

Bilaga 1. Indikatorer – Definitioner, begrepp och exempelsamling

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten mars 2008
Dnr RSK 769-2007
Jan Maesel
Kristina Narbro
Staffan Björck

Definitioner samt beskrivning av indikatorer

Centrala begrepp

Begreppen *kvalitetsindikator* och *kvalitet* finns inte definierade i Socialstyrelsens ”Termbank för vård och omsorg”. I dagsläget används flera olika definitioner och beskrivningar av begreppen beroende på användningsområde, syfte etc. I Socialstyrelsens/SKL:s Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer beskrivs en kvalitetsindikator inom hälso- och sjukvård och omsorg som ”ett mått som speglar kvaliteten och som kan användas som underlag för verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens och omsorgens kvalitet”. *Kvalitet* definieras i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som ”grad till vilken en verksamhet uppfyller ställda krav”. Med *god kvalitet* i hälso- och sjukvården avses enligt regeringens Nationella strategi:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Detta är de s.k. ”God Vård-områdena”. En närmare beskrivning av de sex områdena ges i Socialstyrelsens handbok ”God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”.

Begreppet *hälso- och sjukvård* definieras i Termbanken som ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”. Det kan dock förekomma olika tolkningar av vad som i kvalitetsindikatorsammanhang ingår i hälso- och sjukvården avseende exempelvis tandvård, hälsopolitiska och hälsofrämjande insatser samt hälsoläge i befolkningen.

Vilka krav ska ställas på kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård?

I Socialstyrelsens rapport Övergripande kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården anges att kvalitetsindikatorer skall vara tydliga, pålitliga, mätbara, accepterade och möjliga att registrera kontinuerligt i kvalitetssystem såsom register och andra databaser. De skall grundas på överenskomna och enhetliga definitioner. Fem faktorer anges ha varit vägledande vid val av kvalitetsindikatorer:

- *Relevans*. Kvalitetsindikatorn bör fokusera på vård med tillräckligt stor volym, resurskrävande områden och/eller iakttagna praxis- och kvalitetsskillnader.
- *Validitet*. I vilken utsträckning mäter indikatorn vårdens kvalitet respektive speglar skillnader i patientsammansättning och organisation?
- *Mätbarhet*. Indikatorn måste vara formulerad så att den går att mäta rent praktiskt. Den ska vara tydligt och entydigt definierad.
- *Möjlighet att påverka*. Kvalitetsindikatorn bör mäta något som går att påverka, t ex med sjukvårdens insatser. Som exempel kan trycksår i princip elimineras med rätt vård. Ökad genomsnittlig livslängd kan däremot endast till en mindre del förklaras av sjukvårdens insatser.
- *Tolkningsbarhet/entydighet*. Utfallsmätningarna skall gå att tolka på ett otvetydigt sätt. Vad är bra och vad är dåligt? Det är viktigt att för enskilda kvalitetsindikatorer ange var ribban bör ligga. Utgångspunkten bör vara evidensbaserad, aktuell kunskap och god medicinsk praxis.

Hur ska en kvalitetsindikator beskrivas?

I rapporten Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer redovisar Socialstyrelsen och SKL en mer utvidgad modell för beskrivning av kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård. Modellen innebär att en övergripande beskrivning av indikatorerna görs av relevans (rimlighet/validitet, vikt/relevans), kvalitetsområde (de sex God Vård-områdena), led i vård- och omsorgskedjan, samt typ av mått. Typ av mått anges som resultatmått – vad man åstadkommer, processmått – vad man gör, eller strukturmått – vad man har. Vidare görs en detaljerad beskrivning av indikatorerna under rubrikerna: mått, beskrivning av måttets komponenter, mätmetod, datakälla, felkällor, redovisning, målnivå och intressenter.

Modellen tillämpas i huvudsak av Socialstyrelsen i arbetet med kvalitetsindikatorer i Nationella riktlinjer för vård och behandling och i samband med Socialstyrelsens och SKL:s beskrivning av kvalitetsindikatorerna i Öppna jämförelser. I Öppna jämförelser görs dock ingen redovisning indelat i de sex kvalitetsområdena utan enligt en förenklad indelning i:

- medicinska resultat
- patienterfarenheter
- tillgänglighet
- kostnader

Utöver de sex kvalitetsområden som kommer att användas för det av Socialstyrelsen aviserade nationella indikatorsetet för God Vård, så har ibland använts ytterligare två områden/uppfoljningsperspektiv - ”hälsoläge i befolkningen” och ”effekter på hälsan”. Dessa områden har dock inte tagits in i regionens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Exempelsamling

Innehållsförteckning

Struktur	5
Nationella indikatorer	6
Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård.....	6
Kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården - medicinska resultat i Sveriges landsting.....	9
Öppna jämförelser, äldreomsorg.....	10
Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården – Socialstyrelsens förslag.....	10
Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg. Socialstyrelsen.....	13
Bröst-, kolorektal- och prostatacancer.....	13
Stroke.....	14
Blodpropp/venös tromboembolism.....	15
Astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).....	17
Hjärtsjukvård.....	19
Kvaliteten i äldres läkemedelsterapi.....	21
Nationella Kvalitetsindikatorer för Primärvården (NKI-P).....	23
Kvalitetsindikatorer för allmänmedicin (SFAM).....	28
Kvalitetsindikatorer för intensivvård.....	30
Nationell vårdgaranti – uppföljning av väntetider i vården.....	31
Patientsäkerhet – nationellt program.....	31
Hälsofrämjande hälso- och sjukvård.....	32
Hälsofrämjande sjukhus (HFS).....	33
Hälsa i bokslut - indikatorer för en hälsoorientering av hälso- och sjukvården (SKL).....	35
Indikatorer för hållbar utveckling – område hälsa (Miljöräkenskaperna, SCB).....	37
Internationella indikatorer	38
OECD:s Health Care Quality Indicators (HCQI).....	38
Nordiska ministerrådet - förslag till gemensamma nordiska indikatorer.....	39
European Community Health Indicators (ECHI).....	40
Patient Safety Indicators (PSI) – European Society for Quality in Healthcare (ESQH).....	44
Regionala indikatorer (VGR)	47
Övergripande uppföljningsmodell SLL (tillämpas även av VGR).....	47
Ägaruppdrag ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.....	49
Uppföljning av kvalitet och resultat inom psykiatri.....	51
Kvalitetsindikatorer för allmänmedicin.....	52
Nationell och regional vårdgaranti - regional uppföljning av väntetider i vården.....	53
"God hushållning" - uppföljning av läkemedelsförskrivningen 2008.....	55
Budgetuppföljning för hälso- och sjukvård i VGRs koncernrapporteringsystem.....	55
Prioriterade mål för "hälso- och sjukvård" samt "främjande och förebyggande", 2007.....	55
Prioriterade mål för "hälso- och sjukvård" samt "främjande och förebyggande", 2008.....	56
Strategisk inriktning för verksamhetens utveckling och inriktning på några års sikt, 2008.....	56
Nyckeltal för hälso- och sjukvård i budgetuppföljning 2007.....	57
Nyckeltal för hälso- och sjukvård - Hur utvecklas hälso- och sjukvården.....	58
Regionala nyckeltal för psykiatri.....	59
Nyckeltal vid jämförelser VGR-SLL-Region Skåne.....	60
Nyckeltal för att beskriva och följa hälsoutvecklingen (Folkhälsokommittén).....	61
Verksamhetsanalysrapporten 2006.....	61
Täckningsgrad i nationella kvalitetsregister.....	62

Struktur

Exempelsamlingen omfattar ett urval av indikatorer ur internationella, nationella och regionala rapportkällor. Aktuella prioriterade mål och beslut om strategisk inriktning i regionfullmäktiges budget och flerårsplaner avseende hälso- och sjukvård samt hälsofrämjande och förebyggande arbete finns medtagna i förteckningen. De politiskt uttryckta målen utgör en viktig förutsättning vid urval av kvalitetsindikatorer och är dessutom centrala i samband med rapporteringen till regionens koncernrapporteringsystem, framför allt i samband med årsredovisningen. Vissa av de angivna riktlinjerna/målen är indikatorliknande medan andra är av övergripande karaktär. Eftersom ett antal mått i vissa sammanhang presenteras som ”kvalitetsindikatorer” och i andra som ”nyckeltal” har vi valt att i förteckningen även ta med några förteckningar över nyckeltal.

Indikatorerna redovisas per rapportkälla. För beskrivning och definition av respektive indikator hänvisas till de källor som återges i exempelsamlingen. Underrubriker/indelning av indikatorerna anges i enlighet med respektive källa. I den mån rapportkällan anger numrering, indelning efter olika typer av mått samt klassificering med avseende på Kvalitetsområde/Uppföljningsperspektiv redovisas detta under följande rubriker:

Nr

Här redovisas de nummer som används i respektive källa.

Mått

Här redovisas typ av mått. Dessa förkortningar används:

S – strukturmått

P – processmått

R – resultatmått

Område

Här redovisas kvalitetsområde/uppföljningsperspektiv. Dessa förkortningar används:

KÄ – kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

SÄ – säker hälso- och sjukvård

PF – patientfokuserad hälso- och sjukvård

EF – effektiv hälso- och sjukvård

JÄ – jämlik hälso- och sjukvård

RT – hälso- och sjukvård i rimlig tid

HB – hälsoläge i befolkningen

EH – effekter på hälsan

De indikatorer som valts ut till den regionala indikatorförteckningen markeras med en asterisk (*) i kolumnen Vald.

Nationella indikatorer

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2007. Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen, 2007. <http://www.skl.se/artikel.asp?C=6089&A=46674>

Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomför sedan 2006 årliga jämförelser av landstingens hälso- och sjukvård. Rapporten 2007 innehöll 75 indikatorer där landstingen jämförs med varandra när det gäller medicinska resultat, tillgänglighet, patienterfarenheter och kostnader för vården. I rapporten rangordnat utfallen per 21 landsting där grön färg indikerar placering 1-7 (positivt/gynnsamt resultat), gul färg placering 8-13 och röd färg placering 14-21 (negativt/ogynnsamt resultat). Vit färgmarkering betyder att avvikelserna ses som neutral alternativt att data fattas eller att jämförelse inte ses som meningsfull av annat skäl.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
<u>A. Medicinska resultat</u>				
Allmänna indikationer inkl vaccinationer, screening mm				
• Åtgärdbar dödlighet 2001-2004 per 100 000 inv 1-74 år. Hälsopolitisk indikator	A1			
• Åtgärdbar dödlighet 2001-2004 per 100 000 inv 1-74 år. Sjukvårdspolitisk indikator	A2			
• Undvikbar slutenvård. Antal personer med undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare.	A3			
• Andel MPR-vaccinerade barn	A4			*
• Influensavaccinering av äldre. Andel vaccinerade av alla 65 år och äldre.	A5			*
• MRSA-fall per 100 000 inv.	A6			*
Läkemedelsanvändning				
• Andel äldre med 10 eller fler läkemedel. Avser individer 80 år och äldre.	A7			
• Andel äldre med tre eller flera psykofarmaka. Avser individer 80 år och äldre.	A8			
• Andel äldre med läkemedel med risk för D-interaktioner. Avser individer 80 år och äldre.	A9			
• Andel kvinnor behandlade med kinoloner vid urinvägsinfektion. Avser kvinnor i åldern 18-64 år.	A10			
Cancersjukvård				
• 5-årsöverlevnad i bröstcancer.	A11			*
• 5-årsöverlevnad i tjocktarmscancer.	A12			*
• 5-årsöverlevnad i ändtarmscancer.	A13			*
• Ändtarmscancer - andel reoperationer inom 30 dagar, efter primärop.	A14			*
• Andel patienter med prostatacancer som fått kurativt syftande behandling. Avser män 65 år och yngre.	A15			
Mödrhälsovård, förlossnings- och nyföddhetsvård				
• Andel aborter före 9:e graviditetsveckan med fördelning på medicinska och kirurgiska.	A16			*

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Antal dödfödda per 1000 födda barn.	A17			
• Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda.	A18			
• Andel födda med låg Apgar-poäng (< 7) vid 5 minuter.	A19			
• Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning.	A20			*
Diabetesvård				
• Andel diabetiker som når mål för HbA1c. Primärvård	A21			*
• Andel diabetiker som når mål för blodtryck. Primärvård	A22			*
• Andel diabetiker med blodtryckssänkande läkemedelsbehandling. Avser läkemedelsbehandlade diabetiker, 18 år och äldre.	A23			
• Andel diabetiker med blodfettssänkande läkemedelbehandling. Avser läkemedelsbehandlade diabetiker, 40 år och äldre.	A24			
Strokesjukvård				
• Dödlighet inom 28 dagar efter stroke. Avser förstagsstroke och även icke sjukhusvårdade.	A25			*
• Dödlighet inom 28 dagar efter stroke. Sjukhusvårdade patienter, förstagsstroke.	A26			*
• Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet.	A27			*
• Andel strokepatienter som var ADL-beroende tre månader efter akutfasen.	A28			
• Andel strokepatienter (hjärninfarkt) med hjärtflimmer med blodförtunnande behandling.	A29			
• Återinskrivningar för strokesjukvård inom 365 dagar.	A30			
Hjärtsjukvård				
• Dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Avser även icke sjukhusvårdade patienter.	A31			*
• Dödlighet inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Sjukhusvårdade patienter.	A32			*
• Andel reperfusionsbehandlade patienter vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.	A33			*
• Andel kranskärlsröntgade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.	A34			*
• Andel clopidogrelbehandlade patienter vid icke ST-höjningsinfarkt. Avser patienter < 80 år.	A35			*
• Hjärtkirurgi - medianväntetid mellan beslut om operation och utförd operation.	A36			
• Andel patienter med blodfettssänkande behandling (statiner) efter hjärtinfarkt.	A37			
Ortopedisk sjukvård				
• Knäledsplastik - revisioner inom 1 år pga infektion. Antal per 1000 operationer.	A38			*
• Knäledsplastik - risk för revision inom 5 år.	A39			*
• Total höftledsplastik - andel implantat som överlever 10 år.	A40			*
• Total höftledsplastik - omoperation inom 2 år, alla orsaker.	A41			*
• Total höftledsplastik – patientskattat resultat av operation. Förbättring enligt EQ-5D-index vid uppföljning efter 1 år.	A42			
• Höftfraktur - andel patienter som skrivs ut till ursprungligt boende efter sjukhusvistelse.	A43			
• Höftfraktur - väntetid till operation efter inskrivning vid sjukhus. Medelväntetid i dygn.	A44			*

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Annan behandling				
• Ljumsckbräck - relativ risk för omoperation efter 5 år.	A45			*
• Kataraktoperation - andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat.	A46			*
• Antal självmord eller självmordsförsök inom 90 dagar efter psykiatrisk slutenvård. Antal per 100 000 inv.	A47			
• Ätstörningsvård - andel förbättrade ett år efter behandlingsstart.	A48			
<u>B. Patienterfarenheter</u>				
Befolkningen				
• Andel i befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver.	B1			
• Andel i befolkningen som har förtroende för vården vid vårdcentraler (motsvarande).	B2			
• Andel i befolkningen som har förtroende för vården vid sjukhus.	B3			
Patienter				
• Sammanfattande betyg på besök vid vårdcentral (motsvarande). Andel positiva – angav betyg 4 eller 5.	B4			
• Sammanfattande betyg på besöket - mottagning/klinik vid sjukhus. Andel positiva – angav betyg 4 eller 5.	B5			
• Andel som helt eller delvis ansåg att man fick den hjälp man förväntat sig vid besöket.	B6			
• Andel som anser att väntetiden var rimlig vid besök på vårdcentral (motsvarande)	B7			
• Andel som ansåg att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral (motsvarande).	B8			
Strokepatienter				
• Andel strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården vid sjukhuset.	B9			
• Andel strokepatienter som är nöjda med rehabiliteringen.	B10			
<u>C. Tillgänglighet</u>				
Primärvård				
• Andel patienter som fick läkarbesök i primärvården inom 7 dagar.	C1			
• Andel patienter som fick läkarbesök i primärvården samma dag.	C2			
Specialiserad vård				
• Besök på mottagning - antal patienter som väntat längre än 90 dagar per 1 000 invånare.	C3			
• Behandling - antal patienter som väntat längre än 90 dagar per 1 000 invånare.	C4			
<u>D. Kostnader och resursanvändning</u>				
Kostnad per invånare				
• Hälsa- och sjukvårdskostnad per invånare. Exkl. hemsjukvård och tandvård.	D1			
• Faktisk hälso- och sjukvårdskostnad per invånare i relation till förväntad kostnad. Exkl. tandvård och läkemedel inom förmånen.	D2			

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Kostnader för primärvård per invånare. Exkl. hemsjukvård och läkemedel inom förmånen	D3			
• Kostnader för specialiserad somatisk vård per invånare. Exkl. hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.	D4			
• Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård per invånare. Exkl. hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.	D5			
• Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare. Exkl. hemsjukvård, läkemedel inom förmånen och omstruktureringskostnad.	D6			
Kostnad per prestation				
• Kostnad per (konsumerad) DRG-poäng. Specialiserad somatisk sjukvård. Exkl. hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.	D7			
• Årlig förändring av kostnad per DRG-poäng. Exkl. hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.	D8			
• Kostnad per viktad vårdkontakt i primärvård. Exkl. hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.	D9			
Kostnadseffektiva behandlingsval				
• Andel omeprazolbehandling vid magsår.	D10			
• Andel lågkostnadsstatin vid blodfettssänkande behandling.	D11			
• Livmoderframfall - andel operationer utförda i dagkirurgi.	D12			
• Ljumskbräck - andel operationer utförda i dagkirurgi.	D13			

Kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården - medicinska resultat i Sveriges landsting

<http://192.137.163.40/epcjm/pres.aspx>

På Socialstyrelsens hemsida finns en presentation med kvalitetsindikatorer som speglar någon aspekt av medicinska resultat, baserade på data ur Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregister. Resultat under senare år för respektive indikator redovisas per landsting. På hemsidan anges att tanken är att samtliga indikatorer ska uppdateras löpande då nya årgångar av registren färdigställs. I takt med att nya kvalitetsindikatorer tas fram ur de nationella registren vid Socialstyrelsen kommer dessa också att infogas.

25 av de 28 indikatorerna som redovisas (2007-11-14) är hämtade från rapporten "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet år 2007", kapitlet A Medicinska resultat (nummerbeteckningarna refererar till "Öppna jämförelse-rapporten"): Övergripande indikatorer: A1-3, Läkemedelsanvändning: A7-10, Cancer: A12-14, Aborter: A16, Gravitet, förlossningar, nyfödda: A17-20, Diabetes: A23-24, Stroke: A25-26, A29-30, Hjärtinfarkt: A31-32, A37, Psykiatri: A47. Dessa indikatorer återfinns på sid. 4-6 i denna exempelsamling och redovisas inte nedan. Av övriga tre indikatorer, vilka redovisas nedan, har två hämtats från medicinska födelseregistret och en från abortregistret.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Andel rökare i tidig graviditet				
• Andel rökare eller snusare i tidig graviditet				
• Aborter efter 12:e graviditetsveckan per 1000 kvinnor				

Öppna jämförelser, äldreomsorg

Öppna jämförelser 2007. Äldreomsorg. Sveriges kommuner och landsting, 2007.

<http://www.skl.se/artikel.asp?C=6089&A=46674>

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting fick 2007-01-18 regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. I rapporten "Öppna jämförelser 2007 - Äldreomsorg" från juni 2007 presenteras tretton indikatorer som belyser områdena God vård, Social omsorg och service, Personal, Kostnader respektive Äldreomsorgens innehåll. Uppgifterna gäller personer som är 80 år och äldre. Nedan redovisas endast de indikatorer som avses belysa God vård.

Resultatindikatorer - God Vård

- Fallskador, antal per 1000 inv. 80-w år som leder till besök/inläggning på sjukhus.
- Oplanerade besök/inläggningar på sjukhus, antal per 1000 invånare 80-w år.
- Andel som dör på sjukhus, procentandel av avlidna 80-w år.
- Samtidig behandling med tre eller flera psykofarmaka, procentandel av befolkningen 80-w år.
- Läkemedelsinteraktioner, klass D, procentandel av befolkningen 80-w år.

<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
A1	R		
A2	R		
A3	R		
A4	R		
A5	R		

Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården – Socialstyrelsens förslag

Artikelnr 2001-110-1, Socialstyrelsen 2001.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2001/2695/2001-110-1.htm>

År 2000 rapporterade Socialstyrelsen sitt uppdrag från regeringen att "undersöka möjligheterna att med utgångspunkt från bland annat de medicinska kvalitetsregistren utveckla övergripande indikatorer som beskriver kvalitet inom hälso- och sjukvården samt lämna förslag på sådana indikatorer. I rapporten påtalas att indikatorer som speglar den patientupplevda kvaliteten i hög utsträckning saknas; att indikatorer som belyser hela vårdkedjan bör tas in i de nationella kvalitetsregistren; att system som t.ex. nationella kvalitetsregister saknas för kontinuerlig registrering och uppföljning av kvalitetsindikatorer inom områden som psykiatri, primärvård, demensvård och palliativ vård. Rapporten innehöll 49 indikatorer:

Vårdkvalitet – diabetesvård

- Andel diabetespatienter med HbA1c under 6,5%.
- Andel diabetespatienter med U-albumin natturin mindre än 20 mikrogram.
- Amputationsfrekvens av undre extremitet med bakomliggande orsak diabetes.

<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
-----------	-------------	---------------	-------------

Vårdkvalitet - kranskärslsjukvård

- Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion (trombolys eller direkt PTCA) på HIA.
- Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med statiner vid utskrivning.
- Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med kranskärslsingrepp (PTCA eller CABG) inom 14 dagar efter hjärtinfarkt.
- Dödlighet efter hjärtinfarkt (28-dagar).

Vårdkvalitet - strokesjukvård

- Andel strokepatienter vårdade på strokeenhet.
- Dödlighet 3 månader efter stroke.
- Andel strokepatienter som anger att de fått stöd från sjukvården eller kommunen under de 3 första månaderna efter utskrivningen från sjukhusvården.

Vårdkvalitet - vård vid reumatoid artrit

- Antal ömma leder (28-ledsindex) på patienter med reumatoid artrit.
- Andel reumatoid artrit patienter med nedsatt arbetsförmåga på grund av reumatoid artrit.

Vårdkvalitet - psykiatrisk vård

- Andel för tidigt döda med tidigare satt psykiatrisk diagnos.
- Andel självmord hos personer som slutenvårdats p g a psykisk sjukdom.
- Andel patienter med schizofreni som har en daglig meningsfull sysselsättning.
- Andel sjukskrivna längre än ett år vid diagnostiserad depression.

Vårdkvalitet - rörelseorganens sjukdomar

- Finns trycksårsregistrering (trycksår under vårdtid) med stadiindelning.
- Andel patienter med smärta fyra månader efter operation p g a höftfraktur.
- Reoperationsfrekvens för höftartroplastiker vid artros.
- Reoperationsfrekvens för knäartroplastiker vid artros.
- Reoperationsfrekvens efter höftfrakturer.

Vårdkvalitet - cancersjukvård

- Dödlighet i bröstcancer och cancer i grovtarm och ändtarm.
- Andel patienter med bröstcancer som får medicinsk tilläggsbehandling efter bröstcanceroperation.
- Andel operationer för malignt melanom utförda inom rekommenderad kirurgisk marginal i primärvården.

Vårdkvalitet - primärvård

- Antal yrkesverksamma allmänläkare inom landstingets primärvård per 100 000 invånare.
- Telefontillgängligheten till primärvården.
- Andel patienter med läkta bensår 3 månader efter insatt behandling.
- Andel hypertoniker som ligger under de av Läkemedelsverket rekommenderade gränserna för diastolisk och systolisk hypertoni vid senaste besöket.

Vårdkvalitet - kirurgisk vård

- Andelen av bräckopererade som fått återfall (recidiv) av sitt bräck.
- Förekomst av lokala återfall efter kirurgi för ändtarmscancer.

Vårdkvalitet - barn- och ungdomshälsa- och sjukvård

- Perinatal dödlighet och Spädbarnsdödlighet.
- Vaccinationstäckning ifråga om basprogrammet för allmän vaccination samt vaccination av riskbarn mot tuberkulos.
- Barns upplevda psykiska hälsa och omgivningens bedömning av barns psykiska hälsa.

Vårdkvalitet - mödrahälsovård

- Rökstopp vid graviditet.

Vårdkvalitet – förlossningsvård och gynekologi

- Perinealskador gr III och gr IV.
- Reoperation efter prolapsoperation.

Vårdkvalitet - demensvård

- Andel patienter med demensliknande tillstånd som fått specifik diagnos av det underliggande sjukdomstillståndet.
- Andel patienter som har blivit föremål för vårdplanering i familjemedicinskt perspektiv, där sjukvård, omsorg, patienten och de närstående tillsammans skapat en långsiktig lösning.
- Andel patienter vars närstående har fått tillräcklig utbildning kring demenssjukdomen.

Vårdkvalitet - tandvård

- Andel av befolkningen som uppger sig ha svårighet att tugga hårda saker.
- Andel kariesskadade barn 12 år gamla.

Vårdkvalitet - ögonsjukvård

- Synskärpa på bästa ögat före operation (andel operationer i % där patienten ser mindre än 0,5 på sitt bästa öga inför operation).
- Andel som genomgår operation på sitt andra öga och där det först opererade ögat ser 0,8 eller bättre.

Tillgänglighet

- Andel av de patienter som fått behandling för primär höftledplastik som kommit in inom tre månader.
- Andel av de patienter som fått behandling för primär knäledplastik som kommit in inom tre månader.
- Andel av de patienter som fått behandling för livmoderframfall (prolaps) som kommit in inom tre månader.
- Andel av de patienter som fått behandling för urininkontinens som kommit in inom tre månader.

Patientens upplevelse

- Patientupplevd nytta av kataraktoperation.

God hälsa för hela befolkningen

- Incidens av lungcancer, livmoderhalscancer och maligna melanom.
- Åldersstandardiserat dödstal.

Nr Mått Område Vald

- Antal förlorade år på grund av dödsorsaker där dödligheten kan påverkas.
- Förekomst av måttligt och kraftigt överviktiga personer.
- Förekomst inom hälso- och sjukvårdssystemet av handlingsprogram för att identifiera riskpatienter och åstadkomma viktreduktion.
- Strategier inom landstinget och kommunerna/regionerna för att förhindra uppkomst av övervikt (prevention).

Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg. Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta evidensbaserade riktlinjer för vård och behandling av sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. De nationella riktlinjerna består av medicinska och hälsoekonomiska faktadokument samt ett beslutsstödsdokument för underlag till resursfördelning som baseras på prioritering av hela vårdkedjan i respektive sjukdomsgrupp. Kvalitetsindikatorer utvecklas som en integrerad del av arbetet med nationella riktlinjer. Hittills har 174 indikatorer redovisats.

Bröst-, kolorektal- och prostatacancer

Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Beslutsstöd för prioriteringar, artikelnr 2007-102-9, Socialstyrelsen, 2007.

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/cancer_ind.htm

Nr Mått Område Vald

Cancersjukvård övergripande

- | | | | |
|--|----|-----|-------|
| • Relativ överlevnad i % efter 5 år, för resp. cancersjukdom | 1a | R | EF/JÄ |
| • Åldersstandardiserad dödlighet. | 1b | R | EF/JÄ |
| • Multidisciplinär bedömning. | 2 | P | JÄ/EF |
| • Täckningsgrad i nat. kvalitetsregister med tillhörande regionalt/nationellt program. | 3 | P | KÄ/EF |
| • Antal dagar från remissutfärdande till första läkarbesök vid specialistmottagning. | 4 | P | RT |
| • Tid från diagnostisk åtgärd till besked om diagnos. | 5 | P | RT/PF |
| • Tid från behandlingsbeslut till terapeutisk åtgärd vid nyupptäckt cancer. | 6 | P | RT/PF |
| • Användning av NRS- (VAS-) skala för skattning av smärta i palliativt skede. | 7 | S/P | KÄ |
| • Registrering av dödsfall med cancerdiagnos i Svenska Palliativregistret. | 8 | P | KÄ/EF |
| • Ordination av opioid parenteralt vid behov mot smärta till patient i livets slutskede. | 9 | P | SÄ/PF |
| • Tillgång till kontaktsjuksköterska med tydligt definierat uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet. Kontaktsjuksköterskefunktionen ska vara en definierad del i klinikens organisation. | 10 | S | JÄ/PF |

Bröstcancer

- Recidivfri överlevnad.
- Andel patienter med preoperativt fastställd malignitet.
- Andel patienter reopererade på grund av tumördata.
- Andel patienter opererade med sentinel node (SN).
- Andel patienter reopererade på grund av komplikationer.

<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
1	R	KÄ/JÄ	
2	P/R	EF/SÄ/KÄ	
3	P/R	SÄ/KÄ	
4	P/R	KÄ/PF	
5	P/R	SÄ	

Kolorektal cancer

- Andel patienter som reopererats inom 30 dagar efter primäroperation för koloncancer resp. rektal cancer.
- Letalitet inom 30 dagar efter operation för kolorektal cancer.
- Antal patienter med bäckensepsis (anastomosinsufficiens) per antal patienter med rektalcancer opererade med främre resektion.
- Antal undersökta lymfkörtlar efter transabdominell operation för kolon- respektive rektalcancer stadium T1-T4.
- Tid mellan operation och start av adjuvant cytostatikabehandling vid koloncancer för patienter i stadium II med riskfaktorer respektive stadium III
- Död inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling, adjuvant respektive palliativ.
- Andel patienter som utvecklar lokalrecidiv inom 2 år (recidiv i bäckenet exklusive ovarial- och skelettmetastaser) hos patienter opererade för rektalcancer i stadierna a) T1-T2/N0-N2/M0, b) T3/N0-N2/M0, respektive c) T4/N0-N2/M0, d) totalt.

1	R	SÄ	
2	R	SÄ	
3	R	SÄ	
4	P	KÄ	
5	P	KÄ	
6	R	SÄ/EF	
7	R	KÄ/SÄ	

Prostatacancer

- Andel män som före PSA-prov tagit del av den nationella skriftliga informationen.
- Andel patienter med lokaliserad prostatacancer (T1-T2) med PSA <20 samt Gleason score <8 som genomgår skelettscintigrafi.
- Andel patienter yngre än 65 år med nyupptäckt lokaliserad prostatacancer (T1-T2) som erhåller kurativt syftande behandling.
- Letalitet inom 30 dagar efter radikal prostatatektomi.
- Åldersstandardiserad incidens av palliativ strålbehandling (extern strålbehandling eller radionuklider) mot skelettmetastaser.

1	P	PF	
2	P	KÄ	
3	P	KÄ/JÄ	
4	R	SÄ	
5	P	KÄ/PF/JÄ	

Stroke

Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005. Beslutsstöd för prioriteringar, artikelnr 2006-102-2, Socialstyrelsen, 2006.
http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/stroke+index.htm

Strokesjukvård

- Deltagande i kvalitetsutvecklingsarbete.
- Förekomst av riskfaktorn rökning.
- Förekomst av "obehandlade" patienter med riskfaktorn förmaksflimmer bland dem som drabbas av hjärninfarkt.
- Förekomst av riskfaktorn rökning efter stroke.
- Förekomst av behandling med blodtryckssänkande mediciner.
- Förekomst av åtgärdad riskfaktor för förmaksflimmer efter stroke.
- Förekomst av blodlipidsänkande behandling efter stroke.
- Fördröjning mellan symtomdebut och ankomst till sjukhuset.
- Förekomst av trombolysbehandling vid hjärninfarkt enligt gällande kriterier.
- Tid till trombolys.
- Säkerhet vid trombolys.
- Icke evidensbaserad åtgärd vid progressiv stroke.
- Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet som uppfyller kriterierna för en väl fungerande strokeenhet.
- Andel patienter med stroke som tillbringat del av den akuta vårdtiden på annan vårdenheter än strokeenhet .
- Individuellt utformad vårdplan enligt betalningsansvarslagen.
- Delaktighet i den egna vårdens planering
- Komplikation under akutvården.
- Upplevelse av vården.
- Väntetid till karotiskirurgi.
- Komplikationer vid karotiskirurgi.
- p-ADL-förmåga 3.
- Självskattad upplevelse av hälsa.
- Dödlighet/letalitet efter stroke
- Boendeform efter stroke.
- Andel som uppger att de fått tillräckligt stöd/hjälp efter sjukhusvistelsen.
- Andel som uppger att de är beroende av stöd från närstående efter stroke.

<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
1	P	KÄ	
2	R	KÄ	
3	R	KÄ	
4	R	KÄ	
5	P	KÄ	
6	P	KÄ	
7	P	KÄ	
8	P	RT	
9	P	KÄ	
10	P	RT	
11	P	SÄ	
12	P	KÄ	
13	P	KÄ	
14	P	KÄ	
15	P	EF	
16	P	PF	
17	R	SÄ	
18	R	PF	
19	P	RT	
20	R	SÄ	
21	R	PF	
22	R	PF	
23	R	KÄ	
24	R	PF	
25	R	PF	
26	R	PF	

Blodpropp/venös tromboembolism

Socialstyrelsens riktlinjer för vård av blodpropp/venös tromboembolism 2004. Faktadokument och beslutsstöd för prioriteringar, artikelnr 2004-102-3, Socialstyrelsen 2004.

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/trombos+index.htm

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Profylax				
• Finns på kliniken evidensbaserade riktlinjer för trombosprofylax vid typingrepp och till särskilda patientgrupper?				S
• Andel patienter som fått profylax initierad och fullföljd under planerad tid.				P
• Andel högriskpatienter som identifierats preoperativt.				P
• Andel patienter med klinisk djup ventrombos/lungembolism under vårdtiden.				R
• Andel dödsfall på grund av venös tromboembolism/lungembolism under vårdtiden.				R
• Andel patienter med djup ventrombos/lungembolism efter utskrivningen.				R
• Andel patienter med profylaxrelaterade blödningar.				R
• Andel recidiv vid trombosprofylax under graviditet.				R
• Andel venös tromboembolism vid sectio.				R
• Andel venös tromboembolism vid obstetriska komplikationer.				R
• Andel patienter med blödningskomplikationer vid trombosprofylax under graviditet.				R
• Andel prematurt födda barn vid trombosprofylax under graviditet.				R
• Andel venös tromboembolism vid preeklampsi.				R
• Andel patienter med trombosprofylax vid sectio.				R
• Andel EDA/spinal vid trombosprofylax vid partus.				R
Diagnostik				
• Gemensamma nationella koder avseende ultraljud, flebografi, lungskintigrafi, datortomografi, MR och pulmonalisangiografi för diagnostik av venös tromboembolism?				S
• Lokala riktlinjer utarbetade mellan röntgen, laboratorium, medicin och primärvård om diagnostiska flöden och kriterier?				S
• Används en D-dimermetod med hög precision?				P
• Ingår laboratoriet i kvalitetssäkring med D-dimeranalyser?				P
• Ingår bilddiagnostiska enheter i ett kvalitetssäkringsprogram?				P
• Andel patienter som utvecklar djup ventrombos/lungembolism/plötslig död efter att ha blivit frikända i en diagnostisk algoritm.				R
Behandling				
• Finns riktlinjer för akut behandling av venös tromboembolism och AVK-mottagningens arbete?				S
• Finns en/ett AVK-mottagning/- sköterska/ - register?				S
• Andel patienter med poliklinisk behandling med lågmolekylärt heparin				P
• Andel patienter som fått trombosstrumpa utprövad				P
• Andel patienter med för höga PK-INR-värden				R
• Andel patienter med för låga PK-INR-värden				R
• Andel patienter med allvarlig blödning				R
• Tid som patienten ligger inom terapeutiskt intervall				R
• Andel patienter med recidiv trots terapeutiskt intervall				R

Astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) 2004.

Faktadokument och beslutsstöd för prioriteringar, artikelnr 2004-102-6, Socialstyrelsen 2004.

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/riktlinjer/astma+index.htm

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Astma i primärvården				
• Finns speciell mottagning för astmapatienter på vårdcentralen/enheten?		S		
• Finns spirometer på vårdcentralen/enheten?		S		
• Finns nebulisator på vårdcentralen/enheten?		S		
• Finns pulsoxymeter på vårdcentralen/enheten?		S		
• Andel patienter med utförd lungfunktionsmätning med spirometri eller PEF av antal nydiagnostiserade patienter med astma under en given tidsperiod		P		
• Andel patienter med redovisad tobaksanamnes av antal nydiagnostiserade patienter med astma under en given tidsperiod		P		
• Andel patienter med utförd allergiutredning av antal nydiagnostiserade patienter med astma under en given tidsperiod		P		
• Andel patienter som varit på åter-/kontrollbesök på grund av astma under en given tidsperiod av totala antalet astmapatienter		P		
• Andel patienter med utförd spirometriundersökning av totala antalet astmapatienter som varit på kontroll under en given tidsperiod		P		
• Andel besök med utförd PEF-mätning av totala antalet patientbesök på grund av astma		P		
• Andel patienter med redovisad tobaksanamnes av antal astmapatienter		P		
• Andel patienter under 16 år med utförd längdmätning minst två ggr de senaste 12 månaderna av totala antalet astmapatienter under 16 år med regelbunden inhalationssteroidmedicinering		P		
• Andel rökare av antal astmapatienter		R		
• Andel patienter med akutbesök på grund av astmaförsämring de senaste 12 månaderna av totala antalet astmapatienter		R		
KOL i primärvården				
• Finns speciell mottagning för KOL-patienter på vårdcentralen/enheten?		S		
• Finns spirometer på vårdcentralen/enheten?		S		
• Finns nebulisator för akutbehandling på vårdcentralen/enheten?		S		
• Finns pulsoxymeter på vårdcentralen/enheten?		S		
• Andel patienter med utförd spirometri med reversibilitetstest av antal nydiagnostiserade patienter med KOL under en given tidsperiod		P		
• Andel patienter med redovisad tobaksanamnes av antal nydiagnostiserade patienter med KOL under en given tidsperiod		P		

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Andel patienter som varit på återbesök/kontroll under en given tidsperiod av det totala antalet patienter med medelsvår/svår KOL				P
• Andel patienter med utförd spirometri av det totala antalet patienter med medelsvår/svår KOL som varit på besök under en given tidsperiod				P
• Andel patienter som fått information och råd om rökstopp under en given tidsperiod av det totala antalet KOL-patienter som röker				P
• Andel patienter som fått pulsoxymetri utförd under en given tidsperiod av det totala antalet patienter med medelsvår/svår KOL				P
• Andel patienter med utförd viktkontroll under en given tidsperiod av det totala antalet patienter med medelsvår/svår KOL				P
• Andel patienter som fått vaccination mot influensa de senaste 12 månaderna av antalet patienter med medelsvår/svår KOL				P
• Andel icke-rökare av antalet patienter med KOL				R
• Andel patienter med akutbesök på grund av KOL-försämring de senaste 12 månaderna av totala antalet KOL-patienter				R
KOL inom sjukhusbaserad lungmedicinsk/invärtesmedicinsk specialistvård				
• Finns lokalt/regionalt vårdprogram för KOL?				S
• Finns spirometer på egen enhet?				S
• Finns rökavvänjningsprogram på egen enhet				S
• Finns KOL-rehabiliteringsprogram?				S
• Andel patienter med utförd spirometri av patienter på nybesök				P
• Andel patienter med utförd spirometri med reversibilitetstest av patienter på nybesök				P
• Andel patienter som genomgått lungröntgen av patienter på nybesök				P
• Andel patienter som lämnat tobaksanamnes av patienter på nybesök				P
• Andel rökande patienter som fått råd om rökstopp vid nybesök				P
• Andel rökande patienter som fått råd om rökstopp vid återbesök				P
• Andel patienter som vaccinerats mot influensa				P
• Andel patienter som vaccinerats mot pneumokocker				P
• Andel patienter vars vikt och längd kontrollerats vid återbesök				P
• Hur många patienter på nybesök är rökare?				R
• Vilka FEV ₁ -värde, procentberäknat, som medianvärde/percentiler har patienter på nybesök?				R
• Hur stor andel av patienterna på nybesök är underviktiga?				R
• Hur stor andel av patienter på återbesök är rökare?				R
• Hur stor andel av patienter på återbesök har slutat röka sedan nybesök?				R
• Hur stor andel av patienter på återbesök har återfallit i rökning sista året?				R
• Hur stor andel av patienter på återbesök har ett stabilt FEV ₁ -värde?				R

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Hur många akutbesök på grund av försämringsskov de sista 12 månaderna per patient på återbesök?		R		
• Hur många vårdtillfällen på grund av försämringsskov de sista 12 månaderna per patient på återbesök?		R		
• Hur stor andel av patienter på återbesök är underviktiga?		R		
• Hur stor andel av patienter på återbesök har oxygenbehandling?		R		

Hjärtsjukvård

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Beslutsstöd för prioriteringar. Bilaga 4 Kvalitetsindikatorer.

Artikelnr 2008-102-07, Socialstyrelsen 2008.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9942/2008-102-7.htm>

Generella indikatorer (letalitet och återinläggning)

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Andel avlidna 28 dagar efter hjärtinfarkt	1.1	R	SÄ/KÄ	
• Andel patienter som fått sjukhusvård för akut hjärtinfarkt och avlidit inom 28 dagar	1.2	R	SÄ/KÄ	
• Andel överlevande efter ST-höjningsinfarkt efter a) 30 dagar resp b) efter 30 dagar till 1 år	1.3	R	SÄ/KÄ	
• Andel avlidna 30 dagar efter kranskärlskirurgi	1.4	R	SÄ/KÄ	
• Andel avlidna 30 dagar efter utförd klaffkirurgi	1.5	R	SÄ/KÄ	
• Andel patienter med behandlat hjärtstopp (observerat) på sjukhus som avlidit	1.6	R	SÄ/KÄ	
• Andel patienter återinlagda pga. hjärt- och kärlsjukdom inom 1 månad efter sjukhusvård pga. hjärtinfarkt	1.7	R	KÄ/EF	
• Andel patienter återinlagda pga. hjärtsvikt inom 1 månad efter sjukhusvård på grund av hjärtsvikt	1.8	R	KÄ/EF	

Primärprevention

• Andel rökande patienter med hypertoni som erbjudits stöd för rökstopp (utvecklingslista)	2.1	P	KÄ	
--	-----	---	----	--

Kranskärslsjukdom

• Medianväntetid för kranskärlskirurgi efter operationsbeslut av patienter med kranskarlsjukdom	3.1	P	RT/SÄ	
• Andel patienter med ST-höjnings- eller vänstergrenblocksinfarkt som reperfusionbehandlats	3.2	P	KÄ	
• Andel PCI vid trekärslsjukdom och/eller huvudstamsstenos	3.3	P	KÄ	
• Andel PCI-behandlade patienter som får läkemedelsstent	3.4	P	EF/KÄ	
• Andel patienter som drabbas av behandlingskrävande komplikation efter PCI alternativt förlängd vårdtid pga. blödning efter PCI	3.5	R	SÄ/EF	
• Fördröjningstid i minuter vid ST-höjningsinfarkt från första EKG till påbörjad reperfusion a) trombolys b) primär PCI	3.6	P	KÄ/RT	
• Andel högriskpatienter med icke-ST-höjningsinfarkt som genomgår kranskarlröntgen	3.7	P	KÄ	
• Andel patienter som nyinsatts med RAAS-hämmare efter hjärtinfarkt i form av ARB	3.8	P	KÄ/EF	

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Andel patienter som når målnivå för LDL-kolesterol 1 år efter hjärtinfarkt	3.9	R	KÄ/SÄ	
• Andel heltidssjukskrivna individer 2 månader efter hjärtinfarkt	3.10	R	PF/EF	
• Andel rökare som slutat röka vid uppföljning (två månader) efter hjärtinfarkt	3.11	R	KÄ	
• Medianväntetid till kranskärlröntgen för stabil angina (utvecklingslista)	3.12	P	RT/SÄ	
• Andel patienter med kammarflimmar som är defibrillerade inom 3 minuter på sjukhus (utvecklingslista)	3.13	P	SÄ	
Hjärt-/klaffel				
• Medianväntetid i dagar till klaffkirurgi	4.1	P	RT/SÄ	
• Antal patienter reopererade för sternuminsufficiens eller mediastinit efter hjärtkirurgi	4.2	R	SÄ/EF	
• Andel klaffopererade patienter eller patienter med förmaksflimmer som tillgodogjort sig information avseende den egna warfarinbehandlingen (utvecklingslista)	4.3	P	SÄ/PF	
• Andel komplikation under pågående blodförtunnande behandling a) i efterförloppet till klaffkirurgi med mekanisk protes b) övriga hjärtsjukdomar (utvecklingslista)	4.4	R	SÄ/PF	
Arytmier				
• Andel AAI/DDD (pacemakertyp) av alla implanterade pacemakerar vid sjuk sinusknuta	5.1	P	KÄ	
• Andel patienter med stroke och samtidigt förmaksflimmer	5.2	R	KÄ/EF	
• Antal patienter med nedsatt vänsterkammarfunktion och i funktionsklass NYHA II-III mer än 3 månader efter hjärtinfarkt eller patienter med hjärtsvikt och EF<35% och i funktionsklass NYHA II-III som erhållit implanterbar defibrillator som primärprofylax per 100 000 invånare	5.3	P	KÄ	
• Antal patienter med hjärtstopp eller svimning orsakat av kammararytmi som erhållit implanterbar defibrillator per 100 000 invånare	5.4	P	KÄ	
• Andel patienter som drabbas av komplikation vid nyimplantation av pacemaker a) standardpacemaker b) ICD c) CRT	5.5	R	SÄ/EF	
• Andel patienter som får warfarinbehandling vid förmaksflimmer och riskfaktorer för blodpropp (utvecklingslista)	5.6	P	SÄ/KÄ	
• Andel patienter som 1 år efter kateterablation har haft någon episod av förmaksflimmer (utvecklingslista)	5.7	R	SÄ/EF	
Hjärtsvikt				
• Andel patienter < 80 år med hjärtsviktsdiagnos som är undersökta med ekokardiografi	6.1	P	KÄ/EF	
• Andel patienter med hjärtsvikt som får behandling med a) ACE-hämmare eller ARB b) ACE-hämmare c) ARB	6.2	P	KÄ	
• Andel patienter med hjärtsvikt som får behandling med beta-blockerare	6.3	P	KÄ	
• Andel patienter som sjukhusvårdas på grund av hjärtsviktssymtom	6.4	R	KÄ/EF	
• Implantation av CRT per 100 000 i befolkningen	6.5	P	KÄ	
• Andel patienter med svår hjärtsvikt och breddökade QRS på EKG som får behandling med CRT (utvecklingslista)	6.6	-	KÄ	
Barn med medfödda hjärtfel och GUCH				
• Antal barn < 18 år som dör på grund av hjärtsjukdom	7.1	R	KÄ/SÄ	
• Andel barn med ductusberoende hjärtfel som diagnostiserats före hemgång från BB (utvecklingslista)	7.2	P	SÄ/KÄ	

Kvaliteten i äldres läkemedelsterapi

Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag. Artikelnr 2003-110-20, Socialstyrelsen 2003.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/1578/2003-110-20.htm>

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utarbetat ett förslag till indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningen hos äldre. Indikatorerna delas in i dels Läkemedelsspecifika - de som beskriver kvaliteten med avseende på val av preparat, behandlingsregim, dosering samt läkemedelskombinationer dels Diagnosspecifika – beskriver förekomst av rationell, irrationell och olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning vid elva av de vanligaste diagnoserna hos äldre. Indikatorerna är mest tillämpliga för gruppen 80 år och äldre.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Läkemedelsspecifika indikatorer				
• Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger Andelen individer som använder långverkande bensodiazepiner; antikolinerga medel; teofyllin i peroral form; cimetidin; kinin.	1.1			
• Preparat vars användning kräver en korrekt och aktuell indikation Andelen individer som använder: NSAID vid smärttillstånd där enbart smärtstillande behandling med paracetamol bör vara tillräcklig; opioider utan att aktuell indikation finns eller utan att man påvisat att effekten är bättre än med enbart lätta perifert verkande smärtstillande medel; neuroleptika utan att aktuell indikation finns; protonpumpshämmare utan att korrekt indikation föreligger; digoxin utan att aktuell och korrekt indikation föreligger; loopdiuretika utan känd aktuell indikation; SSRI utan att korrekt och aktuell indikation föreligger	1.2			
• Olämplig regim Andelen individer som använder: sömnmedel varje kväll under mer än en månad utan omprövning; NSAID dagligen under mer än tre månader utan omprövning; tarmirriterande medel dagligen under mer än tre veckor där särskilda skäl för detta saknas.	1.3			
• Olämplig dosering Andelen individer som använder: Haloperidol i en dygnsdos >2 mg; Risperidon i en dygnsdos >1,5 mg; Oxazepam i en dygnsdos >30 mg; klometiazol som sömnmedel i en dygnsdos >600 mg; Zopiklon i en dygnsdos >7,5 mg; Citalopram i en dygnsdos >40 mg; Sertralin i en dygnsdos >100 mg	1.4			
• Polyfarmaci Andelen individer som använder: två eller flera läkemedel inom samma terapeutiska ATC-grupp regelbundet; tre eller fler psykofarmaka	1.5			
• Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse Andelen individer som har en eller flera kombinationer av läkemedel som kan ge upphov till D-interaktioner	1.6			

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Diagnosspecifika indikatorer				
• Hypertoni Andelen individer som använder: diuretika och/eller betablockerare av alla med hypertoni; ACE-hämmare eller angiotensin II-antagonist av alla med hypertoni med samtidig diabetes och njurskada; en kombination av betablockerare och hjärtselektiv kalciumantagonist	2.1			
• Ischemisk hjärtsjukdom/angina pectoris Andelen individer som använder: ASA i lågdosberedning av alla med ischemisk hjärtsjukdom; betablockerare av alla med ischemisk hjärtsjukdom; ASA i en dygnsdos >160 mg, av alla med ischemisk hjärtsjukdom/angina pectoris, utan samtidigt förmaksflimmer, som behandlas med ASA; nitrater utan nitratfritt intervall, av alla som behandlas med nitrater; Nifepidin i kortverkande beredning, av alla med ischemisk hjärtsjukdom	2.2			
• Hjärtsvikt Andelen individer som använder: ACE-hämmare, av alla med hjärtsvikt; betareceptorblockerande medel, av alla med hjärtsvikt; kaliumpreparat, av alla som får behandling med medel som motverkar kaliumförluster om inte särskilda skäl föreligger; Amilorid utan samtidig behandling med annat diuretikum; kalciumantagonister med negativ inotrop effekt, av alla med hjärtsvikt; NSAID eller ASA (lågdos undantaget), av alla med hjärtsvikt; Disopyramid, av alla med hjärtsvikt	2.3			
• Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) Andelen individer som använder: antikolinerga eller beta-2-stimulerande preparat för inhalation, långverkande beta-2-stimulerare, inhalationssteroider, eller perorala steroider utan objektivt mätbar effekt av alla med KOL; perorala teofyllinpreparat, av alla med KOL; kontinuerlig behandling med kortverkande beta-2-stimulerande preparat, av alla med KOL; oselektiva betablockerare, av alla med KOL	2.4			
• Diabetes typ2 Andelen individer som använder: sulfonylureapreparat, av alla som behandlas för typ2-diabetes med perorala antidiabetika; metformin, av alla med typ2-diabetes, övervikt och normal njurfunktion, som behandlas med perorala antidiabetika; metformin av alla med typ2-diabetes som har nedsatt njurfunktion	2.5			
• Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) och ulcussjukdom – andelen individer som får: eradikeringsbehandling, av alla med ulcus duodeni, samt av alla med ulcus ventriculi och påvisad H Pylori infektion; Andelen individer som använder: NSAID eller ASA (>160 mg), utan ulcusprofylax, av alla med anamnes på ulcussjukdom; glukokortikoider i kombination med NSAID, av alla med anamnes på ulcussjukdom; kalium, av alla med anamnes på GERD; Cimetidin, alla med anamnes på GERD eller ulcussjukdom som behandlas med histamin-2-receptorantagonister	2.6			
• Urinvägsinfektion a) Akut Cystit (nedre UVI) hos äldre kvinnor: Andelen kvinnor som använder: nitrofurantoin, pivmecillinam, trimetoprim, av alla med nedre UVI som behandlas med	2.7			

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
urinvägsantibiotika; endera av pivmecillinam, nitrofurantoin, trimetoprim, av alla med nedre UVI som behandlas med något av dem; urinvägsantibiotika, av alla med asymtomatisk bakteriuri; trimetoprim+sulfametoxazol, av alla med nedre UVI som behandlas med urinvägsantibiotika; kinoloner, av alla med nedre UVI som behandlas med urinvägsantibiotika				
b) Febril UVI hos äldre kvinnor: Andelen individer som använder: en kinolon, cefalosporin eller trimetoprim+sulfametoxazol, av alla med febril UVI				
c) UVI hos äldre män (nedre UVI och febril UVI) Andelen män som använder: kinoloner eller trimetoprim av alla med UVI som behandlas med urinvägsantibiotika; urinvägsantibiotika utan särskilda skäl av alla med asymtomatisk bakteriuri; cefalosporiner av alla med UVI som behandlas med urinvägsantibiotika; trimetoprim+sulfametoxazol av alla med UVI som behandlas med urinvägsantibiotika				
• Artros				2.8
Andelen individer som använder: NSAID utan att behandling med paracetamol först prövats och befunnits ha otillräcklig effekt och utan att påtagliga inflammatoriska inslag föreligger, av alla med artros som behandlas med smärtstillande medel; en opioid utan att behandling med perifert verkande analgetikum först prövats och befunnits ha otillräcklig effekt, av alla med artros som behandlas med smärtstillande medel; NSAID i kontinuerlig behandling av alla med artros som behandlas med smärtstillande medel; NSAID i höga doser, av alla med artros som behandlas med smärtstillande medel				
• Demens				2.9
Andelen individer som använder: läkemedel med betydande antikolinerga effekter, av alla med demens; lugnande medel eller sömnmedel med lång halveringstid, av alla med demens; neuroleptika på andra indikationer än psykotiska symptom eller svår aggressivitet, av alla med demens				
• Depression				2.10
Andelen individer som har: SSRI alternativt något annat av de antidepressiva medel som ovan klassificeras som rationell behandling, av alla med diagnostiserad depression Andelen individer som använder: annan antidepressiv behandling än SSRI utan att specifikt behov av denna föreligger, vid depression; lugnande medel eller sömnmedel utan att patienten ordinerats antidepressiv behandling, vid depression				
• Sömnstörning				2.11
Andelen individer som använder: bensodiazepiner med lång halveringstid, av alla som behandlas för sömnbesvär med läkemedel; triazolam, av alla som behandlas för sömnbesvär med läkemedel; propiomazin, av alla som behandlas för sömnbesvär med läkemedel; alimemazin, av alla som behandlas för sömnbesvär med läkemedel				

Nationella Kvalitetsindikatorer för Primärvården (NKI-P)

Slutrapport 2006.

<http://bbsp.brainpool.se/nkip/home/index.asp?sid=54&mid=1>

Slutrapport publicerad 2007-02-07 med 55 indikatorer efter uppdrag från Familjemedicinska institutet (Fammi) år 2005. Syfte med rapporten - att ta fram nationella kvalitetsindikatorer inom ett begränsat antal områden och starta en process för att brett förankra nationella kvalitetsindikatorer i primärvården och skapa förutsättningar för ett nationellt kvalitetsregister för primärvården. Socialstyrelsen skall i samband med övertagande av Fammi-projektets arbete överväga vilka data om primärvården som bör samlas in på nationell nivå. (Ur Öppna Jämförelser 2007 - Arbetsplan. SoS/SKL 2006-10-18
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4809&A=39319&FileID=156723&NAME=Arb+plan+%D6J+17+okt.pdf>)

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
<u>Allmänna indikatorer</u>				
Telefontillgänglighet				
• Andel av inkommande samtal som blir personligt besvarade antingen i direkt anslutning till uppringningen eller genom återuppringning	1	P		
• Andel patienter som tyckte att det var lätt att komma fram per telefon till sjukvårdsrådgivning/sjukvårdsupplysning/vårdguiden	2	R		
• Andel patienter som tyckte att det var lätt att komma fram per telefon till husläkarmottagningen/vårdcentralen/hälsocentralen	3	R		
Besökstillgänglighet				
• Andel patienter med bedömt behov av läkarkontakt, som så önskat, har fått tid hos läkare inom 7 dagar	4	R		
• Andel som svarar ja på frågan: Anser du att detta var en rimlig väntetid?	5	P		
Bemötande/delaktighet				
• Andel patienter som uppgav att: betygsättning i en 5-gradig skala av vårdgivarens förmåga att a) lyssna på dig b) känna att du fått tillräckligt med tid vid dagens besök c) visa intresse för din livssituation d) berätta för dig det du vill veta om din sjukdom eller dina besvär e) förklara syftet med prover och behandlingar f) göra dig delaktig i beslut om den medicinska behandlingen	6	P		
Kontinuitet				
• Finns ett länsövergripande system för att möjliggöra för befolkningen att få en fast namngiven läkare?	7	S		
• Andel av befolkningen som uppger att de har fast namngiven läkare	8	R		
<u>Diabetes och andra tillstånd med ökad risk för kardiovaskulär sjukdom</u>				
Levnadsvanor				
• Andel patienter som nått rekommenderade mål avseende: a) fysisk aktivitet b) matvanor c) tobaksvanor d) alkohol.	1	R		
• Andel patienter som a) är nöjda med sömn b) får tillräckligt med vila/avkoppling (senare skede när IT-lösning är klar)	2	R		
Egenupplevd hälsa				
• Andel av undersökta patienter som upplever en för åldern normal hälsa	3	R		

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Hanterbarhet				
• Andel patienter som känner sig säkra på sin förmåga att hantera sin sjukdom/sina besvär (utarbetas senare)	4	R		
Delaktighet				
• Andel patienter som svarat ≥ 8 på en 10-gradig VAS-skala om hur de upplever delaktighet i planeringen av sin rehabilitering/vård (senare skede när en IT-lösning är klar)	5	R		
Övriga riskfaktorer				
• Andel patienter som nått rekommenderade mål avseende: blodtryck, BMI, midjemått, HbA1c, kolesterol, LDL, HDL, TG	6	R		
• Diabetesinriktade variabler: 1) debutår 2) typ av diabetes 3) diabetesbehandling 4) HbA1c (% senaste värde) 5) makroalbuminuri 6) mikroalbuminuri 7) ögonbottenundersökning 8) diabetesretinopati 9) synnedsättning $<0,3$ på bästa ögat med korrektion	7a	R		
• Generella för hjärt-kärlsjukdom, diabetes, hypertoni, övervikt: 10) har någon förstagsgrads släkting haft hjärtinfarkt före 60 års ålder? För riskvärdering: 11) vikt, längd, midjemått, blodtryck 12) antihypertensiva läkemedel 13) blodlipider 14) lipidsänkande läkemedel 15) S-kreatinin 16) ischemisk hjärtsjukdom 17) cerebrovaskulär sjukdom 18) ASA (eller trombocyttaggr. hämmare) 19) fotundersökning Riskgrupp: a) frisk fot, b) neuro-/angiopati, c) tidigare fotsår, d) pågående allvarlig fotsjukdom 20) amputation: tå, fot, underben, lår.	7b	R		
Komplikationer				
• Andel patienter med inträffade komplikationer avseende: fötter, mikroalbuminuri, makroalbuminuri, ischemisk hjärtsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, amputation, diabetesretinopati, synnedsättning	8	R		
<u>Smärta, med risk för långvarigt smärttillstånd</u>				
Tidig identifiering av patienter som riskerar utveckla långvarig smärta				
• Andel av patienter som är sjukskrivna för smärttillstånd som utretts avseende risk.	1	R		
Smärta, funktion och aktivitet				
• Grad av förändring av a) smärtupplevelse b) funktion c) aktivitet	2	R		
Levnadsvanor				
• Andel patienter som nått rekommenderade mål avseende: a) fysisk aktivitet b) matvanor c) tobaksvanor d) alkohol.	3	R		
• Andel patienter som a) är nöjda med sömn b) får tillräckligt med vila/avkoppling (senare skede när IT-lösning är klar)	4	R		
Egenupplevd hälsa				
• Andel av undersökta patienter som upplever en för åldern normal hälsa (senare skede när IT-lösning är klar)	5	R		
Hanterbarhet				
• Andel patienter som känner sig säkra på sin förmåga att hantera sin sjukdom/sina besvär (senare skede när IT-lösning är klar)	6	R		
Delaktighet				
• Andel patienter som svarat ≥ 8 på en 10-gradig VAS-skala om hur de upplever delaktighet i planeringen av sin				

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
rehabilitering/vård (senare skede när IT-lösning är klar)	7	R		
Arbetsförmåga				
• Förändring av sjukskrivningsgrad - andel återgång till hel- respektive deltidsarbete	8	R		
<u>Stroke - prevention och rehabilitering i primärvård</u>				
Levnadsvanor				
• Andel patienter som når rekommenderade mål avseende: fysisk aktivitet, matvanor, tobaksvanor, alkohol				
Egenupplevd hälsa				
• Andel av undersökta patienter som upplever en för åldern normal hälsa				
Hanterbarhet				
• Andel patienter som känner sig säker på sin förmåga att hantera sin sjukdom/sina besvär (senare skede när IT-lösning är klar)				
Primär ADL-förmåga				
• Andel oberoende p-ADL 1 år efter stroke bland dem som var p-ADL-oberoende före insjuknandet				
Delaktighet				
• Andel patienter som svarat ≥ 8 på en 10-gradig VAS-skala om hur de upplever delaktighet i planeringen av sin rehabilitering/vård (senare skede när en IT-lösning är klar)				
Vårdplan				
• Andel av nyinsjuknade strokepatienter med i primärvården individuellt utformad vårdplan				
Blodtrycksmedicinering				
• Förekomst av behandling med blodtryckssänkande mediciner				
<u>Primärvårdsspecifika indikatorer för hemsjukvård</u>				
Tillgänglighet				
• Andel patienter som anser att det är mycket lätt eller ganska lätt att komma i kontakt med distriktssköterska/sjuksköterska i hemsjukvården a) vardagar kl. 08.00-17.00 b) vardagar kl. 17.00-08.00 c) helger	1	R		
• Andel patienter som upplever att det varit lätt eller ganska lätt att få hembesök av distriktssköterska/sjuksköterska i hemsjukvården a) vardagar kl. 08.00-17.00 b) vardagar kl. 17.00-08.00 c) helger	2	R		
• Andel patienter som fått ett eller fler hembesök av läkare från vårdcentralen/hälsocentralen under de senaste a) 3 månaderna b) 12 månaderna	3	P		
• Andel patienter som varit en gång eller fler på besök hos läkare på vårdcentralen under de senaste a) 3 månaderna b) 12 månaderna	4	P		
• Andel patienter som inte fått något hembesök av läkare eller besök hos läkare på vårdcentralen under de senaste a) 3 månaderna b) 12 månaderna	5	P		

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Kontinuitet				
• Andel patienter som uppger att de har en fast namngiven distriktssköterska/sjuksköterska i hemsjukvården som de kan vända sig till	6	P		
• Andel patienter som uppger att de har en fast namngiven läkare på vårdcentralen de kan vända sig till	7	P		
• Antalet olika distriktssköterskor/sjuksköterskor som patienten träffat vid de senaste 5 hembesöken	8	R		
Delaktighet och samordning				
• Andel patienter som har tillgång till en skriftlig vårdplan	9	R		
• Andel patienter som har en a) vård- och omsorgsplan b) vård- och omsorgsplan som uppdaterats under de senaste 6 månaderna	10	P		
Livskvalitet och trygghet				
• Upplevd livskvalitet	11	R		
• Andel patienter som a) är ensamma b) mår dåligt av att vara ensamma	12	R		
• Andel patienter som vill a) bo kvar hemma, b) flytta till boende med tillgång till personal dygnet runt	13	R		
Läkemedel				
• Andelen patienter som dagligen tar: inga läkemedel, 1-3 olika läkemedel, 4-6 olika läkemedel, 7-10 olika läkemedel, 11 eller fler olika läkemedel	14	R		
• Andelen patienter som har en a) skriven aktuell lista med alla läkemedel som de ska ta b) aktuell, signerad och samlad (innehåller samtliga läkemedel patienten tar) ordinationshandling/läkemedelslista i journalen	15	P		
• Andel patienter där antalet läkemedel i journalen stämmer överens med antalet läkemedel enligt enkäten	16	P		
• Andelen patienter som fått en systematisk/strukturerad läkemedelsgenomgång/-uppföljning de senaste 12 månaderna	17	P		
Aktivitet och funktionsträning				
• Andel patienter a) som fått sina behov av aktivitets- och eller funktionsträning bedömda (12 mån. period) b) andel av dessa där plan för att vidmakthålla eller förbättra aktivitets- (ADL) eller funktionsförmåga finns.	17	P		
Fallolyckor				
• Andel patienter där fall har dokumenterats i journalen under de 3 senaste månaderna	18	R		
• Andel patienter som riskbedömts för fall de senaste 12 månaderna	19	P		
Trycksår				
• Andel patienter som riskbedömts för utvecklandet av trycksår	20	P		
• Andel patienter som har trycksår. Om Ja: andel patienter med trycksår grad 1, 2, 3 resp. 4	21	R		
Undernäring				
• Andel patienter med a) viktförlust $\geq 5\%$ på 6 månader och/eller b) BMI < 20 för personer ≤ 70 år eller BMI < 22 för personer ≥ 71 år	22	R		
• Andel av dessa där nutritionsbedömning gjorts beträffande risken för undernäring	23	P		

Kvalitetsindikatorer för allmänmedicin (SFAM)

Mål & Mått i allmänmedicin. Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) kvalitetsindikatorer.

<http://www.sfam.se/Kvalitetsindikatorer.html>

Kvalitetsrådet i Svensk förening för allmänmedicin SFAM Q.har tagit fram en uppsättning evidensbaserade kvalitetsindikatorer inom tre olika fält: två områden ur patientperspektivet, fyra akuta diagnoser samt sex kroniska diagnoser samt levnadsvanor.

Dessa indikatorer är i första hand avsedda att vara ett hjälpmedel när den enskilde läkaren eller vårdcentralen/familjeläkarmottagningen vill granska sina egna resultat.

Nr Mått Område Vald

Tillgänglighet och prioritering

- Andel besvarade samtal a) andel besvarade samtal på första försöket och inom 3 minuter b) Andel som rings upp inom 90 minuter. c) Andel där utlovad tid hålls d) Andel som inte rings upp samma dag.
- Andel kallade av de som av medicinska skäl behöver komma på återbesök och vill bli kallade.
- Antal läkarbesök under ett år för 7 kroniska sjukdomar i förhållande till antal läkarbesök för 7 infektionssjukdomar
- Antal veckotimmar för ordinarie läkare per 50 boende i SÄBO.
- Täckningsgrad: a) Andel av befolkningen över 75 år som sökt läkare på vårdcentralen under ett år. b) Antal besök på jourcentral i förhållande till antal läkarbesök på vårdcentralen under senaste året.

Information och delaktighet

- Enkätfråga om hur väl läkaren informerat om sjukdom/besvär.
- Enkätfråga om läkarens information om prover/behandlinger.
- Enkätfråga om hur väl läkaren förmår att göra patienten delaktig i beslut om den medicinska behandlingen.

Diagnostik vid luftvägsinfektioner

- Andelen antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner.
- Andel av dessa som förskrivits penicillin V.
- Andelen CRP analyser vid luftvägsinfektioner.

Sporadisk mediaotit hos barn 2-16år

- Andel som behandlas med pcV i 5 dagar.
- Andel av sporadisk otit som antibiotikabehandlas.

Tonsillit och Strep-A

- Andel positiva Strep-A-prover.
- Andel av antibiotikabehandlade som har positiv Strep-A.
- Andel av antibiotikabehandlade som behandlats med pcV.

Nedre urinvägsinfektion hos kvinnor >18 år

- Andel kinoloner och cefalosporiner vid diagnosen cystit .
- Andelen av enskilt urinvägsantibiotika .

- 5 dagars behandlingstid med nitrofuradantin och mecillinam.
- respektive 3 dagars behandlingstid med trimetoprim

Astma

- Andel patienter med diagnosen astma.
- Andel som har sökt akut/oplanerat för astma.
- Andel där rökning har dokumenterats på sökbart sätt.
- Andel som har inhalationssteroid.
- Andel som har kontrollerats med spirometri.

KOL

- Andel patienter med diagnos KOL.
- Andel som har undersökts med spirometri.
- Andel med uppgift om hur mycket patienten har rökt (förslagsvis som paketår).
- Andel som nu är rökfria.

Diabetes

- Andel med uppgift om a) BMI, b) Motion (regelbundet 150 min/v), c) Tobaksbruk (noterat i journalen)
- d) Andel rökare
- Andel med uppgift om a) HbA1c, b) Andel med HbA1c < 6,5
- Andel med BT ≤ 140/85
- Andel med uppgift om a) Totalkolesterol senaste 2 åren, b) Andel därav <5.0
- Andel som varit på ögonbottenkontroll enligt rekommendation.
- Andel som kontrollerat fotstatus senaste året.
- Andel som kontrollerat mikroalbuminuri senaste året.
- Förekomst av individuell behandlingsplan.

Kranskärslsjukdom

- Andel som fått systematiska kostråd
- Andel som fått ”Fysisk Aktivitet på Recept” (FaR) eller annan motionsordination
- Andel med betablockerare
- Andel med ASA eller Waran (ej Clopidogrel)
- Andel med statin
- Andel med systoliskt blodtryck ≤ 140 mmHg

Hjärtsvikt

- Andel med diagnos av alla 65-79år
- Andel med diagnosen baserad på UKG
- Andel med funktionsgrupp registrerad (NYHA).
- Andel hos med ACE/AII-blockare.

Nr Mått Område Vald

- Andel hos med betablockad.

Förmaksflimmer

- Andel med diagnos av alla 65-79år.
- Andel utredda för etiologisk diagnos (Thyreoidaprov).
- Andel med antitrombotisk behandling (ASA/Waran).

Levnadsvanor

- Termer för levnadsvanor eller livsstil finns sökbara i journalen
- Termer - med en graderad skala - finns för: fysisk aktivitet, matvanor, alkohol och rökning.
- Andel patienter med enhetligt graderad uppgift om motion
- Andel patienter med enhetligt graderad uppgift om matvanor
- Andel patienter med enhetligt graderad uppgift om alkoholvanor
- Andel patienter med enhetligt graderad uppgift om rökvanor

Kvalitetsindikatorer för intensivvård

Nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård. Svenska Intensivvårdsregistret. Svensk förening för Anestesi och Intensivvård
http://icuregswe.org/Guidelines/Qindikatorer/SIRs_10_kvalitetsindikatorer_SoS_2006-05-10.pdf

Nr Mått Område Vald

- | | | | |
|--|---|----------|--|
| • Livskvalitet efter intensivvård – BMI, funktionsnivå, arbetsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet | R | PF/EF | |
| • Svensk riskjusterad mortalitet – för alla diagnoser, för nyckeldiagnoser, för viktiga diagnoser:
standardized mortality ratio, variable life adjusted display | R | PF/EF | |
| • Bakteriell multiresistens på IVA – antal och andel vårdtillfällen samt andel vårddygn med bakteriell multiresistens,
upptäckt på IVA | R | KÄ/SÄ | |
| • Ventilatorassocierad pneumoni, VAP – andel vårdtillfällen med VAP | R | PF/EF | |
| • CVK-relaterad infektion – antal vårdtillfällen, antal vårdtillfällen/1000 CVK-dygn | R | KÄ/SÄ/PF | |
| • Återinläggning inom 72 timmar – andel, mortalitet <30 dagar från återinläggning | R | SÄ | |
| • Missad möjlig organdonator - antal | R | SÄ/PF/EF | |
| • Natlig utskrivning från IVA - andel | R | KÄ/RT | |
| • Avstå respektive avbryta behandling på IVA - antal, andel | R | KÄ/SÄ/PF | |
| • Beläggning | P | SÄ/PF | |
| | P | SÄ/JÄ | |

Nationell vårdgaranti – uppföljning av väntetider i vården

Basmodell för uppföljning. Sveriges kommuner och landsting

Nr Mått Område Vald

Primärvård - telefontillgänglighet

- Andel besvarade samtal per vårdcentral/motsv

Primärvård - besöksgaranti

- Andel patienter som har fått tid inom 7 dagar till läkare i primärvården per vårdcentral/motsv

Specialiserad vård - besöksgaranti

- Totalt antal väntande patienter till första besök
- Antal väntande patienter till första besök med en väntetid längre än 90 dagar
- Andel patienter som fått vård inom 3 månader
- Medianväntetid
- Percentil 90 - väntetid
- Antal utförda förstabesök

Specialiserad vård - behandlingsgaranti

- Totalt antal väntande patienter till behandling
- Antal väntande patienter till behandling med en väntetid längre än 90 dagar
- Andel patienter som fått vård inom 3 månader
- Medianväntetid
- Percentil 90 - väntetid
- Antal utförda behandlingar

Undersöknings-/utredningsgaranti

- Totalt antal väntande patienter till undersökning/utredning
- Antal väntande patienter till undersökning/utredning med en väntetid längre än 90 dagar
- Andel patienter som fått vård inom 3 månader
- Medianväntetid
- Percentil 90 - väntetid
- Antal utförda undersökningar/utredningar

Patientsäkerhet – nationellt program

<http://www.skl.se/artikel.asp?A=45748&C=361>

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetar tillsammans med landstingen för att inom 2 år halvera riskerna inom sex områden där riskerna har bedömts vara störst. Hur uppföljningen skall ske är ännu inte fastställt.

De sex områdena

- Att förebygga urinvägsinfektioner
- Att förebygga infektioner vid central venkateter
- Att förebygga sårinfektioner efter operation
- Att genom s.k. läkemedelsavstämning förebygga läkemedelsfel när patienten skrivs in eller ut eller byter vårdenhet
- Att förebygga fallskador i samband med vård
- Att förebygga trycksår i samband med vård

Mål och uppföljning på nationell nivå

- Frekvensen av vårdrelaterade infektioner ska halveras från dagens riksgenomsnitt på 10 procent till högst 5 procent före utgången av 2009. (Antibiotikabehandlade infektioner.)
- Uppföljning görs två gånger per år 2008 och 2009.
- Alla landsting har ett system för att kunna följa förekomsten av vårdrelaterade infektioner före utgången av 2009.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Bilaga 6 till regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt uppföljningssystem för det samlade folkhälsoarbetet. Socialdepartementet S2002/5085/FH. Statens Folkhälsoinstitut 2003-03-31). Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/reg_indikatorbil6.pdf

I april 2003 beslutade Sveriges riksdag om nya nationella mål för folkhälsan. Ett av 11 målområden (nr 6) handlar om hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Nedan redovisas förslag till mål och indikatorer presenterade av Statens Folkhälsoinstitut. Av de 12 indikatorerna omnämns som "huvudindikator" den indikator som rör förekomst av s.k. "Hälsobokslut" (indikatorn sist i förteckningen).

Mål 1. Främja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

1A. Utveckla sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården

- Indikator "görs det nåt": Sjukdomsförebyggande insatser dokumenterade i årlig verksamhetsredovisning
- Indikator "händer det nåt": Strukturerade preventiva program för att tidigt motverka etablerade riskmarkörer för sjukdom

1B. Utveckla hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvård

- Indikator "görs det nåt": Hälsofrämjande insatser dokumenterade i årlig verksamhetsredovisning
- Indikator "händer det nåt": Rutinmässig användning av hälsorelaterade resultatmått i klinisk verksamhet

Mål 2. Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

2A. Bidra genom aktiv kunskapsförmedling

- Indikator "görs det nåt": Adekvat folkhälsovetenskaplig/epidemiologisk kompetens
- Indikator "händer det nåt": Aktiv kunskapsförmedling om hälsa, risk- och skyddsfaktorer, och hur de kan påverkas

2B. Aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete

- Indikator "görs det nåt": Utvecklade samarbetsformer för folkhälsoarbete på regional och lokal nivå
- Indikator "händer det nåt": Medverkan i samarbetsprojekt för att förbättra hälsans villkor på regional och lokal nivå

Mål 3. Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen

- Indikator "görs det nåt": Personalenkäter som inkluderar mått på personalens hälsoutveckling
- Indikator "händer det nåt": Rökfria lokaler (sjukhus, vårdcentraler, tandvårdslokaler)

Mål 4. Använd hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

- Indikator "görs det nåt": Visioner/Policy/Mål om hälsoorientering dokumenterad i fastställda styrdokument
- Indikator "händer det nåt": Uppföljning av måluppfyllelse via s.k. Hälsobokslut, som utöver ekonomiska aspekter också redovisar effekter på patienters och befolkningens hälsa.

Hälsofrämjande sjukhus (HFS)

<http://www.natverket-hfs.se/index.php>

WHO etablerade nätverket Health Promoting Hospitals 1991. Det internationella nätverket har 2007 breddat sig till "Health Promoting Hospitals and Health Services". Det svenska nätverket för Hälsofrämjande sjukhus (HFS) har funnits sedan 1996. Hälsofrämjande sjukhus utmärks av ett brett samhälleligt perspektiv på sjukhusets roll och att sjukvårdens målsättning, dvs en bredare hälsa, poängteras. HFS har arbetat fram uppföljningsindikatorer som medlemssjukhusen kan använda. Beslut finns om att regionens samtliga sjukhus ska gå med i HFS. För närvarande står fyra sjukhus i VGR (Kungälv's sjukhus, Alingsås lasarett, Frölunda Specialistsjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus) registrerade som medlemmar på HFS hemsida.

Mål 1. Främja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

1A. Utveckla sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården

- Preventiva program tillämpas ang. respektive tobak, alkohol, övervikt, fysisk aktivitet, stressrelaterade problem, övrigt (ja, delvis, sporadiskt, nej)

1.1 P

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
<ul style="list-style-type: none"> Stödsystem för systematisk uppföljning finns för respektive tobak, alkohol, övervikt, fysisk aktivitet, stressrelaterade problem, övrigt (ja, delvis, sporadiskt, nej) 	1.2	S		
1B. Utveckla hälsofrämjande insatser i hälso- och sjukvården				
<ul style="list-style-type: none"> Metoder tillämpas för att stimulera och tillvarata patientens kraft och initiativ i arbetet för sin egen hälsa (ja, delvis, sporadiskt, nej) 	1.3	P		
<ul style="list-style-type: none"> Stöd ges till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet (ja, delvis, sporadiskt, nej) 	1.4	P		
<ul style="list-style-type: none"> Mätning av hälsorelaterad livskvalitet bedrivs (ja, delvis, sporadiskt, nej) 	1.5	P		
<u>Mål 2. Främja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen</u>				
2A. Bidra med aktiv kunskapsförmedling				
<ul style="list-style-type: none"> Aktiv kunskapsförmedling bedrivs (ja, delvis, sporadiskt, nej) 	2.1	P		
<ul style="list-style-type: none"> Utvecklade samverkansformer finns för folkhälsoarbete på lokal/-regional nivå (ja, delvis, nej) 	2.2	P		
<u>Mål 3. Främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Organisationen följer en dokumenterad plan för att skapa en hälsofrämjande arbetsplats 	3.1	P		
<ul style="list-style-type: none"> För medarbetare bedriver organisationen systematiskt: 1. friskvård 2. tobaksprevention 3. alkoholprevention (ja, delvis, sporadiskt, nej) 	3.2	P		
<u>Mål 4. Använd hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande strategier/mål finns i verksamhetsplan: 1. på landstingsnivå 2. på förvaltningsnivå 3. på verksamhetsnivå (ja, nej för 1 och 2. ja, delvis, sporadiskt, nej för 3) 	4.1	S		
<ul style="list-style-type: none"> Systematiska hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser har införts under året inom organisationen 	4.2	P		
<ul style="list-style-type: none"> Organisationen utbildar systematiskt medarbetare inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt och arbetssätt (ja, nej) 	4.3	P		
<ul style="list-style-type: none"> Organisationen bedriver utvecklingsarbete om redovisning av hälsoresultat hos patienter och medarbetare (ja, nej) 	4.4	P		
<ul style="list-style-type: none"> Det finns en styrgrupp till stöd för Hälsofrämjande sjukhus (HFS9, (ja, nej) 	4.5	S		
<ul style="list-style-type: none"> Rökfritt sjukhus (ja, nej) 	4.6	R		
<ul style="list-style-type: none"> Uppdrag som verksamheten givits från övergripande organisationsnivå innehåller krav på 1. utveckling av metoder och rutiner för att registrera och följa upp levnadsvanor 2. att mäta hälsorelaterad livskvalitet 3. fokus på jämlik hälsa 4. insatser för grupper som lever med ökad sårbarhet (ja, nej för resp. krav) 	4.7	S		
<ul style="list-style-type: none"> Medicinska program/hälso- och sjukvårdsprogram eller liknande som innehåller hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande insatser. (ja, nej) 	4.8	S		

Hälsa i bokslut - indikatorer för en hälsoorientering av hälso- och sjukvården (SKL)

Hälsa i bokslut - indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården, Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.

<http://www.skl.se/artikel.asp?C=3136&A=15748>

Möjliga indikatorer för att mäta hälso- och sjukvårdens hälsoupdrag har arbetats fram i ett samarbetsprojekt mellan Sveriges Kommuner och Landsting, landstingen i Västerbotten, Västernorrland, Dalarna, Halland och Blekinge och i Uppsala. Rapporten innehåller 38 indikatorer varav 22 för "verksamhetsprocessen - stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper" och 16 för "styrprocessen - att använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård".

Nr Mått Område Vald

Verksamhetsprocessen - stödja en positiv hälsoutveckling hos individer och grupper

Styrdokument för hälsofrämjande arbetssätt

- Verksamhetsplaner med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande mål och aktiviteter (ja, nej, delvis)
- Vårdprogram med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (andel)

Kompetensutveckling

- Systematiska utbildningsinsatser i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete (ja, nej, delvis)
- Utbildningsprogram för medarbetare i samtalsmetodik/liknande (andel enheter)

Samverkan

- Gemensam regional folkhälsopolicy (ja, nej, delvis)
- Kunskapsöverföring och stöd med ett hälsofrämjande perspektiv i samverkan med andra aktörer (ja, nej, delvis)
- Avtal/överenskommelser med ett hälsofrämjande perspektiv i samverkan med andra aktörer (ja, nej, delvis)

Information och stöd

- Tillgång till skolor eller motsvarande där individer med långvarig sjukdom eller funktionshinder får stöd till god livskvalitet (ja, nej, delvis)
- Patienten är nöjd med den information han/hon fick om sin sjukdom och sina problem (andel nöjda)
- Insatser till individer och grupper som lever med ökad sårbarhet (ja, nej, delvis)

Metoder/rutiner

- Insatser för livsstilsförändring: 1) rökning 2) alkohol 3) övervikt 4) fysisk aktivitet (ja, nej, delvis)
- Mätning av hälsorelaterad livskvalitet (ja, nej, delvis)
- Regelbunden mätning av hälsorelaterad livskvalitet hos långvarigt sjuka och funktionshindrade (ja, nej, delvis)

Hälsosamtal

- Systematiska hälsosamtal om levnadsvanor förs vid anamnes (andel)
- Systematiska hälsosamtal om levnadsvanor med blivande föräldrar där sambandet mellan föräldrarnas vanor och det lilla barnets utveckling och välbefinnande betonas (andel)
- Systematiska hälsosamtal om levnadsvanor med nyblivna föräldrar där sambandet mellan föräldrarnas vanor och det

lilla barnets utveckling och välbefinnande betonas (andel)

- Rutiner finns för att redovisa genomförda hälsosamtal (ja, nej, delvis)

Motiverande samtal kring levnadsvanor

- Individer med riskbeteende som fått stöd (andel)
- Individer som fått 1) remiss till rökavvänjning 2) remiss till fysisk aktivitet (antal)
- Rökare som slutar/minskar röka innan planerade kirurgiska åtgärder (andel)
- Opererande kliniker har rutiner för att erbjuda rökslutarstöd (antal)

Styrprocessen - Att använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

Styrdokument

- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande mål i budget och flerårsplan (ja, nej, delvis)
- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande mål i uppdrag eller motsvarande (ja, nej, delvis)
- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande mål i upphandling/avtal (ja, nej, delvis)
- Uppdrag innehåller krav på utveckling av metoder och rutiner för att registrera och följa upp levnadsvanor (ja, nej, delvis)
- Uppdrag innehåller krav på att mäta hälsorelaterad livskvalitet (ja, nej, delvis)
- Behovsrelaterade uppdrag/överenskommelser med fokus på jämlik hälsa (ja, nej, delvis)
- Uppdrag om insatser för grupper som lever med ökad sårbarhet (ja, nej, delvis)
- Riktlinjer och program för att främja en jämlik hälsa (ja, nej, delvis)
- Medicinska program/hälso- och sjukvårdsprogram eller liknande som innehåller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (ja, nej, delvis)
- Epidemiologiska uppgifter och analyser används i planering, prioritering och uppföljning (ja, nej, delvis)

Kompetensutveckling

- Systematisk utbildning av förtroendevalda om innebörden av hälsoorientering av hälso- och sjukvården (ja, nej, delvis)
- Chefsutvecklingsprogram där kunskap om hälsoorientering av hälso- och sjukvård ingår (andel)
- Hälsoorientering av hälso- och sjukvården är en del i landstingens introduktionsprogram för nyanställda (andel)

Samverkan

- Gemensam regional folkhälsopolicy/liknande (ja, nej, delvis)
- Kunskapsöverföring och stöd med ett hälsofrämjande perspektiv i samverkan med andra aktörer (ja, nej, delvis)
- Avtal/överenskommelser med ett hälsofrämjande perspektiv i samverkan med andra aktörer (ja, nej, delvis)

Personal

- Personalbokslut som speglar hälsofrämjande arbetsplatser (ja, nej, delvis)

Indikatorer för hållbar utveckling – område hälsa (Miljöräkenskaperna, SCB)

Strategiska utmaningar – Indikatorer för hållbar utveckling – område hälsa (Miljöräkenskaperna, SCB)

En vidareutveckling av svensk strategi för hållbar utveckling. Regeringens skrivelse 2005/06:126.

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/06/92/5ff0d494.pdf>

Våren 2006 togs 87 indikatorer fram till regeringens vidareutveckling av den svenska strategin för hållbar utveckling. Tolv indikatorer valdes ut som huvudindikatorer. Utöver området "hälsa" omfattar indikatorsetet för hållbar utveckling områdena "hållbar konsumtion och produktion", "ekonomisk utveckling", "social sammanhållning", "miljö och klimat" samt "global utveckling". Indikatorerna avseende området "hälsa" redovisas nedan, de två översta, Medellivslängd och Våld anges som huvudindikatorer.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Medellivslängd				
• Förväntad medellivslängd och hälsosamma levnadsår vid födseln	1.1			
Våld				
• Andel av befolkningen som uppgett att de varit utsatta för våld eller hot om våld under de senaste 12 månaderna	1.2			
Självupplevt hälsotillstånd				
• Andel som upplever sitt hälsotillstånd som gott eller dåligt	1.3			
Barns välbefinnande				
• Andel skolungdomar som trivs mycket bra med livet i stort sett just nu	1.4			
Astma				
• Förekomst av astma hos skolbarn	1.5			
Psykosocial arbetsmiljö				
• Andel anställda med hög anspänning och bristande stöd	1.6			
Fysisk arbetsmiljö				
• Andel anställda med besvär av fysisk belastning	1.7			
Rökning				
• Andel av befolkningen som röker dagligen	1.8			
Alkoholkonsumtion				
• Alkoholkonsumtion per invånare 15 år och äldre mätt som liter 100-procentig alkohol per person	1.9			
Övervikt				
• Andel överviktiga eller feta	1.10			
Motionsvanor				
• Motionsvanor på fritiden	1.11			
Trafikolyckor				
• Antal dödade och svårt skadade i trafikolyckor	1.12			

Internationella indikatorer

OECD:s Health Care Quality Indicators (HCQI)

Health care quality indicators project 2006. Data collection update report. OECD Health working Papers No. 29, 30-Oct-2007.

http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html

Inom organisationen för ekonomiskt samarbete och utvecklingsarbete (OECD) pågår sedan 2001 ett arbete för att ta fram kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård: Health Care Quality Indicator Project (HCQI). Syftet är att utveckla indikatorer vilka kan användas för att väcka frågor om varför det finns skillnader i vårdkvalitet mellan länder. Initialt identifierades 17 indikatorer inom områdena cancer, vaccinationsfrekvens, dödlighet i astma, hjärtinfarkt och stroke, väntetid för kirurgi, diabetes samt rökfrekvens. Under 2006 reviderades indikatorförteckningen och i den senaste rapporten från oktober 2007 har indikatorerna delats in i nedanstående tre grupper.

Nr Mått Område Vald

Initial indicator set

- Breast cancer five-year observed survival rate a) observed b) relative
- Mammography screening rate
- Cervical cancer five-year survival rate a) observed b) relative
- Cervical cancer screening rate
- Colorectal cancer five-year survival rate a) observed b) relative
- Incidence of vaccine preventable diseases (pertussis, measles, and hepatitis B)
- Coverage for basic vaccination programme, age 2, (pertussis, measles, and hepatitis B)
- Asthma mortality rate, ages 5-39
- In-hospital mortality rate within 30 days of hospital admission for acute myocardial infarction
- In-hospital mortality rate within 30 days of hospital admission for stroke
- In-hospital waiting time for surgery after hip fracture, over age 65
- Influenza vaccination, over age 65
- Smoking rate

New indicators 2006

- Retinal exams in diabetics
- Asthma admission rate

Indicators under review, further work recommended before inclusion in the indicator set

- Annual HbA1c testing for patients with diabetics
- HbA1c level indicating poor glucose control
- Major amputation in diabetics

Nr Mått Område Vald

- Post-operative hip fracture rate
- Transfusion reaction rate
- Uncontrolled diabetes admission rate
- Hypertension admission rate

Nordiska ministerrådet - förslag till gemensamma nordiska indikatorer

Kvalitetsmåling i sundhetsväsenet i Norden. TemaNord 2007:519. Nordisk Ministerråd, Köbenhavn 2007.

<http://www.norden.org/pub/sk/showpub.asp?pubnr=2007:519>

Nordiska Ministerrådet presenterade 2003 rapporten ”Kvalitetsmåling i sundhetsväsenet”. Rapporten resulterade i att en arbetsgrupp tillsattes för att identifiera kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården i de nordiska länderna och undersöka möjligheten att ta fram data för de valda indikatorerna. Arbetsgruppen har varit förbindelselänk till OECDs arbete med kvalitetsindikatorer. Projektet visar att det är möjligt att identifiera relevanta kvalitetsindikatorer men det illustrerar också att det är svårt att insamla tillräckligt likartade data i de olika länderna och att det är betydande variationer i ländernas hälso- och sjukvårdsaktiviteter med avseende på diagnostik, procedurer, behandlingsresultat, komplikationer och vårdtid. Ett fortsatt utvecklingsarbete krävs för att säkra datakvalitet, validitet etc. I den publicerade rapporten redovisas nedanstående 33 prioriterade indikatorer. Dessutom identifieras 39 viktiga potentiella indikatorer (dessa redovisas inte här).

Nr Mått Område Vald

1. Sjukdomsspecifika indikatorer

- 30-dagars dödlighet efter hjärnblödning (endast sjukhusvårdade, avlider under vårdtiden) R
- 30-dagars dödlighet efter hjärnblödning R
- 30-dagars dödlighet efter blodpropp i hjärnan (endast sjukhusvårdade, avlider under vårdtiden) R
- 30-dagars dödlighet efter blodpropp i hjärnan R
- 30-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt (endast sjukhusvårdade, avlider under vårdtiden) R
- 30-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt R
- Andel patienter med tjock- och ändtarmscancer som avlider under sjukhusvård, inom 30 dagar efter första operation R
- Andel patienter med tjock- och ändtarmscancer som avlider inom 30 dagar efter första operation R
- Andel patienter med lungcancer som avlider under sjukhusvård, inom 30 dagar efter första operation R
- Bröstcancer, 1-års observerad överlevnad R
- Bröstcancer, 1-års relativ överlevnad R
- Bröstcancer, 5-års observerad överlevnad R
- Bröstcancer, 5-års relativ överlevnad R
- Prostatacancer, 5-års observerad överlevnad R
- Prostatacancer, 5-års relativ överlevnad R

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Hjärtkirurgi, andel patienter med som avlider under sjukhusvård, inom 30 dagar efter första operation				R
• Hjärtkirurgi, andel patienter med som avlider inom 30 dagar efter första operation				R
• PTCA, andel patienter med som avlider under sjukhusvård, inom 30 dagar efter första PTCA				R
• PTCA, andel patienter med som avlider inom 30 dagar efter första PTCA				R
• Andel kvinnor med perinealskador, gr III och IV efter vaginal födsel				R
• Andel döda barn inom 28 dagar efter födsel				R
2. Förebyggande och hälsofrämjande				
• Tobak - andel dagligförbrukare av tobaksprodukter				R
• Övervikt - prevalens bland vuxna				R
• Alkohol - genomsnittligt alkoholintag per vecka				R
• Klamydia - registrerad incidens av klamydiainfektion				R
3. Psykiatri				
• Tvång - andel tvångsinläggningar per 1000 invånare och andel tvångsinläggningar av totala antalet inläggningar på psykiatriskt sjukhus/avdelning				
• Väntetid – antal dagar till första konsultation vid psykiatrisk poliklinik för barn och ungdom				
• Själv mord – a) andel självmord under psykiatrisk ineliggande vård per 1000 inläggningar på psykiatriskt sjukhus/avdelning b) andel självmord under psykiatrisk ineliggande vård av totala antalet självmord c) självmord under psykiatrisk ineliggande vård per 100 000 invånare				
4. Primär sektor				
• Andel influensavaccinerade av äldre > 65 år				
• Vaccinationsfrekvens barn – mässling, påssjuka, röda hund, 2år				
• Vaccinationsfrekvens barn - mässling, påssjuka, röda hund, 12 år				
• Årlig försäljning av smalspektrum penicillin – a) i förhållande till bredspektrum penicillin b) i förhållande till makrolider c) i förhållande till bredspektrum penicillin + makrolider				
• årlig försäljning av bredspektrum penicillin – i förhållande till kinoloner				

European Community Health Indicators (ECHI)

Public health indicators for Europe. Final report by the ECHI project, phase II, June 20, 2005

[http://www.healthindicators.org/ICHI/\(n42ezjrkis4khi555teakc45\)/PDF/ECHI-2%20Final%20report%20June%2020.pdf](http://www.healthindicators.org/ICHI/(n42ezjrkis4khi555teakc45)/PDF/ECHI-2%20Final%20report%20June%2020.pdf)

The European Commission's Health Monitoring Programme (HMP) etablerades 1997 för att föra arbetet med EUs utökade ansvar för folkhälsa framåt.

ECHI-projektet är ett underprojekt till HMP med syfte att föreslå ett enhetligt set av "European Community Health Indicators" för att mäta hälsostatus, underlätta för planering, monitorering och utvärdering samt förse medlemsstaterna med information för att göra jämförelser. Indikatorerna ska vara utvalda utifrån tydliga kriterier och stödda av alla medlemsstater. I en första rapport 2001 presenterades cirka 200 indikatorer under rubrikerna Demography, Health Status,

Determinants of Health och Health Systems. I projektets andra fas, rapporterad 2005, expanderades indikatorförteckningen till att omfatta cirka 400 indikatorer och den delades in i en ”long list” och en ”short list”. Den långa listan är främst att betrakta som en inventering av indikatorer medan den korta listan utgör en delmängd indikatorer ur den långa listan tänkta för en första prioriterad implementering. Nedan redovisas indikatorerna i den korta listan

Nr Mått Område Vald

Demographic and socio-economic factors

Regularly available, reasonably comparable

- population by gender/age
- birth rate
- mother’s age distribution
- fertility rate
- population projections
- population by education
- population by occupation
- total unemployment
- population in poverty

Health status

Regularly available, reasonably comparable

- life expectancies
- infant mortality
- perinatal mortality
- SDR Eurostat 65 causes, ages 0-64, 65+
- drug-related deaths
- HIV/AIDS incidence
- lung cancer incidence
- breast cancer incidence
- (low) birth weight
- injuries road traffic
- injuries workplace
- perceived general health
- prevalence of chronic illness
- limitation of usual activities
- related health expectancies

Partly available, sizeable comparability problems

- smoking-related deaths

- alcohol-related deaths
- diabetes prevalence
- dementia/Alzheimer prevalence
- depression prevalence
- AMI prevalence
- asthma prevalence
- COPD prevalence
- injuries: home/leisure, violence
- suicide attempt
- general musculoskeletal pain
- limitations in physical functions
- psychological distress
- related health expectancies

Health determinants

Regularly available, reasonably comparable

- regular smokers
- total alcohol consumption
- intake of fruit
- intake of vegetables
- PM10 exposure

Partly available, sizeable comparability problems

- body mass index
- blood pressure
- pregnant women smoking
- hazardous alcohol consumption
- use of illicit drugs
- physical activity
- breastfeeding
- social support
- work –related health risks

Health interventions: health services

Regularly available, reasonably comparable

- Vaccination coverage in children

- Breast cancer screening
- Cervical cancer screening
- Hospital beds
- Physicians employed
- Nurses employed
- technologies (MRI, CT)
- hospital in-patient discharges
- hospital daycases
- daycase-discharge ration
- ALOS
- GP utilisation (surveys)
- surgeries (PTCA, hip replacement, cataract)
- expenditures on health
- cancer survival rates

Partly available, sizeable comparability problems

- mobility of professionals
- other outpatient visits (surveys, besides GP)
- equity of access
- medicine use
- waiting time elective surgeries
- surgical wound infections
- cancer treatment quality
- diabetes control
- patient mobility

Health interventions: health promotion

Regularly available, reasonably comparable

- policies against ETS exposure

Partly available, sizeable comparability problems

- policies on healthy nutrition
- policies/practices on lifestyle etc.
- integrated programmes in settings

Patient Safety Indicators (PSI) – European Society for Quality in Healthcare (ESQH)

Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE – work Package 4, March 2007.

Kristensen S, Mainz J, Bartels P. The ESQH-office for Quality Indicators, Central Jutland Region Aarhus, Denmark.

http://www.esqh.net/www/about/offices/aarhus/files/Patient_safety_indicator_catalogue.pdf

European Society for Quality in Healthcare (ESQH) presenterade i mars 2007 en rapport "Establishing a Set of Patient Safety Indicators – Safety Improvement for Patients in Europe" som innehåller 42 indikatorer för patientsäkerhet. Åtta av dessa indikatorer kategoriseras i rapporten som "immediately workable throughout the European health care system" (Markerade med "A" nedan. För indikatorn nr. 11, är det en "recommendation with restriction"). Femton indikatorer kategoriseras som "workable in parts of Europe" (Markerade med "B" nedan. För indikatorerna nr. 12, 29, 30, 31 och 34 är det fråga om en "recommendation with restriction"). Elva indikatorer klassas som "at present not workable for implementation in Europe - recommendation for future implementation or decision on implementation" (markerade med "C" nedan). Åtta indikatorer klassas som "not suitable for implementation" eller "does not fulfill the criteria as an indicator, therefore deleted" (markerade med "D" nedan)

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Institution-wide				
• Measuring hospital standardised mortality rates	1B			
• Death in low mortality DRGs - in-hospital deaths per 1000 patients in DRGs with less than 0.5% mortality	2C			
• Patients experiencing adverse events -number of patients experiencing an adverse event per 1000 discharges	3C			
• Patients informed about an adverse event by the staff - Patients informed about the adverse event by the staff per 1000 patient experienced adverse events	4C			
• Patients experiences of adverse event management - patients experiencing an adverse event finding staff's management of the incident "bad" and "extremely bad" measured by a 5-point Likert scale per 1000 discharges	5C			
• Transition of care – Patient's understanding of the purpose of their medication - patients agreement that they understand the purpose for taking their medicine measured on a 5-point Likert scale per 100 discharges	6B			
• Institution-wide use of cultural assessment - the yearly number of units assessing the patient safety culture per total number of units in the hospital	7A			
• Surveying the development of the patient safety culture - the development in the unit wise overall mean score of patient safety culture described as a percentage of improvement/relapse in relation to last measure	8A			
• Decubitus ulcer – Cases of decubitus ulcer per 1000 discharges with a length of stay greater than 4 days	38A			
Infection control				
• Selected infections due to medical care - discharges with ICD-9-CM code of 999.3 or 996.62 in any secondary diagnosis field per 100 discharges	9D			
• Hospital acquired infection registration - post operative wound infections. Cases of post operative wound infection	10B			
• Wound infection - cases of wound infection	11A			

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Ventilator pneumonia	12B			
• Hand hygiene - measuring the alcohol consumption. Litre of alcohol consumption used for hand hygiene per patient in a bed unit	13D			
• Hand hygiene - staff's compliance with guidelines for use of jewellery. Presence of hand- and arm jewellery per 1000 health care staff	14D			
Surgical complications				
• Complications of anesthesia – Cases of anesthetic overdose, reaction, or endotracheal tube misplacement per 1000 surgery discharges with an operating room procedure	15B			
• Foreign body left during procedure – Discharges with foreign body accidentally left in during procedure per 1000 discharges	16D			
• Postoperative pulmonary embolism or deep veins thrombosis – cases of deep vein thrombosis or pulmonary embolism per 1000 surgical discharges with an operating room procedure	17D			
• Postoperative sepsis – Cases of sepsis per 1000 elective surgery patients with an operating room procedure and a length of stay for four days or more	18A			
• Postoperative haemorrhage or haematoma – Cases of hematoma or hemorrhage requiring a procedure per 1000 surgical discharges with an operating room procedure	19A			
• Postoperative physiologic metabolic derangements – Cases of specified physiological or metabolic derangement per 1000 elective surgical discharges with an operating room procedure	20B			
• Postoperative respiratory failure – Cases of acute respiratory failure per 1000 elective surgical discharges with an operating room procedure	21B			
• Accidental puncture or laceration – Cases of technical difficulty per 1000 discharges	22C			
• Wrong site-surgery	23C			
• Medical equipment-related adverse events	24C			
• Patients experience of adverse events – surgical interventions – number of patients experiencing a harmful adverse event due to an operation per 1000 operation procedures	25C			
Medication error				
• Transfusion reaction – Cases of transfusion reaction per 1000 discharges	26B			
• Wrong blood type	27B			
• Medication error – Cases of in-hospital medication errors	28D			
• Electronic trigger tool - surveillance of adverse drug events – the total number of ADEs per 1000 doses	29B			
Obstetrics				
• Obstetric trauma - vaginal delivery without instrument – Cases of obstetric trauma per 1000 vaginal deliveries without instrument	30B			
• Obstetric trauma - vaginal delivery with instrument – Cases of obstetric trauma per 1000 instrument-assisted vaginal deliveries	31B			

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Obstetric trauma - cesarian delivery – Cases of obstetric trauma per 1000 Cesarian deliveries	32C			
• Problems with child birth	33C			
• Birth trauma - injury to neonate – Cases of birth trauma, injury to neonate, per 1000 live born births	34B			
In-hospital fall				
• Postoperative hip fracture – Cases of in-hospital hip fracture per 100 surgical discharges with an operating room procedure	35A			
• In-hospital hip fracture or fall – Cases of in-hospital hip fracture or fall per 100 surgical discharges with an operating room procedure	36A			
• Patient falls – Cases of in-hospital fall with serious consequences per 1000 admissions	37D			
Disease specific as well as other specific PSIs				
• Failure to rescue – number of deaths per 1000 patients having developed specified complications of care during hospitalisation	39D			
• Iatrogenic pneumothorax – Cases of iatrogenic pneumothorax per 1000 discharges	40C			
• Assessment of suicidal risk in schizophrenic patients – Patients with a primary or secondary diagnosis of schizophrenia discharged from hospital	41B			
• Monitoring side effects of anti-psychotic treatment – All patients with a primary or secondary diagnosis of schizophrenia; any ICD-10 F.20 diagnosis receiving antipsychotic treatment	42B			

Regionala indikatorer (VGR)

Övergripande uppföljningsmodell SLL (tillämpas även av VGR)

Övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting . Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsens förvaltning, Beställare Vård, 2006-06-19.

http://www.sll.se/upload/Uppfoljning_halso_sjukvard/Uppfoljningsmodell_060912.pdf

Regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i Västra Götaland. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten, november 2006.

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/Analys/Rapporter/Uppfoljning%20av%20kvalitet%20i%20VG%20070203.pdf>

SLL:s övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården från år 2004 tar sin utgångspunkt i huruvida det övergripande målet, ”en god hälsa och en vård på lika villkor”, nås utifrån åtta uppföljningsperspektiv. Utöver de sex områdena enligt regeringens Nationella strategi för God Vård (kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik hälso- och sjukvård som ges i rimlig tid) innefattar modellen ytterligare två huvudområden/uppföljningsperspektiv: ”hälsoläge i befolkningen” och ”effekter på hälsan”. 20 övergripande indikatorer har identifierats för att ge en grov bild av hur hälso- och sjukvården i SLL står sig jämfört med Riket inom de åtta uppföljningsperspektiven. I rapporten ”Regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i Västra Götaland” anges att den framtida uppföljningen i Västra Götalandsregionen (VGR) bör inriktas på dessa åtta huvudområden.

Nedan redovisas, utöver övergripande kvalitetsindikatorer, även de ”angelägna utvecklingsområden” per uppföljningsperspektiv som anges i SLL-rapporten. Vid jämförelser mellan SLL, Region Skåne och Västra Götalandsregion har använts ett urval av indikatorerna. Dessa redovisas med kursiv text nedan.

Övergripande kvalitetsindikatorer per åtta uppföljningsperspektiv (SLL)

Hälsoläge i befolkningen

- Återstående medellivslängd för nyfödda
- Förekomst av nedsatt psykiskt välbefinnande mätt med GHQ12
- Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D index

Kunskapsbaserad o ändamålsenlig HoS

- Andel direkt PCI vid akut ST-höjningsinfarkt
- 28-dagars dödlighet efter stroke (inkl. döda utanför sjukhus)

Nr Mått Område Vald

	R	HB	
	R	HB	
	R	HB	
	P	KÄ	
	R	KÄ	

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• <i>Bröstcancer, relativ 5-årsöverlevnad</i>	R		KÄ	
• Följsamhet till rekommenderade läkemedel (DU90%)	P		KÄ	
Säker hälso- och sjukvård				
• <i>Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen</i>	R		SÄ	
• Nydiagnosticerade MRSA-fall som smittats inom Hälso- och sjukvården	R		SÄ	
Patientfokuserad hälso- och sjukvård				
• Patientupplevelse av vården	R		PF	
• <i>Befolkningens förtroende för vården</i>	R		PF	
• <i>Befolkningens uppfattning om tillgången till vård</i>	R		PF	
Effektiv hälso- och sjukvård				
• <i>Faktisk vårdkostnad/invånare i relation till förväntad kostnad enligt index</i>	R		EF	
• Kostnad per konsumerad prestation/DRG-poäng, spec. somatisk sjukvård, kr	R		EF	
Jämlik hälso- och sjukvård				
• <i>Vaccinationsfrekvens barn - mässling, påssjuka, röda hund, 2 år</i>	R		JÄ	
• <i>Andel som ansett sig haft behov av HoS men ej sökt vård</i>	P		JÄ	
Hälso- och sjukvård i rimlig tid				
• <i>Andel som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig</i>	P		RT	
• <i>Väntetider till husläkare</i>	P		RT	
Effekter på hälsan				
• <i>Sjukvårdspolitiskt relaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare</i>	R		EH	
• <i>Hälsopolitiskt relaterad åtgärdbar dödlighet per 100 000 invånare</i>	R		EH	
• <i>Kariesfrihet hos barn och ungdomar</i>	R		EH	
<u>Angivna angelägna utvecklingsområden per åtta uppföljningsperspektiv (SLL)</u>				
Hälsoläge i befolkningen				
• Förekomsten av vårdkrävande psykisk sjukdom				
• Förekomsten av psykisk ohälsa hos barn				
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig HoS				
• Anslutning till för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister				
• Tillämpning av nationell riktlinjer				
• Tillämpning av regionala riktlinjer och vårdprogram				
Säker hälso- och sjukvård				
• Standardiserad sjukhusmortalitet				
• Fallskador inom slutenvården				

- Vårdrelaterade infektioner
- Trycksår
- Ogynnsam effekt av drog eller läkemedel i terapeutiskt syfte
- Allvarliga/mycket allvarliga avvikelser
- Vårdhygienstandard
- Utvärdera sina skrivna läkemedelsordinationer
- Frekvens av vissa komplikationer
- Säkerhetskultur

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

- Responsiveness
- Tillgång till den egna journalen

Effektiv hälso- och sjukvård

- KPP - kostnad per patient
- Viktade vårdkontakter
- Beräkning av beställarens köpkraft med justering för kvalitetsförändringar i vården

Jämlik hälso- och sjukvård

- Rehabiliterings- och habiliteringsområdet
- Läkemedelsområdet

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

- Tredje tillgängliga tid
- Antal patienter med "sista minuten inställda" operationer av icke medicinska skäl
- Tid från remiss till specialistvård
- Sjukvårdsrådgivningen a) hur många besök förhindras b) svarstid

Effekter på hälsan

- Åtgärdbar sjukdomsrelaterad funktionsnedsättning
- Hälsorelaterad livskvalitet i större patientgrupper

Ägaruppdrag ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Ägaruppdrag ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, Västra Götalandsregionen 2007, Dnr RSK 591-2006.

<http://intra.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Ledningssystem/Ägaruppdrag%20ledningssystem%20-%20RS%20beslut%20070424.pdf>

Socialstyrelsens föreskrift 2005:12 anger att regionen skall inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för att kontinuerligt och långsiktigt säkerställa vårdens kvalitet. Regionstyrelsen beslutade 2007-04-24 om ”Ägaruppdrag ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet” (ÄLKP). Syftet med ägaruppdraget är att det ska medverka till högre och jämnare kvalitet och patientsäkerhet. I dokumentet redovisas 28 st preliminära indikatorer varav 13 karaktäriseras som "systemmätt" och 15 som "verksamhetsmätt”.

Systemindikatorer ("används för uppföljning på regionnivå")

Två av indikatorerna är modifierade jämfört med ursprungsrapporten.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Kunskapsbaserad o ändamålsenlig HoS				
• Andel reperfusion vid ST-höjningsinfarkt varav andel direkt PCI		P	KÄ	
• 28-dagars dödlighet efter stroke (inkl döda utanför sjukhus)		R	KÄ	
• Bröstcancer, 5-årsöverlevnad		R	KÄ	
Säker hälso- och sjukvård				
• Årlig skadefrekvens enligt patientskadeförsäkringen		R	SÄ	*
• Nydiagnosticerade MRSA-fall, inhemska fall		R	SÄ	
Patientfokuserad hälso- och sjukvård				
• Befolkningens förtroende för vården		R	PF	
• Befolkningens uppfattning om tillgången till vård		R	PF	
Effektiv hälso- och sjukvård				
• Faktisk vårdkostnad/invånare i relation till förväntad kostnad enl. index		R	EF	
• Kostnad per konsumerad prestation/DRG-poäng, spec. somatisk sjukvård, kr		R	EF	
Jämlig hälso- och sjukvård				
• Vaccinationsfrekvens barn - mässling, påssjuka, röda hund, 2år		R	JÄ	
• Andel som ansett sig haft behov av HoS men ej sökt vård		P	JÄ	
Hälso- och sjukvård i rimlig tid				
• Andel som sökt vård och som anser att väntetiden varit rimlig		P	RT	
• Väntetider till husläkare (andel som fått läkarbesök inom 7 dagar)		P	RT	

Verksamhetsindikatorer ("används för uppföljning inom utförarförvaltningarna")

Indikatorerna reviderades 2007-10-24. Fem av indikatorerna (kursiverade) har valts ut för att redovisas 3 gånger per år vid controllergenomgångar från och med 2008.

Bemötande

• Andel patienter som är nöjda med bemötandet	1	R	PF/JÄ	
• Andel patienter som kontaktat patientnämnderna med synpunkter på bemötandet	2	R	PF/JÄ	

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Metoder för diagnostik, vård o behandling				
• Täckningsgrad i tre nationella kvalitetsregister (riks-stroke, diabetes, höftplastik)	3	P	KÄ	
• Antal genomförda HTA-analyser i relation till antal nyinförda medicinska metoder	4	P	KÄ	
• Samtidig användning av tre eller flera psykofarmaka hos personer 80 år och äldre	5	R	KÄ	
• Förekomst av D-interaktioner hos personer 80 år och äldre	6	R	KÄ	
Kompetens				
• Andel personal som har individuell kompetensutvecklingsplan	7	P	KÄ	
• Kostnad för personal från externa bemanningsföretag i förhållande till kostnad för egen personal	8	P	EF	
Samverkan och samarbete				
• <i>Antal registrerade avvikelserapporter om bristande informationsöverföring</i>	9	P	SÄ/PF/JÄ	
Riskhantering				
• <i>Antal utförda riskanalyser per fem kategorier 1) Förändring av medicinska metoder 2) Organisatorisk förändring 3) Överföring av information mellan olika organisatoriska enheter 4) Förändring av IT-system 5) Annan förändring totalt VGR och per utförare och år</i>	10	P	SÄ	
Avvikelsehantering				
• <i>Antal registrerade avvikelserapporter</i>	11	P	SÄ	*
• <i>Antal utförda händelseanalyser</i>	12	P	SÄ/JÄ	*
• <i>Antal registrerade rapporter om läkemedelsbiverkning vid biverkningsenheten, Västra Regionen</i>	13	R	KÄ/JÄ	*
Försörjning av tjänster, produktion och teknik				
• <i>Antal registrerade avvikelserapporter om försörjning med tjänster, produktion och teknik</i>	14	P	SÄ	
Spårbarhet				
• <i>Andel läkare som har tillgång till patientens gemensamma läkemedelslista</i>	15	P	SÄ/PF	

Uppföljning av kvalitet och resultat inom psykiatri

Indikatorer som belyser den psykiatriska verksamhetens kvalitet och resultat år 2006, Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten, oktober 2007. Dnr RSK 147-2006.

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade i december 2006 att kvalitet och resultat inom psykiatri ska följas upp årligen med 15 indikatorer. En första sammanställning för 2006 redovisas i ovanstående rapport.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Befolkningens hälsoläge				
• Psykiskt välbefinnande (16-84 år) mätt med GHQ12	1	R	HB	
• Hälsorelaterad livskvalitet i befolkningen mätt med EQ-5D-index	2	R	HB	

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Kunskapsbaserad o ändamålsenlig hälso- och sjukvård				
• Vårdprogram inom psykiatrin - antal påbörjade, färdigställda resp. lokalt implementerade regionala vårdprogram.	3	S/P	KÄ	*
• Förekomst (registrering) av specifik diagnos	4	P	KÄ	*
• Funktionsskattning med GAF-instrument – andelen patienter som mätts med GAF de senaste 12 månaderna	5	P	KÄ	*
• Registrering i kvalitetsregister – andel patienter som registrerats i RIKSÅT, Bipolär, BUSA och PsykosR	6	P	KÄ	*
Säker hälso- och sjukvård				
• Systematiskt arbete med avvikelserapporter – a) förekomst av en sammanställning av under året lämnade avvikelserapporter b) förekomst av en systematiserad redovisning av åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning per kategori av avvikelserapporter c) förekomst av förvaltningsövergripande instruktion för avvikelshantering	7	P	SÄ	*
• Uppgifter om suicid och suicidförsök – a) antal suicid i befolkningen under mätperioden och andel av dessa som haft vårdkontakt (oavsett specialitet) under viss tid före självmordet b) antal suicid bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin c) antal suicidförsök bland patienter som under mätperioden varit i kontakt med den specialiserade psykiatrin	8	P/R	SÄ/HB	
• Klagomål och deras uppföljning – avseende a) vård och behandling b) bemötande, kommunikation, information c) organisation, regler, resurser d) övrigt	9	P/R	PF/SÄ	*
Patientfokuserad hälso- och sjukvård				
• Patientupplevelse av bemötande vid vårdkontakten	10	P/R	PF	*
• Patientupplevelse av delaktighet vid vårdkontakten	11	P/R	PF	*
• Genomförd brukarrevision	12	P	PF	
Effektiv hälso- och sjukvård				
• Skriftlig vårdplan – förekomsten av skriftlig vårdplan för enskilda patienter	13	P	EF	*
Hälso- och sjukvård i rimlig tid				
• Andel som fått vård inom 90 dagar	14	P	RT	
Jämlik hälso- och sjukvård				
• Kostnader för psykiatrisk vård per 1000 invånare och hälso- och sjukvårdsnämnd	15	S	JÄ	

Kvalitetsindikatorer för allmänmedicin

Kvalitetsindikatorer enligt för allmänmedicinska sektorsrådets arbetsgrupp för kvalitet (ASAK). Fastställd av Primär- och tandvårdsförvaltningen i Västra Götaland, mars 2006.

http://intra.vgregion.se/upload/Pv%20FyrBoDal/Medicinsk%20i%20nfo/Kvalitetsindikatorer_tryck.pdf

2005 påbörjade allmänmedicinska sektorsrådets arbetsgrupp för kvalitet arbetet med att komma fram till och fastställa kvalitetsindikatorer. Ett fåtal kvalitetsindikatorer har valts ut för att spegla den medicinska kvaliteten vid behandling av astma, diabetes, hypertoni, ischemisk kärlsjukdom och KOL. Våren 2006 beslutade Primär- och tandvårdsförvaltningen att dessa ska gälla för alla offentliga vårdcentraler.

Diagnossättning

- Andelen diagnossatta läkarbesök

Medicinska kvalitetsindikatorer

För alla patientgrupper

- rökning – röker/röker ej, registreras varje gång patienten tillfrågas, minst 1 gång/år
- vikt – vikt i kg, registreras varje gång patienten vägs, minst 1 gång/år
- längd – registreras varje gång patienten mäts

För diabetes dessutom

- blodtryck – mm Hg, registreras varje gång blodtryck tas, minst 1 gång/år
- BMI – beräknas från längd och vikt
- HbA1c
- lipider – lipidhalt i mmol för respektive prov - kolesterol, LDL-kolesterol, triglycerider

För hypertoni dessutom

- blodtryck - mm Hg, registreras varje gång blodtryck tas, minst 1 gång/år
- BMI - beräknas från längd och vikt
- lipider - lipidhalt i mmol för respektive prov - kolesterol, LDL-kolesterol, triglycerider

För hjärt-kärlsjukdom dessutom

- blodtryck - mm Hg, registreras varje gång blodtryck tas, minst 1 gång/år
- BMI - beräknas från längd och vikt
- lipider - lipidhalt i mmol för respektive prov - kolesterol, LDL-kolesterol, triglycerider
- midja – i cm, registreras vid varje mätning, minst 1 gång/år

För astma och KOL dessutom

- spirometri – utförd/ej utförd

Nationell och regional vårdgaranti - regional uppföljning av väntetider i vården

Utvidgade regionala uppföljningen av nationella uppföljningen. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen.

Primärvård - telefontillgänglighet

- Andel besvarade samtal per vårdcentral/motsv

Primärvård - besöksgaranti

- Andel patienter som fick komma på läkarbesök i primärvården inom 7 dagar

Specialiserad vård - besöksgaranti

- Totalt antal väntande patienter till första besök
- Antal väntande patienter till första besök med en väntetid längre än 90 dagar
- Antal väntande patienter till första besök med en väntetid mindre än 90 dagar
- Antal patienter som väntar av medicinska skäl
- Antal patienter som valt att avstå vårdgarantin och väntat mindre än 180 dagar
- Antal patienter som valt att avstå vårdgarantin och väntat mer än 180 dagar
- Köproduktionskvot (täljare: antal väntande patienter till förstabesök, nämnare: föregående års "årsproduktion" förstabesök)
- Antal utförda förstabesök, ackumulerat från 1:e januari

Barn- och ungdomspsykiatri – väntetid till första besök högst 30 dagar

- Antal väntande till första besök med en väntetid mindre än 30 dagar
- Antal väntande till första besök med en väntetid längre än 30 dagar
- Antal patienter som väntar av medicinska skäl
- Antal patienter som valt att avstå vårdgarantin och väntat mindre än 180 dagar
- Antal patienter som valt att avstå vårdgarantin och väntat mer än 180 dagar
- Totalt antal väntande
- Antal utförda förstabesök, ackumulerat från 1:e januari

Neuropsykiatrisk utredning

- Totalt antal väntande patienter till utredning
- Antal väntande patienter till utredning med en väntetid längre än 90 dagar
- Antal utförda utredningar

Specialiserad vård - behandlingsgaranti

- Totalt antal väntande patienter till behandling
- Antal patienter som väntat 91-180 dagar
- Antal patienter som väntat mer än 180 dagar
- Antal väntande mindre än 90 dagar
- Antal patienter som väntar av medicinska skäl
- Antal pat. som valt att avstå vårdgarantin och väntat mindre än 180 dagar
- Antal pat. som valt att avstå vårdgarantin och väntat mer än 180 dagar
- Köproduktionskvot (täljare: antal väntande patienter till behandling, nämnare: föregående års "årsproduktion" behandlingar)

"God hushållning" - uppföljning av läkemedelsförskrivningen 2008

"God hushållning" - uppföljning av läkemedelsförskrivningen 2008. Läkemedelsenheten, november 2007.

<http://epi.vgregion.se/upload/Läkemedel/REVIDERING%20God%20hushållning%202007ver%20III.doc>

Dokumentet avseende mätetal för 2008 läggs ut på regionens hemsida vid årsskiftet 2007/2008. Dessförinnan redovisas mätetalen för år 2007 på hemsidan.

Läkemedelsenheten följer kvartalsvis upp läkemedelsförskrivningen i relation till läkemedelskommittéernas rekommendationer.

Nedan redovisas mätetal för 2008.

Nr Mått Område Vald

- Andelen omeprazol i % av totala förskrivningen av protonpumpshämmare mätt i DDD
- Andelen simvastatin i % av totala förskrivningen av statiner mätt i DDD.
- Andelen Metformin av totala mängden perorala diabetesmedel, avser patienter < 70 år
- Andel kinoloner av UVI-antibiotika, kvinnor, mål < 10 %
- Andel Selexid och Furadantin av UVI- antibiotika, kvinnor, mål 80 %

*
*
*

Budgetuppföljning för hälso- och sjukvård i VGRs koncernrapporteringssystem

Prioriterade mål för "hälso- och sjukvård" samt "främjande och förebyggande", 2007

Västra Götalandsregionens budget 2007 med flerårsplaner 2008-2009

<http://intra.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget%2007.pdf>

Nr Mått Område Vald

Hälso- och sjukvård

- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården ska öka
- Tillgängligheten till primärvården ska öka
- Andelen invånare som har fast läkarkontakt ska öka
- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till vård av psykiatrisk sjukdom och för att motverka psykisk ohälsa ska öka
- Väntetider till barn- och ungdomspsykiatri ska kortas
- Tillgång till beteendevetenskaplig kompetens ska erbjudas genom varje vårdcentral
- Alla ungdomar ska under sitt sista år inom den fria barn- och ungdomsvården erbjudas friskvård
- Alla patienter ska erbjudas vård inom de fastställda garantitiderna
- De regiongemensamma prioriteringarna ska vara tillgängliga för invånare i Västra Götaland och vara allmänt kända i hela regionens sjukvårdsorganisation

Nr Mått Område Vald

- Minst 90 procent av samtalen till sjukvårdsrådgivningen ska besvaras inom 3 minuter

Främjande och förebyggande

- Drog- och alkoholmissbruket bland unga ska minska
- Förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar bland unga ska minska
- Fler av regionens sjukhus ska bli Hälsofrämjande sjukhus
- Tillgången till dietister vid vårdcentraler ska öka

Prioriterade mål för "hälso- och sjukvård" samt "främjande och förebyggande", 2008

Västra Götalandsregionens budget 2008 med flerårsplaner 2009-2010.

http://intra.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget08_1,3mb.pdf

Nr Mått Område Vald

Hälso- och sjukvård

- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården ska öka
- Tillgängligheten till primärvården ska öka
- Alla invånare som vill ha fast läkarkontakt ska kunna få det
- Andelen av hälso- och sjukvårdens resurser till vård av psykiatrisk sjukdom och för att motverka psykisk ohälsa ska öka
- Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri ska vara hög för såväl besök, utredning som behandling, oavsett var man bor i Västra Götaland
- Ungdomsmottagningar ska förstärkas med ytterligare psykosocial kompetens och psykiatrisk konsultmedverkan
- Alla patienter ska erbjudas vård inom de fastställda garantitiderna
- Minst 90 procent av samtalen till sjukvårdsrådgivningen ska besvaras inom 3 minuter
- Öppettiderna i primärvården ska i ökad utsträckning förläggas för mesta möjliga tillgänglighet för medborgarna
- Patienten ska få ett snabbt omhändertagande vid sjukhusens akutmottagningar

Främjande och förebyggande

- Missbruk av alkohol, tobak och andra droger bland unga ska minska
- Förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar bland unga ska minska
- Antalet självmord och självmordsförsök ska minska
- Tillgången till geriatrisk- och äldrekompetens inom primärvården ska öka

Strategisk inriktning för verksamhetens utveckling och inriktning på några års sikt, 2008

Västra Götalandsregionens budget 2008 med flerårsplaner 2009-2010.

http://intra.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget08_1,3mb.pdf

Nr Mått Område Vald

Hälso- och sjukvård

- En större del av patienternas vårdbehov ska tillgodoses i den nära vården - 80 procent av sjukvårdskontakterna ska ske i den nära vården
- Att ta hand om akuta och svåra sjukdomstillstånd är sjukvårdens grundläggande uppgift och ska ständigt säkerställas
- Sjukvården i Västra Götaland ska vara lättillgänglig och köfri
- Västra Götalands invånare ska ha bäst utveckling av psykisk hälsa i Sverige

Främja hälsa och förebygga sjukdom

- Folkhälsoarbetet ska främja hälsan så att livsstilsrelaterade sjukdomar minskar

Nyckeltal för hälso- och sjukvård i budgetuppföljning 2007

Ekonomi-, personal- och verksamhetsinfo. Nr 1/2007. Anvisningar till månads- och delårsrapporter 2007. Västra Götalandsregionen, Regionkansliet,

<http://intra.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/EPV%20nr%201%202007%20Rapporteringsanvisningar%20hela.pdf>

I regionens "Anvisningar till månads- och delårsrapporter" (Nr 1/2007, 2007-01-03) finns nyckeltal för ekonomiskt-, process- och medarbetarperspektiv. Vidare nämns att en grundstruktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet har lagts fast i åtta olika områden (se ovan om "Övergripande uppföljningsmodell SLL") och att uppföljningsstrukturen under 2007 kommer att konkretiseras genom att olika indikatorer tas fram. Några sådana indikatorer att ingå i den löpande budgetuppföljningen har inte presenterats för 2007.

Nr Mått Område Vald

Ekonomiskt perspektiv

- Ackumulerat resultat för perioden
- Produktionskostnad – resultat exkl. inom- och utomregional vårdersättning/kapitation

Processperspektiv

- Antal sammanvägda prestationer, sjukhus (sammanvägning av DRG-poäng)
- Antal patientkontakter, primärvård

Medarbetarperspektiv

- Antal anställda, månads- och timavlönade
- Antal utförda timmar i relation till totala antalet timmar
- Antal sjukfrånvarotimmar i relation till totala antalet timmar, exkl mertid övertid, jour/beredskap

Nyckeltal för hälso- och sjukvård - Hur utvecklas hälso- och sjukvården

Hur utvecklas hälso- och sjukvården i Västra Götaland? Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten.

A Erlingsdotter-Wass.

http://www.vgregion.se/vgrtemplates/Start_____43859.aspx

Hälso- och sjukvårdsavdelningen redovisar sedan år 2004 månatliga rapporter med nyckeltal för hälso- och sjukvården i regionen avseende vårdkonsumtion, ekonomi, läkemedel och personal. Rapporterna riktar sig till hälso- och sjukvårdsutskottet, hälso- och sjukvårdskanslier, utförareförvaltningar med flera intressenter.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
Vårdkonsumtion - sluten vård				
• Vård dagar psykiatri resp. DRG-poäng (inomregional och offentlig vård) per 1000 invånare. Rullande medelvärden och faktiskt utfall	1			
Vårdkonsumtion - öppenvård				
• Besök inom primärvård och specialiserad vård (inomregional, offentlig och privat vård) per 1000 invånare. Rullande medelvärden och faktiskt utfall. Besöken omfattar samtliga besök, d v s läkarbesök och sjukvårdande behandling.	2			
Vårdkonsumtion - förändring utfall mot beställning				
• Ackumulerade prestationer avseende inomregionala offentliga sjukhus. Procentuell förändring jämfört med föregående år och gentemot budget av DRG-poäng inkl. högspecialiserad vård, vård dagar psykiatri, respektive besök i öppen vård	3			
Vårdproduktion - sammanvägda prestationer sjukhus				
• Utfall och budgeterad produktion offentliga sjukhus per månad. Rullande medelvärden.	4			
Vårdproduktion - antal besök primärvård				
• Utfall och budgeterad produktion offentlig primärvård per månad. Rullande medelvärden. Besöken omfattar samtliga besök, d v s läkarbesök och sjukvårdande behandlingar (ej specialistbesök inom primärvård)	5			
Vårdproduktion - förändring årets utfall mot föregående års utfall				
• Procentuell förändring jämfört med föregående år av ackumulerade sammanvägda prestationer offentliga sjukhus samt besök offentlig primärvård	6			
Ekonomi - resultat för hälso- och sjukvård				
• Hälso- och sjukvårdens ackumulerade utfall jämfört med ackumulerad budget	7.1			
• Resultatavvikelse ackumulerad (mkr) för hälso- och sjukvård	7.2			
• Bruttokostnadsutveckling samt utveckling regionbidrag och statsbidrag för hälso- och sjukvård	8			
Läkemedel				
• Recept- och rekvisitionsläkemedel - relativ förändring av regionens respektive rikets kostnader för läkemedel. (Rullande 12 månaders, recept och rekvisition)	9			

Nr Mått Område Vald

Personal

- Procentuell förändring av antal anställda och årsarbetare. Aktuella uppgifter jämfört med uppgifter ett år tidigare. 10.1
- Antal anställda och årsarbetare inom hälso- och sjukvård vid sjukhus, inom primärvård och tandvård, respektive inom handikappverksamhet. Aktuella uppgifter jämförs med uppgifter ett år tidigare. 10.2

Regionala nyckeltal för psykiatri

Nyckeltal psykiatri, inomregional länssjukvård utfall 2005&2006. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten, oktober 2007, Dnr RSK 643-2007.

Detaljbudgeten för 2007 anger att produktivitets- och nyckeltal ska tas fram för både den slutna och den öppna psykiatri i Västra Götaland. Samtliga nyckeltal redovisas en gång per år medan konsumtion av öppen- och sluten vård per sjukhus och total förändring för öppen- och sluten psykiatrisk vård rapporteras ytterligare 2 gånger per år.

Nr Mått Område Vald

Konsumtion öppen vård per sjukhus

- Vuxenpsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal läkarbesök per år och sjukhus
- Vuxenpsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal övriga besök per år och sjukhus
- Barn- och ungdomspsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal läkarbesök per år och sjukhus
- Barn- och ungdomspsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal övriga besök per år och sjukhus

Konsumtion sluten vård per sjukhus

- Vuxenpsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal inskrivningar per år och sjukhus
- Vuxenpsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal vård dagar per år och sjukhus
- Barn- och ungdomspsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal inskrivningar per år och sjukhus
- Barn- och ungdomspsykiatri (inomregional offentlig sjukhusvård), antal vård dagar per år och sjukhus

Konsumtion - förändring jämfört med föregående år

- Procentuell förändring av konsumtion av psykiatrisk sluten vård (inomregional offentlig sjukhusvård, Vuxenpsykiatri resp. Barn- och ungdomspsykiatri) jfr. med föregående år
- Procentuell förändring av konsumtion av psykiatrisk öppen vård (inomregional offentlig sjukhusvård, Vuxenpsykiatri resp. Barn- och ungdomspsykiatri) jfr. med föregående år

Konsumtion - utfall jämfört med beställning

- Inomregional offentlig psykiatrisk sjukhusvård, antal sammanvägda prestationer (vårdkontakter. 2,23 besök räknas som en vård dag) per månad enligt beställning resp. utfall

Konsumtion - utfall jämfört med föregående år och med beställning

- Inomregional offentlig psykiatrisk sjukhusvård, antal sammanvägda prestationer (vårdkontakter. 2,23 besök räknas som

Nr Mått Område Vald

en vård dag) per år enligt beställning resp. utfall

- Inomregional offentlig psykiatrisk sjukhusvård, antal besök per år enligt beställning resp. utfall
- Inomregional offentlig psykiatrisk sjukhusvård, antal vård dagar per år enligt beställning resp. utfall

Konsumtion offentlig och privat psykiatrisk länssjukvård per HSN

- Antal läkarbesök per 1000 inv. per år och per hälso- och sjukvårdsnämnd
- Antal övriga besök per 1000 inv. per år och per hälso- och sjukvårdsnämnd
- Antal vårdtillfällen per 1000 inv. per år och per hälso- och sjukvårdsnämnd
- Antal vård dagar per 1000 inv. per år och per hälso- och sjukvårdsnämnd
- Antal sammanvägda prestationer (vårdkontakter. 2,23 besök räknas som en vård dag) per 1000 inv. per år och per hälso- och sjukvårdsnämnd

Läkemedel - psykofarmaka

- Definierade dygnsdoser (DDD) psykofarmaka per 1000 inv. och år per hälso- och sjukvårdsnämnd
- Definierade dygnsdoser (DDD) psykofarmaka per 1000 inv. och år per hälso- och sjukvårdsnämnd uppdelat per fem läkemedelsgrupper (N06B psykostimulantia, N06A antidepressiva, N05C sömnmedel och lugnande medel, N05B lugnande medel, ataraktika, N05A neuroleptika)
- Andel förskrivna definierade dygnsdoser (DDD) psykofarmaka per tre kategorier av utförare (offentlig primärvård, offentliga sjukhus resp. övriga) för resp. hälso- och sjukvårdsnämnd

Nyckeltal vid jämförelser VGR-SLL-Region Skåne

Analys/Kommentarer till nyckeltal - Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten. A Karlsson, M Förars 2007-03-15.

Sedan år 2005 finns ett samarbete etablerat med Stockholms Läns Landsting (SLL) och Region Skåne angående nyckeltal för hälso- och sjukvård avseende verksamhet, ekonomi och personal. I den senaste rapporten, som redovisades 2007-03-15, jämförs utfall per april, augusti och december avseende år 2006 med utfall per motsvarande perioder år 2005. Region Skånes modell för beräkning av "produktionsmixpoäng" används för samtliga tre sjukvårdshuvudmän.

Nr Mått Område Vald

Verksamhet

- Produktionsmixpoäng (offentliga vårdgivare, inom- och utomregional vård)
- Konsumtionsmixpoäng (offentliga o privata vårdgivare, inom- och utomregional vård)

Ekonomi

- Bruttokostnadsutveckling
- Läkemedelskostnadsutveckling (recept och rekvisitionsläkemedel)

Nr Mått Område Vald

- Läke-medelskostnad (recept och rekvisitionsläkemedel) per invånare

Personal

- Lönekostnadsutveckling
- Årsarbetare (timanställda ingår inte)

Nyckeltal för att beskriva och följa hälsoutvecklingen (Folkhälsokommittén)

PM om "Nyckeltalsuppdraget" som diskussionsunderlag vid Folkhälsokommitténs möte 31 maj 2007.

Folkhälsokommitténs kansli, 2007-05-24.

Folkhälsokommittén har regionfullmäktiges uppdrag (budget 2007 med flerårsplaner 2008-2009) att "ta fram nyckeltal för att beskriva och följa hälsoutvecklingen i Västra Götaland." I en promemoria med anledning av uppdraget diskuteras begreppet nyckeltal och illustreras problematiken med dess användning inom folkhälsoarbetet bl. a. utifrån resonemang om vad tre nyckeltal säger om befolkningens hälsotillstånd. De tre indikatorer som valts för att belysa hälsoutvecklingen i Västra Götalandsregionen är hämtade från den sammanställning av indikatorer som gjordes för att belysa utvecklingen i Västra Götalandsregionen i ett hållbarhetsperspektiv (Hållbar utveckling i Västra Götaland. Utveckling - Utvecklingsarbete - Framtid. Regionrapport 2006. Rapport Tillväxt och Utveckling 2007:1.). Promemorian 2007-05-24 behandlades som informationsärende i Folkhälsokommittén 2007-05-31.

Nr Mått Område Vald

Registerdata

- Återstående medellivslängd hos nyfödda
- Ohälsotal per invånare i åldersgruppen 16-64 år

Enkätdata

- Självskattad hälsa för invånare i åldersgruppen 16-84 år

Verksamhetsanalysrapporten 2006

Verksamhetsanalysrapporten 2006. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten. Dnr RSK 391-2007
Åtgärder med anledning av Verksamhetsanalysrapporten 2006. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Analysenheten. Dnr RSK 391:7-2007

Verksamhetsanalysen innehåller ett stort antal indikatorer (ca. 200) . Nedan förtecknas endast de som valts att ingå i den regionala förteckningen inklusive de fem kvalitetsindikatorer vilka tagits fram som lämpade för målrelaterad ersättning (anges i kursiv stil nedan).

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• <i>Andel patienter med stroke som rapporterats till det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke och andel patienter rapporterats till det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke där data från uppföljning efter tre månader registrerats</i>				
• <i>Väntetid till operation av höftfraktur</i>				
• <i>Reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning</i>				
• <i>Andel av patienter med tre hemodialysbehandlingar per vecka som uppnår behandlingsmålet sänkning av urinämne i blod med mer än 70%</i>				*
• <i>Andel patienter med diabetes som rapporterats till det nationella diabetesregistret inom primärvård</i>				*
• <i>Andel diabetiker som uppnår behandlingsmål total kolesterol <= 4,5 mmol/l.</i>				*
• <i>Andel strokepatienter (hjärntinfarkt) med förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlas med antikoagulantia i tablettform.</i>				*
• <i>Andel behandlade enligt riktlinjer för lipidsänkare efter hjärtinfarkt. Avser patienter < 80år.</i>				*

Täckningsgrad i nationella kvalitetsregister

Medverkan i nationella kvalitetsregister, RSK 126-2007.

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/Analys/Rapporter/2007/MEDVERKAN%20KVALITESREG.pdf>

Regionen har i samarbete med de medicinska sektorsråden tagit fram en förteckning över kvalitetsregister där ett generellt deltagande kan rekommenderas. Hälso- och sjukvårdsutskottet har beslutat att berörda verksamheter skall delta fullt ut i de kvalitetsregister som rekommenderats. Därmed kan deltagandegraden följas upp som ett kvalitetsmått.

	<u>Nr</u>	<u>Mått</u>	<u>Område</u>	<u>Vald</u>
• Täckningsgrad för relevanta nationella kvalitetsregister.				*