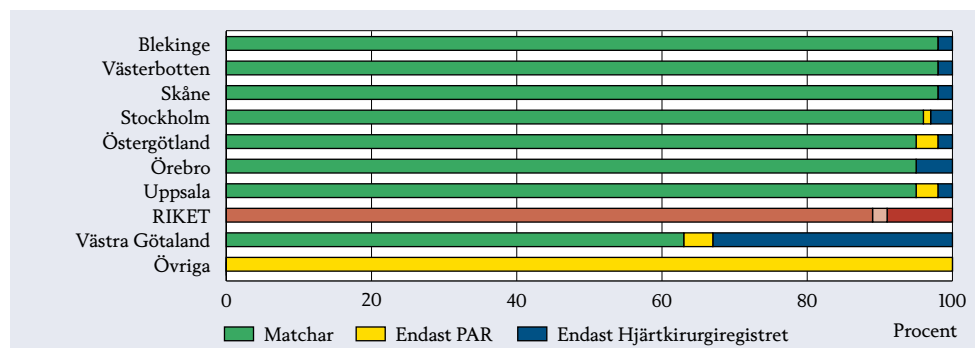
Svenska Hjärtkirurgiregistret respektive Patientregistret

Under åren 2005–2006 hade totalt 12 471 operationer registrerats i Patientregistret (PAR) och 13 364 operationer registrerats i Hjärtkirurgiregistret. Följaktligen hade 893 fler fall inrapporterats till Hjärtkirurgiregistret och täckningsgraden för PAR var 92 procent. Matchningen mellan registren gäller aortaklaff-, mitralklaff- och koronarartäroperationer (ej PCI) och jämfördes på operationsdatum.

Tabell 3 Antal operationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	12 203	89,5			
Endast PAR	268	2,0	PAR	12 471	91,5
Endast Hjärtkirurgireg.	1 161	8,5	Hjärtkirurgireg.	13 364	98,0
<i>Totalt</i>	<i>13 632</i>				

Matchningen visade att de flesta landsting som utför dessa operationer i hög grad skickar uppgifterna till bägge registren. Några mindre sjukhus "Övriga" rapporterar bara till PAR, men det gäller endast 35 operationer totalt. Den låga inrapporteringen till PAR i Västra Götalandsregionen beror på att man på Sahlgrenska under perioden lagt ut en del av verksamheten på en privat vårdgivare. I dagsläget rapporteras dock uppgifterna från Sahlgrenska till PAR.



Figur 2 Andelen operationer år 2005–2006 per landsting som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

Flertalet sjukhus har en hög inrapportering och högt deltagande både i Patientregistret och Hjärtkirurgiregistret. Det bör noteras att den vid mättillfället låga rapporteringen från Sahlgrenska starkt påverkar täckningsgraden eftersom de utför många ingrepp.

Tabell 4 Täckningsgrad för vissa hjärtoperationer i PAR respektive Hjärtkirurgiregistret, per sjukhus, 2005–2006.

	Antal	Täckningsgrad %	
		PAR	Hjärtkirurgireg.
Sahlgrenska universitetssjukhuset	2 756	66,6	95,6
Universitetssjukhuset i Lund	2 470	98,3	99,6
Norrlands Universitetssjukhus	1 929	98,1	99,9
Karolinska sjukhuset	1 896	97,4	98,9
Universitetssjukhuset i Linköping	1 413	98,5	97,3
Akademiska sjukhuset	1 367	97,7	97,2
Örebro regionsjukhus	1 110	95,2	99,7
Karlskrona sjukhus	656	98,5	99,7
Övriga	35	100,0	0,0

Riks-Stroke respektive Patientregistret

Under år 2007 hade totalt 18 165 förstagångsfall av stroke registrerats i Riks-Stroke och 21 274 fall registrerats i Patientregistret (PAR). Följaktligen hade 3 109 fler fall inrapporterats till PAR. Differensen är egentligen något högre på grund av att några fall som skrivits ut under 2008 ingår i Riks-Stroke, men inte i PAR. En jämförelse mellan registren visade att 78 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå, inläggningsdatum och sjukhus.

Tabell 5 Antal förstagångsfall av stroke som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

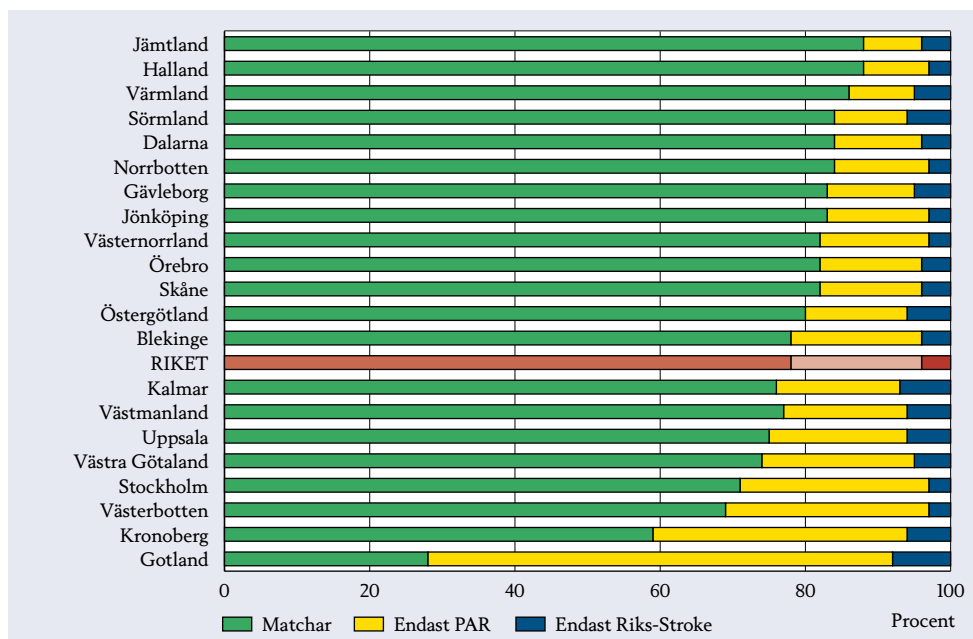
Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	17 217	77,5			
Endast PAR	4 057	18,3	PAR	21 274	95,7
Endast Riks-Stroke	948	4,3	Riks-Stroke	18 165	81,7
<i>Totalt</i>	<i>22 222</i>				

I flera landsting rapporteras 80–88 procent av uppgifterna till bägge registren, medan andra landsting till stor del rapporterar enbart till PAR. Matchningen visade en hög inrapportering till PAR för samtliga landsting, men med vissa variationer inom landstingen (Tabell 6). Täckningsgraden för Riks-Stroke varierade mellan landstingen från 36 till 92 procent.

Matchningarna på landstingsnivå är mer tillförlitliga än de på sjukhusnivå (Tabell 6). I Riks-Stroke registreras det sjukhus som står för huvuddelen av vården för ett vårdtillfälle. I PAR har matchningen utgått från det första sjukhuset i vårdkedjan. Detta kan vid vårdtillfällen där patienten överförs från ett sjukhus till ett annat ge missvisande täckningsgrad vid registerjämförelsen.

Tabell 6 Täckningsgrad för förstagsångsfall av stroke i PAR respektive Riks-Stroke per sjukhus, 2007

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	Riks-Stroke		Antal	PAR	Riks-Stroke
Stockholm	3781	97,2	73,8	Halland	655	96,6	90,8
Södersjukhuset	963	95,3	90,7	Halmstads sjukhus	350	97,1	88,9
S:t Görans sjukhus	735	95,0	90,5	Varbergs sjukhus	303	96,0	93,7
Danderyds sjukhus	718	99,4	80,8	Västra Götaland	3806	95,2	79,0
Huddinge sjukhus	451	99,6	29,3	Sahlgrenska universitetshj	1435	94,8	76,4
Karolinska sjukhuset	419	97,4	64,9	NU-sjukvården	740	96,8	70,8
Södertälje sjukhus	187	96,8	87,2	Skaraborgs sjukhus	661	96,1	84,4
Norrköping sjukhus	169	98,8	62,1	SÄ-sjukvården	566	94,2	81,4
Dalens sjukhus	39	100	0	Kungälv sjukhus	217	91,7	93,5
Sabbatsbergs sjukhem	33	100	0	Alingsås lasarett	187	96,3	88,2
Blackebergs sjukhus	21	100	0	Värmland	744	94,8	90,7
Handens sjukhus	16	100	0	Karlstads sjukhus	471	94,7	91,5
Ersta sjukhus	11	100	0	Arvika sjukhus	150	95,3	87,3
Nacka sjukhus	9	100	0	Torsby sjukhus	123	94,3	91,9
Nynäshamns sjukhus	4	100	0	Örebro	801	96,3	85,6
Övriga	6	100	0	Örebro regionsjukhus	487	96,7	83,4
Uppsala	688	94,5	80,7	Karlskoga lasarett	175	95,4	89,1
Akademiska sjukhuset	586	97,1	78,0	Lindesbergs lasarett	139	95,7	89,2
Enköpings lasarett	102	79,4	96,1	Västmanland	722	93,8	83,1
Sörmland	676	94,2	89,9	Västerås lasarett	404	93,8	84,9
Mälarsjukhuset	301	95,0	90,4	Köpings lasarett	318	93,7	80,8
Nyköpings sjukhus	207	96,1	89,9	Dalarna	792	95,6	88,4
Kullbergsska sjukhuset	168	90,5	89,3	Falu lasarett	347	96,0	81,0
Östergötland	955	93,9	86,1	Mora lasarett	232	96,1	94,8
Vrinnevisjukhuset	394	93,1	88,3	Ludvika lasarett	105	94,3	95,2
Universitetshj Linköping	368	95,1	79,3	Avesta lasarett	105	94,3	94,3
Motala lasarett	193	93,3	94,3	Övriga	3	100	0
Jönköping	904	96,8	86,1	Gävleborg	753	95,1	88,3
Ryhov, länssjukhus	371	97,3	88,9	Gävle sjukhus	378	94,4	89,9
Höglandssjukhuset	319	97,2	79,9	Hudiksvalls sjukhus	210	95,2	86,2
Värnamo sjukhus	214	95,3	90,2	Bollnäs sjukhus	164	96,3	87,8
Kronoberg	402	94,5	64,7	Västernorrland	782	97,3	85,5
Växjö lasarett	286	95,1	60,8	Sundsvalls sjukhus	467	98,5	87,2
Ljungby lasarett	115	93,0	74,8	Örnsköldsviks sjukhus	177	95,5	86,4
Kalmar	699	93,4	83,5	Sollefteå sjukhus	138	95,7	79,0
Länssjukhuset Kalmar	383	94,3	84,3	Jämtland			
Västerviks sjukhus	192	91,1	78,6	Östersunds sjukhus	346	96,5	91,9
Oskarshamns sjukhus	124	94,4	88,7	Västerbotten	723	97,4	71,8
Gotland				Norrlands universitetshj	371	98,1	69,3
Visby lasarett	157	92,4	36,3	Skellefteå lasarett	226	96,5	81,0
Blekinge				Lycksele lasarett	114	96,5	69,3
Blekingesjukhuset	378	95,8	81,7	Storumans sjukhem	4	100	0
Skåne	2787	95,7	85,6	Övriga	8	100	0
Universitetshj MAS	652	95,7	89,6	Norrbottn	671	97,0	86,7
Universitetshj i Lund	607	96,5	77,8	Sunderbyns sjukhus	244	97,1	88,9
Helsingborgs lasarett	390	95,1	91,0	Piteå Älvdals sjukhus	142	97,9	86,6
Kristianstads sjukhus	265	97,0	86,4	Kalix lasarett	128	96,9	90,6
Ängelholms sjukhus	242	96,7	93,8	Gällivare lasarett	91	96,7	84,6
Ystads lasarett	237	93,7	84,8	Kiruna lasarett	56	94,6	87,5
Hässleholms sjukhus	180	97,2	78,3	Övriga	10	100	0
Trelleborgs lasarett	144	91,7	88,2				
Landskrona lasarett	69	95,7	72,5				



Figur 3 Andelen förstagångsfall av stroke år 2007 per landsting som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

Svenska Höftprotesregistret (SHPR) respektive Patientregistret

Under år 2006 hade totalt 13 965 primära totala höftprotesoperationer registrerats i SHPR (opkoder NFB 29, 39, 49, 99). I Patientregistret (PAR) hade 13 196 operationer registrerats. Följaktligen hade 769 fler operationer inrapporterats till SHPR. En jämförelse mellan registren visade att 87 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå och datum för in- och utskrivning år 2006.

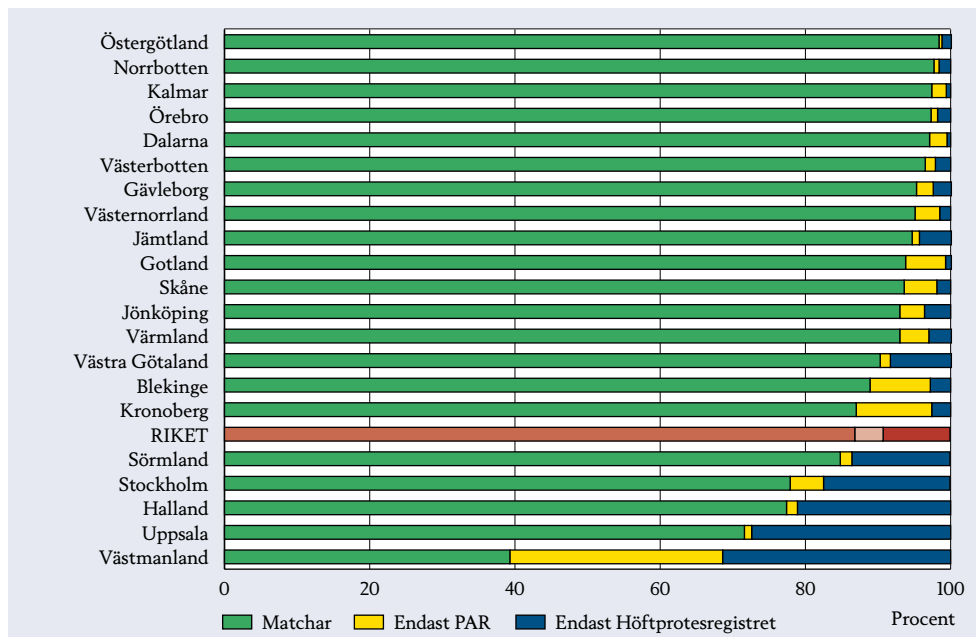
Tabell 7 Antal operationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	12 624	86,8			
Endast PAR	572	3,9	PAR	13 196	90,8
Endast SHPR	1 341	9,2	SHPR	13 965	96,1
<i>Totalt</i>	<i>14 537</i>				

Flertalet landsting rapporterar i hög grad till bägge registren. I vissa landsting var det större skillnader, exempelvis i Uppsala där täckningsgraden för PAR var 73 och för SHPR 99 procent. Det lägre värdet för PAR i vissa landsting härrör främst från privata enheter (Tabell 8). I andra landsting/regioner har PAR något högre täckningsgrad än SHPR, exempelvis Kronoberg, Blekinge och Skåne.

Tabell 8 Täckningsgrad för totala höftprotesoperationer i PAR respektive Höftprotesregistret per sjukhus, 2006

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	SHPR		Antal	PAR	SHPR
Stockholm	2889	82,6	95,4	Halland	583	78,9	98,5
S:t Görans sjukhus	486	92,0	90,3	Halmstads sjukhus	270	95,9	96,7
Södersjukhuset	437	96,8	95,7	Varbergs sjukhus	201	100	100
Ortopediska Huset	397	61,5	95,5	Movement	112	0,0	100
Danderyds sjukhus	369	97,3	97,8	Västra Götaland	2105	91,6	98,6
Huddinge sjukhus	334	97,3	98,8	Skaraborgs sjukhus	586	96,4	98,1
Sophiahemmet	211	24,2	99,5	Sahlgrenska universitetssjh	347	94,2	96,8
Karolinska sjukhuset	195	99,0	93,3	NU-sjukvården	342	98,5	100
Löwenströmska sjh	168	39,9	100	SÅ-sjukvården	282	97,5	98,2
Södertälje sjukhus	130	98,5	97,7	Alingsås lasarett	210	98,1	99,5
Norrköping sjukhus	105	98,1	82,9	Kungälv sjukhus	169	98,2	100
Nacka sjukhus	57	78,9	94,7	Carlanderska	66	0,0	100,0
Uppsala	610	72,6	99,0	Västra Frölunda sjukhus	53	100	98,1
Akademiska sjukhuset	269	97,0	98,5	Gothenburg Med Center	50	0,0	100,0
Enköpings lasarett	182	100	98,9	Värmland	455	96,9	96,0
Axess Elisabeth	159	0,0	100	Karlstads sjukhus	280	96,4	97,5
Sörmland	429	86,5	98,4	Arvika sjukhus	106	98,1	91,5
Kullbergska sjukhuset	188	90,4	98,4	Torsby sjukhus	69	97,1	97,1
Nyköpings sjukhus	135	79,3	98,5	Örebro	441	98,2	99,1
Mälarsjukhuset	105	88,6	99,0	Örebro regionsjukhus	192	98,4	99,0
Östergötland				Lindesbergs lasarett	148	96,6	99,3
Universitetssjh Linköping	546	98,7	99,6	Karlskoga lasarett	101	100	99,0
Jönköping	561	96,4	96,6	Västmanland	529	68,6	70,7
Ryhov, länssjukhus	209	94,7	97,1	Köpings lasarett	364	59,1	59,9
Höglandssjukhuset	198	98,5	95,5	Västerås lasarett	165	89,7	94,5
Värnamo sjukhus	154	96,1	97,4	Dalarna	380	99,5	97,6
Kronoberg	308	97,4	89,6	Falu lasarett	245	99,6	97,6
Växjö lasarett	183	97,3	84,7	Mora lasarett	135	99,3	97,8
Ljungby lasarett	125	97,6	96,8	Gävleborg	530	97,5	97,7
Kalmar	544	99,4	98,0	Bollnäs sjukhus	275	98,2	96,4
Oskarshamn sjukhus	260	99,6	99,2	Gävle sjukhus	130	93,8	99,2
Länssjukhuset Kalmar	192	99,0	95,8	Hudiksvalls sjukhus	125	100	99,2
Västerviks sjukhus	92	100	98,9	Västernorrland	473	98,5	96,6
Gotland				Örnsköldsviks sjukhus	186	98,4	94,6
Visby lasarett	128	99,2	94,5	Sollefteå sjukhus	158	98,7	98,1
Blekinge				Sundsvalls sjukhus	129	98,4	97,7
Blekingesjukhuset	217	97,2	91,7	Jämtland			
Skåne	1612	98,1	95,5	Östersunds sjukhus	206	95,6	99,0
Hässleholms sjukhus	751	98,3	100	Västerbotten	433	97,9	98,6
Trelleborgs lasarett	555	99,6	88,5	Lycksele lasarett	243	97,1	99,2
Universitetssjh MAS	121	97,5	99,2	Skellefteå lasarett	108	99,1	100
Helsingborgs lasarett	87	95,4	96,6	Norrlands Universitetssjh	82	98,8	95,1
Universitetssjh Lund	84	89,3	96,4	Norrbottnen	558	98,4	99,3
Ystads lasarett	14	100	92,9	Piteå Älvdals sjukhus	337	97,9	99,4
				Gällivare lasarett	139	99,3	98,6
				Sunderbyns sjukhus	82	98,8	100



Figur 4 Andelen höftprotesoperationer år 2006 per landsting som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

RIKSHÖFT respektive Patientregistret

Under år 2006 hade 9 498 höftfrakturer (S72.0-S72.2) registrerats i RIKSHÖFT och 14 766 i Patientregistret (PAR). Följaktligen hade 5 268 fler frakturer inrapporterats till PAR. En jämförelse mellan registren visade att 54 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå för kollumfraktur, pertrokantär fraktur och subtrokantär fraktur samt operationsdatum. De fall som i PAR saknat operation/åtgärds kod har rensats bort vid matchningen.

Tabell 9 Antal höftfrakturer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

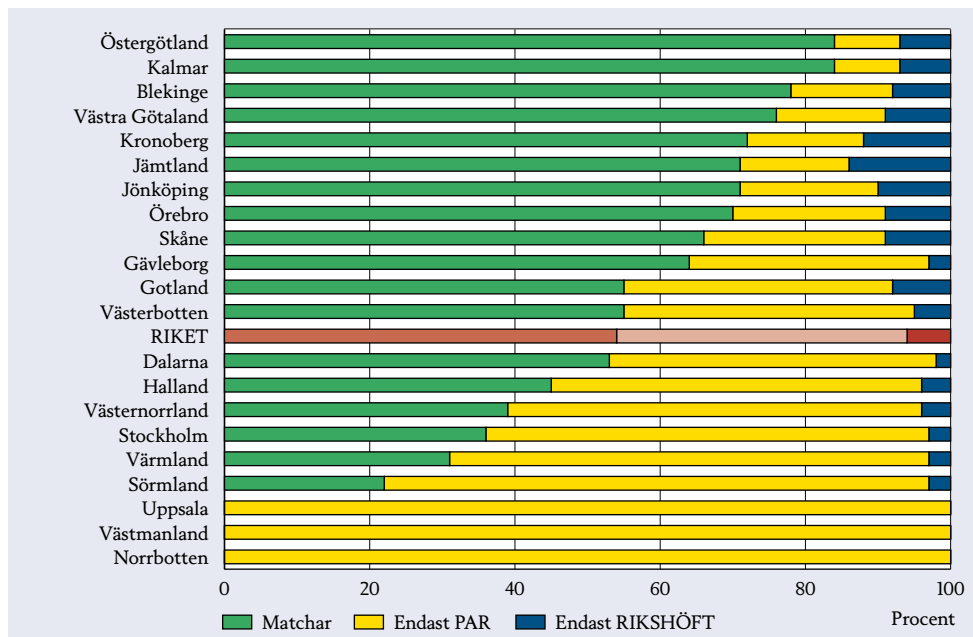
Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	8 550	54,4			
Endast PAR	6 216	39,6	PAR	14 766	94,0
Endast RIKSHÖFT	948	6,0	RIKSHÖFT	9 498	60,4
<i>Totalt</i>	<i>15 714</i>				

Det var stora variationer mellan landstingen i graden av rapportering till bägge registren. Deltagandet i RIKSHÖFT varierade kraftigt både mellan landstingen (Figur 5) och inom landstingen (Tabell 10). Tre landsting deltog inte alls vid tidpunkten

för jämförelsen. Täckningsgraden för de deltagande landstingen varierade mellan 34 och 91 procent. Inrapporteringen till PAR var relativt jämn även inom landstingen.

Tabell 10 Täckningsgrad för höftfrakturer i PAR respektive RIKSHÖFT per sjukhus, 2006

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	RIKS- HÖFT		Antal	PAR	RIKS- HÖFT
Stockholm	2813	96,6	39,7	Västra Götaland	2768	91,4	85,0
Södersjukhuset	905	93,8	83,1	Sahlgrenska universitetssjh	1096	89,4	76,5
S:t Görans sjukhus	573	99,8	0,2	NU-sjukvården	553	93,1	94,9
Danderyds sjukhus	526	100	0	Skaraborgs sjukhus	476	94,1	82,6
Huddinge sjukhus	376	92,0	88,6	SÄ-sjukvården	342	94,7	92,1
Karolinska sjukhuset	194	100	0	Kungälv's sjukhus	181	89,5	96,1
Södertälje sjukhus	135	93,3	23,7	Alingsås lasarett	120	85,0	90,0
Norrälje sjukhus	104	100	0	Värmland	509	97,1	34,2
Uppsala				Karlstads sjukhus	366	98,6	18,0
Akademiska sjukhuset	419	100	0	Torsby sjukhus	94	92,6	86,2
Sörmland	426	96,7	25,1	Arvika sjukhus	49	93,9	55,1
Mälarsjukhuset	270	100	0	Örebro	541	90,9	78,9
Nyköpings sjukhus	156	91,0	68,6	Örebro regionsjukhus	315	89,5	91,7
Östergötland	732	92,6	91,4	Karlskoga lasarett	130	96,9	35,4
Universitetssjh Linköping	359	93,9	83,0	Lindesbergs lasarett	96	87,5	95,8
Vrinnevisjukhuset	282	92,2	99,3	Västmanland			
Motala lasarett	91	89,0	100	Västerås lasarett	384	100	0
Jönköping	609	89,8	80,6	Dalarna	602	98,0	55,0
Ryhov, länssjukhus	242	88,0	79,8	Falu lasarett	421	97,1	78,6
Höglandssjukhuset	201	92,5	79,1	Mora lasarett	181	100	0
Värnamo sjukhus	166	89,2	83,7	Gävleborg	309	96,8	66,7
Kronoberg	334	88,3	83,5	Hälsinglands sjukhus	206	95,1	100,0
Växjö lasarett	238	89,9	79,0	Gävle sjukhus	90	100	0
Ljungby lasarett	96	84,4	94,8	Hudiksvalls sjukhus	13	100	0
Kalmar	476	93,1	90,5	Västernorrland	505	96,4	42,6
Länssjukhuset Kalmar	291	93,1	94,8	Sundsvalls sjukhus	286	93,7	75,2
Västerviks sjukhus	185	93,0	83,8	Örnsköldsviks sjukhus	106	100	0
Gotland				Sollefteå sjukhus	113	100	0
Visby lasarett	112	92,0	63,4	Jämtland			
Blekinge				Östersunds sjukhus	340	86,2	85,3
Blekingsjukhuset	323	91,6	86,4	Västerbotten	500	95,0	59,8
Skåne	2041	91,1	74,8	Norrlands Universitetssjh	248	95,2	56,9
Universitetssjh MAS	694	92,9	92,9	Skellefteå lasarett	172	92,4	91,9
Helsingborgs lasarett	467	90,1	94,0	Lycksele lasarett	80	100	0
Universitetssjh Lund	447	81,0	92,4	Norrbottnen	491	100	0
Hässelholms sjukhus	286	100	0	Sunderbyns sjukhus	391	100	0
Ystads lasarett	118	100	0	Gällivare lasarett	100	100	0
Landskrona lasarett	29	96,6	100				
Halland	475	95,8	48,8				
Halmstads sjukhus	283	92,9	82,0				
Varbergs sjukhus	192	100	0				



Figur 5 Andelen höftfrakturer år 2006 per landsting som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

Svenskt Bråckregister respektive Patientregistret

Under år 2006 hade 16 146 ljumsk- och femoralbråcksoperationer (JAB, JAC) registrerats i Bråckregistret och 16 772 i Patientregistret (PAR). Följaktligen hade 626 fler operationer inrapporterats till PAR. En jämförelse mellan registren visade att 76 procent av fallen återfanns i bägge registren. Matchningen har gjorts på individnivå och operationsdatum för ljumskbråck- och femoralbråcksoperationer.

Tabell 11 Antal bråckoperationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

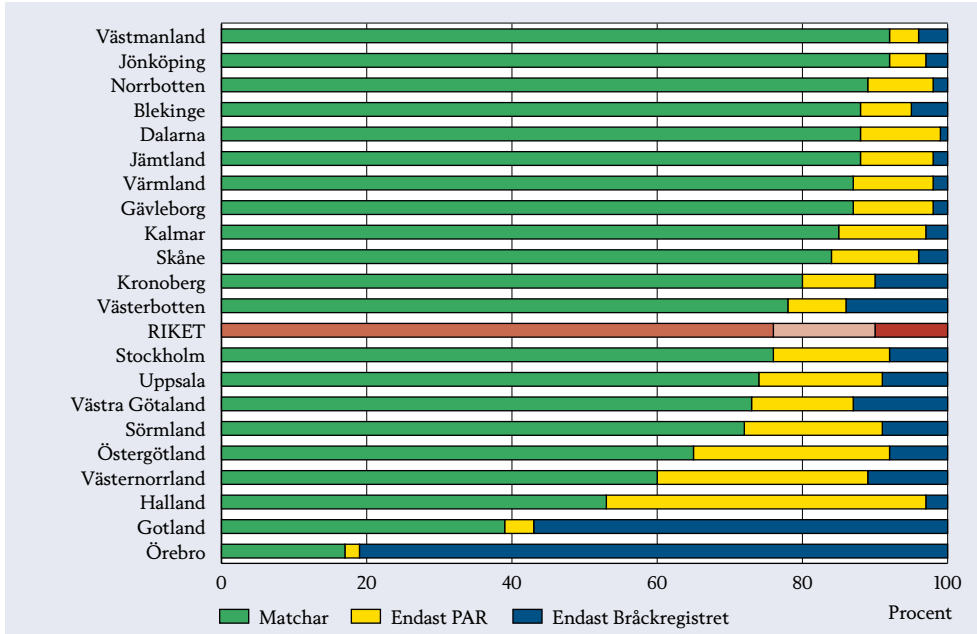
Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	14 205	75,9			
Endast PAR	2 567	13,7	PAR	16 772	89,6
Endast Bråckreg.	1 941	10,4	Bråckreg.	16 146	86,3
Totalt	18 713				

Det var stora variationer mellan landstingen i graden av rapportering till bägge registren. Täckningsgraden för PAR var i flertalet landsting över 95 procent, men endast 19 procent i Örebro. Den låga täckningsgraden i Örebro härrör både från privata och offentliga vårdgivare (Tabell 12). Täckningsgraden för Bråckregistret va-

Tabell 12 Täckningsgrad för bräckoperationer i Bräckregistret respektive PAR per sjukhus, 2006

	Täckningsgrad %				Täckningsgrad %		
	Antal	PAR	Bräck-reg.		Antal	PAR	Bräck-reg.
Stockholm	3436	91,9	83,6	Halland	619	96,6	55,7
Ersta sjukhus	809	91,5	97,2	Halmstads sjukhus	220	100	0
S:t Görans sjukhus	464	95,9	97,6	Falkenbergs sjukhus	188	91,5	88
Karolinska sjukhuset	411	99,5	9,7	Varbergs sjukhus	129	97,7	87,6
Danderyds sjukhus	399	97,5	95,5	Kungsbacka sjukhus	82	97,6	81,7
Nacka sjukhus	255	94,1	85,5	Västra Götaland	3277	87,5	86,1
Södersjukhuset	246	95,1	97,2	Skaraborgs sjukhus	584	94	94
Södertälje sjukhus	218	95	99,5	Sahlgrenska universitetssjh	565	92,4	63
KS-Huddinge	171	91,2	89,5	NU-sjukvården	558	98,7	76
Norrhälje sjukhus	126	96	97,6	Västra Frölunda sjukhus	382	96,6	96,1
Sabbatsbergs Närsjh	110	93,6	83,6	SÅ-sjukvården	379	97,4	91
Järva Närsjukhus	72	100	56,9	Capio Lundby sjukhus	337	53,1	92,6
Täby Närsjukhus	62	0	100	Alingsås lasarett	172	95,3	95,9
Löwenströmska sjh	59	13,6	100	Kungälv sjukhus	168	97,6	98,8
Sophiahemmet	22	100	0	Calanderska sjukhemmet	132	0	100
Handens sjukhus	12	100	83,3	Värmland	574	98,3	89,2
Uppsala	546	91,4	83,2	Karlstads sjukhus	218	98,6	76,6
Samariterhemmet	252	99,6	100	Torsby sjukhus	204	99	99,5
Enköpings lasarett	135	97,8	98,5	Arvika sjukhus	152	96,7	93,4
Akademiska sjukhuset	121	95,9	25,6	Örebro	717	18,7	98
Elisabethkliniken	38	0	100	Örebro regionsjukhus	205	32,7	94,6
Sörmland	520	90,6	80,6	Capio Läkargruppen	200	0	100
Kullbergska sjukhuset	175	92	79,4	Karlskoga lasarett	158	32,9	98,7
Mälarsjukhuset	173	94,2	67,6	Lindesbergs lasarett	154	9,7	99,4
Nyköpings sjukhus	172	85,5	94,8	Västmanland			
Östergötland	396	91,7	73,5	Västerås lasarett	528	96,2	95,8
Finspångs lasarett	132	97,7	87,9	Dalarna	562	98,6	89,3
Universitetssjh Linköping	119	95	25,2	Mora lasarett	287	99,3	98,3
Motala lasarett	89	82	100	Falu lasarett	174	97,1	68,4
Vrinnevisjukhuset	56	85,7	100	Ludvika lasarett	101	99	100
Jönköping	1172	96,7	95,1	Gävleborg	683	98,1	89,2
Sergelkliniken Jönköping	497	97,8	100	Gävle sjukhus	358	98,9	84,1
Ryhov länsjukhus	248	94,8	88,3	Bollnäs sjukhus	219	98,6	96,8
Höglandssjukhuset	239	97,1	95,8	Hudiksvalls sjukhus	106	94,3	90,6
Värnamo sjukhus	188	95,7	90,4	Västernorrland	500	89	70,8
Kronoberg	489	90,1	89,8	Sundsvalls sjukhus	295	82	94,6
Växjö lasarett	340	94,7	87,6	Örnsköldsviks sjukhus	126	100	0
Ljungby lasarett	149	79,2	94,6	Sollefteå sjukhus	79	97,5	94,9
Kalmar	545	96,9	87,9	Jämtland			
Oskarshamns sjukhus	229	97,8	88,6	Östersunds sjukhus	273	97,8	89,7
Länssjukhuset Kalmar	189	95,2	84,7	Västerbotten	487	86,2	92
Västerviks sjukhus	127	97,6	91,3	Norrlands Universitetssjh	238	97,1	88,7
Gotland				Skellefteå lasarett	141	96,5	94,3
Visby lasarett	167	42,5	96,4	Lycksele lasarett	108	49,1	96,3
Blekinge				Norrbottnen	642	97,7	91,1
Blekingesjukhuset	309	95,5	92,9	Kalix lasarett	429	98,4	97,7
Skåne	2240	96,3	87,9	Kiruna lasarett	78	93,6	92,3
Universitetssjh i Lund	616	98,2	72,2	Gällivare lasarett	73	97,3	82,2
Helsingborgs lasarett	568	94,2	93,8	Sunderby sjukhus	62	98,4	54,8
Universitetssjh MAS	529	96,8	98,7				
Kristianstads sjukhus	289	95,2	87,5				
Ystads lasarett	225	96,9	96				
Ängelholms sjukhus	7	100	0				
Landskrona lasarett	6	100	0				

rierade från 56 till 98 procent mellan landstingen och med stora variationer inom vissa landsting.



Figur 6 Andelen bräckoperationer år 2006 per landsting som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

Nationella Kataraktregistret respektive Patientregistret

Under år 2006 hade totalt 72 260 kataraktoperationer registrerats i Kataraktregistret (opkoder CJD10, CJD20, CJE20, CJE99). I Patientregistret (PAR) hade 41 476 operationer registrerats inom öppenvården och 539 i slutenvården. Följaktligen hade 30 245 fler operationer inrapporterats till Kataraktregistret och täckningsgraden för PAR var 56 procent. Skillnaden beror till stor del på underrapporteringen från privata vårdgivare.

Matchningen mellan registren visade att 52 procent av operationerna återfanns i bägge registren. Jämförelsen mellan antal operationer i Kataraktregistret respektive PAR har inte kunnat göras på individnivå. Matchningen har istället gjorts utifrån antal operationer år 2006 per operationskod, diagnos (H259), datum för operation, patientens hemortslän, kön och ålder.

Det var stora variationer mellan länen där till exempel Dalarna och Norrbotten i hög grad rapporterade till bägge registren, medan Gotland och Kronoberg nästan enbart rapporterade till Kataraktregistret.

Tabell 13 Antal kataraktoperationer som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	38 897	51,6			
Endast PAR	3 118	4,1	PAR	42 015	55,7
Endast Kataraktreg.	33 363	44,3	Kataraktreg.	72 260	95,9
<i>Totalt</i>	<i>75 378</i>				

Tabell 14 Sjukhus som rapporterat kataraktoperationer endast till Kataraktregistret

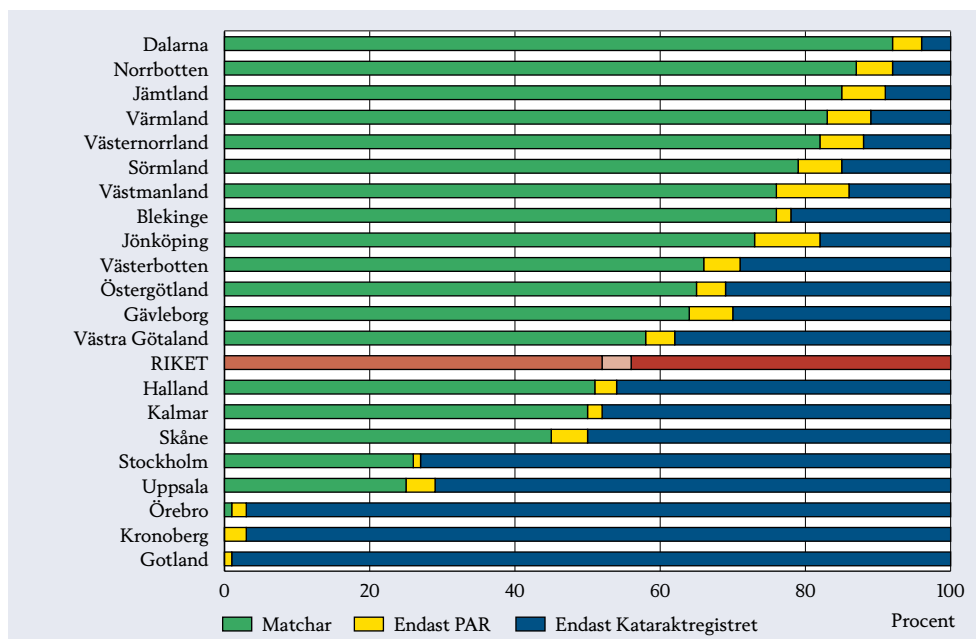
Sjukhus
Europakliniken, Stockholm
Globen Ögonklinik
Läkargruppen, Örebro
Rubes Ögonklinik
Sollefteå Ögonklinik
Sophiahemmet
Strandvägskliniken Capio Medocular Stockholm
Visby lasarett
Vrinnevisjukhuset
Västerviks sjukhus
Centrallasarettet, Växjö
Ögoncentrum Varberg
Ögonkliniken Capio Medocular Malmö
Ögonkliniken Capio Medocular, Göteborg
Ögonkliniken Capio Medocular, Uppsala

Tabell 15 Sjukhus som rapporterat kataraktoperationer endast till Patientregistret

Sjukhus
Sollefteå sjukhus
Varbergs sjukhus

Tabell 16 Sjukhus som rapporterat kataraktoperationer till bägge registren

Sjukhus
S:t Eriks Ögonsjukhus
Centralsjukhuset, Karlstad
Falu lasarett
Västerås lasarett
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Länssjukhuset Halmstad
Universitetssjukhuset Linköping
NU-sjukvården
Universitetssjukhuset MAS
Skaraborgs sjukhus
Blekingesjukhuset, Karlskrona
Länssjukhuset Ryhov
Mälarsjukhuset
Helsingborgs lasarett
Södra Älvsborgs sjukhus
Sunderby sjukhus, Luleå
Länssjukhuset Kalmar
Universitetssjukhuset Lund
Östersunds sjukhus
Sundsvalls sjukhus
Akademiska sjukhuset
Kristianstads Centralsjukhus
Norrlands Universitetssjukhus
Nyköpings lasarett
Högländs sjukhuset
Piteå Älvdals sjukhus
Frölunda Specialistsjukhus
Värnamo sjukhus
Gällivare sjukhus
Örnsköldsviks sjukhus
Hudiksvalls sjukhus
Skellefteå lasarett
Gävle sjukhus
Lycksele lasarett
Landskrona lasarett
Universitetssjukhuset Örebro
Ystads lasarett
Ängelholms sjukhus



Figur 7 Andelen kataraktoperationer år 2006 per län som inrapporterats till bägge registren respektive enbart till ett av dem.

Totalt hade 55 sjukhus och privata vårdgivare rapporterat in uppgifter. Av dem hade 38 rapporterat till bägge registren, 15 hade endast rapporterat till Kataraktregistret (Tabell 14) och 2 endast till PAR (Tabell 15).

Registren har dock inte kunnat matchas antalsmässigt på sjukhusnivå eftersom sjukhus- och klinikkoderna inte överensstämmer mellan registren. Jämförelsen baseras endast på namnen på de enheter som deltar i Kataraktregistret respektive namnen på de sjukhus som registrerats i PAR.

NDR – Nationella Diabetesregistret respektive Läkemedelsregistret

Täckningsgraden för Nationella Diabetesregistret har uppskattats genom jämförelser med Läkemedelsregistret som bedöms ha en hög täckning för receptbelagda läkemedelsbehandlingar. Matchningen baseras enbart på läkemedelsbehandlade diabetiker i NDR. 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 328 000 personer som under år 2007 hämtat ut insulin eller tabletter för diabetes. Totalt hade cirka 144 300 läkemedelsbehandlade diabetiker registrerats i det Nationella Diabetesregistret.

Jämförelsen visar en relativt låg täckningsgrad, 44 procent, i NDR, men det är stora variationer mellan landstingen, från Östergötlands 70 procent till Västmanlands 28 procents täckning. Man bör dock beakta att NDR är det enda Nationella Kvalitetsregister som registrerar i primärvården med över 900 vårdcentraler och 100 kliniker. Jämfört med förra året, då en liknande matchning gjordes, har täckningsgraden för NDR ökat från 39 procent. År 2006 varierade täckningsgraden mellan landstingen från 19 till 68 procent.

Täckningsgraden skiljer sig även åt mellan insulin- och tablettbehandlade diabetiker. Täckningsgraden för insulinbehandlade diabetiker varierade mellan landstingen från 33 till 73 procent och för tablettbehandlade mellan 17 till 70 procent.

Tabell 17 Andelen läkemedelsbehandlade diabetiker i NDR som återfanns i Läkemedelsregistret 2007. Täckningsgraden är även särredovisad på tablett-, insulinbehandlade samt diabetiker med både tablett- och insulinbehandling.

	Täckningsgrad i NDR %			
	Totalt	Tabletter	Insulin	Insulin och tabletter
Östergötland	70,1	69,6	72,7	65,7
Kronoberg	60,5	58,8	65,0	58,7
Jönköping	60,3	61,4	58,0	61,8
Dalarna	57,8	59,8	63,2	46,9
Örebro	57,8	59,9	55,1	57,2
Västra Götaland	56,1	49,9	62,9	61,1
Gävleborg	50,9	48,5	52,6	54,9
Jämtland	50,3	52,1	51,6	44,5
Blekinge	49,6	46,8	56,5	47,5
Västerbotten	44,9	39,4	56,0	43,3
Västernorrland	43,8	41,4	47,7	42,2
Värmland	42,2	41,7	45,2	39,8
Gotland	41,8	39,5	46,0	41,3
Kalmar	40,4	34,7	49,7	36,9
Sörmland	36,0	31,2	44,6	36,1
Skåne	35,7	17,2	34,3	91,4
Halland	32,8	25,1	44,7	32,6
Uppsala	32,5	24,6	50,2	32,9
Stockholm	31,8	26,1	42,4	30,1
Norrbottn	29,9	29,4	32,7	27,5
Västmanland	27,6	19,7	44,5	28,7

RIKSÄT respektive Patientregistret

RIKSÄT är ett nationellt register för specialiserad ätstörningsbehandling. Under år 2006 hade totalt 1 227 patienter med ätstörning (diagnoskod F50) registrerats i RIKSÄT och 5 654 i Patientregistret (PAR). En jämförelse mellan registren visade att 14 procent av fallen återfanns i bägge registren och en täckningsgrad på 20 procent i RIKSÄT.

Den låga täckningsgraden i RIKSÄT kan till stor del bero på att endast behandlingsenheter som är specialiserade på ätstörningsvård ingår i registret. I PAR registreras diagnoser från en mängd olika avdelningar och kliniker.

Tabell 18 Antal ätstörningsbehandlingar som rapporterats till bägge registren respektive till ett av dem samt uppskattad täckningsgrad

Matchning	Antal	Procent	Täckningsgrad	Antal	Procent
Matchar	844	14			
Endast PAR	4 810	79,7	PAR	5 654	93,7
Endast RIKSÄT	383	6,3	RIKSÄT	1 227	20,3
<i>Totalt</i>	<i>6 037</i>				

En detaljerad matchning mellan registren visade sig svår att göra på grund av stora olikheter i kodningen av sjukhus och i registrering av datum.

SIR – Svenskt Intensivvårdsregister

SIR är idag den enda nationella källan för att få uppgifter om landets intensivvård. Varken i PAR eller SKLs verksamhetsstatistik går det att särredovisa uppgifter om intensivvården. I verksamhetsredovisningen ligger intensivvården bland andra poster under "specialiserad slutenvård" och i PAR ligger den inom respektive verksamhetsområde, till exempel medicinsk vård.

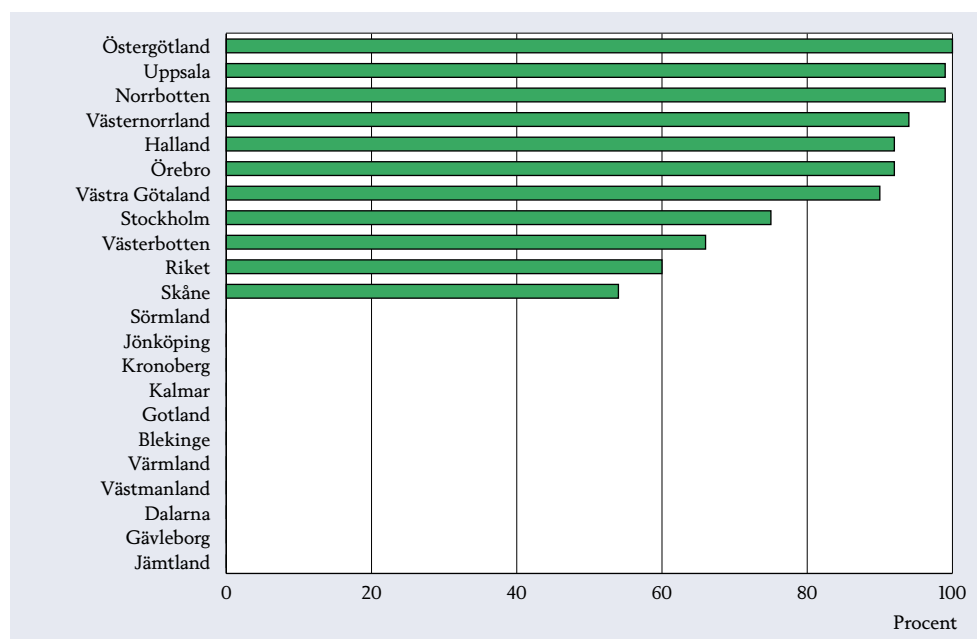
SIR bedömer att registret år 2007 innehöll cirka 75 procent av alla intensivvårdstillfällen i Sverige.

KPP-databasen i förhållande till Patientregistret

Kostnadsuppgifter från bokslutsstatistik är inte finfördelad nog för att kunna relateras till olika sjukdomsgrupper eller operationstyper. Ett sätt som möjliggör kopplingar mellan kostnader, kvalitet och resultat är redovisningar av kostnader per patient, KPP-databasen. Idag deltar 10 landsting i KPP-databasen, vilket är två fler än förra året.

Under 2007 registrerades 822 089 vårdtillfällen i KPP-databasen och 1 367 639 i PAR gällande den somatiska slutenvården. Genom att de större landstingen anslutit sig

till KPP-databasen har denna en relativt hög täckningsgrad på 60 procent, men det varierar även mellan de deltagande landstingen (Figur 8).



Figur 8 Andel vårdtillfällen inom somatisk slutenvård som rapporterats till KPP i förhållande till PAR, 2007.

ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖRBÄTTRA KVALITET I REGISTERDATA

Datakvalitet är en avgörande parameter för alla analyser både från de Nationella Kvalitetsregistren och Socialstyrelsens olika hälsodataregister. Den dagliga rutin-sjukvården är hårt belastad och många aktörer inom hälso- och sjukvård betraktar vår svenska registreringsiver som en belastning inom en sektor med resursproblem. Nyttan av en högkvalitativ rapportering kan dock inte överskattas. Detta gäller både täckningsgrad, validitet och reliabilitet av data.

Varje vårdenhet bör se över sin rapporteringsrutin och arbeta efter en "noll-vision". Eftersom en god datakvalitet ger en uppenbar förbättringspotential vad gäller såväl behandling av den enskilda patienten som vårdkostnader, är det kostnadseffektivt för kliniker och landsting att tillsätta tjänster med arbetsbeskrivning och ansvar för att från klinikerna rapporterar hundra procentigt till de aktuella registren.

Det finns en påtaglig skillnad i regelverket avseende rapportering till Patientregistret (PAR) och kvalitetsregistren. PAR-rapportering är reglerad i lag medan rapportering till kvalitetsregistren är frivillig.

De flesta kvalitetsregistren arbetar med decentraliserad datafångst via internet-applikationer. Om ett sådant system skall fungera bör det på varje enhet finnas kontaktpersoner som har ansvar för en sådan rapportering. För närvarande finns det 64 olika Nationella Kvalitetsregister, vilket innebär att stora sjukvårdsenheter har en stor registreringsbörd. Flera av de äldre nationella registren har kunnat visa en anseelig kostnadsbesparing för svensk sjukvård via analys och återkoppling av registerdata. Det är därför en paradox att inte alla sjukvårdsproducenter tillsätter tjänster eller delar av tjänster med ansvar för registerrapportering. Det kostar att säkra och utveckla kvaliteten i vården.

Sedan 2006 finns en, av riksdagen beslutad, nationell it-strategi för vård och omsorg. Syftet med denna it-strategi är bland annat att skapa en enhetlig informationsstruktur och en utbyggd teknisk infrastruktur för att möjliggöra tidsbesparande och säker informationsöverföring mellan de digitala journalsystemen och olika register. Denna utveckling har startat med olika pilotprojekt, men att nå fram till full implementering av sådana system kommer att ta lång tid och vara kostsamt. Dessutom är det inte helt klarlagt hur den nya patientdatalagen kommer att påverka en sådan utveckling.

Inrapportering av bristfälliga och felaktiga kodsättningar avseende diagnos (enligt ICD-10) och åtgärd kan ge upphov till stora kvalitetsbrister. Även om fel kod använts i ett kvalitetsregister så är det faktum att patienten är registrerad i registret en uppgift på diagnos och åtgärd – samkörning är dock då försvårad. Att sätta rätt kod är en utbildningsfråga för verksamhetschefer och huvudmän, men också en systemteknisk fråga. Många kliniskt aktiva läkare har bristfällig kunskap om vad kodsättning används till, både i ekonomiska ersättningssystem och/eller uppföljning/forskning. Förslagsvis borde läkare redan på grundutbildningsnivå eller senast under AT-utbildning utbildas i ICD-systemet.

Sammanfattningsvis finns det mycket man kan göra för att förbättra kvaliteten i registerdata. Följande faktorer bör dock beaktas vid bedömning av ett registers täckningsgrad:

- Uppdragets svårighetsgrad – vilken sjukdomsgrupp och/eller kirurgisk intervention följs via registret?
- Hur många enheter rapporterar?
- Hur länge har registret varit aktivt?
- Är registrets verksamhet fullfinansierad?

Beskrivning av indikatorer

Innehåll

A Medicinska resultat

ALLMÄNNA INDIKATORER

A:1	Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	42
A:2	Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	43
A:3	• Undvikbar slutenvård	44
A:4	Vaccination av barn – MPR	45
A:5	Influensavaccination av äldre	45
A:6	Förekomst av MRSA	45
A:7	• Gynekologisk cellprovskontroll	46

LÄKEMEDELSBEHANDLING

A:8	• Läkemedelsinteraktion bland äldre	46
A:9	• Tio eller fler läkemedel bland äldre	47
A:10	• Förekomst av antibiotikabehandling	47
A:11	• Penicillin V vid behandling av barn med luftvägsantibiotika	47
A:12	Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika	48
A:13	• Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	49

INTENSIVVÅRD

A:14	• Dödlighet efter vård på IVA	49
A:15	• Återinläggning på IVA	50

CANCERSJUKVÅRD

A:16	Överlevnad vid tjocktarmscancer	50
A:17	Överlevnad vid ändtarmscancer	51
A:18	Överlevnad vid bröstcancer	52
A:19	Reoperation vid ändtarmscancer	52
A:20	• Kurativ behandling vid prostatacancer	53
A:21	• Tid till behandling vid ÖNH-tumör	53

MÖDRAHÄLSO-, FÖRLOSSNINGS- OCH NYFÖDDHETSÅRD

A:22	Tidiga aborter	54
A:23	Dödfödda	54
A:24	Neonatal dödlighet	54
A:25	Låg Apgar-poäng	55
A:26	Bristningar vid förlossning	55

DIABETESVÅRD

A:27	Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)	56
A:28	Måluppfyllelse för blodtryck	56
A:29	Blodtryckssänkande behandling	56
A:30	Blodfettssänkande behandling	57

- Ny indikator 2008 • Ändrad indikator jämfört med 2007

PSYKIATRISK VÅRD

A:31	• Regelbunden behandling med sömnmedel/lugnande	58
A:32	• Tre eller fler psykofarmaka bland äldre	58
A:33	• Självmord i befolkningen	59
A:34	Förbättring efter vård vid ätstörning	59

STROKESJUKVÅRD

A:35	Dödlighet efter förstagångsstroke	60
A:36	Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke	60
A:37	Vård vid strokeenhet	61
A:38	Funktionsförmåga efter stroke	61
A:39	• Blodförtunnande behandling av strokepatienter med förmaksflimmer	62
A:40	Återinsjuknande i stroke	62

HJÄRTSJUKVÅRD

A:41	Dödlighet efter hjärtinfarkt	63
A:42	Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt	64
A:43	• Reperusionsbehandling vid ST-höjningsinfarkt	64
A:44	• Kranskärlsröntgen efter icke ST-höjningsinfarkt	65
A:45	• Clopidogrelbehandling efter icke ST-höjningsinfarkt	65
A:46	• Väntetid till bypass-operation	65
A:47	• Blodfettssänkande behandling efter infarkt	66
A:48	• Återinskrivning efter hjärtsvikt	66

ORTOPEDISK SJUKVÅRD

A:49	Risk för revision efter knäprotesoperation	67
A:50	Implantatets långtidsöverlevnad efter total höftprotesoperation	68
A:51	Omoperation efter total höftprotesoperation	68
A:52	Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation	69
A:53	• Väntetid inför höftfrakturoperation	69
A:54	• Protesoperation vid höftfraktur	69
A:55	• Läkemedel mot benskörhet efter fraktur	70
A:56	• Önskad händelser efter knä- och höftprotesoperation	71
A:57	• Förbättring efter operation av diskbräck i ländryggen	71

NJURSJUKVÅRD

A:58	• Dödlighet i aktiv uremivård	72
A:59	• Måluppfyllelse för dialysdos	72
A:60	• Kärlaccess vid dialys	73

ANNAN BEHANDLING

A:61	• Omoperation vid ljumskbräck	73
A:62	Synfel vid kataraktoperation	74
A:63	• Patientrapporterat resultat av septumplastik	74

- Ny indikator 2008 • Ändrad indikator jämfört med 2007

SOCIOEKONOMISK BELYSNING – NÅGRA EXEMPEL

Utbildningsnivå och födelse land	75
--	----

B Patienterfarenheter

B:1	Tillgång till sjukvård	76
B:2	Förtroende för vårdcentraler	76
B:3	Förtroende för sjukhus	76
B:4	Sammanfattande betyg för vårdcentraler	77
B:5	Sammanfattande betyg för sjukhus	77
B:6	Förväntad hjälp vid besök	77
B:7	Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral	78
B:8	Vårdcentralers tillgänglighet per telefon.....	78
B:9	Nöjda med sjukhusvård vid stroke	78

C Tillgänglighet

PRIMÄRVÅRD

C:1	Läkarbesök inom 1 vecka	79
C:2	● Besvarade telefonsamtal vid rådgivning/tidsbokning	80

SPECIALISERAD VÅRD

C:3	Antal väntat > 90 dagar – besök	80
C:4	Antal väntat > 90 dagar – behandling	80
C:5	● Andel väntat > 90 dagar – besök	80
C:6	● Andel väntat > 90 dagar – behandling	80
C:7	● Andel väntat > 90 dagar – besök barn- och ungdomspsykiatri	80
C:8	● Andel väntat > 90 dagar – besök vuxenpsykiatri	80
C:9	● Andel väntat > 90 dagar – besök reumatologimottagning	80
C:10	● Andel väntat > 90 dagar – besök hudmottagning	80
C:11	● Andel väntat > 90 dagar – godartad prostataförstoring	80
C:12	● Andel väntat > 90 dagar – ljumskbräck	80
C:13	● Andel väntat > 90 dagar – höft- och knäledsplastik	80
C:14	● Andel väntat > 90 dagar – gynekologisk operation	80

- Ny indikator 2008 ● Ändrad indikator jämfört med 2007

D Kostnader

KOSTNAD PER INVÅNARE

D:1	Hälso- och sjukvårdskostnad	82
D:2	• Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad	82
D:3	Primärvård – kostnad	83
D:4	Specialiserad somatisk vård – kostnad	84
D:5	Specialiserad psykiatrisk vård – kostnad	84
D:6	Förändring av hälso- och sjukvårdskostnad	85
D:7	• Justerad läkemedelskostnad	85

KOSTNAD PER PRESTATION

D:8	Kostnad per prestation/DRG-poäng	86
D:9	Förändring av kostnad per prestation	86
D:10	Kostnad per vårdkontakt i primärvård	87

KOSTNADSEFFEKTIVA BEHANDLINGSVAL

D:11	Omeprazol vid refluxsjukdom och magsår	88
D:12	Lågkostnadsstatin vid blodfettssänkande behandling	88
D:13	• ARB vid blodtryckssänkande behandling	89
D:14	Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall	89
D:15	Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck	90

- Ny indikator 2008 • Ändrad indikator jämfört med 2007

A Medicinska resultat

ALLMÄNNA INDIKATORER

A:1 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 1–74 år, sammantaget för åren 2003–2006.

Med hälsopolitiskt 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 åren 2001–2004 har hämtats från dödsorsaksregistret genom följande koder.

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Lungcancer	162	C34	1–74 år
Cancer i matstrupe	150	C15	1–74 år
Levercirros	571	K70, K73-K74	1–74 år
Motortrafikolyckor	E810-823	V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor i trafik	1–74 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 2001 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. cancer i matstrupe har lagts till bland de hälsopolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats koncentrerats till åldern 1–74 år.

Datakälla Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

A:2 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 1–74 år, sammantaget för åren 2003–2006.

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 orsakat av t.ex. stroke, diabetes och cancer i livmoderhals (se nedan för fullständig lista).

Mätmetod Uppgifterna om antalet dödsfall åren 2003–2006 har hämtats från Dödsorsaksregistret genom följande koder

Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder
Tuberkulos	010–018, 137	A15–A19, B90	1–74 år
Cervixcancer	180	C53	1–74 år
Hodgkins sjukdom	201	C81	1–74 år
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393–398	I05–I09	1–74 år
Diabetes	250	E10–E14	1–74 år
Andningsorganens sjukdomar	460–519	J00–J99	1–14 år
Astma	493	J45–J46	1–74 år
Blindtarmsinflammation	540–543	K35–K38	1–74 år
Bukbräck	550–553	K40–K46	1–74 år
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574–575.1, 576.1	K80–K81, K83.0	1–74 år
Hypertonisjukdomar	401–405	I10–I15	1–74 år
Stroke	430–438	I60–I69	1–74 år
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630–676	O00–O99	1–74 år
Tyfoidfieber	002.0	A01.0	1–74 år
Kikhosta	033	A37	1–14 år
Tetanus	037	A35	1–74 år
Mässling	055	B05	1–14 år
Osteomyelit	730	M86–M87	1–74 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 2001 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. cancer i matstrupe har lagts till bland de hälsopolitiska indikatorerna.

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.

A:3 Undvikbar slutenvård

- Mått** Antalet undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2007.
- Beskrivning** Måttet innefattas av vårdtillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd som bedömts ha kunnat 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 ha kunnat förhindra inläggning på sjukhus.
- Måttet visar antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare år 2007. Nedan anges den fullständiga listan över tillstånd där sjukhusinläggning bedömts ha kunnat undvikas.
- Mätmetod** Korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting.
- Åldersstandardisering har gjorts med befolkningen år 2000 som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

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

Diagnos	ICD-10
<i>Kroniska tillstånd</i>	
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
<i>Akuta tillstånd</i>	
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
Öron-, näs- och 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 metoden att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen.

A:4 Vaccination av barn – MPR

Mått	Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund av alla barn födda 2005 och inskrivna på BVC.
Beskrivning	MPR står för det kombinerade mässling-, påssjuka- och röda hundvaccinet. <i>Täljare:</i> Antal barn födda 2005 som MPR-vaccinerats minst en gång vid mättilfället januari 2008. <i>Nämnare:</i> Totalt antal barn födda 2005, inskrivna inom barnhälsovården.
Mätmetod	Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården (BVC-journaler) och samlas in av Smittskyddsinstitutet. Uppgifterna avser vaccinationsstatus i januari 2008.
Datakälla	Smittskyddsinstitutet.
Felkällor	Det grundläggande datamaterialet är av god kvalitet med en hög täckningsgrad.

A:5 Influensavaccinering av äldre

Mått	Andel personer över 65 år som influensavaccinerats säsongen 2007/2008.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer som vaccinerats mot influensa under vintersäsongen 2007/2008. <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.

A:6 Förekomst av MRSA

Mått	Antal MRSA-fall per 100 000 invånare, 2006–2007
Beskrivning	Beteckningen MRSA står för meticillinresistenta staphylococcus aureus, vilket innebär bakterier som är resistenta mot antibiotika som vanligen används mot stafylokockinfektioner. I måttet redovisas det genomsnittliga antalet nyupptäckta MRSA-fall för åren 2006–2007 per 100 000 invånare i respektive landsting. I måttet ingår personer som smittats i Sverige, d.v.s. endast inhemsk smitta, och inkluderar både sjukvårdsrelaterad och samhällsrelaterad smitta. Det vill säga personer som smittats inom sjukvården eller någon annanstans utanför sjukvården.
Mätmetod	MRSA-förekomst är anmälningspliktig och samtliga landsting rapporterar upptäckta fall till Smittskyddsinstitutet. Uppgifterna som redovisas baseras således på det landsting där sjukdomsförekomsten anmäldes/fastställdes och inte på personens hemort eller där personen smittades.

Datakälla	Smittskyddsinstitutet.
Felkällor	Skillnaderna mellan landstingen kan utöver det reella antalet smittade även bero på skillnader i t.ex. odlingsfrekvens (hur ofta läkare misstänker smitta och ordinerar provtagning).

A:7 Gynekologisk cellprovskontroll

Mått	Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovskontroll, 2006.
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 på 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.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

A:8 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. <i>Täljare:</i> Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december 2007 beräknas ha använt minst en läkemedelskombination med risk för D-interaktioner. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer i åldrarna 80 och över, som hade minst ett receptförskrivet läkemedel under perioden oktober–december 2007.
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 utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelse 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 som ingår i läkemedelsförmånen, det vill säga 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.

A:9 Tio eller fler läkemedel bland äldre

Mått	Andelen 80 år och äldre som använder 10 eller fler läkemedel samtidigt.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december 2007 beräknas samtidigt ha använt 10 eller fler läkemedel. <i>Nämnare:</i> Samtliga personer i åldrarna 80 och över som hade minst ett recept-förskrivit läkemedel under perioden oktober–december 2007.
Mätmetod	Se indikator A:8.
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	Se indikator A:8.

A:10 Förekomst av antibiotikabehandling

Mått	Andel antibiotikabehandlade i befolkningen, 2007.
Beskrivning	Måttet beskriver antalet personer som hämtat ut antibiotika i förhållande till hela befolkningen. <i>Täljare:</i> Antal personer som hämtat ut minst ett recept på antibiotika under 2007. <i>Nämnare:</i> Medelbefolkningen 2007.
Mätmetod	Åldersstandardiserat med befolkningen år 2000 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort. Uppgifterna baseras på antibiotika som hämtats ut på apoteket, ATC-kod antibiotika; (J01).
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept.

A:11 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, 2007.
-------------	---

- Beskrivning** Fenoximetylpenicillin även kallat penicillin V eller PcV, är ett baspreparat vid behandling av bakteriell luftvägsinfektion inom öppenvården, med andra ord bör penicillin V i de flesta fall användas i första hand. Måttet avser att mäta andel barn som fått penicillin V som förstahandspreparat vid förskrivning av luftvägsantibiotika.
Täljare: Antal barn 0–6 år som vid första uttag under 2007 hämtat ut recept på penicillin V.
Nämnare: Antal barn 0–6 år som hämtat ut något recept på penicillin V, makrolider, cefalosporiner eller amoxicillin under 2007.
 Tilläggsinformation i kolumnen till höger om diagrammet i rapporten:
 Andel barn i befolkningen som hämtat ut något luftvägsantibiotika.
Täljare: Antal barn som behandlats med luftvägsantibiotika 2007.
Nämnare: Antal barn i befolkningen.
- Mätmetod** Uppgifterna i täljaren, penicillin V, har i Läkemedelsregistret definierats med ATC-kod: J0ICE02.
 Luftvägsantibiotika har definierats som penicillin V, makrolider, cefalosporiner, amoxicillin: ATC-koder: J0ICA04, J0ICR02 J0IFA01, J0IFA06, J0IFA09, J0IFA10, J0IDB01, J0IDB05, J0IDC02, J0IDC08, J0IDD14.
 Åldersstandardiserat med befolkningen år 2000 som standardpopulation.
 Den geografiska fördelningen har gjorts på barnens hemort.
- Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutet vård, dispenserade från läkemedelsförråd eller köpta utan recept. Läkemedelsregistret saknar också uppgifter om förskrivningsorsak.

A:12 Kinoloner vid behandling med urinvägsantibiotika

- Mått** Andel kvinnor 18–64 år behandlade med kinoloner vid nedre urinvägsinfektion, 2007.
- Beskrivning** Kinoloner är bredspektrumantibiotika och innefattar ciprofloxacin och norfloxacin. I måttet ingår kvinnor 18–64 år som någon gång under 2007 hämtat ut ett recept på något av de ingående preparaten. Gäller endast förstagångsuttag.
Täljare: Antal kvinnor 18–64 år som under 2007 hämtat ut recept på kinoloner.
Nämnare: Totalt antal kvinnor som hämtat ut recept på urinvägsantibiotikum; ciprofloxacin, norfloxacin, pivmecillinam, trimetoprim, nitrofurantoin.
- Mätmetod** Åldersstandardiserade värden redovisas d.v.s. korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens ålderstruktur mellan olika landsting.
 Den geografiska fördelningen har gjorts på kvinnornas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Ciprofloxacin	O1MA02
Norfloxacin	J01MA06
Pivmecillinam	J01CA08
Trimetoprim	J01EA01
Nitrofurantoin	J01XE01

- Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak. För framförallt kinoloner kan det finnas andra orsaker till förskrivning än nedre urinvägsinfektion, därigenom kommer kinolonernas andel att överskattas.

A:13 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Mått Antal patienter med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit per 100 000 invånare, 2007.

Beskrivning Med biologiska läkemedel avses TNF-alfa-hämmare.
Antal patienter avser de med diagnosen reumatoid artrit som vid årsskiftet behandlades med biologiska läkemedel. Endast befolkning över 18 år är inkluderat.

Mätmetod Antal patienter med Reumatoid artrit M05.9+M06.0 som 2008-01-01 behandlades med biologiska läkemedel, per 100 000 personer i populationen. Lägre detaljeringsgrad än län kan inte redovisas då sjukhusen har överlappande upptagningsområden.
Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.
Befolkningsunderlag från SCB.

Datakälla Svenska Reumatologiska kvalitetsregistret (Artis-databasen).

Felkällor Eventuell underrapportering till registret.

INTENSIVVÅRD

A:14 Dödlighet efter vård på IVA

Mått Riskjusterad dödlighet 30 dagar efter ankomst till intensivvårdsavdelningen, 2007.

Beskrivning 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.
Observerad mortalitet = Antal avlidna ≤ 30 dagar från vårdtillfällets start på IVA.
Uppföljning av antalet avlidna görs varje vecka genom SPAR.
Förväntad mortalitet = antal förväntade dödsfall enligt Svensk APACHE. Beräknas som summan av dödsrisken för alla intensivvårdspatienter med komplett riskjustering.

Mätmetod För varje vårdtillfälle fångas faktisk mortalitet via Statens Person- och Adressregister (SPAR). Riskjustering görs enligt APACHE II systemet modifierat för svenska förhållanden (Svensk APACHE). I riskjusteringssystemet Svensk APACHE ingår ålder, kronisk sjukdom, typ av akut sjukdom (intagningsorsak) samt den akuta sjukdomens svårighetsgrad och opererad status. Utifrån dessa data beräknas risk för död ≤ 30 dagar (0.01 – 0.99).
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 samt central samkörning med SPAR 1 gång/vecka.
Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.

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 2007 drygt 16 %. För 5 landsting saknas data helt. Bortfallet under 2007 per IVA varierade från 0 till 56%.</p>
------------------	---

A:15 Återinläggning på IVA

Mått	Andel patienter som oplanerat återinskrivits på samma intensivvårdavdelning inom 72 timmar, 2007.
Beskrivning	<p>Måttet beskriver antalet patienter som under 2007 lagts in på IVA och sedan inom 72 timmar, med samma diagnos, lagts in igen på samma IVA.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal intensivvårdstillfällen där patienten oplanerat skrivits in 72 timmar eller kortare tid efter första inläggning på samma IVA.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antalet förstagångs-intensivvårdstillfällen under 2007, gällande patienter utskrivna levande.</p>
Mätmetod	<p>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.</p> <p>Landstingsuppdelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte på patientens hemort.</p>
Datakälla	Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).
Felkällor	<p>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.</p> <p>För kalenderåret 2007 kunde 4 landsting (Blekinge, Kronoberg, Uppsala och Norrbotten) inte skicka denna typ av patientadministrativa data.</p>

CANCERSJUKVÅRD

A:16 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 2000–2006.</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 2006.</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 med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. 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>

A:17 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 2000–2006.</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 2006.</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 med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. 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	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.

A:18 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 2000–2006. 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 2006.
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 med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om 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.

A:19 Reoperation vid ändtarmscancer

Mått	Andelen reoperationer inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal omoperationer under perioden 2002–2006 som utförts inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer under 2002–2006 som rapporterats i registret. Med primäroperation avses den första operationen under perioden. Med operationer avses främre resektion, abdominoperineal rektumamputation eller Hartmann.

Mätmetod	Uppgifterna i denna redovisning har 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 registreringen av reoperationer.

A:20 Kurativ behandling vid prostatacancer

Mått	Andelen män under 65 år med lokaliserad mellan- och högrisktumör som fått kurativt syftande primärbehandling, 2006.
Beskrivning	Måttet anger den andel av männen med prostatacancer som fått kurativt syftande behandling, med vilket avses kirurgiskt borttagande av prostatakörteln eller strålbehandling. Antal patienter med prostatacancer T1-2, Nx/NO, Mx/M0 med Gleasonsumma 7-10 och PSA < 20 ng/ml 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 cancern utanför prostata. <i>Täljare:</i> Antal män under 65 år med lokaliserad mellan- och högrisktumör år 2006 och som erhållit kurativt syftande behandling. <i>Nämnare:</i> Totala antalet män under 65 år med lokaliserad mellan- och högrisktumör år 2006, som registrerats i Prostatacancerregistret.
Mätmetod	Uppgifterna samlas in av det Nationella Prostatacancerregistret. Registret har en hög täckningsgrad. Den geografiska fördelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.
Datakälla	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering.

A:21 Tid till behandling vid ÖNH-tumör

Mått	Tid mellan ankomst av remiss och behandlingsstart för patienter med ÖNH-tumör, 2002-2007.
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 den slutliga behandlingen inleds. Mätperioden sträcker sig från 1 januari 2002 till oktober 2007.
Mätmetod	Landstingsredovisningen baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.
Datakälla	Svenska Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård.
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara eventuella brister i rapportering och registrering.

MÖDRAHÄLSO-, FÖRLOSSNINGS- OCH NYFÖDDHETSVÅRD

A:22 Tidiga aborter

Mått	Andelen aborter före nio fullgångna (9+0) graviditetsveckor med fördelning på medicinska och kirurgiskt utförda aborter, 2005–2007.
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, utförda 2005–2007. Uppdelat på medicinska respektive kirurgiska aborter. <i>Nämnare:</i> Totala antalet aborter utförda under perioden 2005–2007.
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.

A:23 Dödfödda

Mått	Antal dödfödda per 1000 födda barn under 2002–2006.
Beskrivning	Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning. Antal dödfödda har beräknats per 1000 födda i respektive landsting under perioden 2002–2006.
Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2002–2006 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.

A:24 Neonatal dödlighet

Mått	Antal döda inom 28 dygn per 1000 levande födda barn under 2002–2006.
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 under perioden 2002–2006.

Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2002-2006 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.

A:25 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 under perioden 2002-2006 med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen. <i>Nämnare:</i> Totalt antal levande födda barn under åren 2002-2006.
Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2002-2006 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 födelsen.
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.

A:26 Bristningar vid förlossning

Mått	Andelen perinealbristningar av graden III och IV vid vaginal förlossning, 2002-2006.
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 under perioden 2002-2006 där perinealbristningar av graden tre och fyra uppstått. <i>Nämnare:</i> Totala antalet vaginala förlossningar under åren 2002-2006.
Mätmetod	I beräkningarna har korrigeringar gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2002-2006 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.

DIABETESVÅRD

A:27 Måluppfyllelse för blodsockervärde (HbA1c)

Mått	Andel diabetespatienter inom primärvården som når behandlingsmålet för blodsockervärdet (HbA1c), 2007.
Beskrivning	HbA1c är ett blodprov där blodsockervärdet mäts. Behandlingsmålet är definierat till ett HbA1c-värde på 6 procent eller lägre. <i>Täljare:</i> Antal diabetespatienter i alla åldrar inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för blodsockervärdet år 2007. <i>Nämnamre:</i> Totalt antal diabetespatienter som rapporterats i diabetesregistret 2007.
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.

A:28 Måluppfyllelse för blodtryck

Mått	Andel diabetespatienter inom primärvården som når behandlingsmålet för blodtryck, 2007.
Beskrivning	Behandlingsmålet är definierat till ett blodtryck som är lika med eller lägre än 130/80 mm Hg. I måttet ingår alla patienter oavsett om de behandlats för högt blodtryck eller ej. <i>Täljare:</i> Antal diabetespatienter i alla åldrar inom primärvården som uppnått behandlingsmålet för blodtryck år 2007. <i>Nämnamre:</i> Totalt antal diabetespatienter som rapporterats i diabetesregistret 2007.
Mätmetod	Se indikator A:21.
Datakälla	Nationella Diabetesregistret (NDR).
Felkällor	Se indikator A:21.

A:29 Blodtryckssänkande behandling

Mått	Andel diabetiker med blodtryckssänkande läkemedelsbehandling, 2007.
-------------	---

Beskrivning Läkemedelsbehandlade diabetiker baseras på uppgifter från Läkemedelsregistret 2007, definierat som att man någon gång under året hämtat ut minst ett recept på något diabetesläkemedel. Av dessa har andelen som hämtat ut blodtryckssänkande läkemedel studerats. Andelen som hämtat ut ACE-hämmare eller ARB (angiotensinreceptorblockerare) har särredovisats.

Täljare: Antal läkemedelsbehandlade diabetiker 18 år och äldre som hämtat ut minst ett recept på blodtryckssänkande behandling.

Nämnare: Totalt antal läkemedelsbehandlade diabetiker 18 år och äldre i läkemedelsregistret år 2007.

Mätmetod Åldersstandardiserade värden redovisas, d.v.s. korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting.

Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

Läkemedel	ATC-kod
Diabetesläkemedel	A10
Blodtryckssänkande	C02, C03, C07, C08, C09
ACE-hämmare, angiotension II antagonister	C09

Datakälla Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor Läkemedelsregistret fångar enbart de diabetiker som är tablett- eller insulinbehandlade, utöver dessa finns det diabetiker med enbart kostbehandling. Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak. För flera av de ovanstående läkemedlen kan det finnas andra orsaker till förskrivning än hypertoni. Måttet är därigenom inte ett direkt mått på antalet diabetiker med hypertonsjukdom.

A:30 Blodfettssänkande behandling

Mått Andel läkemedelsbehandlade diabetiker som behandlats med blodfettssänkande läkemedel.

Beskrivning Läkemedelsbehandlade diabetiker har hämtats från Läkemedelsregistret 2007, 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.

Täljare: Läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre som hämtat ut minst ett recept på blodfettssänkande läkemedel.

Nämnare: Totalt antal läkemedelsbehandlade diabetiker 40 år och äldre i läkemedelsregistret år 2007.

Mätmetod Åldersstandardiserade värden redovisas, d.v.s. korrigeringar har gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting.

Den geografiska fördelningen har gjorts på patienternas hemort.

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 saknar uppgifter om förskrivningsorsak.

PSYKIATRISK VÅRD

A:31 Regelbunden behandling med sömn-/lugnande medel

Mått	Antal personer 20–79 år med regelbunden och höganvändning av sömn-/lugnande medel, per 100 000 invånare.
Beskrivning	<p>Bensodiazepiner är accepterade standardmedel vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De har även i varierande omfattning kommit att användas vid behandling av lindrigare former av oro och ångest.</p> <p>I måttet anges antalet som hämtat ut recept på bensodiazepiner beräknat per 100 000 invånare.</p> <p>Regelbundna användare: <i>Täljare:</i> Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 0,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag, under 2007. <i>Nämnare:</i> Antal personer 20–79 år i befolkningen, 2007.</p> <p>Högekonsumenter: <i>Täljare:</i> Antal personer 20–79 år som hämtat ut recept på i genomsnitt 1,5 dygnsdoser bensodiazepiner per dag under året. <i>Nämnare:</i> Antal personer 20–79 år i befolkningen, 2007.</p>
Mätmetod	<p>Åldersstandardiserat med befolkningen år 2000 som standardbefolkning.</p> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.</p> <p>ATC-kod för bensodiazepiner: (N05BA, N05CD, N05CF).</p>
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd.

A:32 Tre eller fler psykofarmaka bland äldre

Mått	Andelen 80 år och äldre som använder tre eller fler psykofarmaka samtidigt.
Beskrivning	<p>I måttet redovisas samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov.</p> <p><i>Täljare:</i> Personer i åldrarna 80 år och över, som den 31 december 2007 beräknas samtidigt ha använt tre eller flera psykofarmaka.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga personer i åldrarna 80 och över, som hade minst ett receptförskrivet läkemedel under perioden oktober–december 2007.</p>
Mätmetod	<p>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.</p> <p>Läkemedelsregistret innehåller på individnivå uppgifter om alla uthämtade läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen, det vill säga läkemedel i öppenvård.</p> <p>Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort.</p>
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutna vård, 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.

A:33 Självmord i befolkningen

Mått Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2003–2006.

Beskrivning I måttet ingår antal självmord och antal dödsfall med oklart uppsåt. Måttet redovisas per 100 000 invånare sammantaget för åren 2003–2006, per landsting.

Mätmetod

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

Åldersstandardisering har gjorts med befolkningen år 2000 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

A:34 Förbättring efter vård vid ätstörning

Mått Andel patienter med ätstörning vars tillstånd förbättrats ett år efter påbörjad behandling 2006.

Beskrivning Med förbättring avses antingen att patienterna förbättrats, men fortfarande har ätstörningsdiagnos eller att de inte längre har någon diagnos vid uppföljningen efter ett år d.v.s. är fria från sjukdomen. Med ätstörning avses anorexia nervosa, bulimia nervosa och ätstörning UNS d.v.s. ätstörning utan närmare specifikation.

Täljare: Antal patienter vars tillstånd förbättrats ett år efter behandlingsstart.

Nämnare: Samtliga patienter registrerade i RIKSÄT som påbörjade behandlingen första gången 2006 och följdes upp efter ett år.

Mätmetod Av 31 specialiserade ätstörningsenheter i landet rapporterar 30, dock i ojämn grad, uppgifter om ätstörningsvården till kvalitetsregistret RIKSÄT.

Den geografiska fördelningen per landsting baseras på patienternas hemort.

Datakälla RIKSÄT.

Felkällor Antalet rapporterade patienter är få och antalet registrerade uppföljda patienter ännu färre. Två uppenbara möjliga felkällor förutom den låga andelen av rapporterade behandlingar är lokala variationer vad gäller diagnostik och att jämförelsen inte tar hänsyn till olika lokala sammansättningar hos patientgrupper som uppkommer av t.ex. enheternas åldersgrupper eller olika remissförfaranden.

STROKESJUKVÅRD

A:35 Dödlighet efter förstagångsstroke

- Mått** Andelen som avled inom 28 dagar bland förstagångsfall av stroke, 2004–2006.
- 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. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke under 2004–2006 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. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.
Täljare: Antalet förstagångsfall som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.
Nämnare: Samtliga förstagångsfall av stroke under perioden 2004–2006.
- 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.

A:36 Dödlighet efter sjukhusvårdad förstagångsstroke

- Mått** Andelen som avled inom 28 dagar efter stroke bland förstagångsfall som sjukhusvårdats, 2005–2007.
- 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. Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke 2005–2007 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 avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter stroke.
Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade förstagångsfall av stroke under perioden 2005–2007.
- 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 Se indikator A:35.

A:37 Vård vid strokeenhet

Mått Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet 2007.

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

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

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

Mätmetod 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.

Den geografiska fördelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

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.

A:38 Funktionsförmåga efter stroke

Mått Andel strokepatienter som var ADL beroende tre månader efter akutfasen, 2007.

Beskrivning ADL står för aktiviteter i dagligt liv. ADL-beroende innebär att patienten är beroende av andra för förflyttning, toalettbesök samt av- och påklädning.

Täljare: Antal strokepatienter som 2007 var beroende i samtliga ADL dimensioner 3 månader efter akutfasen.

Nämnare: Samtliga strokepatienter registrerade i Riks-Stroke år 2007 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.

Den geografiska fördelningen baseras på klinikernas lokalisering och inte patientens hemort.

Uppgifterna baseras på samma siffror som redovisas i Riks-Stroke:s 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:s redovisning ingår.

Datakälla Nationella Kvalitetsregistret för Stroke (Riks-Stroke).

- Felkällor** En felkälla är att inte alla strokepatienter registreras i Riks-Stroke. Det finns vidare 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 3 procent 2007. Det finns även oklarheter i hur beroende/oberoende i de 3 olika ADL-delarna tolkas. Vidare är strokepatienten ofta äldre och kan liksom anhörig eller vårdare ha olika förutsättningar att besvara enkäten.

A:39 Blodförtunnande behandling av strokepatienter med förmaksflimmer

- Mått** Andel strokepatienter med förmaksflimmer, 40 år och äldre, som fått blodförtunnande behandling, 2005–2006.

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

Täljare: Antal strokepatienter, 40 år och äldre, med förmaksflimmer 2005–2006 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 åren 2005–2006.

- Mätmetod** Uppgifterna om antalet individer med stroke och förmaksflimmer har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under 2005–2006 och som överlevt till och med 2008-06-30. För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodförtunnande medel (waran) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus (beräknat från första vårdtillfället under perioden, dvs. någon gång under perioden 2006-01-01–2008-06-30).

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

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

- Datakälla** Patientregistret 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.

A:40 Återinsjuknande i stroke

- Mått** Andelen patienter som återinskrevs för stroke inom 365 dagar, 2002–2006.

- Beskrivning** Andelen patienter som återinskrivs i slutenvård inom 365 dagar efter en sammanhängande vårdepisod med stroke som inledande huvuddiagnos. Endast förstagångsfall har följts upp. Dessa har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret.
- Som återinskrivning har räknats huvuddiagnos för stroke eller sena effekter av stroke. Återinskrivningarna räknas bara en gång, oavsett hur många gånger som den enskilda patienten återinskrivs under 365-dagarsperioden.
- Täljare:* Antalet patienter som vid åtminstone ett tillfälle återinskrivs inom 365 dagar för stroke eller sena effekter av stroke som huvuddiagnos.
- Nämnare:* Antal skattade förstagångsvårdtillfällen med stroke som huvuddiagnos, 2002–2006.
- Mätmetod** Andelen återinskrivningar efter stroke har åldersstandardiserats med alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation.
- | Diagnos | Diagnoskod - ICD 10 |
|---------|---------------------|
| Stroke | I61, I63, I64, I69 |
- Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.
- Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

HJÄRTSJUKVÅRD

A:41 Dödlighet efter hjärtinfarkt

- Mått** Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 2004–2006.
- 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.
- Täljare:* Antalet fall som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter hjärtinfarkt.
- Nämnare:* Samtliga fall av hjärtinfarkt under perioden 2004–2006.
- 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.

A:42 Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt

Mått	Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt bland dem som vårdats på sjukhus.				
Beskrivning	<p>Andelen som avled inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, av samtliga fall av akut hjärtinfarkt som vårdats på sjukhus under perioden 2005–2007.</p> <p>Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt.</p> <p>Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak.</p> <p><i>Täljare:</i> Antalet sjukhusvårdade fall som avled inom 28 dagar (dag 0–27) efter hjärtinfarkt.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga sjukhusvårdade fall av hjärtinfarkt under perioden 2005–2007.</p>				
Mätmetod	<p>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.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Diagnos</th><th>Diagnoskod - ICD 10</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hjärtinfarkt</td><td>I21, I22</td></tr></tbody></table> <p>Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemortslän.</p>	Diagnos	Diagnoskod - ICD 10	Hjärtinfarkt	I21, I22
Diagnos	Diagnoskod - ICD 10				
Hjärtinfarkt	I21, I22				
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.				

A:43 Reperfusionsterapi vid ST-höjningsinfarkt

Mått	Andel patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt som reperfusionsterapi behandlades 2007.
Beskrivning	<p>I måttet ingår hjärtinfarktpatienter (diagnoskoderna I21, I22, I23) med ST-höjning eller vänstergrenblock vid ankomst. 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.</p> <p>Indikatorn och populationen är identisk med den som används i RIKS-HIAs kvalitetsindex; se vidare RIKS-HIAs årsrapport 2007.</p> <p><i>Täljare:</i> Antalet patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperfusionsterapi.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga patienter yngre än 80 år med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock i RIKS-HIAs databas.</p>
Mätmetod	<p>Data samlas in genom RIKS-HIAs protokoll. Se vidare hemsida och årsrapporter.</p> <p>Redovisning på landstingsnivå baseras på patientens hemortslän, inte klinikens lokalisering. Detta är en förändring gentemot tidigare års presentationer och även gentemot RIKS-HIAs egen redovisning i årsrapporter.</p>
Datakälla	Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA.
Felkällor	<p>Nästan alla sjukhus i riket deltar (för 2007 fattas främst sjukhus i Norrbotten).</p> <p>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 det sannolikt en betydligt högre täckningsgrad. Detta har dock inte studerats i större skala.</p>

A:44 Kranskärlsröntgen efter icke ST-höjningsinfarkt

Mått	Andel patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som genomgick eller planerades för kranskärlsröntgen 2007.
Beskrivning	<p>I måttet ingår patienter yngre än 80 år som sjukhusvårdats för icke ST-höjningsinfarkt (diagnoskoder I21, I22, I23).</p> <p>Indikatorn och populationen är desamma som i RIKS-HIAs kvalitetsindex för sjukhus 2007. Ingår gör patienter som är levande utskrivna och har minst ett av följande: lung-rassel grad 2–3, LVEF < 50 %, diabetes, ST-sänkning på ankomst EKG, eller tidigare hjärtinfarkt.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter yngre än 80 år med icke-ST-höjningsinfarkt som kranskärlsröntgades eller planerades för kranskärlsröntgen i samband med vårdtillfället.</p> <p><i>Nämnamre:</i> Alla patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som registrerats i Riks-Hias databas år 2007.</p>
Mätmetod	Se indikator A:43.
Datakälla	Nationellt register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA.
Felkällor	Se indikator A:43.

A:45 Clopidogrelbehandling efter icke ST-höjningsinfarkt

Mått	Andel sjukhusvårdade patienter med icke ST-höjningsinfarkt som behandlades med clopidogrel, 2007.
Beskrivning	<p>I måttet ingår patienter (diagnoskoder I21, I22, I23) 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.</p> <p>Med clopidogrelbehandling avses Plavix, Ticlid eller övrig trombocythämmare (enbart eller ihop med ASA) vid utskrivning.</p> <p><i>Täljare:</i> Antalet sjukhusvårdade patienter yngre än 80 år med icke-ST-höjningsinfarkt som behandlats med clopidogrel vid utskrivning, per landsting år 2007.</p> <p><i>Nämnamre:</i> Samtliga patienter yngre än 80 år med icke ST-höjningsinfarkt som registrerats i Riks-Hias databas år 2007.</p>
Mätmetod	Se indikator A:43.
Datakälla	Nationella register för hjärtintensivvård – RIKS-HIA.
Felkällor	Se indikator A:43.

A:46 Väntetid till bypass-operation

Mått	Medianväntetid mellan beslut om operation och utförd bypass-operation, 2007.
Beskrivning	<p>Måttet avser tiden i antal dagar mellan tidpunkten för beslut om att operation skall utföras och tidpunkt för utförd bypass-operation.</p> <p>Den genomsnittliga väntetiden redovisas som medianvärdet per landsting och avser 2007. I måttet ingår alla patienter som by-passopererats och registrerats i Svenska hjärtkirurgiregistret 2007.</p> <p>Enbart denna operationstyp ingår i redovisningen, till skillnad från tidigare års redovisning, som omfattade alla registrets operationsfall.</p>

Mätmetod	<p>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.</p> <p>I mättet redovisas hur länge patienter från respektive landsting fått vänta, oavsett var operationen utförs. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på patientens hemortslän.</p> <p>Hjärtkirurgi utförs inte i alla landsting, men patienter från alla landsting remitteras till de centra som utför ingreppet.</p>
Datakälla	Svenska Hjärtkirurgiregistret.
Felkällor	<p>Täckningsgraden för denna variabel i registret är god, närmare 100 procent.</p> <p>För vissa landsting kan antalet observationer för enskilda år vara lågt och medföra slumpmässig osäkerhet.</p>

A:47 Blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt

Mått	Andel hjärtinfarktspatienter 40–79 år som fått blodfettssänkande behandling efter 12–18 månader, 2005–2006.				
Beskrivning	<p><i>Täljare:</i> Antal hjärtinfarktspatienter 2005–2006 i åldern 40–79 år som hämtat ut blodfettssänkande medel (statiner) 12–18 månader efter utskrivning från sjukhus.</p> <p><i>Nämnare:</i> Samtliga individer som sjukhusvårdats för hjärtinfarkt under år 2005–2006.</p>				
Mätmetod	<p>Uppgifterna om antalet individer med något vårdtillfälle av hjärtinfarkt har hämtats från Patientregistrets slutenvårdsdel. I populationen ingår individer med något vårdtillfälle under år 2005 eller 2006 och som överlevt till och med 2008-06-30.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnos</th> <th>Diagnoskod - ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hjärtinfarkt</td> <td>I21, I22.</td> </tr> </tbody> </table> <p>För dessa individer har information hämtats från Läkemedelsregistret om uttag av blodfettssänkande medel (ATC C10A) 12-18 månader efter utskrivning från sjukhus, dvs någon gång perioden 2006-01-01–2008-06-30.</p> <p>Andelarna har åldersstandardiserats. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort vid vårdtillfället.</p>	Diagnos	Diagnoskod - ICD 10	Hjärtinfarkt	I21, I22.
Diagnos	Diagnoskod - ICD 10				
Hjärtinfarkt	I21, I22.				
Datakälla	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.				
Felkällor	Mycket litet bortfall av personnummer i Patientregistrets slutenvårdsdel. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka populationens storlek. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel som fås från läkemedelsförråd i äldrebroende, 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.				

A:48 Återinskrivning efter hjärtsvikt

Mått	Andelen hjärtsviktspatienter som återinskrivs för hjärtsvikt inom 30 dagar, fr.o.m 2004 t.o.m september 2007.
-------------	---

- Beskrivning** Sammanhängande vårdtillfällen har slagits samman till episoder. Dessa har länkats samman antingen då ett utskrivningsdatum sammanfaller med ett efterkommande vårdtillfälles inskrivningsdatum eller att det enligt registret skedde en överföring dagen efter utskrivningen.
- Endast vårdtillfällen vid akutsjukhus har tagits med vid bildandet av episoderna.
- De episoder med en huvuddiagnos för hjärtsvikt och där patienten inte vårdats med huvuddiagnos för hjärtsvikt under 365 dagar före den aktuella episoden följdes upp.
- Vidare har endast personer som inte avlidit under uppföljningsperioden ingått.
- Täljare:* Antal hjärtsviktpatienter enligt ovanstående definition som återinskrivs för hjärtsvikt inom 30 dagar efter utskrivningsdatum.
- Nämnare:* Samtliga hjärtsviktpatienter enligt definitionen.
- Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från Patientregistret gällande slutenvården.
- | Diagnos | Diagnoskod - ICD 10 |
|------------|---------------------|
| Hjärtsvikt | I50, I110, I420 |
- Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med hjärtsviktpatienterna år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor.
- Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
- Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Förmodligen förekommer skillnader mellan landstingen gällande vilka kategorier av hjärtsviktpatienter som skrivs in på sjukhus respektive vårdas i öppen- eller primärvård för hjärtsvikt.
- Användningen av diagnos för hjärtsvikt kan också skilja mellan vårdgivare och kan vara olika väl underbyggd.

ORTOPEDISK SJUKVÅRD

A:49 Risk för revision efter knäprotesoperation

- Mått** Risk för revision inom 5 år efter knäprotesoperation, 1997–2006.
- Beskrivning** Revision kan bero på patientrelaterade faktorer men också vara tecken på olyckligt protesval eller kirurgisk teknik.
- Måttet avser den kumulativa revisionsfrekvensen inom 5 år efter total knäledartroplastik insatt för artros. Kumulativ risk för revision (procent) inom 5 år enligt Kaplan–Meier statistik (överlevnad minus 1). Med revision avses en omoperation där proteskomponent(er) tagits bort, lagts till eller bytts ut.
- Måttet baseras på primäroperationer där helknä (TKA) insatts för artros (OA). Behandlingskod NGB40 och diagnoskod M17.0.
- Mätmetod** Sjukhuset där primäroperationen utförts bestämmer landstingstillhörigheten. Revisionen kan ha utförts i ett annat landsting. Sjukhus och kliniker från alla landsting ingår i Svenska Knäprotesregistret.
- Registrets täckningsgrad bedöms vara god.
- Datakälla** Svenska Knäprotesregistret.

Felkällor Sammanställningen baseras på deskriptiva uppgifter som inte tar hänsyn till variation i ålder, landstingsspecifik revisionsrisk och varierande patientantal. Resultaten reflekterar operationer gjorda under 10 år, vilket medför att utfallet inte behöver återspegla den aktuella situationen. Ytterligare kan skillnader mellan sjukhusen i operationernas svårighetsgrad ha en effekt samt medför de goda resultaten med relativt lågt antal revisioner att enstaka bortglömda revisioner kan ha relativ stor effekt på resultaten.

A:50 Implantatets långtidsöverlevnad efter total höftprotesoperation

Mått Andel implantat vid total höftprotesoperation som överlever 10 år, 1998–2007.

Beskrivning Med "överlevnad" menas hur länge proteserna överlever efter primäroperation, d.v.s. där inte utbytesoperation skett. Definitionen på misslyckande avser en omoperation där en proteskomponent eller hela proteserna bytts ut och/eller att proteserna tas bort. I måttet ingår operationer utförda under perioden 1998–2007 som registrerats i Svenska höftprotesregistret. Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation.

Mätmetod Kaplan-Meier metoden har använts för beräkning av "protesöverlevnad". Samtliga berörda kliniker i Sverige rapporterar uppgifter avseende primära, totala höftledsplastiker 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. 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.

A:51 Omoperation efter total höftprotesoperation

Mått Andelen omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, 2004–2007

Beskrivning *Täljare:* Antal omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen oavsett vilken orsaken till omoperation är. Avser all form av ytterligare kirurgi (vidare begrepp än revision) efter indexoperationen
Nämnare: Samtliga operationer av totala höftproteser som registrerats i Svenska Höftprotesregistret under perioden 2004–2007

Mätmetod Enbart komplikationer som behandlas kirurgiskt ingår (de som omopereras). Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiska behandlingar av luxationer (urledvridningar) ingår därmed ej. Flera omoperationer på grund av samma orsak räknas som en omoperation. Vid omoperation vid annan klinik/landsting förs omoperationen till primärklinikern/-landstinget. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.

Datakälla Svenska Höftprotesregistret.

Felkällor Se indikator A:50.

A:52 Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation

Mått	Patientrapporterat resultat av total höftprotosoperation, 2002–2007. 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 höftprotosoperation, jämfört med livskvaliteten före operationen – en patientrapporterad hälsovinst erhålls. Uppgifterna avser perioden 2002–2007.
Mätmetod	Höftprotosregistret följer upp patientrapporterade resultat av operationer. Alla patienter besvarar ett preoperativt formulär med tio frågor. Skattning av hälsorelaterad livskvalitet sker med hjälp av instrumentet EQ-5D. EQ-5D-hälsoindex är ett viktat totalvärde för hälsorelaterad livskvalitet (5 frågor) med lägsta värde på –0,594 och bästa på 1,0. Samma formulär som användes före operationen sänds med en kompletterande fråga om tillfredsställelse till patienten ett år efter operationen. 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 Höftprotosregistret.
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.

A:53 Väntetid inför höftfrakturopoperation

Mått	Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, 2007.
Beskrivning	Måttet anger handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst till 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 år 2007. 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 2007 övergick många kliniker till klockslagsregistrering, varför årets indikator anges i timmar istället för dygn. Patienterna hänförs till den klinik där de akutopereras. Höftfrakturpatienterna är åldriga och har liten förflyttning inom landet.
Datakälla	RIKSHÖFT (Nationella 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.

A:54 Protosoperation vid höftfraktur

Mått	Andel protosopererade patienter 65 år och äldre vid cervikal höftfraktur, 2006–2007.
-------------	--

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.

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

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

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 höftfrakturpatienter år 2000 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.

A:55 Läkemedel mot benskörhet efter fraktur

Mått Andel kvinnor 60 år och äldre med benskörhetsfraktur som hade läkemedelsbehandling 6–12 månader efter fraktur, 2005–2007.

Beskrivning Kvinnor i åldrarna 60 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 patientens första vårdtillfälle sedan 1998 med någon av diagnoserna ingår i beräkningarna.

Täljare: Kvinnor 60 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.

Nämnare: Kvinnor 60 år och över som för första gången vårdats inom slutenvården för ovanstående diagnoser.

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, H05A, A11C, A11JB

Korrigeringar för åldersfördelningen i landstingen har gjorts genom åldersstandardisering med kvinnliga frakturpatienter år 2000 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.

A:56 Önskade händelser efter knä- och total höftprotosoperation

Mått Önskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller höftprotosoperation, 2005–2007.

Beskrivning Samtliga patienter som genomgått en knä- eller total höftprotosoperation ingår. Patienterna följs upp med avseende på kirurgiska, knä- och höftprotospecifika komplikationer.

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

Nämnare: Samtliga patienter som fått knä- eller höftprotos.

Mätmetod

Operationer	Åtgärdskod
	NGB09, NGB19, NGB29, NGB39, NGB49, NFB29, NFB39, NFB49
Önskade händelser	Diagnoskod – ICD 10
Komplikationer till kirurgiska behandlingar samt knä- och höftprotospecifika komplikationskoder	T810, T813, T814, L899, T840, T845, S730, T933, M243, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, T845, M243, T840, T814, T845, I803, I269, M243, M244, T840, Y845
Hjärt-kärl, pneumoni, urinstämna	I, J819, J15, J18, J13, R33
Död, alla orsaker	

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

Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.

Datakälla Patientregistret, Socialstyrelsen.

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

A:57 Förbättring efter operation av diskbråck i ländryggen

Mått Patientrapporterat resultat av ländryggsdiskbråckskirurgi, 2006. Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.

Beskrivning Livskvalitet har mätts med instrumentet EQ-5D. Instrumentet presenterar livskvalitet som en kvot mellan –0,59 och 1,00, där ett högre värde anger högre livskvalitet. Måttet redovisar patienter som besvarat EQ-5D-formulär både preoperativt och efter ett år.

I måttet ingår patienter, alla åldrar, opererade vid någon av de kliniker i landet som opererar lumbala diskbråck, M51.1, år 2006.

Mätmetod Kravet har varit att minst 15 patienter skall finnas representerade från kliniker som inkluderats. 15 av 37 kliniker som använde registret 2006 redovisas inte. Det beror antingen på att man opererat för få diskbråck alternativt registrerat för få av de man opererat (minst 15 uppgifter på samma patienter skall finnas registrerade både före operationen och efter ett år).

I måttet ingår privata kliniker, som står för en stor del av den lumbala diskbråckskirurgin i landet, inom ramen för de landsting där de verkar. Det innebär att patienter hemmahörande i andra landsting ingår i statistiken från de landsting där de opererats.

Datakälla	Svenska Ryggregistret.
Felkällor	Vid de olika klinikerna finns en så kallad "case-mix", dvs patienterna är inte "identiska", utan har olika förutsättningar att tillgodogöra sig effekten av operationen. Ålder, kön, smärttid före operation, sjukskrivning och sjukskrivningstid kan vara sådana omständigheter. Likaså kan betalningsformen på privatklinikerna (försäkring/privat eller offentlig finansiering) innebära olika förutsättningar. Detta återspeglas bland annat i varierande registrerad hälsorelaterad livskvalitet vid tidpunkten just före operationen på patienter vid de olika klinikerna, under mätåret 2006 mellan 0,09–0,41. Dessa faktorer kan påverka resultatet i stor omfattning. I jämförelsen mellan landstingen, bör man beakta, att stora privatkliniker räknas till det landsting de är belägna i. Data kan därför vara missvisande.

NJURSJUKVÅRD

A:58 Dödlighet i aktiv uremivård

Mått	Relativ risk för död i aktiv uremivård, patienter med behandlingsstart 1998–2007. Värde över 1,0 = högre risk än Västra Götaland och vice versa.
Beskrivning	Måttet visar den relativa risken för död i all aktiv uremivård (dialys eller njurtransplantation). Måttet är beräknat på antal dödsfall som inträffat hos samtliga patienter som överlevt mer än 90 dagar efter behandlingsstart, uppdelat på landsting och relaterat till antalet personår per landsting, justerat för riskfaktorer, under åren 1998–2007.
Mätmetod	Den relativa risken har beräknats med Cox proportional hazards metodik. De variabler, registrerade vid behandlingsstart, som påverkar risken för död är i fallande ordning: startålder, primär njursjukdomsgrupp, blodmalignitet, perifer kärlsjukdom, ischemisk hjärtsjukdom, behandlad hypertoni, startår, annan tumörsjukdom och genomgången cerebrovaskulär sjukdom. Justerat för dessa variabler varierar risken för död mellan landstingen så som visas. För att få rimlig stabilitet i resultaten redovisas data ackumulerade under de senaste tio åren (1998–2007). Endast patienter som behandlats mer än 90 dagar inkluderas i analysen. Patientpopulationen i Västra Götaland utgör referens. Värde över 1,0 = högre risk än Västra Götaland och vice versa. 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.
Datakälla	Svenskt Njurregister.
Felkällor	Analysen försvåras av det välkända faktum att länen är mycket heterogena, i storlek, åldersmässigt och socioekonomiskt. Dessutom är den registrering av riskfaktorer/komorbidity som finns i SNR inte heltäckande.

A:59 Måluppfyllelse för dialysdos

Mått	Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V >2) för dialysdos, 2007. Dialysdos mäts som standardiserat Kt/V.
Beskrivning	Måttet baseras på den årliga tvärsnittsundersökningen hösten 2007. 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 alltfler patienter behandlas med mer individuellt anpassade dialysprogram måste bedömningen av dialysdos baseras på den sammantagna veckodosen, snarare än på 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 det är osannolikt att detta kan förklara den stora variation som påvisas i resultaten.

A:60 Kärlaccess vid dialys

Mått	Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft, 2006–2007.
Beskrivning	Den bästa formen av tillgång (access) till blodbanan vid bloddialys är AV-fistel (arterio-venös 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 försämrade dialyseffektivitet. Aktuell access vid tillfället för den årliga tvärsnittundersökningen hösten 2007. 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.

ANNAN BEHANDLING

A:61 Omoperation vid ljuksbråck

Mått	Relativ risk för omoperation inom 5 år efter ljuksbråcksoperation, 2003–2007. Risk för respektive landsting jämfört med övriga landsting.
Beskrivning	Den relativa risken är ett mått på skillnaden i risk för omoperation av bråck som nyligen opererats på sjukhus i redovisat landsting, jämfört med risken vid sjukhus i alla övriga landsting. I måttet ingår ljuksbråcksoperationer utförda 2003–2007.
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 ljuksken eventuellt utförs. Med dessa data som grund kan risken att åter behöva opereras för ett bråck i samma ljukske beräknas i förhållande till tiden efter den första bråckoperationen. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemortslän.

Datakälla	Svenskt Bräckregister.
Felkällor	Registrets täckningsgrad är relativt god. Vissa kliniker opererar fler bräck som är mer tekniskt krävande.

A:62 Synfel vid kataraktoperation

Mått	Andel kataraktpatienter som hade synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid operation 2007.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal kataraktpatienter som hade en synskärpa som var lägre än 0,5 dioptrier på det bästa ögat vid tidpunkten för operation år 2007. <i>Nämnare:</i> Samtliga kataraktopererade patienter som registrerats i kataraktregistret år 2007.
Mätmetod	Närmare 80 000 kataraktoperationer per år registreras i kataraktregistret, vilket motsvarar i det närmaste samtliga operationer som utförs i Sverige. Den geografiska fördelningen per landsting baseras på patientens hemort.
Datakälla	Nationella Kataraktregistret.
Felkällor	Det grundläggande datamaterialet bedöms vara av god kvalitet.

A:63 Förbättring efter septumplastik

Mått	Andel patienter som är helt eller ganska bra 6 månader efter septumplastik, 2003–mars 2006.
Beskrivning	Med septumplastik avses operation av sned nässkiljevägg. Septumplastik med eller utan samtidig conchotomi ingår. Samtliga patienter, hela riket, som opereras med Septumplastik pga besvärlig nästäppa och som följts upp efter operation under perioden 2003 till mars 2006 ingår.
Mätmetod	Vid några diagnoser, bl a septumplastik, sänder registret efter sex månader efter åtgärden ut en enkät och frågar patienterna hur de själva bedömer resultatet, d.v.s. deras nöjdhetsgrad. 44 kliniker av kanske 47 möjliga redovisar resultat. Klinikens lokalisering styr landstingstillhörigheten i redovisningen, inte patientens hemort.
Datakälla	Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård.
Felkällor	Data saknas från Värmland och Blekinge.

SOCIOEKONOMISK BELYSNING – NÅGRA EXEMPEL

Utbildningsnivå och födelse land

Mått	Indelning av utbildningsnivå och födelse land.
Beskrivning	För samtliga indikatorer där utbildningsnivå ingår används SUN2000NIVA från SCB för att skapa de olika utbildningsgrupperna. 1 Förgymnasial utbildning kortare än 9 år 2 Förgymnasial utbildning 9 år 3 Gymnasial utbildning högst 2-årig 4 Gymnasial utbildning 3 år 5 Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år 6 Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre (exkl forskarutbildning) 7 Forskarutbildning */9 Uppgift saknas

Redovisningen för olika utbildningsnivåer baseras på personer 45–74 år.
Hög respektive låg utbildning definieras vanligen:

Låg utbildning = grundskola upp till 2 års gymnasieskola.

Hög utbildning = 3 år gymnasieskola och högre utbildning.

Indelningarna varierar lite för olika indikatorer beroende på det underliggande datamaterialet.

Uppgifter om personens födelse land är hämtade från SCB.

Uppgift om rökning är tagen från Medicinska födelse registret.

B Patienterfarenheter

B:1 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 år 2007 instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet år 2007.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på telefonintervjuer med drygt 43 000 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 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.

B:2 Förtroende för vårdcentraler

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 år 2007 uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid vårdcentraler. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet år 2007.
Mätmetod	Se indikator B:1.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

B:3 Förtroende för sjukhus

Mått	Andel i befolkningen som uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vård 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 år 2007 uppgav att de hade mycket stort eller ganska stort förtroende för vården vid sjukhus. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande i befolkningsurvalet år 2007.
Mätmetod	Se indikator B:1.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

B:4 Sammanfattande betyg för vårdcentraler

Mått	Andel patienter som var positiva till det senaste besöket vid vårdcentral eller motsvarande.
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande. Att vara positiv innebär att individerna gav betygen 4 eller 5 på en femgradig skala. <i>Täljare:</i> Antal individer som år 2007 var positiva till senaste besöket vid vårdcentral. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som år 2007 besökt vårdcentral.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på de individer som i en telefonintervju uppgett att de besökt vårdcentral. Totalt intervjuades drygt 43 000 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.

B:5 Sammanfattande betyg för sjukhus

Mått	Andel patienter som var positiva till det senaste besöket vid sjukhus.
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna besökt klinik/mottagning vid sjukhus. Att vara positiv innebär att individerna gav betygen 4 eller 5 på en femgradig skala. <i>Täljare:</i> Antal individer som år 2007 var positiva till senaste besöket vid sjukhus. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som år 2007 besökt klinik/mottagning vid sjukhus.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på de individer som i en telefonintervju uppgett att de besökt sjukhus. Totalt intervjuades drygt 43 000 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.

B:6 Förväntad hjälp vid besök

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 år 2007 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 år 2007 besökt vårdcentral eller sjukhus.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på de individer som i en telefonintervju uppgett att de besökt någon typ av mottagning. Totalt intervjuades drygt 43 000 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.

B:7 Rimlig väntetid vid besök på vårdcentral

Mått	Andel patienter som ansåg att väntetiden till besök vid vårdcentral var rimlig.
Beskrivning	Med patient menas här individer som antingen själva eller i egenskap av medföljande anhörig eller närstående, de senaste 12 månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande. <i>Täljare:</i> Antal individer som år 2007 ansåg att väntetiden till besök vid vårdcentral eller motsvarande var rimlig. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som år 2007 besökt vårdcentral eller motsvarande.
Mätmetod	Uppgifterna baseras på de individer som i en telefonintervju uppgett att de besökt vårdcentral eller motsvarande. Totalt intervjuades drygt 43 000 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.

B:8 Vårdcentralers tillgänglighet per telefon

Mått	Andel patienter som ansåg att det var lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal individer som år 2007 ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral eller motsvarande. <i>Nämnare:</i> Totalt antal svarande som år 2007 besökt vårdcentral eller motsvarande och som ringt vårdcentralen innan besöket.
Mätmetod	Totalt intervjuades drygt 43 000 utvalda individer bland befolkningen i åldern 18 år och äldre. Utav dessa ingår i måttet endast de som besökt och ringt vårdcentralen.
Datakälla	Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Svarsfrekvensen var omkring 70 procent i respektive landsting.

B:9 Strokepatienters nöjdhet med sjukhusvården

Mått	Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården.
Beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal strokepatienter som i en enkät uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sjukhusvården tre månader efter akutfasen, år 2007. <i>Nämnare:</i> Totalt antal strokepatienter som svarade på enkäten 2007.
Mätmetod	Som en del i kvalitetsregistret Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät tre månader efter akutfasen ge sin syn på olika aspekter av strokevården. Alla akutsjukhus som vårdar strokepatienter deltar. Varje år analyseras de data som samlats in från deltagande sjukhus. Den geografiska fördelningen har gjorts genom en summering av klinikuppgifter, upp till landstingsnivå och därmed utan att hänsyn till patientens hemort tas.
Datakälla	Nationella Kvalitetsregistret för Stroke (Riks-Stroke)
Felkällor	Täckningsgraden (andelen strokefall som rapporteras till registret) för registret varierar mellan landstingen. Svarsfrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 90 procent för riket som helhet.

C Tillgänglighet

PRIMÄRVÅRD

C:1 Läkarbesök inom en vecka

Mått	Andel patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar i mars 2008.
Beskrivning	<p>Måttet belyser andelen patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen inom sju dagar i förhållande till det totala antalet inrapporterade besök som omfattas av vårdgarantin.</p> <p>Faktisk väntetid avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en besökstid.</p> <p>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.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter som fick besökstid på allmänläkarmottagningen i primärvården inom sju dagar vid mättillfället den 31 mars – 4 april 2008.</p> <p><i>Nämnnare:</i> Det totala antalet inrapporterade besök på allmänläkarmottagning i primärvården vid mättillfället den 31 mars – 4 april 2008.</p>
Mätmetod	<p>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.</p> <p>Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2006 under fem dagar i följd, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.</p>
Datakälla	Databasen "Väntetider i vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	<p>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.</p> <p>Vid vårdcentraler där patienter t.ex. 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.</p> <p>Vidare är det oklart i vilken mån vårdcentralerna har rapporterat "patientvald väntetid" eftersom denna uppgift oftast inte noteras vid bokningstillfället.</p>

C:2 Besvarade telefonsamtal vid rådgivning/tidbokning

Mått	Andel besvarade telefonsamtal för rådgivning och/eller tidsbeställning vid vårdcentral/motsvarande under normala öppettider.
Beskrivning	<p>Måttet belyser andelen besvarade samtal av totalt antal samtal under 1 månad. Telefontillgängligheten ska endast omfatta samtal som kommer till en telefon för rådgivning och/eller tidsbeställning via datoriserad telefoni. Tillgängligheten mäts genom totalt antal samtal som rings på det annonserade telefonnumret och antal som besvaras.</p> <p>Primärvården ska erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök samma dag som vården kontaktas.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal besvarade samtal vid mättillfället den 1–31 mars 2008.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal samtal vid mättillfället den 1–31 mars 2008.</p>
Mätmetod	<p>Samtliga vårdcentraler/motsvarande rapporterar uppgifter om totalt antal samtal och antal besvarade samtal för mättillfället. Även privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas. Det är endast telefontillgänglighet under normala öppettider som ska rapporteras. Inkommande samtal under kvällar, nätter och helger då vårdcentralen är stängd exkluderas.</p> <p>Således är det endast en begränsad del av tillgängligheten som följs.</p> <p>Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar. Manuella mätningar ingår inte utan endast mätning via datoriserad telefoni.</p>
Datakälla	Databasen "Väntetider i vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	Uppgifterna som redovisas har antingen hämtats ur datoriserade telefonsystem, så kallade talsvarssystem med återupprinningsfunktion, eller från telefonväxlar som erbjuder möjligheter att avläsa obesvarade samtal. Inställningarna av systemen och bemanningen varierar mycket och således är resultaten inte fullt jämförbara utan en indikation på telefontillgängligheten.

SPECIALISERAD VÅRD

C:3–C:14 Väntat längre än 90 dagar på ett förstabesök eller behandling (operation/åtgärd) inom den planerade specialiserade vården

Mått	<p>Andelen av det totala antalet väntande samt antalet patienter per 1 000 invånare, som väntat längre än 90 dagar på ett förstabesök eller behandling (operation/åtgärd) inom planerad specialiserad vård.</p> <p> Ett särskilt urval av besöks- och åtgärdsområden särredovisas.</p>
Beskrivning	<p>Måtten belyser andelen av det totala antalet väntande patienter resp. antalet per 1 000 invånare som har väntat längre än 90 dagar vid mättillfället den 31 mars 2008.</p> <p>Måtten avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om besök resp. behandling enligt givna medicinska indikationer har fattats i överenskommelse med patienten.</p> <p>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 minst 14 dagar längre än erbjudet (patientvald väntetid) och patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än 14 dagar 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 (85–90 %), medan vårdgarantin gäller all planerad vård.</p> <p>Uppgifter gällande väntande per 1 000 invånare redovisas för landsting som har en svarsfrekvens på minst 90 procent.</p>
Datakälla	Databasen "Väntetider i vården", Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	<p>Låg svarsfrekvens från vissa landsting/regioner och/eller för vissa verksamhetsområden minskar möjligheterna till rättvisande jämförelser.</p> <p>Kriterier och medicinska indikationer för att en patient skall bli uppsatt på en väntelista/planeringslista kan variera och minskar även jämförbarheten.</p>

D Kostnader

KOSTNAD PER INVÅNARE

D:1 Hälso- och sjukvårdskostnad

Mått	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård i kronor per invånare år 2007.
Beskrivning	<p>Tandvård ingår inte i kostnaderna.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte.</p> <p>Kostnaden redovisas i kronor per invånare 31/12 2007.</p>
Mätmetod	Årlig undersökning via enkäter till samtliga landsting med bokslutsuppgifter om kostnader och intäkter för olika verksamheter. En landstingsgemensam verksamhetsindelning, VI 2000, definierar och avgränsar hälso- och sjukvård, tandvård, hemsjukvård etc. En gemensam kontoplan definierar kostnads- och intäktslag.
Datakälla	Rapporten "Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007", Sveriges Kommuner och Landsting. Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.
Felkällor	<p>Kvaliteten i uppgifterna är god, dock har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Alternativet att inkludera hemsjukvården skulle försämra jämförbarheten ytterligare.</p> <p>Vid tolkning bör noteras att måttet inte tar hänsyn till skilda behov hos befolkningar i olika landsting.</p>

D:2 Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad

Mått	Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård uttryckt i kronor per invånare år 2007 justerade för strukturella faktorer enligt systemet för kostnadsutjämnning mellan landsting.
Beskrivning	<p>Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som landstinget inte kan påverka, bl.a. befolkningens ålderssammansättning, sjukdomsförekomst m.m.</p> <p>Måttet utgörs av den faktiska nettokostnaden per invånare enligt D:1, 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.</p>

Mätmetod	<p>En förväntad nettokostnad enligt behovsindex (standardkostnad) beräknas årligen i det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvården. Standardkostnaden uttrycker kostnaden per invånare i respektive landsting med hänsyn till glesbygd 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 kostnadsmässiga betydelsen av dessa strukturella skillnader mellan landstingen. Skillnaden mellan landstingets standardkostnad och standardkostnaden för riket innebär motsvarande bidrag eller avgift i skatteutjämnings kostnadsutjämnning.</p> <p>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.</p>
Datakälla	<p>Ekonomi- och verksamhetsstatistik enligt VI 2000, Sveriges Kommuner och Landsting.</p> <p>Patientregistret, Socialstyrelsen.</p> <p>Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.</p>
Felkällor	<p>Modellen för beräkning av standardkostnaden fångar inte upp alla strukturella faktorer som påverkar kostnadsläget.</p>

D:3 Primärvård – kostnad

Mått	<p>Landstingens kostnader för primärvård i kronor per invånare år 2007.</p>
Beskrivning	<p>Primärvård omfattar allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastik, arbetsterapi, jourverksamhet m.m., enligt definition i VI 2000.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar.</p> <p>Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. (Se utförligare beskrivning under indikator D:1.)</p> <p>Kostnaden redovisas i kronor per invånare 31/12 2007.</p>
Mätmetod	<p>Se beskrivning under indikator D:1.</p>
Datakälla	<p>Se beskrivning under indikator D:1.</p>
Felkällor	<p>Se beskrivning under indikator D:1.</p>

D:4 Specialiserad somatisk vård – kostnad

Mått	Landstingens kostnader för specialiserad somatisk vård i kronor per invånare år 2007.
Beskrivning	<p>Specialiserad somatisk vård omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Såväl öppenvård som slutenvård ingår. Området definieras i VI 2000.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar.</p> <p>Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. (Se utförligare beskrivning under indikator D:1.)</p> <p>Kostnaden redovisas i kronor per invånare 31/12 2007.</p>
Mätmetod	Se beskrivning under indikator D:1.
Datakälla	Se beskrivning under indikator D:1.
Felkällor	Se beskrivning under indikator D:1.

D:5 Specialiserad psykiatrisk vård - kostnad

Mått	Landstingens kostnader för specialiserad psykiatrisk vård i kronor per invånare år 2007.
Beskrivning	<p>Specialiserad psykiatrisk vård omfattar allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri. Såväl korttidsvård som långtidssjukvård ingår. Området definieras i VI 2000.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar.</p> <p>Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. (Se utförligare beskrivning under indikator D:1.) Kostnaden redovisas i kronor per invånare 31/12 2007.</p>
Mätmetod	Se beskrivning under indikator D:1.
Datakälla	Se beskrivning under indikator D:1.
Felkällor	Se beskrivning under indikator D:1.

D:6 Förändring av hälso- och sjukvårdskostnad

Mått	Förändring av landstingens kostnader per invånare mellan åren 2005–2007 i procent.
Beskrivning	<p>Tandvård ingår inte i kostnaderna.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar.</p> <p>Omstruktureringskostnader har exkluderats. Kostnaden har beräknats per invånare.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, d.v.s. verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. (Se utförligare beskrivning under indikator D:1.)</p> <p>Kostnadsutvecklingen har beräknats som den totala kostnadsförändringen mellan år 2005 och 2007 per invånare, uttryckt i procent. Ökningstakten avser nettokostnader i löpande priser, således utan justeringar för pris- och löneförändringar.</p> <p><i>Täljare:</i> Kostnad per invånare 31/12 2005.</p> <p><i>Nämnare:</i> Kostnad per invånare 31/12 2007.</p>
Mätmetod	Se beskrivning under indikator D:1.
Datakälla	Se beskrivning under indikator D:1.
Felkällor	Se beskrivning under indikator D:1.

D:7 Justerad läkemedelskostnad

Mått	Kostnad per invånare för läkemedel inom läkemedelsförmånen år 2007.
Beskrivning	<p>Måttet belyser kostnaden i kronor per invånare för de receptföreskrivna 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.</p>
Mätmetod	Ålders- och könsmässig standardisering med rikets population riket 2006.
Datakälla	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	Det har inte gjorts några justeringar för eventuella variationer av sjukdomsbilden mellan landstingen.

KOSTNAD PER PRESTATION

D:8 Kostnad per prestation / DRG-poäng

Mått	Landstingens kostnader i kronor per konsumerad prestation (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård år 2007.
Beskrivning	<p>Specialiserad somatisk vård omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Såväl öppenvård som slutenvård och hemsjukvård ingår i måttet. Området definieras i VI 2000.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård ingår.</p> <p>Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator D:1).</p> <p>Sjukvårdens prestationer uttrycks i konsumerade DRG-poäng. Antal DRG-poäng är summan av alla vårdkontakter multiplicerad med vikten för respektive vårdkontakt.</p>
Mätmetod	<p>Nettokostnaden justeras för köp och försäljning av verksamhet mellan landsting inom specialiserad somatisk mottagningsverksamhet för att matcha de verksamhetsuppgifter som används.</p> <p>DRG-poäng beräknas på landstingens konsumerade vårdtillfällen och besök som justeras för den beräknade vikt varje vårdkontakt har. Alla vårdtillfällen tillsammans med läkarbesök i DRG-grupperna 0030–7200 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 personalkategori och verksamhetsområde och åsätts en standardvikt för respektive grupp.</p> <p>Vikterna till NordDRG beräknas på den nationella Kostnad Per Patient (KPP) – databasen som innehåller verkliga kostnader per vårdtillfälle för nästan 50 % av den slutna vården 2007.</p> <p>Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik.</p> <p>Riket innehåller de vårdkontakter och kostnader som inte har kunnat bindas till ett visst landsting/region.</p>
Datakälla	<p>Rapporten "Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007", Sveriges Kommuner och Landsting.</p> <p>Patientregistret, Socialstyrelsen.</p> <p>KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.</p> <p>Statistiska bearbetningar, Sveriges Kommuner och Landsting.</p>
Felkällor	<p>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.</p>

D:9 Förändring av kostnad per prestation

Mått	Årlig förändring av kostnad per DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård 2005–2007.
-------------	---

Beskrivning	<p>Kostnader för hemsjukvård ingår. Kostnader för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator D:1).</p> <p>Sjukvårdens prestationer uttrycks här i konsumerade DRG-poäng. Antal DRG-poäng är summan av vårdkontaktarna x vikten för respektive vårdkontakt (se utförligare beskrivning under indikator D:7).</p> <p>Den årliga förändringen utgörs av förändringarna år 2004–2005 och 2005–2006 i genomsnitt.</p>
Mätmetod	<p>Nettokostnaden justeras för köp och försäljning av verksamhet mellan landsting inom specialiserad somatisk mottagningsverksamhet för att matcha de verksamhetsuppgifter som används. Kostnaderna räknas upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPI (Landstingsprisindex).</p> <p>Senast tillgängliga NordDRG-version och reella DRG-vikter används på alla år.</p>
Datakälla	Se indikatorn D:7.
Felkällor	Se indikatorn D:7.

D:10 Kostnad per vårdkontakt i primärvård

Mått	Landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården år 2006.
Beskrivning	<p>För definition av primärvård, se beskrivning under indikator D:3.</p> <p>Kostnader för hemsjukvård har exkluderats, eftersom landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar.</p> <p>Kostnaderna för läkemedelsförmånen har exkluderats, eftersom landstingen inte konsekvent redovisar kostnaden på den verksamhet där patienten tas emot.</p> <p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad (se utförligare beskrivning under indikator D:1).</p> <p>Viktad vårdkontakt omfattar antalet besök av olika typ (t.ex. mottagningsbesök, hembesök) samt telefonkontakter (endast om de ersatt ett besök) hos/av läkare och andra personalkategorier. Dessa viktas samman efter genomsnittlig resurstyngd.</p>
Mätmetod	<p>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).</p> <p>De olika typerna av besök och telefonkontakterna 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 etc).</p>
Datakälla	Ekonomi- och verksamhetsstatistik enligt VI 2000, Sveriges Kommuner och Landsting.
Felkällor	<p>Viss osäkerhet finns i uppdelningen av vårdkontakter efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. Statistiken är relativt ny, registreringarna är ännu inte fullständiga i alla landsting.</p> <p>I kostnadsberäkningar har landstingen vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård.</p>

KOSTNADEFFEKTIVA BEHANDLINGSVAL

D:11 Omeprazol vid refluxsjukdom och magsår

- Mått** Andelen omeprazolbehandlade vid refluxsjukdom och magsår, år 2007.
- Beskrivning** Måttet beskriver andelen personer i procent som förskrevs omeprazol i förhållande till alla personer som föreskrivits protonpumpshämmare.
Täljare: Antal personer som vid första förskrivningen under 2007 har förskrivits omeprazol.
Nämnare: Totalt antal personer som förskrivits någon typ av protonpumpshämmare.
Måttet baseras på läkemedel som hämtats ut på Apoteket.
- Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från Läkemedelsregistret och gäller det första uttaget per individ av respektive läkemedel.
- | Läkemedel | ATC-kod |
|--------------------|---------|
| Omeprazol | A02BC01 |
| Protonpumpshämmare | A02BC |
- Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån hemort.
I kolumnen till höger om diagrammet redovisas även andelen som förskrivits protonpumpshämmare totalt i befolkningen.
- Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Val av preparat vid första förskrivning under året ger en ungefärlig bild av förhållandet mellan olika läkemedel, men inte de exakta relationerna.

D:12 Lågstudsstatin vid blodfettssänkande behandling

- Mått** Andelen behandlade med lågstudsstatin vid blodfettssänkande behandling, år 2007.
- Beskrivning** Måttet beskriver andelen personer i procent som förskrevs simvastatin eller pravastatin i förhållande till alla personer som förskrivits statiner.
Täljare: Antal personer som vid första förskrivningen under 2007 har förskrivits simvastatin eller pravastatin vid blodfettssänkande behandling.
Nämnare: Totalt antal personer som förskrivits någon typ av statiner vid blodfettssänkande behandling.
- Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från Läkemedelsregistret och gäller det första uttaget per individ av respektive läkemedel.
- | Läkemedel | ATC-kod |
|-------------|---------|
| Simvastatin | C10AA01 |
| Pravastatin | C10AA03 |
| Statiner | C10AA |
- Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån hemort.
- Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Val av preparat vid första förskrivning under året ger en ungefärlig bild av förhållandet mellan olika läkemedel, men inte de exakta relationerna.

D:13 ARB vid blodtryckssänkande behandling

- Mått** Andel nya ARB-användare som tidigare inte förskrivits ACE-hämmare.
- Beskrivning** 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.
- Måttet avser att studera i vilken utsträckning nya användare av ARB tidigare fått behandling med ACE-hämmare. Beräkningen är gjord på de personer som under perioden 1 juli 2007 till 30 juni 2008 för första gången sedan 1 juli 2005 hämtat ut ARB.
- Täljare:* Antal personer nyinsatta på ARB under 20070701 t om 20080630 som ej tidigare sedan 20050701 stått på ARB eller ACE-hämmare.
- Nämnamre:* Antal personer 30–79 år nyinsatta på ARB under 20070701 t om 20080630 som ej tidigare sedan 20050701 stått på ARB.
- Mätmetod** Uppgifterna har hämtats från Läkemedelsregistret och gäller läkemedel som hämtats ut från Apoteket.
- | Läkemedel | ATC-kod |
|-----------|------------|
| ARB | C09C, C09D |
| ACE | C09A, C09B |
- Åldersstandardiserat med nyinsatta på ARB som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
- Datakälla** Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.
- Felkällor** Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak.

D:14 Dagkirurgiska operationer vid ljumskbräck

- Mått** Andel operationer av ljumskbräck utförda i dagkirurgi år 2007.
- Beskrivning** Måttet beskriver andelen i procent utförda operationer i dagkirurgi i förhållande till totala antalet operationer av ljumskbräck.
- Täljare:* Antal operationer av ljumskbräck utförda i dagkirurgi år 2007.
- Nämnamre:* Totala antalet utförda operationer av ljumskbräck år 2007, 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 |
|-------------|---------------------|------------|
| Ljumskbräck | K40.2, K40.9 | JAB |
- Den geografiska fördelningen har gjorts utifrån personernas hemort. (Belyser konsumtion snarare än produktion.)
- Datakälla** Patientregistret, Socialstyrelsen
- Felkällor** Inrapporteringen till patientregistrets öppenvårdsdel är inte helt fullkomlig. Detta kan till viss del påverka resultaten. I vissa landsting beror bortfallet på att privata vårdgivare inte har rapporterat till patientregistret. Det har även upptäckts att en del landsting har vissa systemfel som gör att åtgärds-koder inte har rapporteras med själva vårdtillfället.

D:15 Dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall

Mått Andel operationer av livmoderframfall utförda i dagkirurgi år 2007.

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 år 2007.

Nämnare: Totala antalet utförda operationer av livmoderframfall år 2007, 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 Inrapporteringen till patientregistrets öppenvårdsdel är inte helt fullkomlig. Detta kan till viss del påverka resultaten. I vissa landsting beror bortfallet på att privata vårdgivare inte har rapporterat till patientregistret. Det har även upptäckts att en del landsting har vissa systemfel som gör att åtgärds-koder inte har rapporteras med själva vårdtillfället.

Vårdkonsumtion

Innehåll

INLEDNING

Bilagans innehåll och metodaspekter	94
---	----

OPERATIONSFREKVENNS PER LANDSTING 2007

Kataraktoperation.....	98
Knäledsplastik.....	98
Höftledsplastik.....	99
Prostataförstoring.....	99
Livmoderframfall.....	100
Hysterektomi	100
Operation vid urininkontinens (kvinnor).....	101
Ljumsnbråcksoperation	101
Galloperation	102
Kranskärlsoperation	102
Septumplastik	103
Tonsillektomi.....	103
Hörsselförbättrande åtgärder	104

LANDSTINGSPROFILER – OPERATIONSFREKVENNS 2007

Stockholm	105
Uppsala	105
Sörmland	105
Östergötland.....	106
Jönköping.....	106
Kronoberg.....	106
Kalmar	107
Gotland.....	107
Blekinge.....	107
Skåne	108
Halland	108
Västra Götaland.....	108
Värmland	109
Örebro	109
Västmanland.....	109
Dalarna	110
Gävleborg	110
Västernorrland.....	110
Jämtland.....	111
Västerbotten.....	111
Norrbotten	111

Vårdkonsumtion

INLEDNING

Både i huvudrapporten *Öppna jämförelser 2008* och i den löpande uppföljningen av tillgänglighet och vårdgaranti som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) svarar för, är fokus riktat mot den tidsmässiga tillgängligheten – när får patienterna sitt besök eller sin behandling utförd, hur många har väntat längre än vad vårdgarantin föreskriver, med flera frågor.

En annan kompletterande aspekt på tillgängligheten redovisas i denna bilaga: Antalet operationer per invånare som landstingen utför/finansierar för sina befolkningar, i ett urval om 13 operationer eller åtgärder. Alla ingår i rapporteringen till Väntetider i vården, den nationella databasen för väntetider och vårdgarantiuppföljning som SKL förvaltar.

Skillnader i operationsfrekvens kan bero på varierande behov hos befolkningarna; att det finns skillnader i förekomsten av sjukdomar mellan befolkningarna i de olika landstingen. Men även andra faktorer kan spela in: Tillgången på läkare, operationspersonal, vårdplatser för den planerade vården med mera. Detsamma gäller skillnader i medicinsk praxis, t.ex. olikartade bedömningar av hur stora sjukdomsbesvären skall vara, för att en patient skall komma ifråga för operation eller behandling.

SKL driver i anslutning till vårdgarantin ett arbete där medicinska företrädare kommer överens om och anger vilka medicinska indikationer eller kriterier som skall vara uppfyllda för att operationer skall genomföras och därmed vårdgarantin utlösas. Hittills har dokument med detta syfte tagits fram bland annat för kataraktoperation och för tre operationer inom ortopedisk sjukvård. Det yttersta syftet med detta arbete är att besluten om behandling skall fattas på gemensamma grunder och därmed bidra till en likvärdig hälso- och sjukvård.

I denna bilaga redovisas antalet operationer per invånare i de olika landstingen. Inga försök görs att bedöma vilken operationsfrekvens som är den optimala eller den som bäst överensstämmer med etablerade medicinska indikationer för operation eller behandling. Det är därmed inte självklart att det alltid är "bäst" att operera många patienter. Att peka på nivåer för över- eller underbehandling i termer av operationsfrekvenser vore en intressant men mycket krävande uppgift.

Syftet med bilagan är att ge landstingen ett underlag för diskussioner om operationsvolymen 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*.

Bilagans innehåll och metoduspekter

Bilagan består först och främst av diagram, som redovisas utan annan text än den som finns i denna inledning. Diagrammen avser följande:

- Operationsfrekvenser per landsting 2007, ett diagram per operation/åtgärd.
- Landstingsprofiler, där för varje landsting utfallet sammanställs i en jämförelse med riket, för alla operationer/åtgärder.

De 13 operationer/åtgärder som valts ut är dessa:

- 1 Kataraktoperation
- 2 Knäledsplastik
- 3 Höftledsplastik
- 4 Prostataförstoring
- 5 Livmoderframfall
- 6 Hysterektomi
- 7 Operation vid urininkontinens (kvinnor)
- 8 Ljumskbråcksoperation
- 9 Galloperation
- 10 Kranskärlsoperation
- 11 Septumplastik
- 12 Tonsillektomi
- 13 Hörsel förbättrande operation

I förra årets publikation redovisades även statistik för utprovning av hörapparater. I år gick det tyvärr inte att redovisa denna åtgärd p.g.a. att statistiken inte fanns tillgänglig.

Följande bör noteras om källor och olika aspekter på jämförelserna:

- Patientregistret (PAR) vid EpC/Socialstyrelsen är källan till alla jämförelserna utom en: Kataraktoperationer. För kataraktoperationer är Nationella Kataraktregistret källan.

- Operationer/åtgärder fördelas på landsting efter patientens hemort. Det spelar således ingen roll om operationen utförs i det egna eller i ett annat landsting.
- Endast 2007 års data redovisas. Vid analys och värdering bör lämpligen flera års operationsfrekvenser användas. Det förekommer "körtorkningskampanjer", där särskilda satsningar görs för att korta köer, vilket kan påverka utfallet för de enskilda åren.
- PAR har brister avseende öppenvårdsrapporteringen, som inte är komplett. Framförallt kan detta påverka utfallet gällande de operationer som i viss eller hög grad sker i dagkirurgi, som ljumskbråck.
- Alla jämförelser med PAR som källa har åldersstandardiserats. De övriga har relaterats till antalet personer över en viss ålder i respektive landsting, för att ändå väga in åldersstrukturen i landstingen vid presentationen.
- Samma åtgärds- och diagnoskoder som i rapporteringen till Väntetider i vården har använts.
- Strikt sett bör enbart planerade, ej akuta operationer ingå, för att knyta an till väntetidsrapporteringen (denna avser enbart planerad vård). 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.

Här följer några korta allmänna beskrivningar och kommentarer om respektive operation/åtgärd, innan diagramredovisningen vidtar.

1. Kataraktoperationer

Kataraktregistrets täckningsgrad är högre än Patientregistrets och därför används detta. I Kataraktregistret registrerades för riket som helhet 72 131 operationer 2007. Operationen utförs i öppenvård. I diagrammet redovisas totala antalet operationer per invånare över 70 år, oavsett om det är det första eller det andra ögat som opererats. Jämfört med 2006 har antalet sjunkit något; då rapporterades cirka 72 547 operationer. Även under 2002–2004 utfördes fler operationer än 2007.

2. Knäledsplastik

Knäledsplastik sker i slutenvården och har en relativ lång medelvårdtid, uppgående till cirka 6 dagar. 9 540 operationer utfördes under 2007, enligt PAR. Av dessa utfördes en majoritet på kvinnor (drygt 60 procent). Vid en jämförelse av 2007 års data med 2006 hade antalet i riket minskat. 2006 rapporterades 10 147 operationer. Under perioden 2001-2007 har en påtaglig ökning av antalet operationer skett, med 40 procent fler operationer per invånare.

3. Höftledsplastik

Höftledsplastik utförs i slutenvård och har en relativt lång medelvårdtid, uppgående till drygt 6 dagar. Patienter som får en ny höftled vid det akuta tillståndet höftfraktur är exkluderade. 2007 var antalet vårdtillfällen i riket 12 043, enligt PAR. Antalet vårdtillfällen inom höftledsplastik uppvisade ingen större förändring mellan 2006 och 2007. Antalet var något lägre för män än för kvinnor. Under perioden 2001–2007 har antalet operationer per invånare ökat med cirka 11 procent.

4. Prostataförstoring

Antalet fall av operation vid prostataförstoring minskade mellan 2006 och 2007. 2006 inrapporterades 5 548 fall, medan antalet fall 2007 var 5 074. Av dessa rapporterades närmare 10 procent ha utförts i dagkirurgi (öppenvård). Mellan 2001 och 2007 minskade antalet opererade per invånare med 25 procent.

5. Livmoderframfall

88 procent av operationerna för livmoderframfall utfördes i slutenvården. Det absoluta antalet operationer uppgick 2007 till 5 888. Motsvarande siffra för 2006 var 6 375, en minskning med närmare 500 operationer. Mellan 2001 och 2005 ökade antalet operationer för att sedan avta mellan 2005 och 2007. 2005 års operationsvolym var således den största.

6. Hysterektomi

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort. Operationen utförs i slutenvård. Det absoluta antalet hysterektomier uppgick 2007 till 4 139 stycken, vilket var en ökning jämfört med 2006 då 4 047 fall rapporterades. Under perioden 2001–2007 har antalet operationer minskat med 21 procent.

7. Operation vid urininkontinens (kvinnor)

2007 utfördes 3 158 operationer vid kvinnlig urininkontinens. 2006 var totala antalet operationer 3 632; således har en minskning skett mellan dessa två år. 2005 skedde flest operationer. Sedan dess har antalet minskat.

8. Ljumsckbråcksoperation

Av operationerna för ljumsckbräck utfördes 75 procent i öppenvården. Andelen opererade män var betydligt högre än andelen kvinnor. Jämfört med tidigare år har antalet ljumsckbråcksoperationer i riket minskat. 2007 uppgick det absoluta antalet operationer till 14 811 stycken, enligt Patientregistret – till vilket dock en viss underrapportering av öppenvård sker. Under hela perioden 2001–2007 har antalet operationer varit tämligen konstant, utan hänsyn till underrapporteringen 2006 och 2007. Flest operationer under perioden skedde 2005.

9. Galloperationer

Vid en jämförelse mellan 2006 och 2007 har antalet galloperationer i riket minskat från 8 673 till 8 385. Större delen av operationerna utfördes i slutenvård, 84 procent av alla under 2007. Under perioden 2001–2007 har antalet operationer per invånare minskat. Flest operationer under perioden skedde 2005.

10. Kranskärlsoperationer

Kranskärlsoperationer, öppen hjärtkirurgi, utförs som planerad vård i huvudsak, men det sker även ett mindre antal akuta operationer vid hjärtinfarkt. Antalet operationer 2007 var 5 156, vilket är något fler än föregående år. Under perioden 2001–2006 minskade antalet operationer per invånare kraftigt, med 28 procent. Detta är bl.a. en spegling av den ökade användningen av PCI, ballongvidgning av hjärtats kärl.

11. Septumplastik

Septumplastik innebär operation av sned nässkiljevägg, hos individer där detta ger upphov till besvär med nästäppa. Antalet operationer minskade mellan 2006 och 2007. Det absoluta antalet operationer som rapporterats till Patientregistret för 2007 uppgick till 1 872, vilket är en minskning med 387 operationer jämfört med föregående år. Av dessa utfördes 55 procent i slutenvård och 45 procent som dagkirurgi. Flest operationer utfördes under 2006.

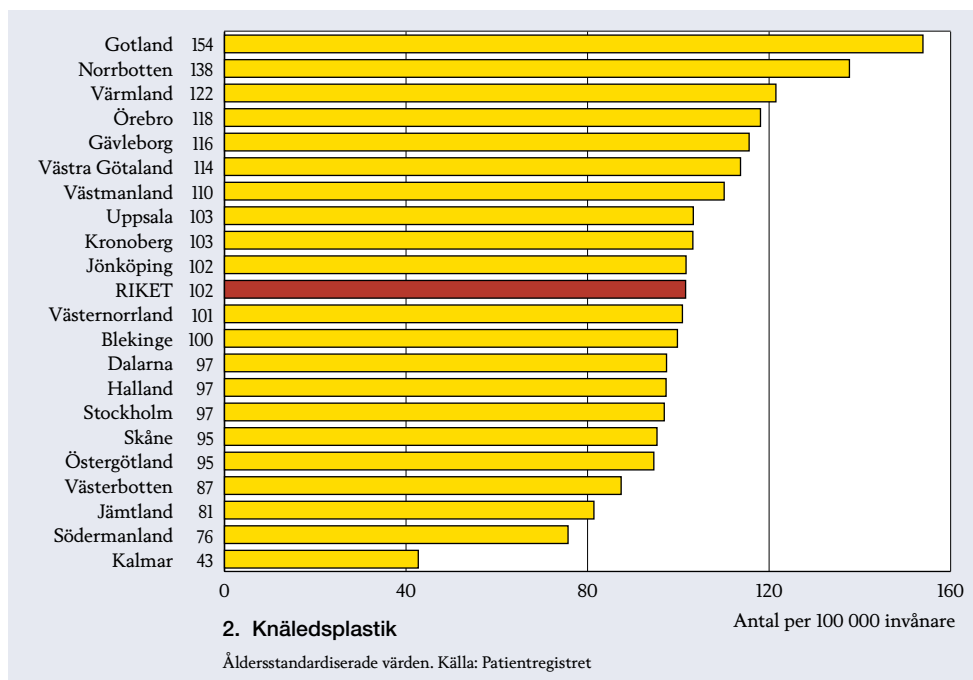
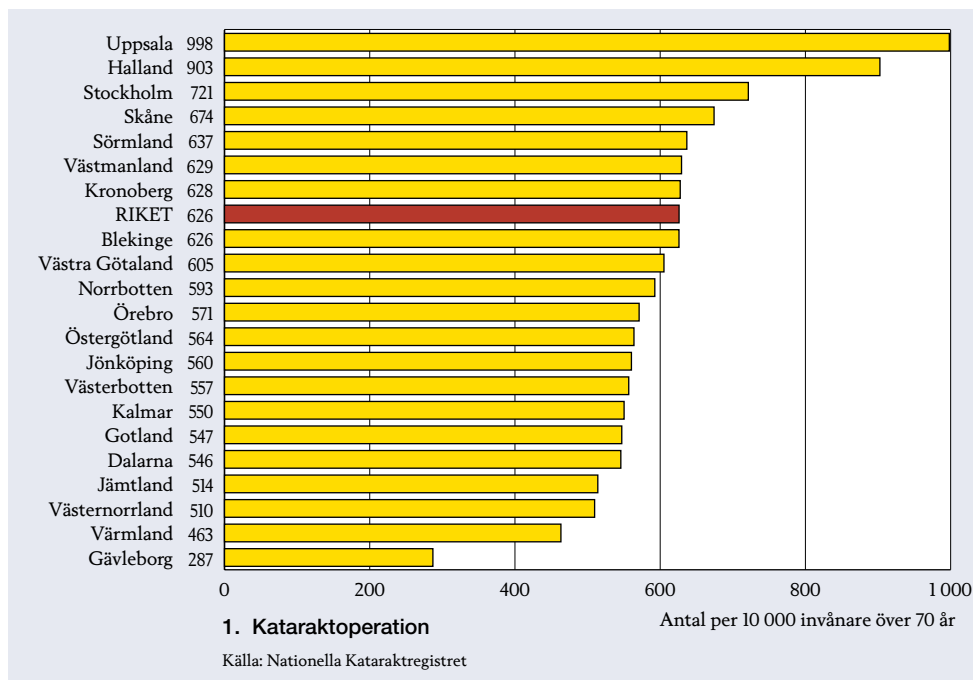
12. Tonsillektomi

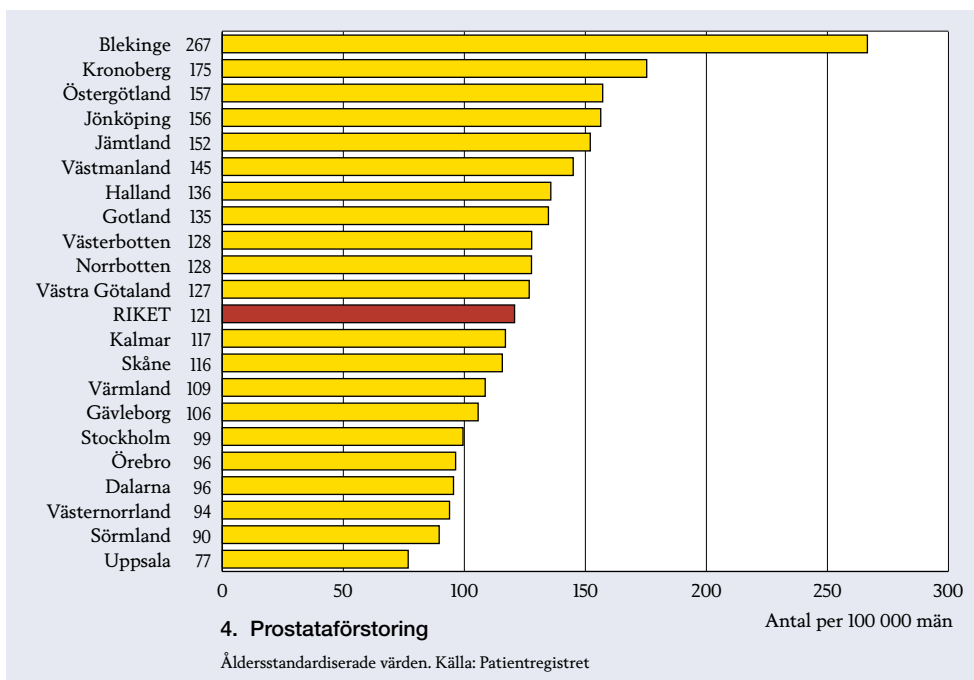
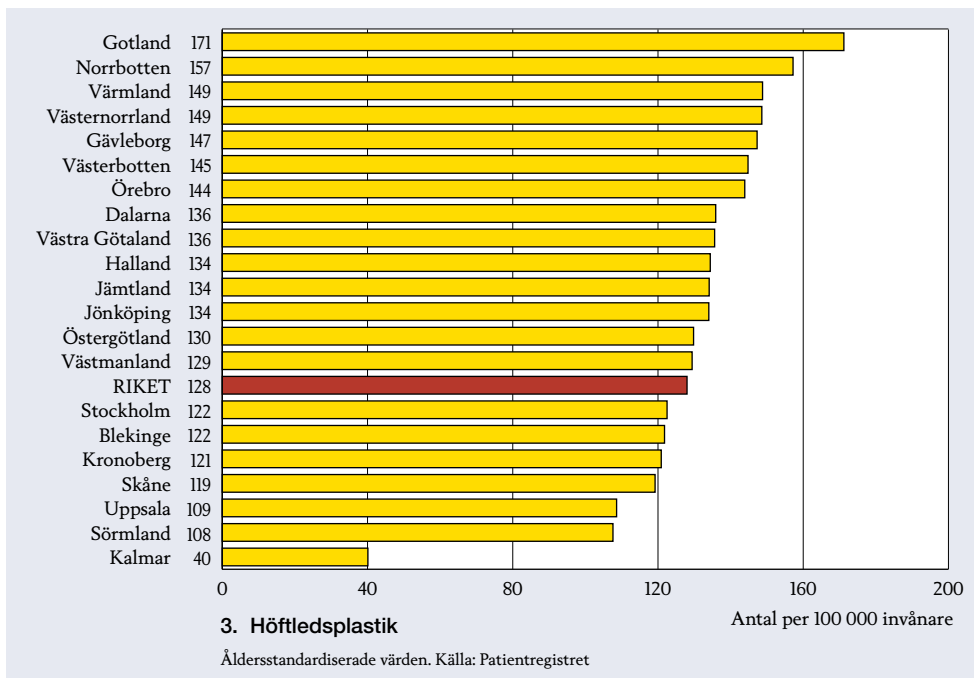
Tonsillektomi är en operation där halsmandlarna avlägsnas, t ex vid upprepade halsfluss eller snarkningsproblem. Vid en jämförelse med 2006 ökade antalet tonsillektomier 2007 i riket till 9 571. En majoritet av operationerna utfördes i slutenvård, 70 procent. Under hela perioden 2001–2007 har antalet tonsillektomier per invånare ökat, som mest mellan 2002 och 2003. Flest operationer under perioden utfördes 2005.

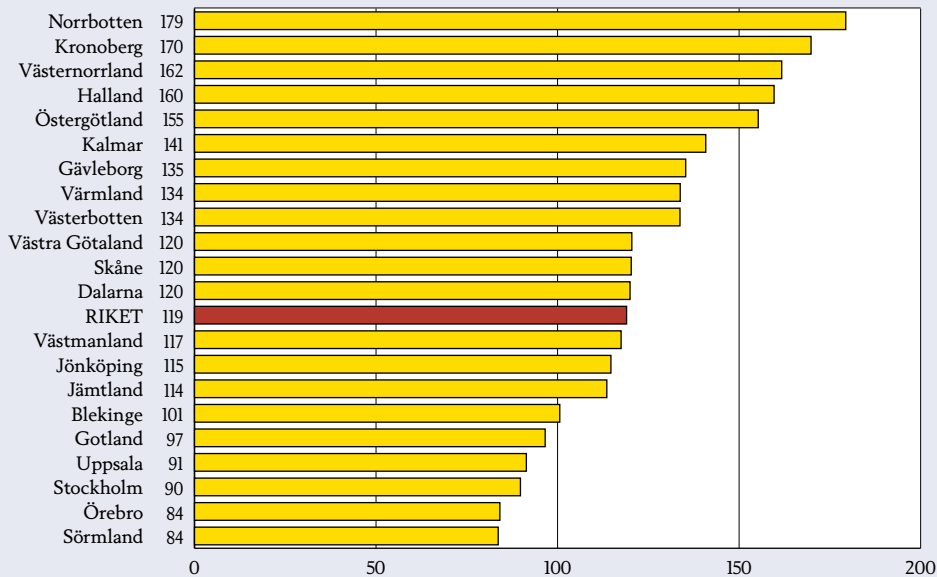
13. Hörselförbättrande operationer

Antalet hörselförbättrande operationer minskade något mellan 2006 och 2007, då 1 590 operationer utfördes. 83 procent av operationerna utfördes i slutenvård. Operationerna utförs något oftare på män än på kvinnor. Under perioden 2001–2005 ökade antalet operationer per invånare för att sedan minska mellan 2005 och 2007. Flest operationer under perioden utfördes 2004.

OPERATIONSFREKVENNS PER LANDSTING 2007

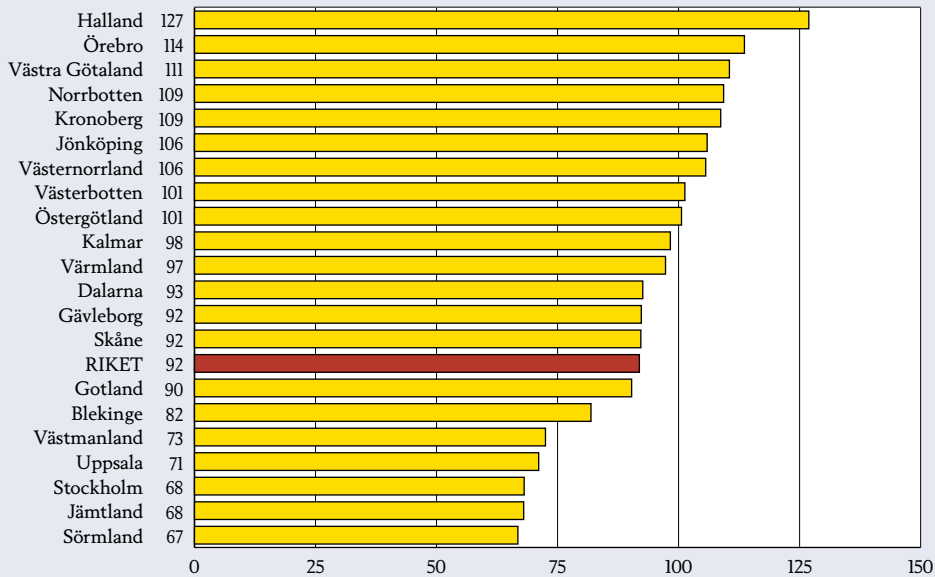






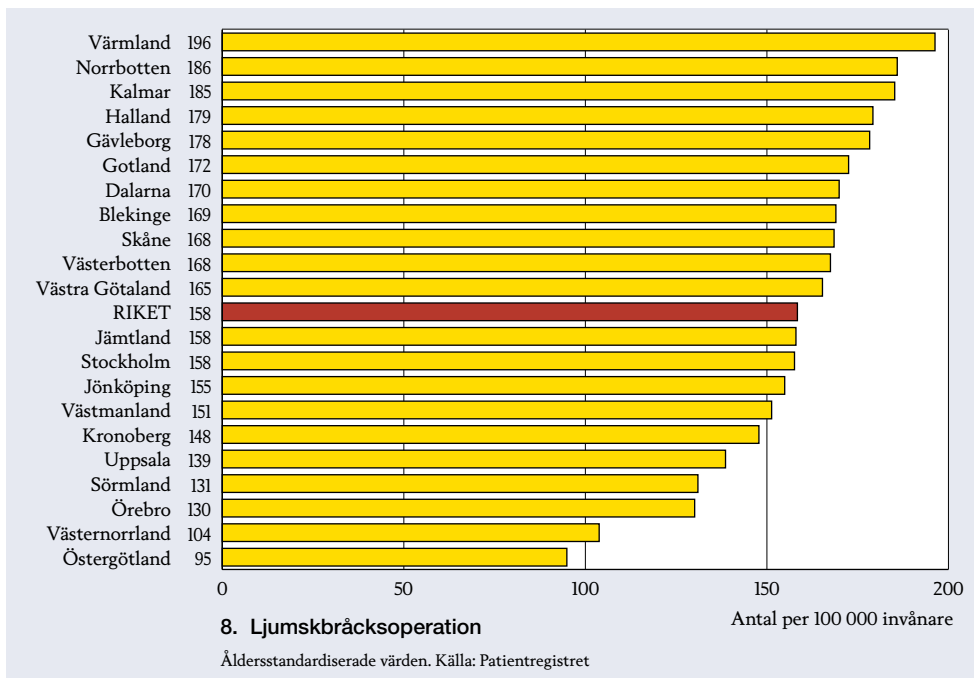
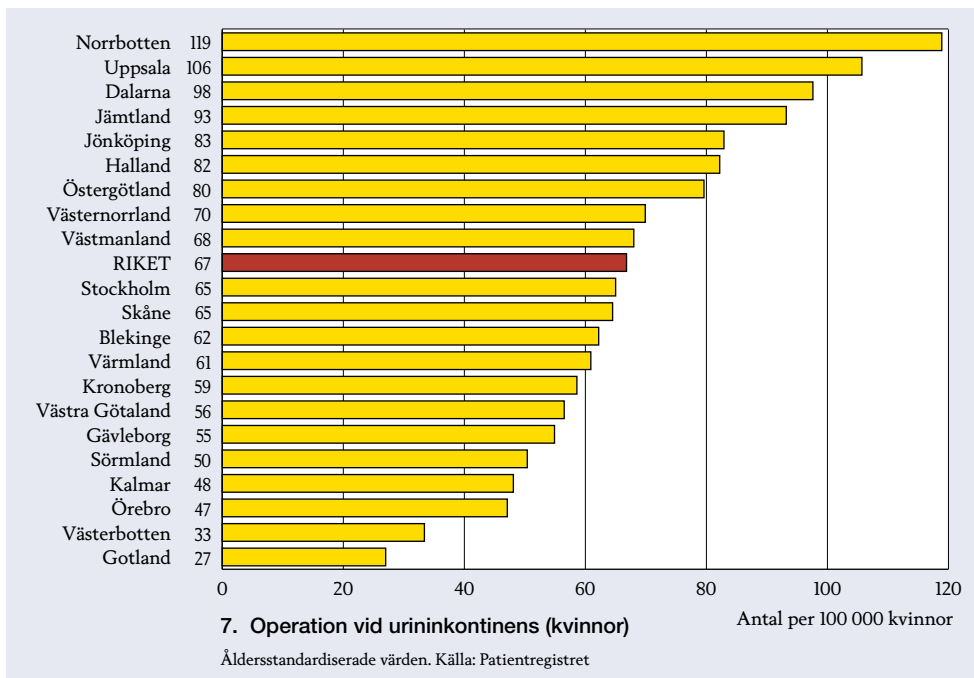
5. Livmoderframfall

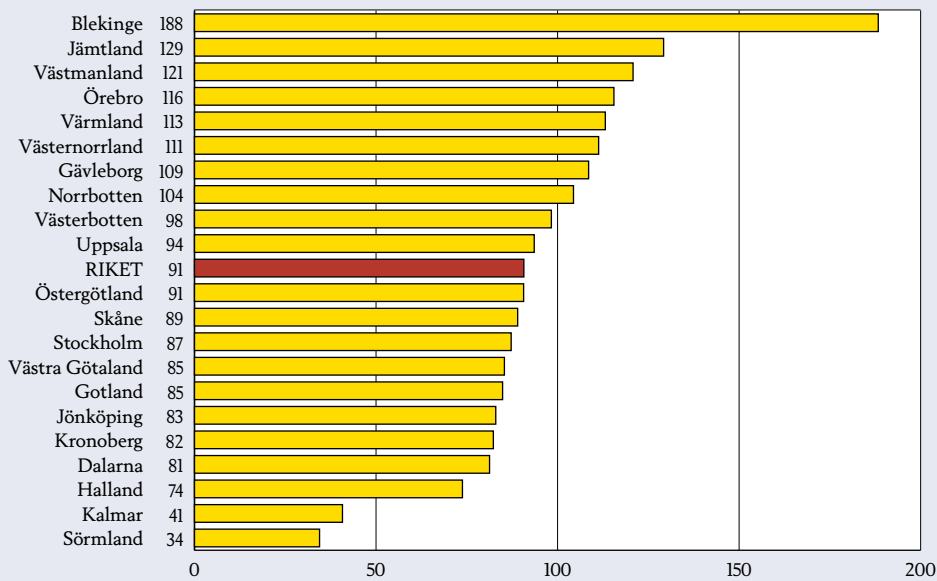
Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret



6. Hysterektomi

Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret

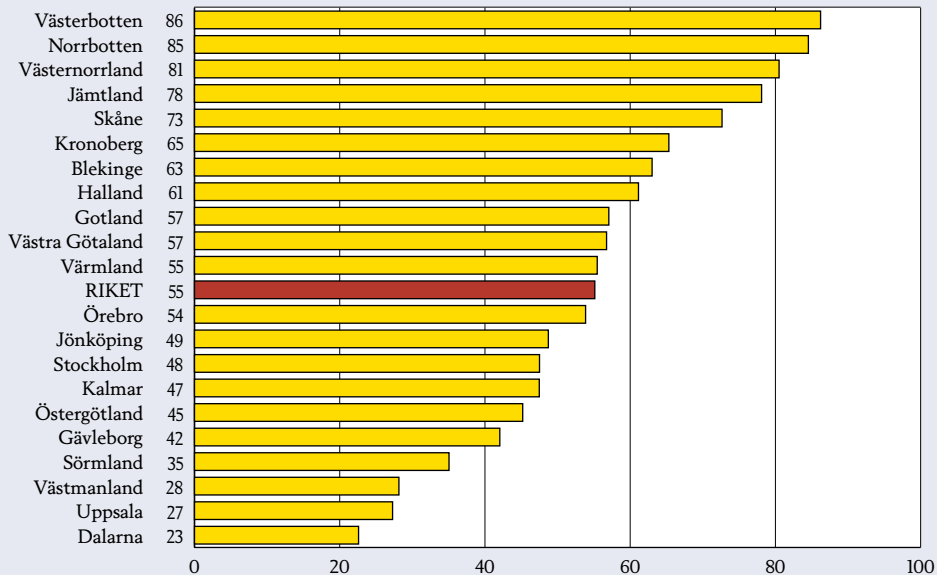




9. Galloperation

Antal per 100 000 invånare

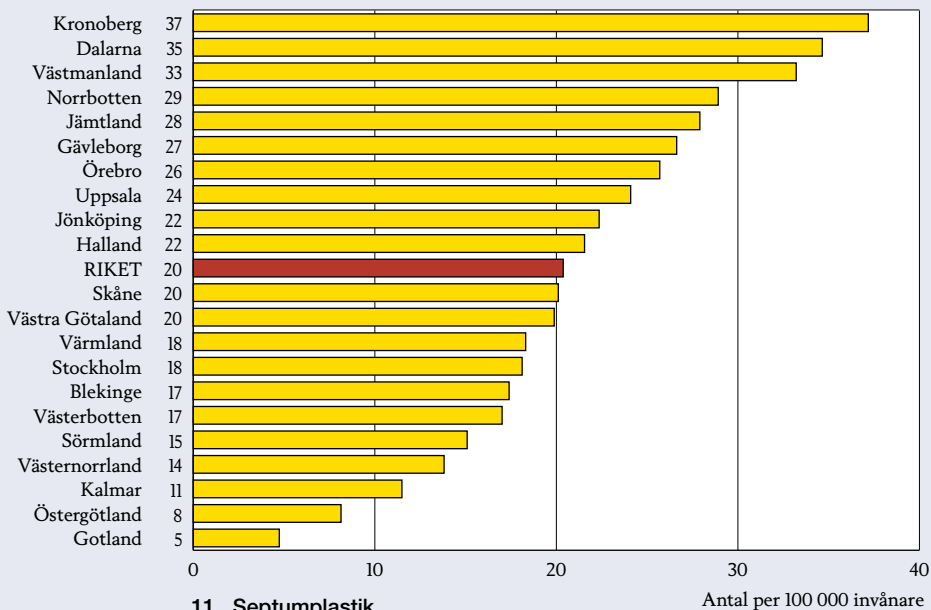
Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret



10. Kranskärlsoperation

Antal per 100 000 invånare

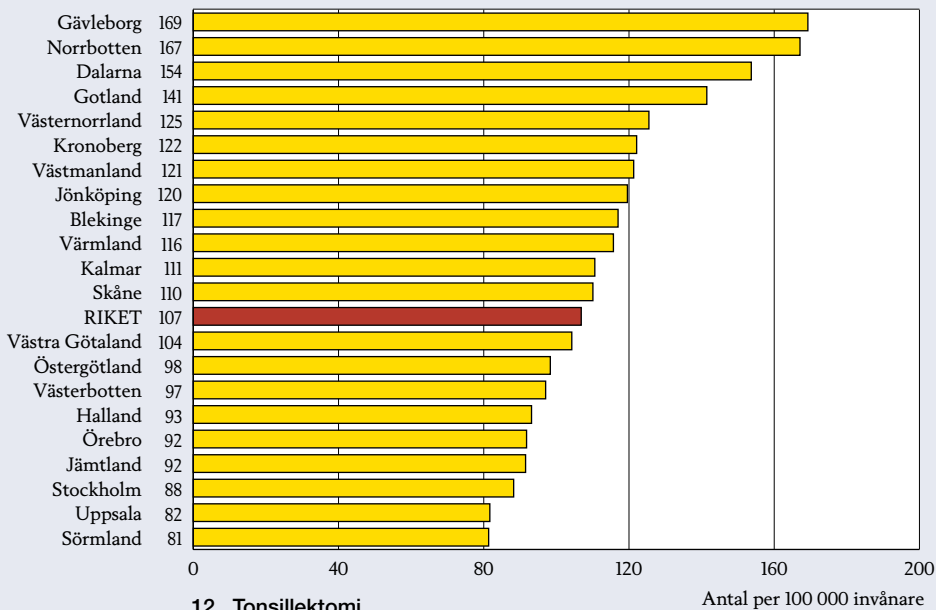
Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret



11. Septumplastik

Antal per 100 000 invånare

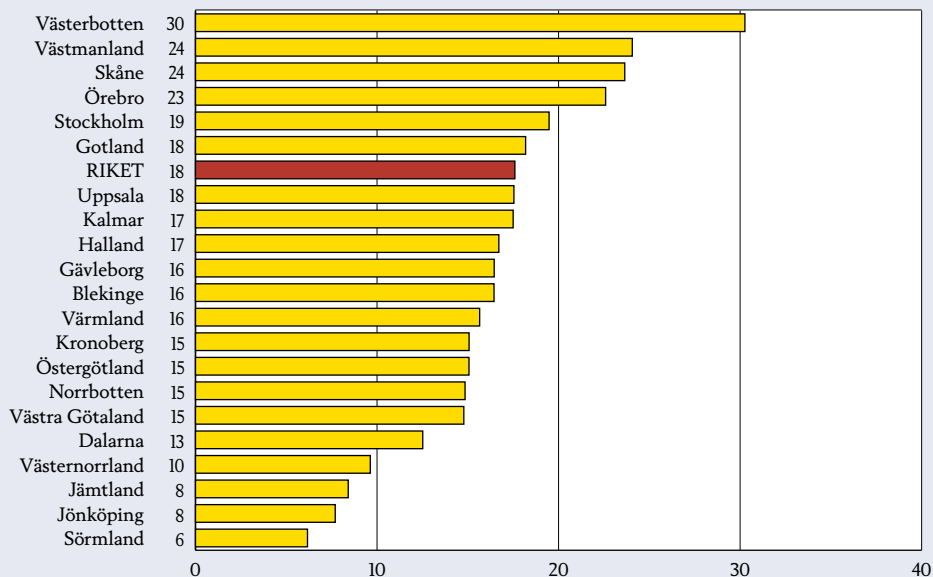
Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret



12. Tonsillektomi

Antal per 100 000 invånare

Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret

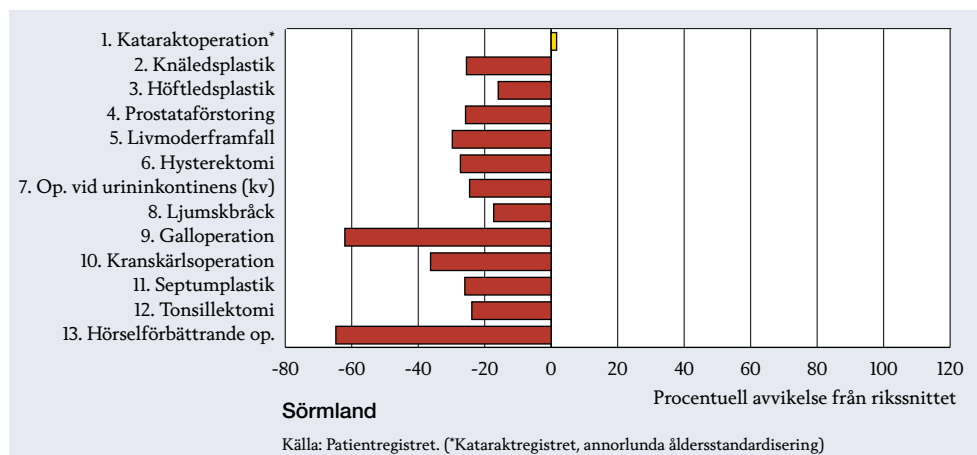
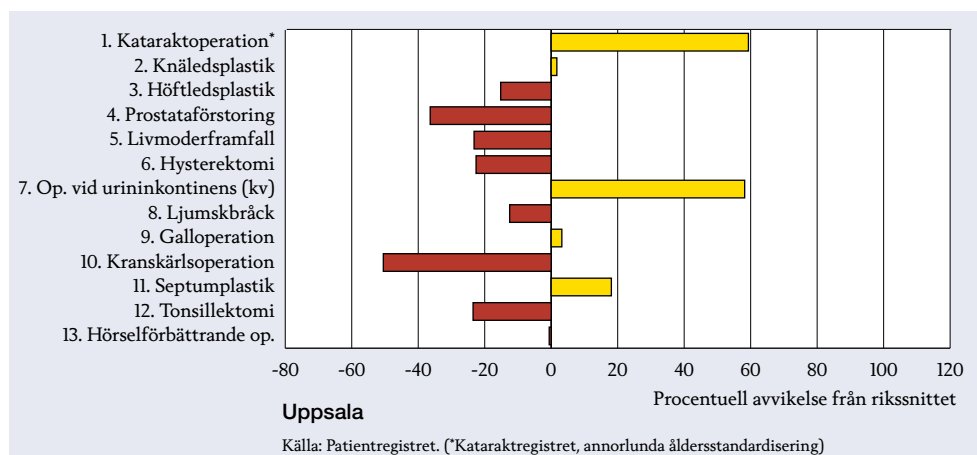
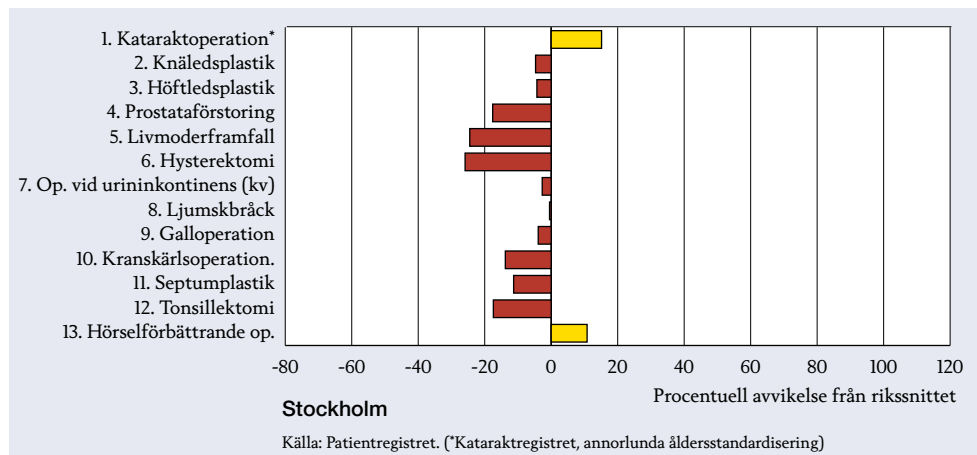


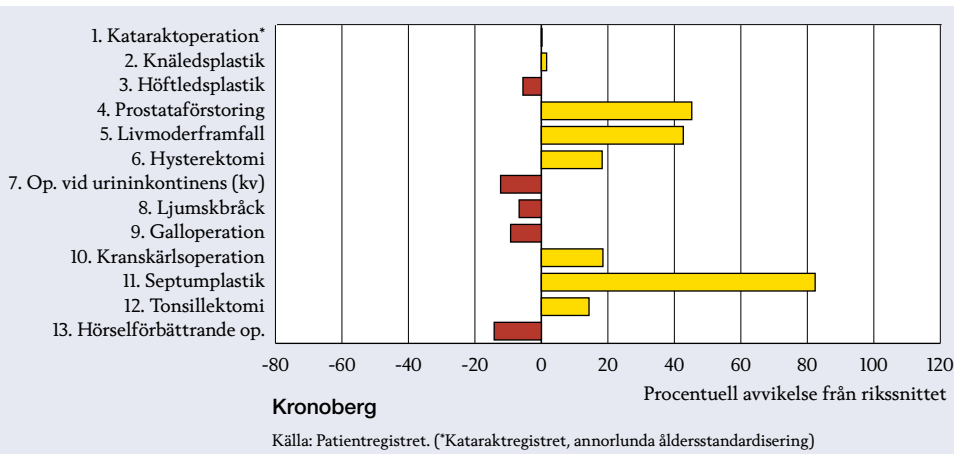
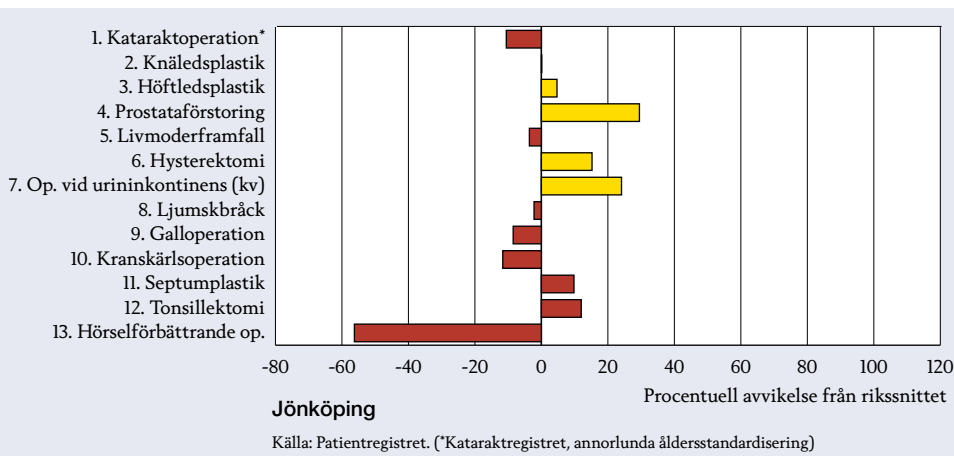
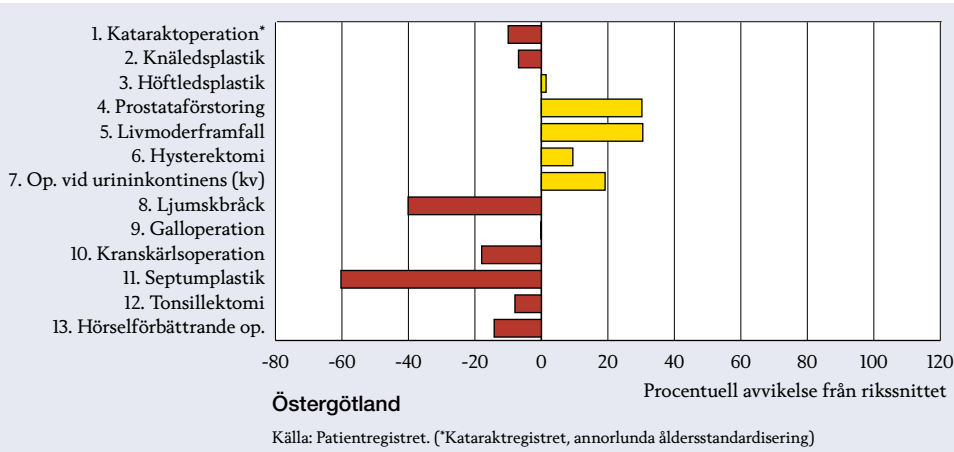
13. Hörselbättrande operation

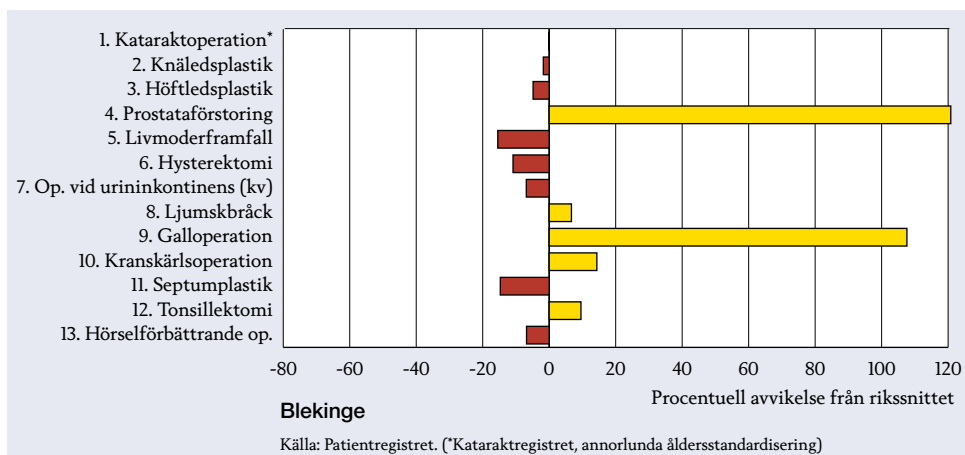
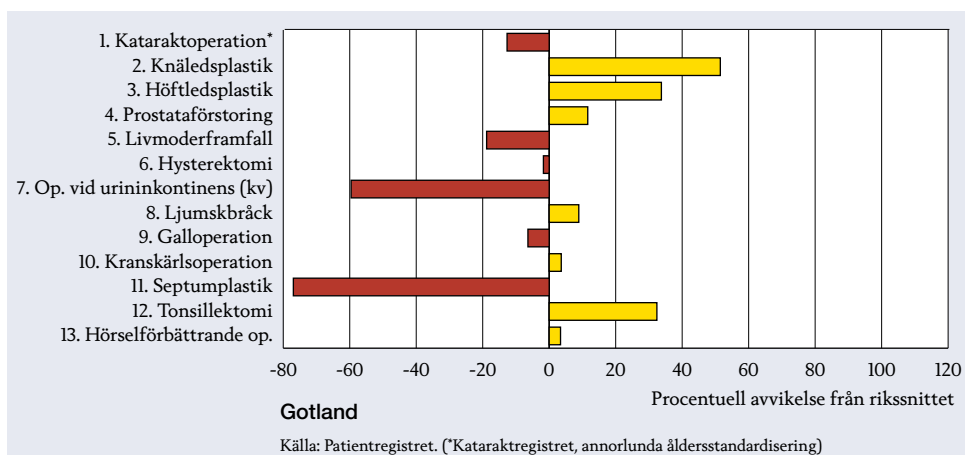
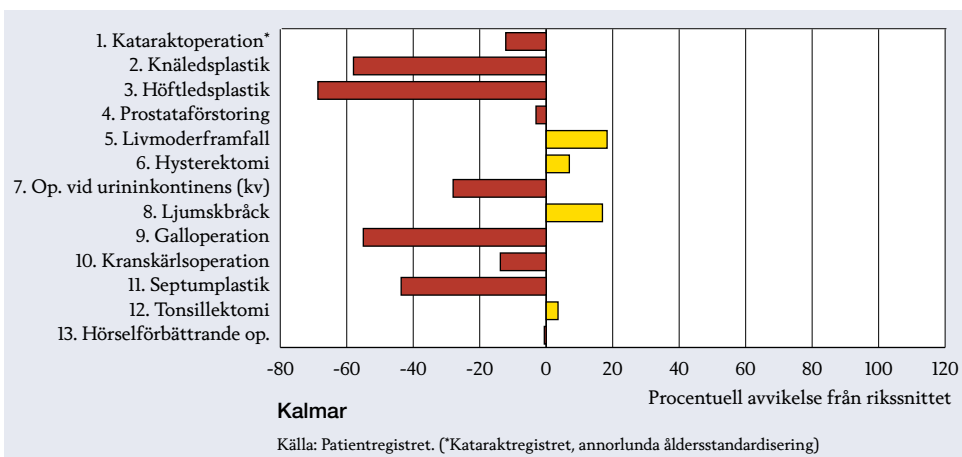
Antal per 100 000 invånare

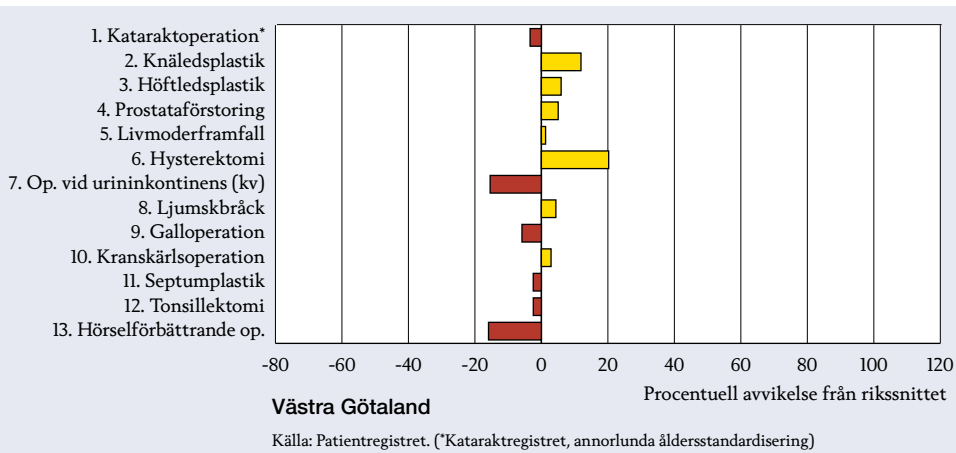
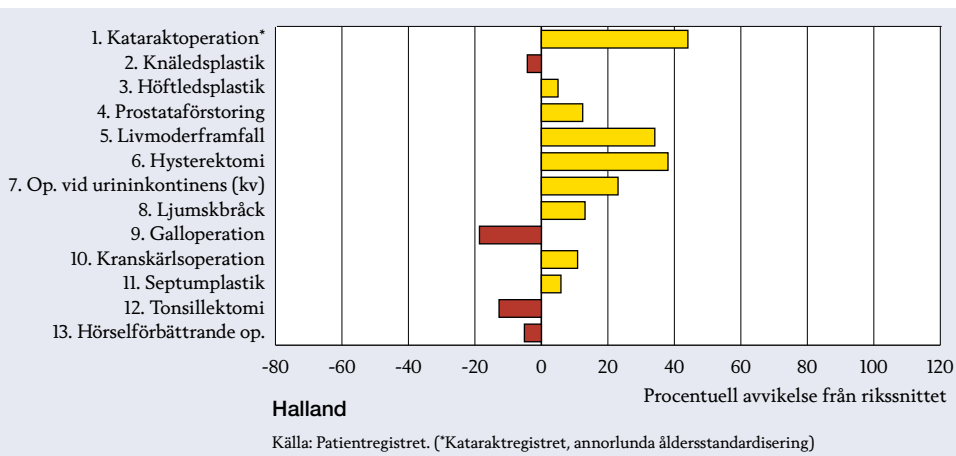
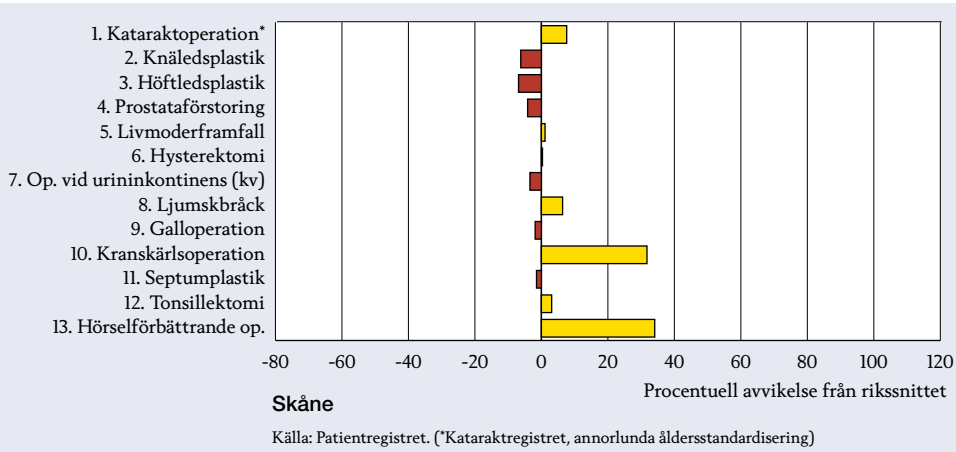
Åldersstandardiserade värden. Källa: Patientregistret

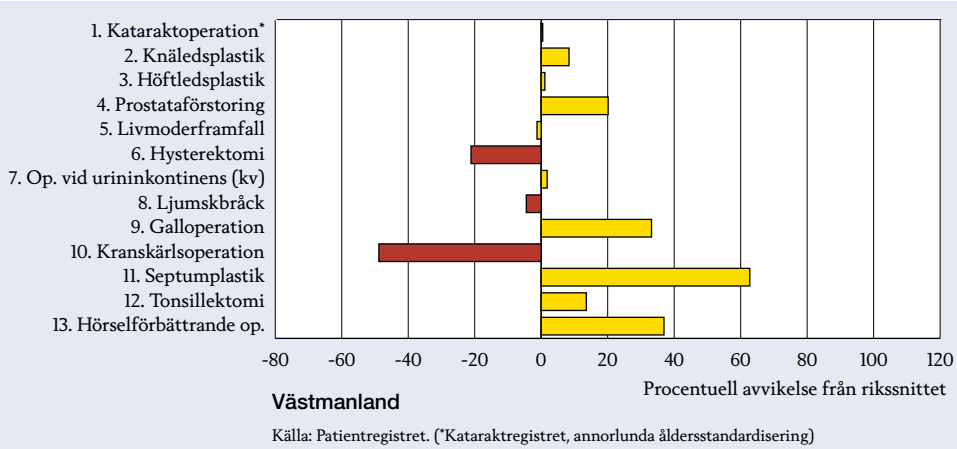
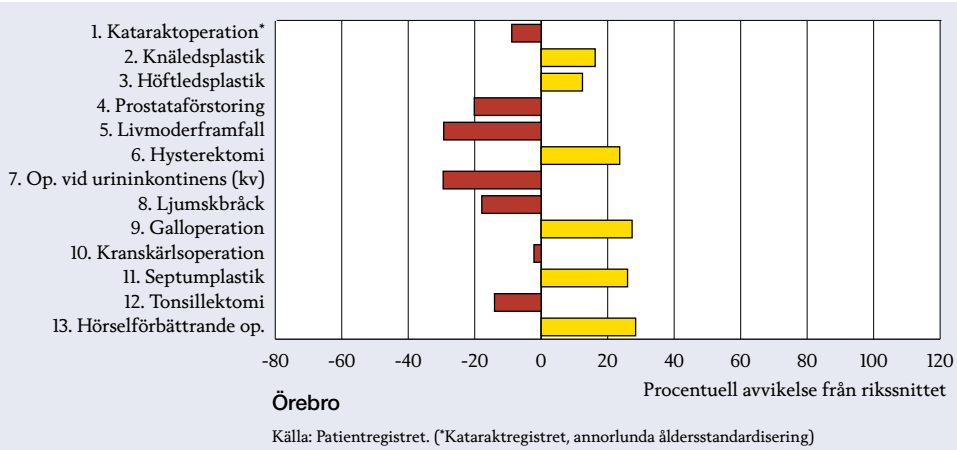
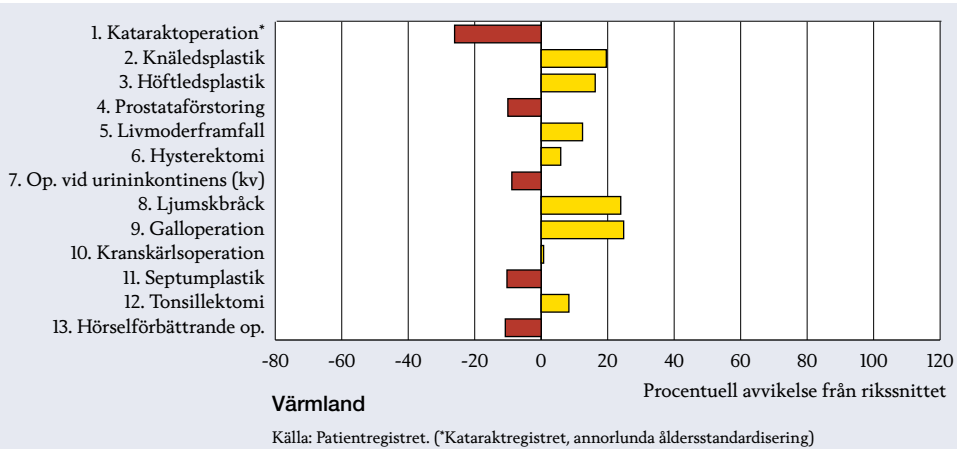
LANDSTINGSPROFILER – OPERATIONSFREKVENNS 2007

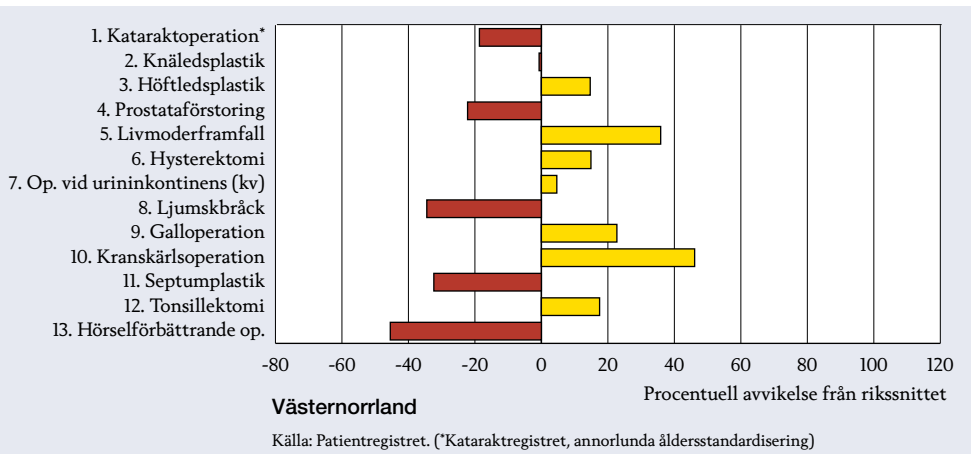
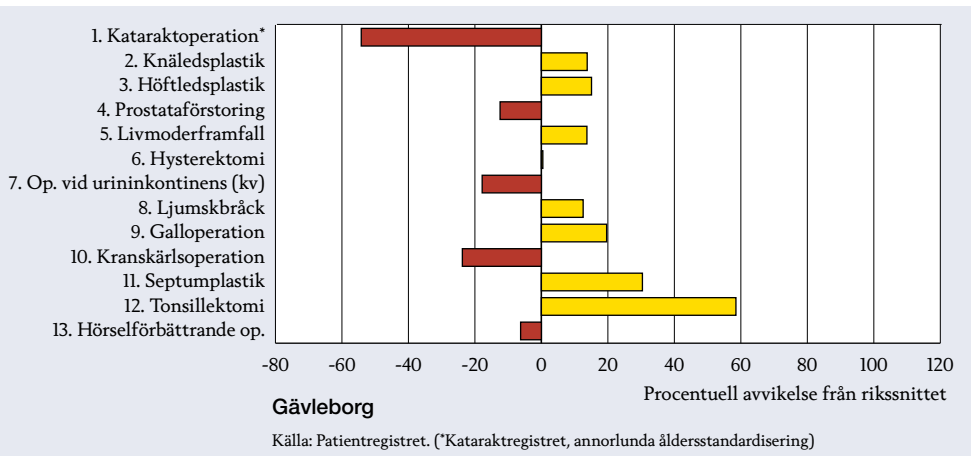
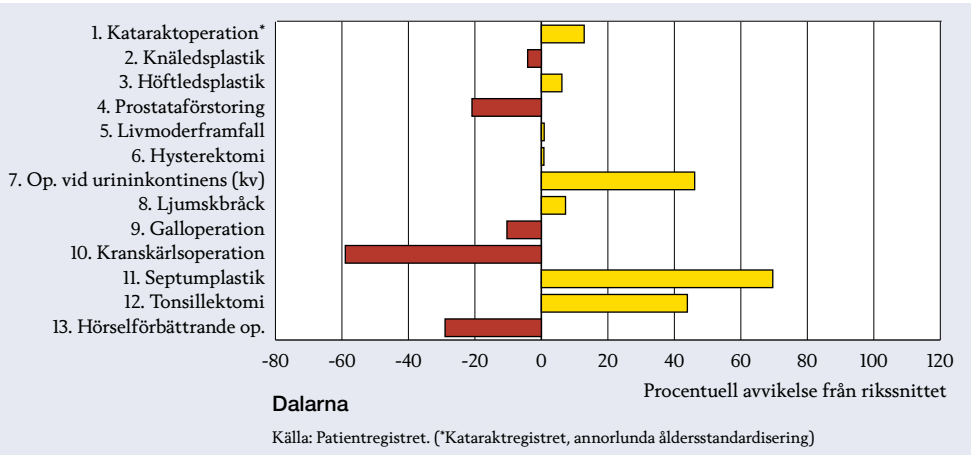


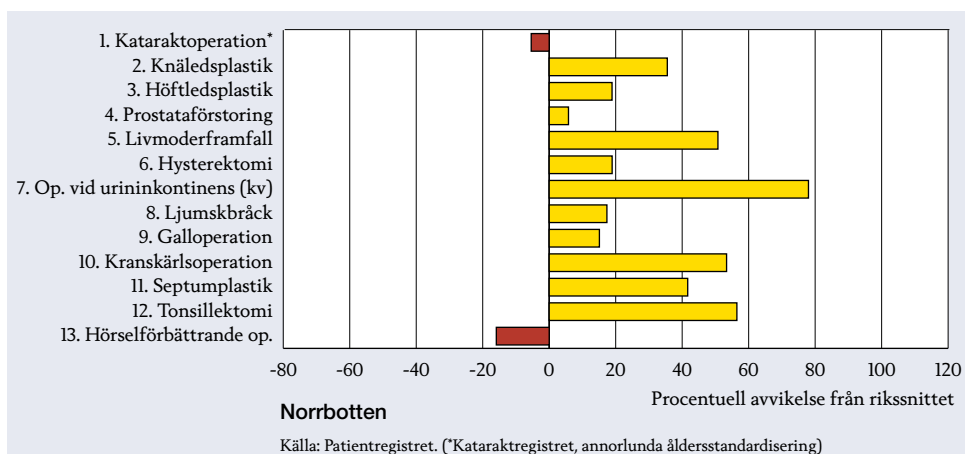
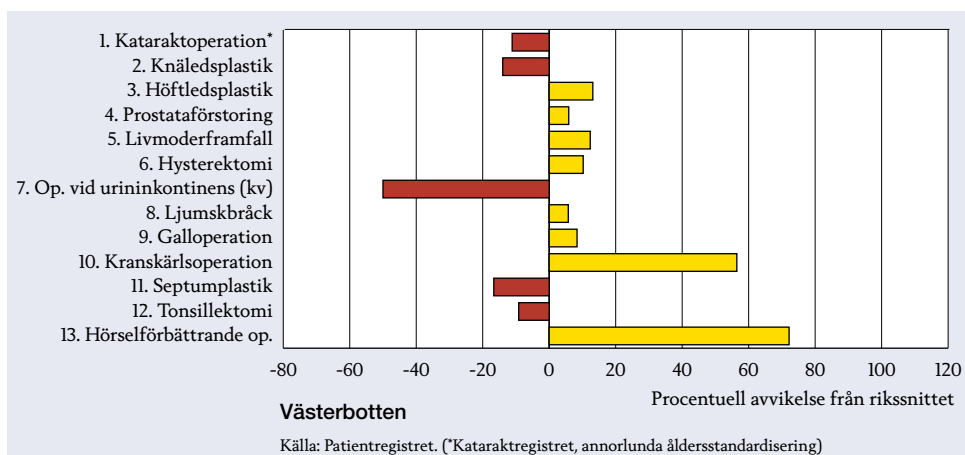
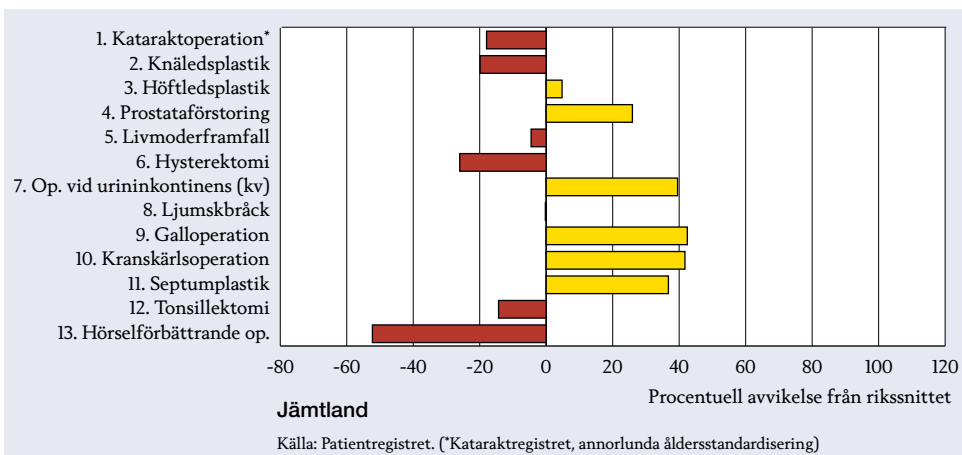












Kvalitet i sjukvårdsdata, indikatorbeskrivningar och vårdkonsumtion

Bilagor till Öppna jämförelser 2008

Tillgång och hög kvalitet i hälso-och sjukvårdens data är en förutsättning för att kunna göra bra analyser och uppföljningar. De tre bilagorna om kvalitet i data, indikatorbeskrivningar och vårdkonsumtion till Öppna jämförelser av hälso-och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008 finns samlade i denna separata bok. Rapportens syfte är att ge ytterligare möjligheter att förstå och förbättra resultaten för de 101 indikatorerna i Öppna jämförelser 2008.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-423-7

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2009-126-9

