

# **Regionala måltal för utvalda indikatorer**

Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Analysenheten mars 2009  
Dnr RSK 150-2008

Denna rapport är den andra upplagan av en regional förteckning över indikatorer med regiongemensamma måltal.

Inom Västra Götalandsregionens somatiska sjukhusvård har målrelaterad ersättning använts sedan 2005. Numera ingår den även i de ersättningsmodeller som tillämpas för primärvård, psykiatrisk sjukhusvård och handikappverksamhet. Hittills har målrelaterad ersättning utgjort en liten del av den totala ersättningssumman, såväl i Västra Götalandsregionen som i andra landsting och regioner. Hälso- och sjukvårdsutskottet har uttalat att denna typ av ersättning bör användas allt mer för att få de styrningseffekter som eftersträvas. Regionstyrelsen har senare beslutat att den målrelaterade ersättningens andel av totalersättningen successivt ska höjas fram till år 2010 till minst 3 procent av den totala ersättningen (RSK 270-2005).

Under 2008 gjordes en uppföljning av målrelaterad ersättning i sjukhusvård och primärvård (RSK 242-2008). I rapporten konstaterades att det är önskvärt med en bättre regional samordning vilket kan uppnås genom att bygga en grund med ett antal regiongemensamma indikatorer och måltal, som tillämpas över ett antal år. Samtidigt påpekades vikten av att det finns möjlighet att komplettera med lokala indikatorer och måltal, bland annat i de fall då det finns tydliga brister i ett enskilt område.

## **Bakgrund och uppdrag**

I rapporten - "Hur ska den målrelaterade ersättningen utvecklas?" (RSK 270-2005) fastslås att målrelaterad ersättning med inriktning mot medicinsk kvalitet och patientsäkerhet i första hand ska utgå från regionalt fastställda målnivåer. I "Regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i Västra Götaland" (RSK 698-2006) - ges Hälso- och sjukvårdsavdelningen i uppdrag att ta fram regiongemensamma måltal för utvalda indikatorer vilket gjordes första gången mars 2008. Den fortsatta hanteringen utgår från regionens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I detta slås fast att en berednings- och beslutsprocess skall tas fram för framtida val och revideringar av regiongemensamma indikatorer. En sådan har fastställts under hösten 2008 och utgör grund för det fortsatta arbetet.

## **Ärendets beredning**

Arbetet har utgått från Analysenheten, hälso- och sjukvårdsavdelningen och arbetsgruppen har utgjorts av Staffan Björck (sammanställande), Kristina Narbro, Jan Maesel, Lillemor Bergman och Jarl Torgerson från Hälso- och sjukvårdsavdelningen samt Anette Ohlin-Johansson, Nina Hautanen, Marie-Louise Lövfberg, Lena Olsson/Anita Larsson från hälso- och sjukvårdskanslierna. En remissversion har distribuerats för synpunkter till direktörer vid sjukhus, primärvårdsområden och hälso- och sjukvårdskanslier liksom berörda sektorsråd. Inkomna synpunkter har vägts in i dokumentet.

## Överväganden

I föregående rapport presenterades åtta indikatorer som lämpliga för målrelaterad ersättning. I denna rapport har 23 indikatorer och förslag till måltal tagits fram. Urvalet baseras på principer som ges i de ovan nämnda rapporterna. Indikatorer och måltal för primärvård hanteras i särskilt projekt inom VG-primärvård. Måltal för tillgänglighet-vårdgarantin hanteras på annat sätt och har inte heller tagits med i denna förteckning.

I första hand avses måltalen, där så är tillämpligt, gälla för utfall under ett helt år. Flera av indikatorerna är dock möjliga att redovisa vid flera tillfällen under ett år.

Var nivån - själva måltalet för den målrelaterade ersättningen skall läggas beskrivs i rapporten - "Hur skall den målrelaterade ersättningen utvecklas (RSK 270-2005)". I denna förordas att målnivån utgår från evidensbaserad kunskap men att tillgång till sådant underlag är varierande. Vid den praktiska tillämpningen har skett en avvägning mellan flera aspekter t.ex.:

- Av professionellt medicinska skäl kan det finnas anledning att lägga måltalet högt. T.ex. kan man ha som mål att alla patienter skall ha en viss behandling.
- I praktiken är det ofta inte medicinskt möjligt att behandla alla patienter enligt riktlinjer och vårdprogram. Vissa patienter kan vara överkänsliga för en medicin, vill avstå från en viss medicin eller ha andra tillstånd som gör behandlingen olämplig. Ett annat exempel är att alla patienter inte kan opereras för höftfraktur under det första dygnet, av medicinska skäl. I allmänhet saknas nationella professionella bedömningar av en rimlighetsnivå som kan tillämpas. Ett undantag är indikatorer i riks-HIA vilket diskuteras nedan.
- Mätmetoder har oftast en inbyggd osäkerhet och den statistiska osäkerheten i resultat som kan ha relevans på landstingsnivå kan vara svåra att uppnå på små enheter. Enstaka patienter kan där ha betydande påverkan på utfallet. Det kan bli så att man inte når måltalet för en viss behandling trots att alla patienter, där det är medicinskt möjligt, ges behandling
- Vilket som är lämpligaste nivå för att stimulera till förbättring utifrån den faktiska nivån en verksamhet uppnår idag. Här kan vägas in om målet i realiteten är möjligt att uppnå. Målet kan med tiden justeras upp för led till ytterligare förbättring.
- Tidigare användning av en indikator för målrelaterad ersättning kan ge erfarenheter att basera en högre ambitionsnivå på.

Rent allmänt innebär de måltal som valts att VGR skulle ha en nationellt ledande ställning om alla enheter uppnår förskrivna måltal.

Genusperspektivet kan bevakas genom att resultat könsuppdelas för att förvissa sig om att båda könen uppnår måltal. Arbetsgruppen har valt att inte föreslå separata måltal för män och kvinnor. Det kan ofta få orimliga konsekvenser såvida det inte finns medicinska skäl till olika måltal vilket inte gäller i vårt urval. Det görs t.ex. kranskärlsröntgen efter hjärtinfarkt i mindre utsträckning bland kvinnor än män men det finns av det skälet ingen anledning att ha olika mål för något kön. Däremot kan man använda ersättningssystemet för att stimulera måluppfyllelse om man observerat särskilda brister för något kön. Vid könsuppdelning av data måste beaktas att detta ytterligare ökar den statistiska osäkerheten. Detta kan tala emot att koppla ersättning för måluppfyllelse för respektive kön alternativt att man tar hänsyn till detta genom anpassning av nivån på måltalet.

I de flesta fall är måttalet nära riksgenomsnitt. Ett skäl till detta är att Hälso- och sjukvårdsutskottet uttalat att alla verksamheter skall uppnå minst riksgenomsnitt för indikatorerna i Öppna Jämförelser. För indikatorer från Riks-HIA har som måttal oftast använts den nivå som ger poäng i registrets kvalitetsindex. Denna nivå är unik i den mening att den är satt utifrån en professionell bedömning av önskvärd nivå. I vissa andra fall har måttal baserats på faktisk måluppfyllelse hos enskilda enheter enligt tidigare uppföljningar, för att driva en utveckling. I ett senare skede kan måttalen eventuellt justeras upp. Ett exempel på detta är blodförtunnade behandling efter stroke med förmaksflimmer där måttalet är satt till 33 % trots att riks-stroke anger att nivån bör ligga kring 40-60 %. En vanlig, och adekvat, behandlingsprincip är dock att avvakta med waranbehandling tills den akuta fasen läkt och inleda behandling senare i primärvården vilket ger låg måluppfyllelse i riksstroke. Det gör att faktiskt behandlade i verkligheten är betydligt högre än vad som kan mätas i riksstroke vilket kan framgå av analyser från läkemedelsregistret. Det registret får dock inte användas för uppföljning på enhetsnivå. Det aktuella måttalet är satt till riksgenomsnitt för att stimulera ökad behandling på de enheter som har klart avvikande låg användning. Slutligen har vissa måttal valts utifrån en allmän rimlighetsbedömning.

Följande överväganden för val av indikatorer förtjänar särskilt att nämnas

- Relevans och mätbarhet av indikatorerna har vägt tyngre än att indikatorerna skall fördelas över skilda kvalitetsområden. I urvalet har eftersträvat indikatorer som redan har använts i olika sammanhang från den regionala indikatorförteckningen
- Förteckningen har en övervikt av internmedicinska indikatorer och måttal från icke-opererande specialiteter. Om ersättning baseras på dessa innebär det att ansvaret för intäkter via dessa mått till stor del vilar på invärtesmedicinska specialiteter. Detta är olyckligt men är en effekt av tillgången på beprövade indikatorer vilket visat sig också i andra sammanhang, t.ex. Öppna Jämförelser.
- De valda indikatorerna är sådana att verksamheterna själva bör ha goda möjligheter att följa sina resultat under året för att undvika överraskningar när årsresultat sammanställs.
- Indikatorer och måttal för primärvård hanteras i en särskild process under införandet av VG-primärvård. Avstämningar har gjorts underhand med detta arbete. Det är möjligt att det kan ske en sam-publicering i kommande versioner av denna förteckning.

Det finns medvetna skillnader för redovisningsnivå. För vissa indikatorer föreslås redovisning för geografiskt avgränsad enhet, t.ex. Lidköpings sjukhus istället för SkaS sammantaget, för att föra redovisningen nära dem som ansvarar för resultatet. För andra gäller redovisning för sjukhusgrupp framförallt där en fördelning av sjukdomar med olika svårighetsgrad sker mellan enheter inom en förvaltning. T. ex är väntetid för operation för höftfraktur meningsfull att redovisa per geografisk enhet medan andra måttal passar bättre för hela förvaltningen.

## Synpunkter på praktisk tillämpning

Den praktiska tillämpningen av de gemensamma måttalen är inte självklar utan användningen fordrar flera överväganden. I rapporten "Hur ska den målrelaterade ersättningen utvecklas?" förs resonemang kring användningen och ges flera förslag till praktisk tillämpning. I rapporten förordas lokalt bestämda ersättningsnivåer och beställare och utförare har en rad

olika modeller att välja emellan vilket exemplifieras. I rapporten används begrepp som basal nivå och miniminivå samt även högre nivåer för att ge incitament även till väl presterande enheter, för tillämpning i det lokala arbetet.

En viktig punkt är att det kan innebära nackdelar när full ersättning utgår enbart om målvärdet uppnås. Den biologiska variationen är så stor att sådana modeller kan passa dåligt för sjukvård. Det kan vara fördelaktigt om den målrelaterade ersättningen premierar olika kvalitetsnivåer. Detta kan uppnås genom en ersättningstrappa med ersättning som faller ut vid olika nivåer där det regionala måltalet är en utgångspunkt och den aktuella måluppfyllelsen en annan. Ett alternativ är att tillämpa relativa målnivåer, vilket innebär att varje enhet uppstår målrelaterad ersättning för förbättring utifrån sitt eget utgångsläge och inte för en absolut målnivå.

En annan synpunkt är att det kan slumpa sig så att en enhet faktiskt inte kan uppnå ett mål därför att antalet patienter, som inte är lämpade för en behandling, blir stort. Detta gäller särskilt små enheter. Det förefaller rimligt att måltalet i sådana fall skall kunna justeras om enheten verkligen kan visa att det finns opåverkbara faktorer som leder till bristande måluppfyllelse. Ett annat alternativ är att inte tillämpa måltalet vid så små enheter.

## **Fortsatt arbete**

Denna förteckning planeras att uppdateras i enlighet med "Berednings- och beslutsprocess för framtida val och revideringar av regiongemensamma indikatorer samt regionala måltal" (RSK 644-2008). Under året planeras en ny utvärdering av tillämpningen av målrelaterad ersättning i regionen. Inom arbetet med VG-primärvård tas fram regionala indikatorer och måltal för målrelaterad ersättning. Den fortsatta hanteringen av dessa är inte fastställd.

## Indikatorer med måltal

	indikator	måltal	Med i föregående rapport	
1.	Diabetes	Andel diabetespatienter, debut < 30 år med HbA1c < 6,0%.	≥ 21 %	
2.	Diabetes	Andel diabetespatienter, debut < 30 år blodtryck ≤ 130/80.	≥ 65 %	
3.	Diabetes	Andel diabetespatienter, debut < 30 år kolesterol ≤ 4,5.	≥ 41 %	
4.	Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning	≥ 77 %	X med måltal 70
5.	Hjärtsjukvård	Andel som får lipidsänkare efter hjärtinfarkt	≥ 91 %	X med annan definition
6.	Hjärtsjukvård	Andel kranskärlsröntgade vid icke-ST-höjningsinfarkt	≥ 76%	
7.	Hjärtsjukvård	Clopidogrel vid utskrivning vid icke-ST-höjningsinfarkt.	≥ 85 %	
8.	Hjärtsjukvård	ACE-hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt.	≥ 85 %	
9.	Njursjukvård	Andel bloddialyspatienter med AV-fistel eller AV-graft	≥ 60 %	
10.	Njursjukvård	Hemodialys, andel som uppnår behandlingsmål	≥ 80 %	X med annan definition
11.	Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel < 24 tim	≥ 60 %	X
12.	Ortopedi	Täckningsgrad, Riks-Höft	≥ 85 %	X
13.	Stroke	Täckningsgrad Riks-Stroke	≥ 90 %	X
14.	Stroke	Blodförtunnande behandling efter stroke med förmaksflimmer	≥ 33 %	
15.	Stroke	Vård vid strokeenhet	≥ 85 %	
16.	Bräckkirurgi	Relativ risk för omoperation inom 5 år efter ljumskbräcksoperation,.	< 1,3	
17.	Intensivvård	Andel intensivvårdsvårdtillfällen registrerade i Svenskt intensivvårdsregister	≥ 75 %	
18.	Neurologi	Andel patienter med MS som registrerats i Svenskt MS register	≥ 75 %	
19.	Reumatologi	Andel patienter med RA som registrerats i svenskt RA-register	≥ 75 %	
20.	Öron/näs/hals	Anslutningsgrad ÖNH-registret. Septumplastik och tonsillektomi	≥ 75 %	
21.	Gynekologi	Andel av operationer för benign hysterektomi som	≥ 75 %	

---

registrerats i gynopregistret

22. Psykiatri	Andel diagnossatta läkarbesök och vårdtillfällen, VUP och BUP	≥ 96 %
23. Läkemedel	Andelen omeprazol av protonpumpshämmare, specialiserad vård	≥ 78 %

---

## **Indikatorer och måltal**

### **Indikator 1-3**

**Mått:** Resultatmått från det nationella diabetesregistret (NDR) för sjukhus.

**Beskrivning:** Andel av patienterna som uppnår mål. Källa NDR. Redovisas per geografisk enhet.

**Måltal:** Över riksgenomsnitt 2007.

**Kommentar:** De flesta patienterna omhändertas i primärvården. Indikatorer för primärvården tas fram i annan process. Avser endast patienter med debut < 30 år.

---

### **Indikator 4:**

**Mått:** Reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning eller vänstergrenblock.

**Definition:** Andel av patienter, < 80 år, med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som behandlats med reperfusion. Källa Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

**Måltal:**  $\geq 77$  %.

**Kommentar:** Måtalet motsvarar nivå som ger poäng i riks-HIAs senaste kvalitetsindex.

---

### **Indikator 5:**

**Mått:** Andel av patienter som är behandlade med lipidsänkare efter hjärtinfarkt.

**Definition:** Avser patienter med akut hjärtinfarkt som skrivs ut levande och som är yngre än 80 år. Källa Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

**Måltal:**  $\geq 91$  %

**Kommentar.** Måtalet motsvarar riksgenomsnitt vilket är 1 % över nivå som ger poäng i riks-HIAs senaste kvalitetsindex. Jämfört med förra året avser indikatorn nu alla patienter med hjärtinfarkt, och inte enbart de med hyperkolesterolemi, eftersom det överensstämmer med redovisning i Riks-HIAs årsrapport och Öppna Jämförelser.

---

### **Indikator 6:**

**Mått:** Andel kranskärlsröntgade vid icke-ST-höjningsinfarkt .

**Definition:** Avser patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som skrivs ut levande och som är yngre än 80 år och som har indikation för kranskärlsröntgen. För exakt beskrivning se Öppna Jämförelser eller Riks-HIA kvalitetsindex 2007. Källa Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

**Måltal:**  $\geq 76$  %.

**Kommentar..** Måtalet motsvarar riksgenomsnitt vilket är 1 % över nivå som ger poäng i riks-HIAs senaste kvalitetsindex.

---

### **Indikator 7:**

**Mått:** Andel av patienter som är behandlade med clopidogrel efter icke-ST-höjningsinfarkt.

**Definition:** Avser patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som skrivs ut levande och som är yngre än 80 år. För exakt beskrivning se Öppna Jämförelser eller Riks-HIA kvalitetsindex 2007. Källa Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

**Måltal:**  $\geq 85$  %

**Kommentar.** Måtalet motsvarar nivå som ger poäng i riks-HIAs senaste kvalitetsindex.

---

#### **Indikator 8:**

**Mått:** Andel av patienter som är behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt.

**Definition:** Avser patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som skrivs ut levande och som är yngre än 80 år. För exakt beskrivning se Öppna Jämförelser eller Riks-HIA kvalitetsindex 2007. Källa Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

**Måltal:**  $\geq 85$  % per enhet

**Kommentar.** Måtalet motsvarar nivå som ger poäng i riks-HIAs senaste kvalitetsindex.

---

#### **Indikator 9:**

**Mått:** Andel bloddialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft,

**Definition:** Mått på tillgång till blodbanan vid bloddialys med den bästa tekniken. Avser patienter med kronisk hemodialysbehandling. Källa Svenskt Njurregister. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:**  $\geq 60$  %.

**Kommentar.** Riksgenomsnittet 2007 var 65 %. Lägre nivå har valts eftersom data är en tvärsnittsundersökning vid ett tillfälle och därmed behäftad med stor slumpvariation. Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter (CDK), som har påtagliga nackdelar i form av kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner, men också sämre blodflöden, och därmed försämrade dialyseffektivitet.

---

#### **Indikator 10:**

**Mått:** Andel patienter som når mål (standardiserat Kt/V  $>2$ ) för dialysdos, 2007.

**Definition:** Standardiserat Kt/V, bygger på mått på dialysdos för en enskild dialys, och kompenserar därutöver för antal dialyser per vecka. Avser patienter med kronisk hemodialysbehandling. Källa Svenskt Njurregister. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:**  $\geq 80$  %.

**Kommentar.** Måtalet har satts vid riksgenomsnittet för 2007. Tidigare har använts minskning av urinämne i blod med mer än 70% vid enstaka behandling för de patienter som har tre dialyser per vecka. Eftersom alltför många patienter behandlas med mer individuellt anpassade dialysscheman är det fördelaktigt om bedömningen av dialysdos baseras på den sammantagna veckodosen, snarare än en enskild dialys.

---

#### **Indikator 11:**

**Mått:** Väntetid till operation av höftfraktur.

**Definition:** Andel av patienterna med höftfraktur som opererats inom fastställd tid. Avser samtliga patienter. Nyckeltalet skall beräknas från ankomsttid till sjukhuset och tidpunkt för operation. Källa Riks-Höft. Redovisas per opererande geografisk enhet där denna operationstyp ingår i den ordinarie verksamheten.

**Måltal:**  $\geq 60$ % opererade inom 24 timmar.

**Kommentar:** Samma måltal som föregående år. Det låga måttalet inkluderar att det inte är möjligt eller medicinskt önskvärt att alla patienter opereras inom 24 timmar.

---

**Indikator 12:**

**Mått:** Anslutningsgrad till det nationella kvalitetsregistret för höftfraktur, Riks-Höft.

**Definition:** Den andel av vårdtillfällena för höftfraktur som registrerats i Riks-Höft. Vårdtillfällena för höftfraktur identifieras i den regionala vårddatabasen. Källa Riks-Höft och Vega. Redovisas per opererande geografisk enhet där denna operationstyp ingår i den ordinarie verksamheten.

**Måltal:**  $\geq 85\%$  per opererande enhet.

**Kommentar.** Måttalet satt till en allmän rimlighetsnivå baserat på tidigare täckningsgrad.

---

**Indikator 13:**

**Mått:** Rapportering till det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

**Beskrivning:** Andel av vårdtillfällena för stroke som registrerats i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke. Jämförelsen sker mot samtliga vårdtillfällena i den regionala vårddatabasen som har stroke som förstadiagnos. Källa Riks-Stroke och Vega. Redovisas per geografisk enhet som svarar för akutvård av stroke.

**Måltal:**  $\geq 90\%$ .

**Kommentar:** Måttalet satt till en allmän rimlighetsnivå baserat på tidigare täckningsgrad. Strokevårdtillfällena i den regionala vårddatabasen är vårdtillfällena med ICD-kod I61, I63 eller I64 som förstadiagnos.

---

**Indikator 14:**

**Mått:** Andel patienter med hjärninfarkt och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform.

**Beskrivning:** Andel patienter med hjärninfarkt och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform. Patient som avled inom 7 dagar efter insjuknandet eller under akutskedet är exkluderade.

**Måltal:**  $\geq 33\%$ .

**Kommentar:** Måttalet har satts vid riksgenomsnittet för 2007. Antikoagulantibehandling av patienter med förmaksflimmer och hjärninfarkt minskar avsevärt risken för återinsjuknande. I högre åldrar finns ofta kontraindikationer.

---

**Indikator 15:**

**Mått:** Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet.

**Beskrivning:** Andel av vårdtillfällena för stroke som skett på strokeenhet baserat på data registrerat i Riks-Stroke.

**Måltal:**  $\geq 80\%$

**Kommentar:** Måttalet har satts vid riksgenomsnittet för 2007 (82 %). Resultatet påverkas starkt av anslutningsgraden till Riks-Stroke.

---

---

**Indikator 16:**

**Mått:** Relativ risk för omoperation inom 5 år efter ljumskbråcksoperation för enheter som utför mer än 75 operationer per år

**Beskrivning:** Den relativa risken är ett mått på skillnaden i risk för omoperation av bråck som opererats på respektive sjukhus jämfört med risken vid sjukhus i alla övriga landsting. Källa Svenskt Bråckregister. Redovisas per geografisk enhet som svarar för ljumskbråcksoperationer.

**Måltal:** < 1,3

**Kommentar:** Vissa sjukhus utför få operationer med en hög andel av akuta operationer. Även om registret i sin redovisning korrigerar statistiskt för det blir resultaten osäkra vid låga volymer. Måttet är svårt att påverka snabbt eftersom det bygger på 5-årsrisk. Det som motiverar att indikatorn tas med är att regionen uppvisar resultat under riksgenomsnittet och att resultaten är påverkbara för den enskilda enheten.

---

**Indikator 17:** Andel vårdtillfällen inom intensivvård registrerade i Svenskt intensivvårdsregister (SIR).

**Mått:** Andel vårdtillfällen inom intensivvård som registrerats i SIR.

**Beskrivning:** Källa SIR och sjukhusets egna uppgifter om antal vårdtillfällen inom intensivvård. Redovisas per intensivvårdsenhet.

**Måltal:** ≥ 75 %.

**Kommentar:** Registret innehåller väsentlig information om resultat för patientsäkerhet som t.ex. ventilatorassocierad pneumoni. Det finns stora inomregionala skillnader i anslutningsgrad. Måtalet är satt från en allmän rimlighetsbedömning.

---

**Indikator 18:** Andel patienter med MS som registrerats i Svenskt MS register

**Mått:** Andel patienter med MS som registrerats i Svenskt MS-register av patienter med diagnosen.

**Beskrivning:** Jämförelse sker mot samtliga vårdtillfällen i den regionala vårddatabasen som har MS som förstadiagnos. Källa Svenskt MS-register och Vega. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:** ≥ 75 %.

**Kommentar:** Måtalet är satt från en allmän rimlighetsbedömning.

---

**Indikator 19:** Andel patienter med Reumatoid artrit (RA) som registrerats i Svenskt RA-register.

**Mått:** Andel patienter med RA som registrerats i Svenskt RA-register.

**Beskrivning:** Jämförelse sker mot samtliga vårdtillfällen i den regionala vårddatabasen som har RA som förstadiagnos. Källa Svenskt RA-register och Vega. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:** ≥ 75 %.

**Kommentar:** Måtalet är satt från en allmän rimlighetsbedömning.

---

**Indikator 20:** Andel operationer som registrerats i Svenskt ÖNH-register.

**Mått:** Andel vardera av tonsillektomi- och septumplastikoperationer som registrerats i Svenskt ÖNH register av samtliga dessa operationer

**Beskrivning:** Jämförelse sker mot samtliga dessa operationer i den regionala vårddatabasen. Källa Svenskt ÖNH-register och Vega. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:**  $\geq 75$  %.

**Kommentar:** Svenskt ÖNH-register innehåller moduler för flera sjukdomsgrupper. Som mått på anslutningsgrad har valts två operationstyper där produktionsdata är lätt tillgängliga i den regionala vårddatabasen. Måtalet är satt från en allmän rimlighetsbedömning.

---

**Indikator 21:** Andel operationer som registrerats i Svenska Gyn-op registret.

**Mått:** Andel av operationen hysterektomi för benign sjukdom som registrerats i Svenska Gyn-op registret.

**Beskrivning:** Jämförelse sker mot samtliga dessa operationer i den regionala vårddatabasen. Källa Svenska Gyn-op registret och Vega. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:**  $\geq 75$  %.

**Kommentar:** Svenska Gyn-op registret innehåller moduler för flera sjukdomsgrupper. Som mått på anslutningsgrad har valts en operationstyp där produktionsdata är lätt tillgängliga i den regionala vårddatabasen. Måtalet är satt från en allmän rimlighetsbedömning.

---

**Indikator 22:** Andel diagnossatta läkarbesök och vårdtillfällen, Vuxenpsykiatri och BUP

**Mått:** Andel läkarbesök respektive vårdtillfällen som har diagnossatts i den regionala vårddatabasen.

**Beskrivning:** Källa Vega. Redovisas per förvaltning

**Måltal:**  $\geq 96$  %.

**Kommentar:** Måtalet är satt från en allmän rimlighetsbedömning.

---

**Indikator 23:** Andel omeprazol av alla protonpumpshämmare

**Mått:** Andel omeprazol av alla protonpumpshämmare. Avser specialiserad vård

**Beskrivning:** Källa läkemedelsregistret Xplain. Redovisas per förvaltning.

**Måltal:**  $\geq 78$  %.

**Kommentar:** Måltal satt till genomsnitt för sjukhus i VGR. För mätmetod se "Nyckeltal för verksamhetsuppföljning 2009", Läkemedelsenheten.

---