

Indikatorbilaga 4
– Indikatorbaserad uppföljning
inom patientsäkerhetsområdet

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Innehåll

Indikatorbilaga 4 – Indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet	1
Indikatormall	5
Översikt	8
HAR VÅRDEN VARIT SÄKER?	12
FOKUSOMRÅDE 1	12
Vårdskador, skador och oönskade händelser	12
1. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård	12
2. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri	13
3. Neonatal dödlighet	14
4. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)	15
5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	16
6. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1	17
7. Återinläggning efter förlossning	19
8. Överdödlighet bland vuxna med bipolär sjukdom	20
9. Oönskade händelser efter total höftprotesoperation	21
10. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/protetiska åtgärder	24
Oplanerade återinskrivningar	26
11. Oplanerade återinskrivningar bland äldre	26
12. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning	28
Trycksår	30
13. Patienter med förekomst av trycksår inom slutenvården	30
14. Trycksår hos riskpatienter	31
15. Patienter med förekomst av trycksår inom hemsjukvård och vård och omsorg	32
Vårdrelaterade infektioner	33
16. Vårdrelaterade infektioner	33
17. Patienter med vårdrelaterad infektion (VRI) – journalgranskning	34
18. Vårdrelaterade infektioner i neonatalvård	35
19. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre	36
ÄR VÅRDEN SÄKER HÄR OCH NU?	38
FOKUSOMRÅDE 2	38
Förebyggande arbetssätt	38

20. Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården	38
21. Fallprevention - Höft- och lårfaktur per 1000 personår i kommunal hemsjukvård och SÄBO.....	39
22. Förebyggande åtgärder (fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa)	42
23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.....	43
24. Rutiner för att förebygga försämrat allmäntillstånd	46
25. Mätning av andningsfrekvens i ambulans	47
Läkemedelsgenomgång	48
26. Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång (äldreomsorg)	48
27. Rutiner för samverkan vid fördjupad läkemedelsgenomgång	49
28. Läkemedelsgenomgångar hos äldre	51
Teambaserad vård	53
29. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada	53
30. Multidisciplinär konferens vid lungcancer.....	54
31. Brytpunktssamtal	55
32. Användning av checklista för säker operation.	56
33. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	57
34. Reperfusionbehandling vid akut ischemisk stroke	58
Antibiotikaanvändning.....	60
35. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård	60
36. Antibiotikaanvändning i tandvården	61
PREM	62
37. Kontinuitet och koordinering (PREM)	62
38. Delaktighet och involvering (PREM)	64
FOKUSOMRÅDE 3	65
Överbeläggningar och utlokaliseringar.....	65
39. Överbeläggningar och utlokaliseringar i somatisk slutenvård	65
40. Överbeläggningar och utlokaliseringar i psykiatrisk slutenvård ...	66
41. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist	67
Vård inom rätt tidsintervall.....	68
42. Tid till läkarbedömning vid akutbesök	68
43. Tid till operation vid höftfraktur.....	70
44. Trombolys inom 30 minuter vid stroke	71
45. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup (136)	72
46. Responstid för ambulans	73

Kompetens	74
47. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring...	74
RISKMEDVETENHET OCH PATIENT-SÄKERHETEN FRAMÖVER.....	76
FOKUSOMRÅDE 4	76
Uppföljning och analys i samverkan	76
48. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete	76
49. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete	77
FOKUSOMRÅDE 5	78
Riskfylld läkemedelsbehandling	79
50. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion.....	79
51. Provtagning av njurfunktion bland dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion	81
52. Äldre med läkemedel som bör undvikas.....	84
53. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre	86
54. Två eller flera psykofarmaka långvarigt samtidigt, placerade hela åk 9	87
Kompetens	90
55. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.....	90

Indikatormall

Kommande filter: Verksamhetsområde. En eller flera av dessa kategorier: Socialtjänst, hälso- och sjukvård eller tandvård

Kommande filter: Indikatorområde (eller "verksamhet") En eller flera kategorier enligt överenskommen kodverk. Exempel: Barn och unga, äldre, primärvård, hemsjukvård, missbruksvård, strokesjukvård, cancervård, rörelseorganens sjukdomar

Titel (Kortnamn)	Indikatorns kortnamn återspeglar ofta huvudrubrik i diagram, tillhörighet till ett (sjukdoms)område, (sjukdoms)grupp alternativt till behandling eller insats. Bör även återspegla syftet med indikatorn. Kortnamn ska innehålla max 6-7 ord, en titel med de viktigaste begreppen. Undvik att ha något om måtenhet här.
Mått	Fungerar som underrubrik i diagram. Om det är en kvot så anges det här även vad som mäts och i vilken population, alltså en mycket kortfattad beskrivning.
Måtenhet	Ex. <i>procent</i> . Kan användas vid behov och om det inte framgår under <i>Mått</i> . En kortfattad beskrivning av varför indikatorn används och vad den avser att visa. Indikatorns syfte omfattar två delar:
Syfte	<ol style="list-style-type: none">1. Beskrivning av varför området är relevant att mäta.2. Beskrivning av vad indikatorn avser att spegla.
Tolkning	I de fall skillnaden är stor mellan vad som verkligen mäts och vad som avses att mätas kan även detta förklaras här. En sammanfattande text av hur indikatorn ska tolkas. Kan även användas som grundläggande text vid presentationer och i rapporter.
Nationellt kunskapsstöd	Anger namnet på det aktuella kunskapsstödet. Rubriken används endast när indikatorn härleds från en rekommendation eller ett ställningstagande och vill mäta följsamheten till denna. Informationen ges i de fall som rubriken ovan (Nationellt kunskapsstöd) har fyllts i. Här beskrivs tillstånd och åtgärd, rekommendation samt prioriteringsgraden enligt nationella riktlinjer alternativt uppgifter om rekommendationer ur annat kunskapsstöd.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Om indikatorn härleds från Nationella riktlinjer hämtas information i första hand via länkning till elektroniska dokument i andra hand anges länken för den plats där informationen finns eller så beskrivs parametrarna kortfattat direkt i denna beskrivning.
Referens	Här hänvisas till dokument, artiklar eller indikatorbatterier. Gäller andra stöddokument än där Socialstyrelsen mäter följsamhet till nationella kunskapsstöd
Riktning	Ange om högt eller lågt resultat för indikatorn är att föredra.
Målnivå	Anges om en målnivå har fastställts och beslutats av GD enligt Socialstyrelsens målnivåmodell. Dessutom anges och beskrivs målnivån kortfattat
Typ av indikator	Struktur, process eller resultat. Även andra typer kan förekomma.
Kvalitetsdimension	Indelning enligt <i>God vård och omsorg</i> .
Datakälla	Namnge möjliga ingående datakällor.
Datakällans status	Här anges med vilken periodicitet och aktualitet som data finns för indikatorn. Om data saknas men kan komma att finnas i ett senare skede anges att indikatorn är en utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	Ange felkällor och begränsningar både av teknisk och tolkningsmässig karaktär.

	<p>Beakta särskilt de 6 kriterierna för indikatorerna enligt Socialstyrelsens Handbok för utveckling av indikatorer: Indikatorn ska ange riktning Indikatorn ska vara relevant Indikatorn ska vara valid Indikatorn ska vara vedertagen Indikatorn ska vara påverkbar Indikatorn ska vara mätbar och ska kunna mätas med nationellt tillgänglig data</p>
<p>Teknisk beskrivning</p> <p><i>Mät- eller rampopulation:</i></p> <p><i>Målpopulation:</i></p> <p><i>Täljare :</i></p> <p><i>Nämnare:</i></p>	<p>Här beskrivs i löpande text beräkningsmetoden, hur data hanteras, inklusive datumhantering och uppföljningsperioder. Ange hur populationerna är avgränsade, t.ex. mål- och mät- eller rampopulation. Populationer beskrivs här så långt möjligt också med ICD/KVÅ/ATC eller annat kodverk i tabellform. Detta kan ske antingen direkt under rubriken "Teknisk beskrivning" eller under någon av nedanstående underrubriker. Med tabellform menas här att presentera de koder som omfattas med intervall i spann eller i kategorier av koder för att slippa långa listor som är väldigt svåröverskådliga Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man faktiskt kan mäta och mäter i. Mätpopulationen kan beskrivas här med hjälp av något kodverk Underrubriken kan användas vid behov. Anger den population som man med indikatorn vill uttala sig om Underrubriken används när måttet är en kvot. Täljaren kan beskrivas här med hjälp av koder i tabellform Underrubriken används när måttet är en kvot. Om nämnaren omfattas av en mätpopulation (rampopulation) som har beskrivits tidigare ovan hänvisas till denna. I annat fall kan nämnaren avgränsas med hjälp av koder i tabellform</p>
<p>Om redovisningsnivåer och fördelningar</p>	<p>Information om lämpliga indelningar vid redovisning av resultat</p>
<p>Kommentar</p>	<p>Rubrik för övrigt. Ex vis: För rekommendationer om vad som bör åldersstandardiseras och inte. Problem som man behöver ta hänsyn till kan också nämnas här.</p>

Översikt

Har vården varit säker?

Fokusområde 1		
Indikatorer och bakgrundsmått	Typ av indikator	Datakälla
Vårdskador, skador och oönskade händelser		
1. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård	Bakgrundsmått	Markörbaserad journalgranskning, SKR
2. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri	Bakgrundsmått	Markörbaserad journalgranskning, SKR
3. Neonatal dödlighet	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
4. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)*	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor*	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
6. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
7. Återinläggning efter förlossning	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
8. Överdödlighet bland vuxna med bipolär sjukdom*	Resultat	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
9. Oönskade händelser efter höftprotesoperation (reviderad)*	Resultat	Svenska höftprotesregistret, Patientregistret, Socialstyrelsen
10. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/protetiska åtgärder (vuxna)	Resultat	Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen
Oplanerade återinskrivningar		
11. Oplanerade återinskrivningar bland äldre, bland multistjuka äldre samt bland de mest sjuka (äldre 65 år och äldre)	Resultat	Patientregistret, Läkemedelsregistret, Dödsorsaksregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen
12. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning	Resultat	Svenska Intensivvårdsregistret (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
Trycksår		
13. Patienter med förekomst av trycksår i slutenvård*	Resultat	Punktprevalensmätning, SKR (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
14. Trycksår hos riskpatienter	Resultat	Punktprevalensmätning, SKR (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
15. Patienter med förekomst av trycksår inom vård och omsorg samt hemsjukvård	Resultat	Punktprevalensmätning, Senior alert
Vårdrelaterad infektion		
16. Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård*	Resultat	Punktprevalensmätning, SKR (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)

17. Patienter med vårdrelaterad infektion genom journalgranskning	Resultat	Markörbaserad journalgranskning, SKR
18. Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård*	Resultat	Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ) (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
19. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre	Resultat	Svenska HALT, Folkhälsomyndigheten

* Indikator ingick även i rapporten Säker vård som Socialstyrelsen publicerade 2017

Är vården säker här och nu?

Fokusområde 2		
Indikatorer och bakgrundsmått	Typ av indikator	Datakälla
Förebyggande arbetssätt		
20. Fallriskvärdering vid inskrivning i hem-sjukvården	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning
21. Fallprevention	Resultat	Patientregistret, Registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd till vissa funktionshindrade
22. Förebyggande åtgärder (fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa)*	Process	Senior alert
23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler*	Struktur	Punktprevalensmätning, SKR
24. Rutin för att förebygga försämrat allmäntillstånd - hemtjänst	Struktur	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019
25. Mätning av andningsfrekvens i ambulans	Process	AmbuReg – kvalitetsregistret för svensk ambulanssjukvård. (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
Läkemedelsgenomgång		
26. Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	Struktur	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019
27. Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	Struktur	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019
28. Läkemedelsgenomgångar hos äldre	Bakgrundsmått	Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Teambaserad vård		
29. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada	Process	Patientregistret, Socialstyrelsen
30. Multidisciplinär konferens vid lungcancer	Process	Nationella lungcancerregistret. (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
31. Brytpunktssamtal	Process	Svenska palliativregistret. (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data. Öppna jämförelser. Vård

		och omsorg. 2020. Socialstyrelsen)
32. Användning av checklista för säker kirurgi	Process	Svenskt perioperativt register (SPOR). (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
33. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke*	Process	Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
34. Reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke*	Process	Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke. (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
Antibiotikaanvändning		
35. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård	Process	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
36. Antibiotikaanvändning i tandvården	Process	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Patientrapporterade erfarenheter		
37. Kontinuitet och koordinering	Process	Nationell patientenkät, SKR
38. Delaktighet och involvering	Resultat	Nationell patientenkät, SKR

* Indikator ingick även i rapporten Säker vård som Socialstyrelsen publicerade 2017

Är vården säker här och nu?

Fokusområde 3		
Indikatorer	Typ av indikator	Datakälla
Överbeläggningar och utlokaliseringar		
39. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård*	Struktur	SKR
40. Överbeläggningar och utlokaliseringar i allmän psykiatrisk slutenvård	Struktur	SKR
41. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist	Struktur	Svenska Intensivvårdsregistret
Vård inom rätt tidsintervall		
42. Tid till läkarbedömning vid akutbesök	Process	Patientregistret, Socialstyrelsen
43. Tid till operation vid höftfraktur*	Process	Rikshöft. (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
44. Trombolys inom 30 minuter vid stroke*	Process	Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke. (Hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
45. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – barn och ungdomspsykiatri (bup)	Process	Väntetider i vården, SKR (hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
46. Responstid för ambulans*	Process	SOS Alarm (hämtad från Vården i siffror. Öppna data)
Kompetens		
47. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning

* Indikator ingick även i rapporten Säker vård som Socialstyrelsen publicerade 2017

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Fokusområde 4		
Indikatorer	Typ av	Datakälla

	indikator	
Uppföljning och analys i samverkan		
48. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning
49. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Fokusområde 5		
Indikatorer	Typ av indikator	Datakälla
Riskfylld läkemedelsbehandling		
50. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion.	Bakgrunds-mått	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
51. Provtagning av njurfunktion bland dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion	Bakgrunds-mått	Primärvårdskvalitet, SKR
52. Äldre med läkemedel som bör undvikas*	Resultat	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
53. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre*	Process	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
54. Två eller flera psykofarmaka långvarigt samtidigt, placerade hela åk 9	Resultat	Läkemedelsregistret och Registret över insatser för barn och unga, Socialstyrelsen
Kompetens		
55. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	Bakgrunds-mått	Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen

* Indikator ingick även i rapporten Säker vård som Socialstyrelsen publicerade 2017

HAR VÅRDEN VARIT SÄKER?

FOKUSOMRÅDE 1

Vårdskador, skador och oönskade händelser

1. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård

Mått

Andel vårdtillfällen med en eller flera skador och vårdskador inom somatisk slutenvård för vuxna.

Mätenhet

Procent

Syfte

En skada är ett ur patientens synvinkel oönskat resultat, som ligger utanför det normala vårdförloppet enligt handboken för markörbaserad journalgranskning. Indikatorn speglar förekomsten av vårdskador, dvs. skador som bedöms som undvikbara.

Referens

Markörbaserad journalgranskning - för att identifiera och mäta skador i vården, SKR 2012 (Del 1 + 2)

Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2019, nationell nivå

Allvarliga skador och vårdskador - Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus, SKR, 2019.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Flera bakgrundsmått se nedan under teknisk beskrivning.

Datakälla

Markörbaserad journalgranskning, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Vårdtillfällena som granskats är slumpmässigt utvalda från somatisk vuxenvård på akutsjukhus. Granskning sker fortlöpande sedan 2013.

Felkällor och begränsningar

Bedömningen utifrån gällande kriterier för vad som är en vårdskada (en undvikbar skada) är kvalitativ och kan variera.

Teknisk beskrivning

Bedömning av skadors undvikbarhet görs inom MJG.

1 skadan var inte undvikbar

2 skadan var sannolikt inte undvikbar.

3 skadan var sannolikt undvikbar

4 skadan var undvikbar

- Redovisning av skador respektive vårdskador under åren 2013–2019. Skador består av summan undvikbara och icke-undvikbara skador. Vårdskador (dvs. undvikbara skador) är en delmängd av det totala antalet skador.
- Redovisning av fördelningen mellan olika skadetyper samt vad som utgör skador samt hur stor andel av skadorna som är vårdskador.
- Redovisning av andelen vårdtillfällen med vårdskada vid vård på utlokaliserad vårdplats respektive på ej utlokaliserad vårdplats för åren 2013–2019.
- Redovisning av andelen vårdtillfällen med vårdskada vid vård på utlokaliserad vårdplats fördelat på universitetssjukhus samt övriga sjukhus. En ökning kan ses på universitetssjukhusen över tid från 2016 och framåt.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Indelning av hela materialet i kirurgisk och icke-kirurgisk verksamhet

2. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri

Mått

Andel vårdtillfällen med skador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri slutenvård- och öppenvård.

Mätenhet

Procent

Syfte

En skada är ett ur patientens synvinkel oönskat resultat, som ligger utanför det normala vårdförloppet enligt handboken för markörbaserad journalgranskning. Indikatorn speglar förekomsten vårdskador, dvs. skador som bedöms som undvikbara.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Flera bakgrundsmått se nedan under teknisk beskrivning.

Datakälla

Markörbaserad journalgranskning, Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Vårdtillfällena som granskats är slumpmässigt utvalda. och omfattar för varje granskad journal en 3-månadersperiod med förekommande öppen- och slutenvård.

Felkällor och begränsningar

Bedömningen utifrån gällande kriterier för vad som är en vårdskada (en undvikbar skada) är kvalitativ och kan variera.

Teknisk beskrivning

Bedömning av skadors undvikbarhet görs inom MJG.

- 1 skadan var inte undvikbar
- 2 skadan var sannolikt inte undvikbar.
- 3 skadan var sannolikt undvikbar
- 4 skadan var undvikbar

- Redovisning av andelen granskade journaler med skador respektive vårdskador under 2017 samt 2019 inom allmän vuxen psykiatrisk vård. Skador består av summan undvikbara och icke-undvikbara skador.
- Redovisning av andel vårdtillfällen i allmän psykiatrisk vård för vuxna med skada (ej undvikbar skada) respektive vårdskada (undvikbar skada) fördelat på åldersgrupper och kön.
- Redovisning av fördelningen mellan olika skadetyper inom allmän psykiatrisk vård för vuxna, dvs. med skador totalt (dvs. både undvikbara och ej undvikbara skador) fördelat på åldersgrupper och kön.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Vårdtillfällen inom allmän vuxenpsykiatri, uppdelat på slutenvård och öppenvård

3. Neonatal dödlighet

Mått

Antal döda inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn.

Mätenhet

Antal

Syfte

Med neonatal dödlighet avses antalet barn som avlidit inom 27 dagar efter förlossningen. Antal döda inom 27 dygn har beräknats per 1 000 levande födda i respektive landsting.

Referens

Flera uppgifter om förlossningsvården publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas samt statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda.

Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorerna: *Akut återinskrivning efter förlossning* och *Skador hos nyfödda barn*. Att resultatutvecklingen är viktig att följa för dessa mått har tidigare lyfts av Socialstyrelsen.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal neonatal döda barn.

Nämnare: Antal levande födda barn.

Åldersstandardisering görs med samtliga förlösta kvinnor utifrån det senaste året som standardpopulation görs för alla ingående redovisningsnivåer (utom för redovisning per åldersgrupp).

Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisningsnivåer: Riket, hemortsregion

Mätperioder: 2015-2019

4. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Mått

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

Mätenhet

Procent

Syfte

Apgar-poängsystemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet där högsta poäng är 10. Låg Apgar-poäng definieras som under sju poäng vid mätningar fem minuter efter födelsen.

Referens

Flera uppgifter om förlossningsvården publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas samt statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda.

Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorerna: *Akut återinskrivning efter förlossning* och *Skador hos nyfödda barn*. Att resultatutvecklingen är viktig att följa för dessa mått har tidigare lyfts av Socialstyrelsen.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn med låg Apgar-poäng fem minuter efter födelsen.

Nämnare: Antal levande födda barn.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Åldersstandardisering görs med samtliga förlösta kvinnor utifrån det senaste året som standardpopulation görs för alla ingående redovisningsnivåer.

Redovisningsnivåer: Riket, hemortsregion

Mätperioder: Senaste 10 åren (2010-2020)

5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Mått

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

Mätenhet

Procent

Syfte

Perinealbristning är under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Bristningarna kategoriseras efter hur stor skada som skett, i en skala där graden tre och fyra utgör de mera omfattande bristningarna. Instrumentell förlossning innebär att barnet förlöses antingen med en sugklocka (vakuumextraktion, VE) eller med hjälp av en tång.

Referens

Flera uppgifter om förlossningsvården publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas samt statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda.

Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorerna: *Akut återinskrivning efter förlossning* och *Skador hos nyfödda barn*. Att resultatutvecklingen är viktig att följa för dessa mått har tidigare lyfts av Socialstyrelsen

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

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

Teknisk beskrivning

Instrumentella förlossningar

Täljare: antal perinealbristningar av graden tre eller 4 vid instrumentell vaginalförlossning bland förstföderskor

Nämnare: antal instrumentella vaginala förlossningar bland förstföderskor

Icke-instrumentella förlossningar

Täljare: antal perinealbristningar av graden tre eller 4 vid icke-instrumentell förlossning bland förstföderskor

Nämnare: antal icke-instrumentella vaginala förlossningar bland förstföderskor

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Åldersstandardisering görs med samtliga förlösta kvinnor utifrån det senaste året som standardpopulation görs för alla ingående redovisningsnivåer (utom för redovisning per åldersgrupp).

Redovisningsnivåer: Riket, hemortsregion, åldersgrupp (18+, 18-29, 30-39, 40+), sjukhus, utbildning(förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial)

Särredovisningar: Särredovisa icke-instrumentella och instrumentella

Mätperioder: 2010-2014 och 2015-2019

6. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1

Mått

Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbjudning samt spontan förlossningsstart).

Mätenhet

Procent

Syfte

Det finns ingen internationell konsensus om den optimala frekvensen av kejsarsnittsförlossningar, varför kejsarsnittsfrekvensen därmed inte kan ses som

ett kvalitetsmått för mödrahälsovård och förlossningsvård. Däremot innebär en ökad förekomst av kejsarsnitt bland annat att kostnaderna för förlossningar ökar.

De allra flesta kejsarsnitt görs utifrån medicinska orsaker, och man har under de senaste åren identifierat nya riskgrupper, exempelvis sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskas vid planerat kejsarsnitt före värkdebut. Kejsarsnitt är dock inte helt riskfritt, varken för moder eller barn.

Bland barn som är förlösta med planerat kejsarsnitt finns en ökad förekomst av tidiga andningsstörningar, jämfört med barn som fötts genom vaginal förlossning. För modern ökar kejsarsnitt riskerna för riklig blödning, infektion och blodpropp i samband med förlossningen.

Indikatorn redovisar den totala andelen kejsarsnitt bland förstföderskor med fullgången graviditetslängd (≥ 37 veckor), enkelbörd med huvudbjudning och spontan förlossningsstart (Robson 1), samt igångsatta förlossningar och planerade kejsarsnitt (Robson 2). Det är framförallt förlossningar inom kategorin Robson 1 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbjudning samt spontan förlossningsstart) som man ur medicinsk synvinkel bör önska att kejsarsnitten är få.

Referens

Hög mödraålder, obesitas, och kroppslängd under 155 cm, var riskfaktorer för att förlossningen avslutades med akut kejsarsnitt. Risken var också klart förhöjd om kvinnan var förstföderska eller född i Afrika söder om Sahara. Kvinnans utbildningsnivå hade inget större samband med vare sig akut eller planerat kejsarsnitt.

Källa: Kejsarsnitt i Sverige, 2019, Socialstyrelsen.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Bortfallet i inrapporteringen till Medicinska födelseregistret uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år.

Teknisk beskrivning

Robson 1

Täljare: Antal kejsarsnitt (planerat eller akut) i Robsongrupp 1

Nämnare: Totala antalet förlossningar i Robsongrupp 1

Definition av Robsongrupp 1: Spontan förlossningsstart, förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbjudning.

Robson 1 och 2

Täljare: Antal kejsarsnitt (planerat eller akut) i Robsongrupp 1 och 2

Nämnare: Totala antalet förlossningar i Robsongrupp 1 och 2

Definition av Robsongrupp 1 och 2: Spontan eller inducerad förlossningsstart, förstföderskor, graviditetstid ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning.

Åldersstandardisering görs på samtliga personer det senaste året som standardpopulation. Personens hemort (utom för redovisning per åldersgrupp).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisningsnivåer: Riket, hemortsregion, åldersgrupp

Mätperioder: Senaste 10 åren uppdelat i 1-årsperioder

Senaste 10 åren uppdelat i 5-årsperioder

7. Återinläggning efter förlossning

Mått

Andel mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom ICD10: O00-O99. Avser slutet och ej planerad vård.

Mätenhet

Procent

Syfte

Att mäta behovet av akut återinläggning på grund av obstetriska orsaker efter förlossning som ett kvalitetsmått på förlossnings- och BB-vård. Detta är allt viktigare eftersom den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus har minskat avsevärt.

Referens

En rapport om patientsikkerhet – tre bidrag till styrkelsen af patientsikkerhed, Nordiska ministerrådet 2016

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal ej planerade återinläggningar på vårdavdelning med ICD-kod O00-O99 som huvuddiagnos inom 30 dagar efter enkelbördsförlossning (där dag 1 är dagen efter förlossningen).

Nämnare: Antal enkelbördsförlossningar.

Åldersstandardisering görs på samtliga personer det senaste året som standardpopulation. Personens hemort (utom för redovisning per ålders-grupp).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisningsnivåer: Riket, region, kön, ålder [18+, 18-29, 30-39, 40+], sjukhus, utbildning

Särredovisningar: Särredovisa icke-instrumentella och instrumentella

Mätperioder: 2010-2019, 2010-2014 och 2015-2019

8. Överdödlighet bland vuxna med bipolär sjukdom

Mått

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

Mätenhet

Kvot

Syfte

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

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Täljare: dödligheten i alla dödsorsaker för personer i åldern 20 år och äldre som under en period av 5-år tillbaka förekommer med diagnos för bipolär sjukdom i patientregistret.

Nämnare: dödligheten i samma referensår för alla personer i åldern 20 år och äldre i totalbefolkningen.

Kvoten bör åldersjusteras

Diagnos	ICD-10
Bipolär sjukdom	F31

Ålderstandardisering görs på samtliga personer det senaste året som standardpopulation. Personens hemort

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisningsnivåer: Riket, hemortsregion, kön, ålder [20-67, 68-79] utbildning, sjukhus

Mätperioder: 2010-2019, 2010-2014 och 2015-2019

9. Önskade händelser efter total höftprotesoperation

Mått

Andel önskade händelser efter primäroperation inom 30 dagar, ovikt värde.

Mätenhet

Procent

Syfte

Bevakning av patientsäkerheten. Samtliga patienter, som är registrerade Svenska Höftprotesregistret och som har genomgått en primär total höftprotesoperation ingår. Patienterna följs upp med avseende på död, kirurgiska höftprotespecifika komplikationer, återinskrivning för hjärt-kärlsjukdom, pneumoni, eller urinstämna.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Svenska Ledprotesregistrets, Patientregister, Socialstyrelsen.

Datakällans status

Vid samkörning med Patientregistret skapas en viktig kvalitetsindikator som ger vägledning om tidiga önskade händelser. Det är ett viktigt komplement till de reoperationer och mortalitet som registret redovisar. Den nya uppsättningen koder för definition av önskad händelse bedömer Svenska Höftprotesregistret bättre fångar händelser som sannolikt har samband med operationen och som potentiellt kan undvikas eller förebyggas. Uppsättning koder har ursprungligen tagits fram av Svenska Knäprotesregistret genom ett grundligt arbete tillsammans med Socialstyrelsen.

Felkällor och begränsningar

Att önskade händelser som inträffar under det primära vårdtillfället eller vid återinläggning inkluderas är en svaghet i analysen, öppenvårdsbesök inkluderas inte heller. En patient med en luxation som reponeras på en akutmottagning och återgår till hemmet fångas inte här. Tröskeln för att inkludera vissa komplikationskoder skiljer sig mellan enheter. Det viktiga är att följa enhetens resultat över tid och att stimulera till lokala analyser för att bättre förstå panoramat av önskade händelser och därigenom identifiera förbättringsområden. Att jämföra resultat mellan enheter är inte det primära syftet med kvalitetsindikatorn.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal höftprotesoperationer med önskad händelse registrerad i slutenvård eller död inom 30 respektive 90 dagar från dagen efter operation.

Nämnare: Antal höftprotesoperationer per analysgrupp.

Fyra analysgrupper/patientpopulationer:

- 1) primära elektiva totalproteser (exkluderat patienter med akut fraktur, resttillstånd efter höftfraktur samt tumör)
- 2) total eller halvprotes efter höftfrakturpatienter (på grund av akut fraktur eller resttillstånd efter höftfraktur),
- 3) totalproteser för den vanlige patienten samt
- 4) patienter som genomgår en första reoperation

Oönskade händelser

Huvud- eller bidiagnoser	Används för primäroperationer	Används för reoperationer och revideringar	ICD-10 och KVÅ-koder	Ytterligare koder för frakturer
Kirurgiska				
	A Åtgärds-koder för höftoperationer. Komplikationer eller miss-tänkta komplikationer.	Om åtgärden förekommer efter operationsdatum ELLER på ett vårdtillfälle efter operationstillfället.	Om åtgärden förekommer på ett vårdtillfälle efter operationstillfället.	NFA02, NFA11, NFA12, NFA20, NFA21, NFA22, NFC*, NFF*, NFG*, NFH*, NFJ*, NFK*, NFL*, NFM*, NFQ09, NFS*, NFT*, NFU09, NFU19, NFU39, NFU89, NFU99, NFW*, QDA10, QDB00, QDB05, QDB99, QDE35, QDG30, TNF05, TNF10
	Om åtgärden förekommer på ett vårdtillfälle efter operationstillfället.	Om åtgärden förekommer på ett vårdtillfälle efter operationstillfället.	NFU49	
DA Diagnoser för komplikationskoder som borde ha använts vid komplikation.	Om de förekommer som huvud eller bidiagnos på operationstillfället eller som huvuddiagnos vid återinläggning.	Om de förekommer som huvuddiagnos vid återinläggning.	G978, G979, M966F, M968, M969, T810, T812, T813, T814, T815, T816, T817, T818, T818W, T819, T840, T840F, T843, T843F, T844, T845, T845F, T847, T847F, T848, T848F, T849, T888, T889	
DB Diagnoser för höftrelaterade	Om de förekommer som huvud eller bidiagnos på	Om de förekommer som huvuddiagnos	G570, G571, G572, M000, M000F, M002F, M008F,	

åtkommar. Sannolikt komplikation nära operationen.	operationstillfället eller som huvuddiagnos vid återinläggning.	vid återinläggning.	M009F, M243, M244, M244F, S730, S74*, S75*, S76*	
	Om de förekommer som huvuddiagnos vid återinläggning.	Om de förekommer som huvuddiagnos vid återinläggning.	M240F, M245F, M246F, M610F, M621F, M662F, M663F, M843F, M860F, M861F, M866, M866F, M895E	
Kardiovaskulära				
DC Diagnoser för allvarliga kardiovaskulära åtkommar. Sannolikt komplikation nära operationen.	Om de förekommer som huvud eller bi-diagnos på operationstillfället eller som huvuddiagnos vid återinläggning.	Om de förekommer som huvud eller bi-diagnos på operationstillfället eller som huvuddiagnos vid återinläggning.	I80*, J13*-J18*, J952, J953, J955, J958, J959, J96*, J981, K25*, K26*, K27*, L89*, N17*, N990, N998, N999, R339	N300, N308, N309, N390
	Om de förekommer som huvuddiagnos vid återinläggning.	Om de förekommer som huvuddiagnos vid återinläggning.	J20*-J22*, K29*, K590, N991	

Med begreppet ***oönskade händelser*** menas alla former av återinläggning som kan förmodas ha samband med det genomförda ingreppet, lokala komplikationer, allmänna komplikationer och död. Dessa delas upp i kirurgiska, kardiovaskulära och medicinska komplikationer och bygger på diagnos- och åtgärds-koder som förekommer i samband med inläggande vårdtillfällen och som rapporterats till PAR. De kirurgiska komplikationerna är vidare uppdelade i åtgärds- och diagnoskoder som indikerar komplikation samt diagnoskoder för höftåtkommar som sannolikt är en komplikation efter operationen (tabell 11.1.1).

Samkörning

Enbart en operation (den senaste) beaktas om båda höfterna opererats inom 90 dagar. Alla vårdtillfällen som matchar en höftprotesoperation på personnummer och där operationsdatum i Svenska Höftprotesregistret ligger mellan in- och utskrivningsdatum i slutenvård enligt PAR, eller att indatum i PAR infaller inom 90 dagar efter operationsdatum (eller reoperationsdatum för reoperationer) i Svenska Höftprotesregistret, tas fram. För att kunna inkludera hela 90-dagarsuppföljningsperioden exkluderades höftproteser som opererades efter den 1 oktober 2018.

En önskad händelse kopplas till en höftprotesoperation genom de urval som beskrivs i kodlistan. Indikatorn räknas sedan ut som andelen av höftprotesoperationer som följs av en önskad händelse av alla höftprotesoperationer i respektive analysgrupp (primär elektiv totalprotes, den vanlige patienten, frakturpatienter respektive första reoperation).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket

Kommentar

Ny bearbetning av fyra analysgrupper enligt Svenska Ledprotesregistret (tidigare Svenska Höftprotesregistret), Årsrapport 2019, för verksamhetsåret 2019. Ändrad definitionen av önskade händelser och en nationell analys av den senaste tioårsperioden har gjorts 2019.

10. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/protetiska åtgärder

Mått

Andel (%) personer som inom en 3-års period fått en ny fyllning eller krona på tidigare restaurerad tand.

Mätenhet

Procent

Syfte

En tand som måste restaureras på nytt med reparativa/protetiska åtgärder är en belastning både för individen och för samhället. Orsaken till varför en tidigare åtgärdad tand måste åtgärdas på nytt kan vara flera och av varierande slag, till exempel att restaurationen har gått sönder, bristande funktion eller karies i anslutning till tidigare restauration, så kallad sekundärkaries. Det kan också bero på att ny karies bildats på en tidigare frisk yta.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Datakällans status

Indikatorn visar tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. De regionala tandvårdsstöden (nödvändig tandvård och tandvård till personer med stora behov pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning) finns inte med här.

Teknisk beskrivning

Nämnare: Personer som fått en fyllning eller krona (se tabell över åtgärder). Exkludera personer som dör inom 3 år.

Täljare: Personer i nämnaren som inom en 3-års period får en ny fyllning eller krona på samma tand med ett tillstånd som visar på att åtgärden är en omgärning (se tabell över åtgärder och tillstånd).

Redovisningsåret är sista året i 3-års perioden och redovisningsåldern är ålder i slutet av 3-års perioden.

Åtgärds-koder från Besöksfilen i Tandhälsoregistret

Åtgärd	
701	Fyllning av en yta på framtand eller hörntand
702	Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand
703	Fyllning av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand
704	Fyllning av en yta på molar eller premolar
705	Fyllning av två ytor på molar eller premolar
706	Fyllning av tre eller flera ytor på molar eller premolar
707	Krona i plastiskt material, klinikframställd
800	Permanent tandstödd krona, en per käke
801	Permanent tandstödd krona, flera i samma käke
921	Utbytesåtgärd. Krona i stället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand
922	Utbytesåtgärd. Krona i stället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar

Tillståndskoder från Besöksfilen i Tandhälsoregistret

Tillstånd	
4011	Kavitet i tand på grund av sekundärkaries
4012	Omfattande kavitet i tand på grund av sekundärkaries
4074	Kavitet i tand på grund av extern resorption
4075	Infraokklusion
4076	Infraokklusion där minst en tredjedel av kronhöjden är under ocklusionsplanet
4078	Extremt missfärgad tand
4079	Symtomgivande sprickbildning i tand
4080	Fraktur eller förlust av tandsubstans. Innefattar inte abrasion, attrition eller erosion
4081	Omfattande fraktur eller omfattande förlust av tandsubstans. Innefattar inte abrasion, attrition eller erosion

4471	Bristande kontaktpunkt mellan två tänder
4771	Fraktur eller förlust av fyllningsmaterial utan samtidig karieslesion
4772	Omfattande fraktur eller omfattande förlust av fyllningsmaterial utan samtidig karieslesion
4881	Lossnad fasad på krona eller lossnat inlägg. (Upphävdes i TLVFS 2014:6)
4882	Lossnad, frakturerad eller skadad tandstödd protetisk konstruktion
4883	Tand med omfattande skada för vilken utvärdering av kariologisk, parodontal, bettfysiologisk eller endodontisk behandling behöver göras före permanent protetisk terapi.
4884	Tand med omfattande skada för vilken ingen permanent protetisk terapi planeras.

Oplanerade återinskrivningar

11. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Mått

Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre, där oplanerad återinskrivning skett inom ett givet antal dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård. Tre delpopulationer redovisas, se nedan.

Mätenhet

Procent

Syfte

Måttet avser att belysa alltför tidig utskrivning från den slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg för gruppen 65 år och äldre.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal oplanerade vårdtillfällen där patienter 65 år och äldre skrivits in inom ett givet antal dagar efter att ha skrivits ut från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård.

Nämnare: Antalet avslutade vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre, både planerade och oplanerade.

Definition – inkludering och exkluderingar av vårdtillfällen

- Ett vårdtillfälle definierades som oplanerat om variabeln PVARD i patientregistret hade värdet 2.
- Återinskrivningar som skett samma dag inkluderades inte
- Vårdtillfällen där patienten skrivs in från och ut till ”annat sjuk-hus/klinik” inkluderades inte.
- Vårdtillfällen där patienten skrivs in från ”annat sjukhus/klinik” inkluderades inte i täljaren
- Vårdtillfällen där patienten skrivs ut till ”annat sjukhus/klinik” inkluderades inte i nämnaren
- Vårdtillfällen där utskrivningssätt är ”avliden” inkluderades inte i nämnaren

Definition av patienter 65 år och äldre

Ålder vid årets slut.

Täljare: Antal oplanerade vårdtillfällen där äldre 65 år och äldre skrivits in inom ett givet antal dagar efter att ha skrivits ut från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård.

Nämnare: Antalet avslutade vårdtillfällen där multisjuka äldre 65 år och äldre både planerade och oplanerade.

Definition – inkludering och exkluderingar av vårdtillfällen se ovan samma för alla tre indikatorer.

Definition multisjuka äldre

Identifieringen av multisjuka personer utgick ifrån Socialstyrelsens (Ref) definition: Personer 65 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit ineliggande tre eller fler gånger inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10. För att kunna jämföra resultaten med data från andra mätningar av återinskrivningar, från bland annat Socialstyrelsen och SKR, valde vi dock att utvidga ålderskriteriet till 65 år och äldre.

Täljare: Antal oplanerade vårdtillfällen där mest sjuka äldre 65 år och äldre, skrivits in inom ett givet antal dagar efter att ha skrivits ut från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård.

Nämnare: Antalet avslutade vårdtillfällen för mest sjuka äldre 65 år och äldre, som varit både planerade och oplanerade.

Definition – inkludering och exkluderingar av vårdtillfällen se ovan samma för alla tre indikatorer.

Definition mest sjuka äldre:

På grund av att skörhet är ett komplext begrepp med flera olika definitioner, varav flera bygger på uppgifter som inte är registrerade i hälsodataregister, användes inte någon specifik definition av skörhet. Istället tillämpades, för att identifiera ”multisjuka och sköra äldre”, Socialstyrelsens definition av "mest sjuka äldre":

Personer som uppfyller minst ett av kriterierna för vardera omfattande sjukvård och omfattande omsorg per år:

Omfattande sjukvård

- Uppfyllt kriterierna för multisjuk under året
- Har haft minst 20 dagar i slutenvård under ett år
- Har haft minst fyra inskrivningar i slutenvård under ett år
- Har haft minst 8 läkarbesök i öppen specialistvård under ett år

Omfattande omsorg

- Bor permanent i särskilt boende
- Har beviljats beslut om minst 25 hemtjänsttimmar per månad i ordinärt boende
- Har beviljats beslut om insats med stöd enligt LSS
- Har beviljats beslut om korttidsboende

Datakälla: Patientregistret, Register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (enligt SoL), Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (enligt LSS), Socialstyrelsen.

12. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning

Mått

Andel patienter som oplanerat återinlades på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen vårdtillfällen där patienten oplanerat skrivs in på samma intensivvårdsavdelning (IVA) inom 72 timmar efter utskrivningen. Patienter som återkommer till samma intensivvårdsavdelning kort efter utskrivning, med vilket här avses inom 72 timmar, löper en ökad risk att dö. Det bekräftas av data från Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) för åren 2008–2010, där återinläggning inom 72 timmar är förenat med en ökad dödlighet. Den relativa riskökningen är 45 procent, efter justering för sjukdoms svårighetsgrad med SAPS3. Detta är bakgrunden till att SIR redovisar andelen återinläggningar som en kvalitetsindikator. Andelen återinläggningar kan till viss del påverkas av tillgången till IVA-platser samt av hur väl strukturerat omhändertagandet av patienten är efter vården vid IVA. SIR:s målsättning är att andelen oplanerade återinläggningar på samma IVA inom 72 timmar ska vara lägre än 3 procent.

Referens

Svenska Intensivvårdsregistret har för denna indikator fastslagit målnivån mindre än 3 procent.

Intensivvårdens utveckling gör att målnivåer för kvalitetsindikatorernas mätetal förändras över tid. Målnivåerna revideras årligen och publiceras i ett särskilt dokument.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Svenska intensivvårdsregistret (SIR)

Datakällans status

Täckningsgrad - 80 av 84 avdelningar är medlemmar 2017. Alla medlemmar skickar data. Det är bara viss neuro- och thorax-intensivvård som inte täcks.

Registreringen har exkluderat ”normala” återinläggningar, som till exempel då patienter med skallskada för en kort tid skickas till neurointensivvårdsavdelning och sedan återkommer till hemsjukhusets intensivvårdsavdelning. I storstadsregionerna kan dock definitionens fokus på återinläggning på ”samma intensivvårdsavdelning” göra att enstaka återinläggningar som på grund av till exempel platsbrist sker på annan intensivvårdsavdelning missas. Intensivvård är en vårdnivå – inte en vårdplats. Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller tydlig svikt i vitala funktioner. Om detta kriterium inte är uppfyllt ska patienten inte klassas som intensivvårdspatient.

Vård efter en operation som på grund av platsbrist, stängd postoperativ avdelning eller avsaknad av en postoperativ avdelning äger rum på en intensivvårdsavdelning är inte intensivvård. Däremot är vård på postoperativ avdelning som uppfyller kriterierna intensivvård.

Svenska Intensivvårdsregistret har som syfte att följa och höja kvaliteten på svensk intensivvård, samt främja metodutveckling och forskning inom intensivvården. Detta sker bland annat genom att mäta och presentera centrala och ändamålsenliga variabler. Nationella och internationella indikatorer medger uppföljning av utvecklingen över tid och jämförelser med andra.

Felkällor och begränsningar

Lokala IT-system kan vara en felkälla, om de inte kan hantera ett sammanhängande vårdtillfälle över årsskiften eller där flera moderkliniker varit inblandade.

Indikatorn påverkas av vårdens innehåll och kvalitet hos mottagande vårdavdelning, som intensivvården inte har direkt kontroll över, men indirekt kan stödja via MIG (Mobila Intensivvårdsgrupper).

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal oplanerade inläggningar på samma IVA där tiden mellan utskrivning från första vårdtillfället och återinskrivningen är under 72 timmar.

Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen där patienten är utskriven från IVA.

Trycksår

13. Patienter med förekomst av trycksår inom slutenvården

Mått

Andel patienter med förekomst av trycksår

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn som visar andelen patienter med trycksår inom slutenvården vid en given tidpunkt då mätningen ger en bild av förekomsten. Punktprevalensmätningar av trycksår mäter förekomsten av trycksår vid en bestämd tidpunkt på samtliga patienter över 18 år. Allvarlighetsgraden av trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

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

Datakällans status

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

Teknisk beskrivning

Täljare 1: Antalet patienter som har trycksår av kategori 1-4.

Täljare 2: Antal patienter som har trycksår av kategori 2-4.

Täljare 3: Antal patienter med sjukhusförvärvade trycksår kategori 1–4 inkl. ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada.

Täljare 4: Antal patienter med minst ett trycksår kategori 1–4 inkl. ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada.

Nämnare: Antal patienter som är med i undersökningen.

14. Trycksår hos riskpatienter

Mått

Andel patienter med ökad risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 1 – 4, inkl icke klassificerbart trycksår.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andel patienter med 20 eller färre poäng på Nortonskalan som också har minst ett trycksår av kategori 1-4.

Mätningen av trycksår görs genom en så kallad punktprevalensmätning. Punktprevalensmätning innebär en mätning av förekomst (prevalens) vid en bestämd tidpunkt. Vid mätningen ska samtliga inneliggande patienter observeras. Personalen som genomför mätningen fyller i ett formulär för varje inneliggande patient som vill/kan delta.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

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

Datakällans status

Mätningen genomförs endast på patienter som är över 18 år och på patienter som kan och vill delta.

Metoden utgår ifrån observationer som baseras på bedömningar, vilket kan påverka resultatet. Om granskarna är ambitiösa kan de antagligen hitta fler trycksår än andra.

Punktprevalensmätningar genomförs vid en given tidpunkt och omfattar normalt alla inneliggande patienter vid tillfället. På så vis går det att göra observationer som normalt inte går att få ut ur journalerna eller de administrativa systemen. Det är dock känsligt för tillfälliga händelser på enheten och säsongsvariationer. Det är också viktigt att komma ihåg att med denna metod kommer patienter med långa vårdtider att bli överrepresenterade i materialet, vilket innebär att de vårdtunga patienterna blir flera i materialet och att mätningarna därför kan överskatta trycksårsförekomsten.

Vid mätningen registreras även en riskbedömning gjord av personalen med hjälp av Nortonskalan, vars resultat ger personalen en uppskattning om patienten är i riskzonen för trycksår eller inte. Minsta möjliga summan är 7 och högsta är 28. En patient med 20 eller färre poäng är en så kallad riskpatient. Riskpatienter är de personer som oftast får trycksårspåbyggande åtgärder.

De trycksår som observeras, kategoriseras av personalen. Det finns fyra kategorier av trycksår, där kategori 1 definieras som rodnad som inte bleknar vid tryck; kategori 2 avser delhudsskada; kategori 3 fullhudsskada och kategori 4 fullhudsskada med sårkvalitet och/eller vävnadsnekros.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet patienter med 20 eller färre poäng på Nortonskalan och ett eller flera trycksår av kategori 1-4, inkl icke klassificerbart trycksår.

Nämnare: Antal patienter med 20 eller färre poäng på Nortonskalan.

15. Patienter med förekomst av trycksår inom hemsjukvård och vård och omsorg

Mått

Andel patienter med förekomst av trycksår inom verksamheterna i kommunerna.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn som visar andelen patienter med trycksår inom flera verksamhetsområden vid en given tidpunkt då mätningen ger en bild av förekomsten. Punktprevalensmätningar av trycksår mäter förekomsten av trycksår vid en bestämd tidpunkt på samtliga patienter över 18 år. Allvarlighetsgraden av trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Senior alert

Datakällans status

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

Teknisk beskrivning

Täljare 1: Antalet patienter som har trycksår av kategori 1-4.

Nämnare: Antal patienter som är med i undersökningen.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Kommunen/hemsjukvård

Kommun/vård och omsorg (säbo)

Vårdrelaterade infektioner

16. Vårdrelaterade infektioner

Mått

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutna somatiska vård.

Mätenhet

Procent

Syfte

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

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

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

Datakällans status

Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner mäter förekomsten av vårdrelaterade infektioner på samtliga inläggande patienter och genomförs sedan år 2008 på en bestämd tidpunkt, vår och höst i samtliga regioner. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll.

Felkällor och begränsningar

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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården med vårdrelaterad infektion.

Nämnare: Totalt antal patienter som vårdas i den somatiska slutenvården vid tiden för mätningen.

17. Patienter med vårdrelaterad infektion (VRI) – journalgranskning

Mått

Andel vårdtillfällen där patienten fått en eller flera vårdrelaterad infektioner inom somatisk slutenvård (VRI).

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen vårdtillfällen där patienten fått en eller flera vårdrelaterade infektioner (VRI). En vårdrelaterad infektion är en infektion som patienten fått under en sjukhusvistelse. Infektionen kan vid en journalgranskning bedömas som undvikbar eller icke undvikbar. Exempel på vårdrelaterade infektioner är lunginflammation och urinvägsinfektion.

Arbete med patientsäkerhet är del av en vårdgivares systematiska kvalitetsarbete som syftar till att förebygga vårdskada. När en patient drabbas av en vårdskada kan det förutom medicinska konsekvenser också innebära stort lidande för patienten samt att vårdtiden ofta förlängs. Detta innebär en stor samhällskostnad och ytterligare belastning på vården.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Markörbaserad journalgranskning, SKR

Datakällans status

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en metod som används för att på ett strukturerat sätt granska vårdtillfällen i somatisk slutenvård för vuxna för att identifiera skador och vårdskador. Granskningsteamet, bestående av läkare och sjuksköterska, gör först ett slumpmässigt urval av ett antal journaler per månad. Därefter granskas journaler från dessa vårdtillfällen för att söka markörer, det vill säga journaluppgifter som innebär en ökad risk för att en skada har inträffat.

Om patienten fått en skada under vårdtillfället gör granskningsteamet en bedömning av vilken typ av skada det rör sig om, hur allvarlig den är och om den hade kunnat undvikas. Resultaten samt annan relevant information rapporteras i oidentifierad form till en nationell databas.

Metoden innebär att granskningsteamet gör en bedömning av undvikbarheten i identifierade skador. Metoden är därmed kvalitativ till sin natur och resultat i siffror från granskning av enstaka eller fåtaliga vårdtillfällen måste därmed tolkas med försiktighet.

SKL har sedan 2016 publicerat MJG-rapporter på landsting/regionnivå. Vissa mindre skillnader mellan de data som publicerats i dessa rapporter och data som presenteras i Vården i siffror kan förklaras av att datauttag skett vid olika tillfällen.

Felkällor och begränsningar

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet vårdtillfällen med minst en vårdrelaterad infektion (VRI).

Nämnare: Antalet granskade vårdtillfällen.

18. Vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

Mått

Andel verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 1000 vårddygn i neonatalvård. Mätperioden är tre år, där det redovisade året är det sista av dessa.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar antalet verifierade eller bekräftade vårdrelaterade infektioner per 1 000 vårddygn på neonatalavdelning. Här ingår endast bekräftade infektioner (som påvisas av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det tredje vårddygnet efter inskrivning. Ett annat kriterium är att infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård utan tillkom efter det tredje dygnet, vilket utesluter att barnet har fått infektionen på annat ställe än på neonatalavdelningen.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister.

Felkällor och begränsningar

Låg andel barn med infektioner gör att statistiska osäkerheten är stor. Enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens. Rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion kan variera mellan enheter – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Slutligen är datakvaliteten i SNQ ännu inte känd.

Teknisk beskrivning

Klinikens/mottagningens geografiska lokalisering till länet.

Täljare: Antal verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 1 000 vårddygn i neonatalvård.

Nämnare: Antal vårdade barn på neonatalavdelning, 100-tal

19. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre

Mått

Andel vårdrelaterade infektioner på vård-och omsorgsboende för äldre

Mätenhet

Syfte

Indikatorn visar hur många på vård-och omsorgsboende för äldre som drabbas av VRI vid tidpunkten för mätningen. Påverkbara faktorer på infektionsfrekvenser kan vara efterlevnad av goda hygienrutiner. Den vanligaste riskfaktorn är någon form av sår. Urinkateter är den näst vanligaste riskfaktorn.

Referens

En vårdrelaterad infektion definieras i HALT enligt följande:

Första tecknen och symtom ska ha börjat senare än 48 timmar efter tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning.

Alla symtom måste vara nya eller ha akut försämrats.

Infektioner som redan förekom eller var i inkubationsstadiet vid tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning ska inte räknas med.

För att säkerställa infektion används så kallade beslutsalgoritmer som innehåller specifika tecken och symtom för varje infektion. Dessa algoritmer är baserade på falldefinitioner enligt CDC/SHEA som i sin tur grundar sig på McGeer-kriterierna.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Svenska HALT (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities), Folkhälsomyndigheten.

Uppgifter redovisas även i Senior alert.

Datakällans status

En årlig mätning av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och riskfaktorer hos personer som bor på särskilt boende.

Alla särskilda boenden för äldre samt LSS-enheter (vård och omsorg enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade) erbjuds att delta.

Mätningen genomförs valfri dag under vecka 46–47.

Datainsamling och återrapportering görs i det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

Registrering av en vårdrelaterad infektion

Är en del av den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) mätningar.

Metoden baseras på ECDC:s evidensbaserade protokoll.

Felkällor och begränsningar

För kategorin psykiatri ska resultaten tolkas med stor försiktighet eftersom antalet personer är lågt. I kategorin korttid presenterar vi alla resultat från personer inom korttidsvård. Eftersom det är endast ett fåtal LSS-enheter som deltar, är inte resultaten från dessa boenden med i sammanställningen.

Med antibiotikabehandling menar vi både terapeutisk och profylaktisk behandling om inget annat anges. Sammanställningen bygger på data från 142 kommuner och 1 975 enheter. Sammanlagt deltog 23 022 vårdtagare.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal vårdrelaterade infektioner bland äldre på vård-och omsorgsboende

Nämnare: Antal inskrivna på aktuella enheter som ingår vid tidpunkten för mättillfället

ÄR VÅRDEN SÄKER HÄR OCH NU?

FOKUSOMRÅDE 2

Förebyggande arbetssätt

20. Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården

Mått

i) Har ni den [mätdatum] styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), att fallriskvärdering ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvården? Svarsalternativ: Ja/Nej (Fråga i enkäten K13)

Mätenhet

Procent

Syfte

I ett teambaserat fallpreventivt arbetssätt är fallriskvärdering den initiala bedömningen som syftar till att avgöra om en person har allmän eller förhöjd fallrisk. Om allmän eller förhöjd fallrisk föreligger genomförs en strukturerad fallriskutredning med syfte att identifiera aktuella riskfaktorer som sedan ligger till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för fall. Värdering av fallrisken genomförs kontinuerligt.

Referens

Socialstyrelsens utbildning *Ett fall för teamet* - en utbildning om att förebygga fallolyckor. Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador. Patientsäkerhetslag 2010:659

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning.

Datakällans status

Kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, omfattas inte av frågan.

Teknisk beskrivning

Frågenummer i enkäten K13

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Kommentar

- Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.
- Med fall avses en fallhändelse då någon oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffar eller inte. Målet med fallprevention är att förebygga fall.
- Med fallriskvärdering avses en initial bedömning som syftar till att avgöra om patienten har allmän eller förhöjd fallrisk. Om allmän eller förhöjd fallrisk föreligger genomförs en strukturerad utredning med syfte att identifiera aktuella riskfaktorer som sedan ligger till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för fall.
- Med inskriven i hemsjukvård avses kommunens och regionens överenskommelse om vilka som är inskrivna i hemsjukvården.

21. Fallprevention - Höft- och lårfaktur per 1000 personår i kommunal hemsjukvård och SÄBO

Mått (A)

Antal vårdtillfällen för höft- eller lårfaktur i slutenvård per 1000 personår bland personer 65 år och äldre med kommunal hälso- och sjukvård. Genomsnitt för åren 2017-2019.

Mätenhet

Antal

Syfte

Konsekvenser av fallskador är ofta allvarliga där höftfraktur är en vanlig skada till följd av fallolycka. En höft- eller lårfaktur leder till exempel till många vårddygn och kan medföra en lång och besvärlig rehabilitering och påverkar en persons livskvalitet. Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patient-säkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Information om antal personer 65 år eller äldre med kommunal hemsjukvården som årligen vårdas i slutenvård på grund av höft- eller lårfaktur utgör underlag för styrning och ledning av kvalitet inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar. Måttet avser personer 65 år eller äldre inskrivna i kommunal hemsjukvård som vårdas inom slutenvård på grund av höft- eller lårfaktur, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. I måttet ingår inte höft- eller lårfaktur som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning.

Referens

Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador.

Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete.

Patientsäkerhetslag 2010:659.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (KHSV-registret), registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Teknisk beskrivning

Beräkningen av indikatorn görs som vårdtillfällen för höft- och lårfrakturer per personår där månadsperioderna har aggregerats till år. Redovisningen görs sedan som höft- och lårfrakturer per 1 000 personår.

Täljare: Antal vårdtillfällen med huvuddiagnos för höft- eller lårfraktur i slutenvård för personer och persontider i nämnaren.

Huvuddiagnos enligt ICD 10SE: S72

Nämnare: Sammanlagd persontid i år för personer i KHSV-registret (rampopulationen) enligt följande kriterier:

- Personer 65 år eller äldre
- Hemmaboende i ordinärt boende med eller utan hemtjänst
- Inskrivna i hemsjukvård. Kriterier för urval: för att en person i ordinärt boende ska betraktas som inskriven i kommunal hemsjukvård i KHSV-registret krävs en markering i registret både i månaden före och efter aktuell månad med hemsjukvård. Endast personmånader som har en markering månaden före och en markering efter ingår därför i nämnaren.
- Personer med särskilt boende för äldre under månaden utesluts.
- Personer med LSS-boende under året utesluts.

För att inte talen ska bli för små bör resultaten på kommunnivå aggregeras till tre år.

Mått (B)

Antal vårdtillfällen för fallskador i slutenvård per 1000 personår bland personer 65 år och äldre i särskilt boende för äldre. Genomsnitt för åren 2017-2019.

Mätenhet

Antal

Syfte

Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framförallt lidande och försämrad livskvalitet. Flertalet personer som vårdas för fallskada i sluten vård är personer i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Orsakerna till fallolyckan kan vara många och kan spegla det förbyggande arbetet inom en mängd olika verksamheter.

Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Information om antal personer i särskilt boende för äldre som årligen vårdas i sluten vård på grund av fallskada utgör underlag för styrning och ledning av kvalitet inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar.

Måttet avser personer i särskilt boende för äldre som vårdas inom slutens vård på grund av fall, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. Det betyder att måttet inte mäter alla fallolyckor inom kommunens särskilda boenden för äldre. Fallolyckor som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning ingår inte i måttet.

Referens

Socialstyrelsen - Samlat stöd för patientsäkerhet. Minska risken för fallskador.

Socialstyrelsen utbildning Ett fall för teamet - en utbildning om att förebygga fallolyckor.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsledningsarbete.

Patientsäkerhetslag 2010:659.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Patientregistret (PAR) och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Teknisk beskrivning

Beräkningen av indikatorn görs som vårdtillfällen för höft- och lårfrakturer per personår där månadsperioderna har aggregerats till år. Redovisningen görs sedan som höft- och lårfrakturer per 1 000 personår.

Täljare: Antal vårdtillfällen med huvuddiagnos för höft- eller lårfraktur i slutens vård för personer och persontider i nämnaren.

Huvuddiagnos enligt ICD 10SE: S72

Nämnare: Sammanlagd persontid i år för personer i SoL-register (rampopulationen) enligt följande kriterier:

- Personer 65 år eller äldre med verkställda beslut om särskilt boende för äldre.
 - Personer boende i särskilt boende för äldre, med eller utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
 - Personer med verkställda beslut om särskilt boende för äldre. Kriterier för urval av månader för dessa personer: en markering om verkställt beslut i aktuell månad. Dessutom krävs uppgift om verkställt beslut om särskilt boende månaden före. Endast personmånader som har en markering månaden före ingår därmed i nämnaren. Boendeform mäts genom variabel boform=2 (särskilt boende).
 - Personer 65 år och äldre med LSS-boende under året utesluts.
- För att inte talen ska bli för små bör resultaten på kommunnivå aggregeras till tre år.

Kommentar

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som bor i särskilt boende för äldre, bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning och motsvarande boendeformer som bedrivs i enskild verksamhet samt dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL, 3 kap 6 §, 5 kap 5 och 7 §§ och 7 kap 1 § punkt 2 SoL).

Detsamma gäller bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar och daglig verksamhet som är reglerade i LSS (prop. 1992/93:159 s.182). Kommunen ska också erbjuda god hälso- och sjukvård i ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende om skyldigheten har övertagits från regionen (14 kap. 1 § HSL).

22. Förebyggande åtgärder (fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa)

Mått

Andel 65 år och äldre som bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en förebyggande åtgärd har utförts. Avser hälso- och sjukvård inom särskilt boende i kommunen

Mätenhet

Procent

Syfte

Äldre personer med sviktande hälsa och nedsatt rörelseförmåga drabbas oftare av fallskador, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa. Indikatorerna speglar förebyggande åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård i äldreomsorgen för särskilt boende, dvs. äldre över 65 år som löper risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa vilket speglar patientsäkerhet i omvårdnadsarbetet. Det förebyggande arbetet berör särskilt personer

som bedöms ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd identifierats och där åtgärd genomförts. Den kommunala hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa är en viktig del i en säker vård.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Senior alert

Felkällor och begränsningar

Resultatet ska tolkas med försiktighet eftersom det aktiva deltagandet i registret varierar.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd per område där den enskilda personen bedömts att ha risk utförts och registrerats i Senior Alert.

Nämnare: Samtliga personer 65 år och äldre i särskilt boende som registrerats i Senior Alert och som blivit bedömda ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Här redovisas enbart hemsjukvård i särskilt boende inom äldreomsorgen.

Kommuner sammanslaget på länsnivå.

Länsnivå/hemlän.

23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Mått

Andel personal som korrekt följer grundläggande hygienrutiner och klädregler

Mätenhet

Procent

Syfte

Punktprevalensmätningarna (PPM) genomförs både i regionerna och i kommunerna för att spegla följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner

Referens

Punktprevalensmätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10). Mätningen erbjuds samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i så väl regioner som kommuner

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

PPM-BHK, SKR

Teknisk beskrivning

Region

Andel med korrekt i samtliga steg

Andel med korrekt i samtliga klädregler

Andel med korrekt i samtliga hygienrutiner

Andel med korrekt i samtliga steg per yrkesgrupp

Kommun

Andel med korrekt i samtliga steg

Andel med korrekt i samtliga klädregler

Andel med korrekt i samtliga hygienrutiner

Andel med korrekt i samtliga 8 steg

Ordinärt boende (4960)

Särskilt boende (15584)

Gruppboende/LSS (3116)

Andel med korrekt efterlevnad i samtliga steg per yrkesgrupp

Vad mäts (från SKR)

Uppföljningen delas upp inom områdena basala hygienrutiner respektive klädregler.

Korrekt handläggning av basala hygienrutiner innebär att:

- Desinfektion av händerna med handdesinfektionsmedel skall utföras direkt före och direkt efter patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt före och efter användning av handskar.
- Handskar ska användas vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor. Handskar byts mellan arbete med olika patienter samt mellan olika arbetsmoment hos samma patient. Ej relevant räknas som korrekt i redovisningen.
- Engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock ska användas: om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material. Ej relevant räknas som korrekt i redovisningen.

Korrekt handläggning av klädregler innebär att:

- Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta
- eller synligt förorenade. Korrekt arbetsklädsel fastställs av arbetsgivaren.
- Händer och underarmar ska vara fria från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor för att kunna genomföra en adekvat handhygien.

- Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material för att kunna genomföra en adekvat handhygien. Korta naglar menas att naglarna inte syns från handflatan. Fri från nagellack inkluderar ofärgat nagellack.
- Hår ska vara kort eller uppsatt om det är längre än axellångt eller riskerar att hänga ner.

Yrkesgrupper

Arbetsterapeut
 Biomedicinsk analytiker
 Läkare
 Sjukgymnast
 Sjuksköterska/barnmorska
 Skötare
 Studerande
 Tandhygienist
 Tandläkare
 Tandsköterska
 Undersköterska/barnsköterska
 Vårdbiträde
 Övriga

Verksamhetsområden

Avancerad hemsjukvård
 Basal (allmän) hemsjukvård
 Demensboende
 Hospice/Palliativ slutenvårdsenhet
 Korttidsboende
 LSS
 Mottagning/dagvård
 Operationsavdelning/uppvaket
 Rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning
 Slutenvårdsavdelning
 Särskilt boende/Äldreboende
 Övrigt

Beskrivning av vissa indikatorer

Andel med korrekt i samtliga steg

Antalet som har korrekt i samtliga steg delat på antalet observerade. Ej relevant vid handskar och förkläde räknas som korrekt.

Andel med korrekt användning av handskar

Om användning av handskar inte är aktuellt vid observationen räknas det som korrekt användning i sammanställningen.

Andel med korrekt användning av engångsförkläde

Om användning av engångsförkläde inte är aktuellt vid observationen räknas det som korrekt användning i sammanställningen.

24. Rutiner för att förebygga försämrat allmäntillstånd

Mått

Andel enheter som har aktuella rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd

Mätenhet

Procent (aggregeras till storstads, läns och riksnivå)

Syfte

Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på ohälsa kan vara ett stöd för personalen att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada. Hemtjänstpersonalen har en viktig roll i detta sammanhang och är ofta den personalgrupp som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera riskförebyggande.

Referens

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019, Socialstyrelsen.

Datakällans status

Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum

Felkällor och begränsningar

I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Teknisk beskrivning

Täljare: antal enheter som har uppnått indikatorn

Nämnare: alla enheter som har besvarat enkätfrågan

Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:

Har enheten den 1 mars skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur omsorgspersonalen ska agera när den äldre personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd

Har ni någon gång under perioden (12 månader) följt upp rutinen.

Svarsalternativ: Ja/Nej

Definitioner: Rutiner innebär att personalen vet vem eller vilka personer som kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Det kan handla om kontakt med enhetschefen, ansvarig biståndshandläggare eller sjuksköterska. Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter.

Mät- eller rampopulation: alla enheter inom hemtjänst som har besvarat enkätfrågorna.

Målpopulation: alla Sveriges verksamheter inom hemtjänst

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Enheter, stadsdelar, kommuner, storstäder, län och riket

25. Mätning av andningsfrekvens i ambulans

Mått

Andel patienter där andningsfrekvens mäts i ambulans

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen patienter där andningsfrekvensen mättes i ambulansen. Primäruppdrag med prio 1-3 och patienter 18 år och äldre ingår i jämförelsen.

Andningsfrekvens, uttryckt som andetag per minut, är en viktig parameter att bedöma hos en akut sjuk patient. Andningsfrekvensen hos en människa är direkt relaterad till kroppens metabola behov av syre (oxygen) och är en bra prediktor för risk för nära förestående allvarlig händelse. Denna parameter mäts av sjuksköterskan i ambulans och förs in i journalen.

Indikatorn mäter följsamhet mot behandlingsriktlinjer. Kvalitetsregistret AmbuReg har satt målnivån till 95 procent.

AmbuReg, Kvalitetsregistret för svensk ambulanssjukvård, syftar bland annat till att genom uppföljning av beslutade behandlingsriktlinjer och processer kvalitetssäkra ambulanssjukvården och stödja förbättringar i verksamheten på lokal, regional och nationell nivå. Samtliga regioner medverkar från 2019 i arbetet, men i nuläget redovisas data för tre indikatorer för 19 regioner.

Ambulanssjukvården är en del i den prehospitala vården och är en viktig del i det samlade akuta omhändertagandet, där diagnostik och behandling påbörjas vid ankomst till patient och i ambulans. Årligen görs cirka 840 000 primära uttryckningsuppdrag med olika prioritet. Mellan 40-50 procent av uppdragen larmas ut som prio 1. Prioritetsgrad anges i en skala 1-3 (även om flera larmcentralers beslutsstöd även använder prio 1b och 2b).

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

AmbuReg

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalet patienter enligt nämnares beskrivning där andningsfrekvensen mättes i ambulansen och registrerades i journal.

Nämnare: Totala antalet primäruppdrag med prio 1-3 och patienter 18 år och äldre ingår i jämförelsen.

Läkemedelsgenomgång

26. Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång (äldreomsorg)

Mått

Andel enheter som har aktuella rutiner för fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen.

Mätenhet

Procent (aggregeras till storstads-, läns- och riksnivå)

Syfte

Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.

Referens

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9).

Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Enhetsundersökningen (enkät) om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019 på enhets-, kommun-, läns-, och riksnivå. Socialstyrelsen.

Datakällans status

Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum

Felkällor och begränsningar

I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal enheter som har uppnått indikatorn

Nämnare: Alla enheter som har besvarat enkätfrågan

Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:

Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång

Har ni den 1 mars, tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer?

Innehåller rutinen att det ska dokumenteras i den enskildes journal hur den enskilde varit delaktig vid läkemedelsgenomgången?

Har ni under perioden (12 månader) följt upp rutinen?

Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. inom 12 månader.

Definitioner:

Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterande problem eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i.

Mät- eller rampopulation:

Alla enheter inom hemtjänst som utför hemsjukvård på delegation samt insatser i servicehus och särskilt boende som har besvarat enkätfrågorna.

Målpopulation:

Alla Sveriges verksamheter inom hemtjänst som utför hemsjukvård eller som utför insatser på servicehus och verksamheter inom särskilt boende

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Enheter, stadsdelar, kommuner, storstäder, län och riket

27. Rutiner för samverkan vid fördjupad läkemedelsgenomgång

Mått

Andel enheter har aktuella rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer. Den beskriver hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren, ansvarig sjuksköterska vid äldreboendet samt boendets omsorgspersonal.

Mätenhet

Procent när indikatorn aggregeras till storstads-, läns- och riksnivå.

Syfte

Målet för en läkemedelsgenomgång är en kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling, för att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling och lösa läkemedelsrelaterade problem. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Den enskildes deltagande är viktigt eftersom det kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde.

Referens

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9).

Vägledning för läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel, Socialstyrelsen, 2013.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Enkät: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. 2019, Socialstyrelsen.

Datakällans status

Årsbaserad enkät med specifikt mätdatum

Felkällor och begränsningar

I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna samt på databearbetningen.

Teknisk beskrivning

Täljare: antal enheter som har uppnått indikatorn

Nämnare: alla enheter som har besvarat enkätfrågan

Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:

Har ni den 1 mars tillgång till skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med olika aktörer?

Innehåller rutinen en beskrivning av hur samverkan vid läkemedelsgenomgångar ska ske tillsammans med den enskilde och läkaren samt sjuksköterskan som ansvarar för äldreboendet och om-sorgspersonalen?

Har ni under perioden (12 månader) följt upp rutinen?

Svarsalternativ: Ja/Nej/Ej aktuellt, rutinen upprättades nyligen dvs. inom 12 månader.

Definitioner:

Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas till personer som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem

eller där misstankar om förekomst av sådana problem finns. Läkaren ansvarar för att följa upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i.

Mät- eller rampopulation:

Alla enheter inom hemtjänst som utför hemsjukvård på delegation samt insatser i servicehus och särskilt boende som har besvarat enkätfrågorna.

Målpopulation:

Alla Sveriges verksamheter inom hemtjänst som utför hemsjukvård eller som utför insatser på servicehus och verksamheter inom särskilt boende

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Enheter, stadsdelar, kommuner, storstäder, län och riket

28. Läkemedelsgenomgångar hos äldre

Mått

Andel 75 år och äldre inom öppen- och slutenvård med läkemedelsgenomgång och som ordinerats två eller fler läkemedel.

Mätenhet

Procent

Syfte

Läkemedelsgenomgångar är en av flera åtgärder som kan höja kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning.

Läkemedelsgenomgångar regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården. Av 3 a kap. 3 § framgår att en vårdgivare ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid: besök hos läkare i öppen vård; inskrivning i slutenvård; påbörjad hemsjukvård och inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (föreskriften hänvisar till motsvarande bestämmelse i den tidigare upplagan av hälso- och sjukvårdslagen, 18 § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]). Personer som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. En enkel läkemedelsgenomgång ska också erbjudas patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem. Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem ska av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

För indikator om läkemedelsgenomgångar för äldre hänvisas till indikatorerna som tillämpas i Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

Referens

Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. 2017. Socialstyrelsen.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Bakgrundsmått

Datakälla

Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Datakällans status

Vissa regioner registrerar både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar och dessutom både för samtliga patienter och för personer som är 75 år eller äldre. Andra registrerar inte läkemedelsgenomgångar alls, alternativt enbart fördjupande läkemedelsgenomgångar. Regionerna registrerar oftast antal genomförda läkemedelsgenomgångar, men det finns även exempel på regioner som i stället registrerar antal patienter som fått minst en genomförd läkemedelsgenomgång. Vissa regioner registrerar med hjälp av KVÅ-koder och andra med sökord.

Felkällor och begränsningar

I nämnaren ingår en stora grupp som har fem eller fler läkemedel och inte vårdats inom öppen- eller slutenvården under året men de kan ha fått en läkemedelsgenomgång i primärvården och där finns inte någon tillgång till data idag på nationell nivå.

Teknisk beskrivning

(1) Täljare: Antal 75 år och äldre som använde fem eller fler läkemedel vid årets början och vårdats under året inom öppen- eller slutenvård, som där fått en enkel läkemedelsgenomgång någon gång under året (KVÅ-kod HS: XV015)

(2) Täljare: Antal 75 år och äldre som använde fem eller fler läkemedel vid årets början och vårdats under året inom öppen- eller slutenvård, som där fått en fördjupad läkemedelsgenomgång någon gång under året (KVÅ-kod HS: XV016).

Nämnare: Antal personer 75 år och äldre som använder två eller fler läkemedel vid årets början (LMED).

XV015 Läkemedelsgenomgång, enkel

Enkel läkemedelsgenomgång enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd HSLF-FS 2017:37 med ändringsförfattningar

XV016 Läkemedelsgenomgång, fördjupad

Fördjupad läkemedelsgenomgång enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd HSLF-FS 2017:37 med ändringsförfattningar

Redovisningsnivåer: Riket, region, ålder (75+), kön

Mätperioder: 2019-2020

Teambaserad vård

29. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada

Mått

Andel personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök inom öppen- och slutenvård, procent. Endast första vårdkontakten under ett kalenderår följs upp.

Mätenhet

Procent

Syfte

Psykisk sjukdom är den starkaste riskfaktorn för suicidbeteende bland vuxna. Ett gott omhändertagande inom den psykiatriska vården efter suicidförsök är önskvärt för att säkerställa att eftervården och eventuell behandling fungerar optimalt samt kan förebygga suicid. Att patienten tidigt efter suicidförsök har kontakt med psykiatrisk vård är ett viktigt mått att följa.

Riktning

Hög andel eftersträvas

Typ av indikator

Process

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök.

Nämnare: Antal personer 18 år och äldre som har haft ett vårdtillfälle till följd av suicidförsök under mätperioden.

Diagnos

Avsiktligt självdestruktiv handling

ICD 10

X60-X84

Vårdåtgärd

Strukturerad suicidriskbedömning

ICD 10

AU118

Redovisningsnivåer: Riket, ålder (13+, 35-67), kön

Mätperioder: 2011-2020

30. Multidisciplinär konferens vid lungcancer

Mått

Andel patienter med lungcancer som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen patienter där multidisciplinär konferens hålls inför behandling av lungcancer. I en multidisciplinär konferens deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, lungmedicinsk specialist, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. Att göra en omfattande granskning av cancersjukdomen behövs för att man ska kunna optimera behandlingen. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nyupptäckt lungcancer fått en hög prioritet. Resultatet speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds. Socialstyrelsen har som målnivå angett en andel på 74 procent. Målnivån är satt så att alla landsting bör kunna uppnå den och att den på sikt bör höjas. Det finns vissa registreringsskillnader som påverkar resultaten.

I Sverige drabbas cirka 3 800 personer av lungcancer varje år, vilket gör den till den femte vanligaste cancerformen i Sverige. Det finns två huvudgrupper: icke-småcellig lungcancer och småcellig lungcancer. Ungefär 80 procent är icke-småcellig lungcancer, vilken i sin tur delas in i flera undergrupper.

Lungcancer förorsakas till 80-90 procent av tobaksrökning. Tidig upptäckt är en förutsättning för att bli frisk. Kirurgi är den viktigaste botande behandlingen, men kan bara genomföras hos 15 procent av patienterna.

Nationella lungcancerregistret (NLCR) är ett kvalitetsregister som samlar och sammanställer data från all lungcancervård i Sverige. Förutom att vara ett underlag för kvalitetsuppföljningar och studier ska NLCR visa på trender och förskjutningar av behandlingsstrategier, uppföljning och överlevnad samt skillnader inom cancervården i Sverige.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Nationella lungcancerregistret

Felkällor och begränsningar

Sjukhus med färre än fem fall räknas in i gruppen Övriga. Dessa är Blekinge-sjukhuset, Karlshamn, Danderyds sjukhus, Lindesbergs lasarett och Nyköpings lasarett.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som tagits upp på multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut.

Nämnare: Antal patienter där uppgift finns om multidisciplinär konferens.

31. Brytpunktssamtal

Mått

Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fick ett brytpunktssamtal.

Mätenhet

Procent

Syfte

En viktig aspekt av stödet och vården i livets slutskede är att den enskilde är väl informerad om sin situation. Att vara informerad har ett värde i sig och ger personen i palliativ vård möjlighet att själv fatta självständiga beslut om hur han eller hon vill ha det under den sista tiden. Indikatorn är intressant såväl ur ett professionsperspektiv som ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Denna indikator är ett processmått med utgångspunkt i rekommendation 3 – Samtal med patienten om vårdens inriktning och mål i livets slutskede. Rekommendationen är central och har fått högsta prioritet i nationella kunskapsstödet (prioritet 1 av 10).

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Svenska palliativregistret

Felkällor och begränsningar

Indikatorn ska visa att den ansvariga läkaren har genomfört och dokumenterat samtal (med patienten när denne kan delta i ett sådant samtal eller med närstående när så inte är fallet) om att den medicinska bedömningen innebär att vården fokuseras på palliativ vård i livets slut. Här ingår inte samtal som inte har dokumenterats eller samtal som har genomförts av sjuksköterska på särskilt boende.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som avlidit och är registrerade i svenska palliativregistret och hade ett dokumenterat brytpunktssamtal. Avser väntade dödsfall.

Nämnare: Antal registrerade avlidna patienter i svenska palliativregistret under mätperioden. Avser väntade dödsfall.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, län, vårdform, diagnos.

Kön, ålder.

32. Användning av checklista för säker operation.

Mått

Andel operationer där hela WHO:s checklista för säkrare operationer tillämpas.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen operationer där man har en komplett användning av WHO:s checklista för säker kirurgi, det vill säga i alla tre faserna av arbetet i samband med operationen. Alla operationer som ingår i kvalitetsregistrets SPORs definition på operation ingår, både akuta och planerade. Initiativet som mynnade ut i WHO:s checklista startades av World Alliance for Patient Safety, som en del av Världshälsoorganisationens strävan att minska antalet dödsfall i anslutning till kirurgi världen över. Målet är att rikta uppmärksamhet mot viktiga säkerhetsfrågor, som bland annat otillräckliga säkerhetsrutiner för anestesi, postoperativa infektioner samt dålig kommunikation mellan medlemmar i operationslag. Dessa problem har visat sig vara vanliga, undvikbara och bidragande orsaker till dödsfall i alla länder och sjukvårdsorganisationer.

WHO:s Checklista för Säker Kirurgi är ett accepterat verktyg för att på ett strukturerat sätt genomföra säkerhetskontroller under tre faser av det perioperativa arbetet på operationssalen. Dessa faser är "Förberedelse", när anestesipersonal kontrollerar att allt är på plats och all utrustning fungerar innan patienten sövs, "Time Out" precis innan operatören börjar operationen, och "Sign Out" innan operatören lämnar operationssalen.

Användning av checklistan har visat sig resultera i färre dödsfall och allvarliga komplikationer i samband med operationer och är en etablerad patientsäkerhetsindikator. Listan består av 19 punkter, och den tar sammanlagt ett par minuter att gå igenom.

Användningen av checklistan och dokumentationen av genomförandet av dessa tre faser registreras i kvalitetsregistret SPOR, Svensk Perioperativt Register. SPOR samlar data om vården i samband med en operation. Syftet är att kunna samla fakta för att kunna utvärdera och förbättra vården för alla patienter som genomgår en operation. Datainsamlingen är automatiserad och

innebär att uppgifter ur de lokala operationssystemen överförs till registret. Uppgifterna uppdateras varje dygn.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Svenskt Perioperativt Register (SPOR)

Datakällans status

SPOR har hög täckningsgrad och hösten 2018 medverkar operationsavdelningarna vid 69 av de 76 sjukhus som i nuläget är aktuella för rapportering, det vill säga alla landstingsdrivna sjukhus samt några få privata. Arbete pågår för att få till stånd anslutning av de resterande sjukhusen.

När ett sjukhus är anslutet är täckningsgraden nära 100 procent avseende antalet operationer. 2017 registrerades över 350 000 operationer med SPORs operationskoder. 2,3 procent av registreringarna innehöll något fel och exkluderas från redovisningar. Det är bara godkända poster som används i rapporterna. 2018 är prognosen att över 550.000 operationer kommer att vara registrerade i SPOR, med en täckningsgrad på över 90 procent.

Användningen av checklisten och dokumentationen av genomförandet av dessa tre faser registreras i kvalitetsregistret SPOR, Svensk Perioperativt Register. SPOR samlar data om vården i samband med en operation. Syftet är att kunna samla fakta för att kunna utvärdera och förbättra vården för alla patienter som genomgår en operation. Datainsamlingen är automatiserad och innebär att uppgifter ur de lokala operationssystemen överförs till registret. Uppgifterna uppdateras varje dygn.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal operationer med en komplett användning av WHO:s checklista för säker kirurgi

Nämnare: Totalt antal operationer som ingår i SPORs definition av operation

33. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Mått

Andel fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.

Mätenhet

Procent

Syfte

Vård på strokeenhet minskar dödlighet, funktionsberoende och behov av institutionsvård. Vård på strokeenhet som första vård-nivå innebär högre vårdkvalitet oavsett ålder vid insjuknandet, kön samt sjukdomens allvarlighetsgrad.

Referens

Socialstyrelsen har fastställt målnivån att minst 90 procent av alla patienter i riket som helhet bör skrivas in direkt och vårdas på strokeenhet under den akuta fasen.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Riksstroke

Felkällor och begränsningar

Varierande täckningsgrad till kvalitetsregistret i regionerna.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal strokefall som under det akuta vårdtillfället vårdats på en strokeenhet eller IVA utan att först vårdats på en annan vårdavdelning vid inskrivning på sjukhus.

Nämnare: Samtliga sjukhusvårdade fall med stroke.

Diagnos

Intracerebral blödning

Ischemisk stroke

Stroke, ej specificerat som blödning eller ischemi

Diagnoskod – ICD 10

I61

I63

I64

Personer i åldrarna 18 år och äldre ingår i jämförelsen.

Den geografiska fördelningen görs bäst utifrån patienternas hem-ortslands-ting. Det innebär att även vård på sjukhus i annat lands-ting redovisas på hemortslandstinget.

34. Reperfusionbehandling vid akut ischemisk stroke

Mått

Andel patienter med akut ischemisk stroke som fått reperusionsbehandling med trombolys eller trombektomi.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen patienter med akut ischemisk stroke som får reperfusionsterapi med trombolys eller trombektomi. Patienter i alla åldrar ingår. Reperfusionsterapi syftar till att lösa upp eller ta bort blodproppen som orsakat stroke för att därigenom minska den hjärnskada som proppen orsakat och förbättra prognosen. Vid trombolys löses blodproppen upp med blodproppslösande läkemedel. Trombektomi innebär att proppen i hjärnan tas bort mekaniskt, med endovaskulär teknik. Trombektomi är aktuell vid tilltäppning av hjärnans främre stora kärl och kan utföras med eller utan föregående behandling med trombolys. I princip samtliga sjukhus i landet utför trombolysbehandling, medan trombektomi utförs av ett litet antal högspecialiserade sjukhus. Reperfusionsterapi minskar risken för funktionshinder och ju tidigare den ges, desto bättre blir dess resultat. Trombolys har dokumenterad effekt när den ges upp till 4,5 timmar efter insjuknandet och trombektomi upp till 6 timmar efter insjuknandet. Tidsintervallet mellan symtomdebut och behandling begränsar i praktiken andelen patienter som kommer ifråga för behandling.

Referens

Indikatorn ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsens och Riksstrokes högre målnivå anges till minst 20 procent, medan Riksstrokes nivå för måttlig måluppfyllelse är satt till minst 13 procent.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Målnivå

Riksstroke har 20 procent som nivå för hög måluppfyllelse samt 13 procent som nivå för måttlig måluppfyllelse.

Socialstyrelsens målnivå är minst 20 procent.

Datakälla

Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke

Felkällor och begränsningar

Inga hänsyn tas till att vissa patienter har specifika kontraindikationer mot trombolys och att detta kan variera mellan sjukhus och region.

Teknisk beskrivning

Från ViS:

Täljare: Antal patienter med ischemisk stroke som fått trombolys och/eller trombektomi. Ingår gör även patienter som trombolysbehandlats med icke-godkänt läkemedel som t ex metalyse.

Nämnare: Totala antalet registrerade patienter med ischemisk stroke. Patienter i alla åldrar ingår, och oavsett om patienten var ADL-oberoende eller ej vid insjuknandet eller hur lång tid som förflutit sedan symtomdebut.

Här ingår även patienter som trombolysbehandlats med icke-godkänt läkemedel som t ex metalyse.

Diagnos
Ischemisk stroke

Diagnoskod – ICD 10
I63

Antibiotikaanvändning

35. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

Mått

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

Mätenhet

Antal

Syfte

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

Referens

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

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd, jourmottagningar och liknande. Läkemedelsregistret har inga uppgifter om förskrivning, data samlas endast på de läkemedel som faktiskt hämtas ut.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal uthämtade recept på antibiotika (J01 exklusive J01XX05 metenamin).

Nämnare: Medelbefolkning hämtat från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik.

I måttet ingår även dosrecept men ej förskrivning av djurläkemedel och annan förskrivning utförd av veterinärer.

Läkemedel	ATC-kod
Antibiotika	J01
Exklusive metenamin	J01XX05

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisningsnivåer: Riket, region, kön,

Mätperioder: 2010-2020

Kommentar

Bör redovisas med åldersstandardiserade värden.

36. Antibiotikaanvändning i tandvården

Mått

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

Mätenhet

Antal

Syfte

Inom hälso- och sjukvården finns ett nationellt mål att användningen av antibiotika ska minska på sikt och att man med detta ska förhindra fortsatt utveckling av resistenta bakterier. STRAMA, Strategigruppen för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, definierar rationell antibiotikaanvändning med att antibiotika bara bör ges när det verkligen behövs, med lämplig typ av antibiotika, i korrekt dosering under lämplig tidsrymd. Tandvården har en relativt sett betydande andel antibiotikaanvändning i jämförelse med hälso- och sjukvård.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal uthämtade recept på antibiotika som förskrivits av tandläkare enligt tabell nedan.

Nämnare: Totalt antal individer i befolkningen

Medelbefolkning hämtat från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik

Läkemedel	ATC-kod
Tetracyklin	J01A
Amoxicillin	J01CA04
Fenoximetylpenicillin	J01CE02
Klindamycin	J01FF01
Metroidazol	P01AB01

Särredovisa Fenoximetylpenicillin (J01CE02) och övriga i grupp.

Redovisningsnivåer: Riket, ålder

Mätperioder: 2010-2020

PREM

37. Kontinuitet och koordinering (PREM)

Mått

Andel positiva svar om kontinuitet och koordinering från patienter som besökt flera verksamheter (se nedan). Resultatet är en sammanvägning av flera svar i Nationell Patientenkät.

Mätenhet

Procent

Syfte

Dimensionen avser att belysa patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Detta innebär hur väl individens vård samordnas, såväl internt som externt. Parametrar som följs upp är exempelvis hur patienterna upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra och i relation till patienten. Dimensionen innehåller även uppföljning av patientens upplevelse avseende kontinuitet.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Nationell patientenkät, SKR

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter i någon verksamhet (se nedan) som svarat att de anser att de upplever kontinuitet och involvering i sin vård/behandling enligt frågor nedan.

Nämnare: Antal svarande i enkäten.

Dimensionen kontinuitet och koordinering mäts med följande frågor i primärvården 2020:

- Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?
- Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?
- Fick du träffa den läkare du ville träffa?
- Upplevde du att personalen samarbetade väl?
- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
- Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Dimensionen kontinuitet och koordinering mäts med följande frågor i akutmottagningarna 2020:

- Frågade läkaren dig om vilka läkemedel du använder?
- Upplevde du att personalen samarbetade väl?
- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Anser du att personalen på akutmottagningen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
- Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Frågor viktas (bidrar med en viss andel till det totala dimensionsvärdet) och utgör tillsammans det totala värdet på dimensionen delaktighet och involvering. Utifrån insamlad data görs en så kallad principal komponentanalys (PCA) som bestämmer vikterna.

Dimensionen kontinuitet och koordinering mäts med följande frågor inom öppen specialiserade vård, 2018:

- Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?
- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Upplevde du att personalen samarbetade väl?
- Anser du att personalen på mottagningen/enheten samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
- Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

38. Delaktighet och involvering (PREM)

Mått

Delaktighet och involvering (fler verksamhetsområden)

Mätenhet

Syfte

Dimensionen avser att belysa huruvida patienten upplever sig involverad och delaktig i sin vård och i beslut rörande densamma.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Resultat (PREM)

Datakälla

Nationell patientenkät, SKR

Datakällans status

Frågorna i Nationell Patientenkät är indelade i sju dimensioner. Den analys som utgör grund för fastställandet av dimensionerna baseras på robusta statistiska metoder för att söka mönster i data. Syftet med mönstersökningen är att identifiera de dominerande strukturerna i ett dataset bestående av flera variabler. Dimensionen avser att belysa huruvida patienten upplever sig involverad och delaktig i sin vård och i beslut rörande densamma.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter som svarat att de anser att de varit delaktiga och involverade i sin vård/ behandling enligt följande frågor nedan inom flera verksamhetsområden.

Nämnare: Antal svarande i enkäten.

Dimensionen delaktighet och involvering belyses med följande frågor inom Primärvården 2020:

- Var du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade?
- Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling?
- Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?
- Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ ditt hälsotillstånd?

Svaren berör läkarbesök inom primärvården.

Frågor viktas (bidrar med en viss andel till det totala dimensionsvärdet) och utgör tillsammans det totala värdet på dimensionen delaktighet och involvering. Utifrån insamlad data görs en så kallad principal komponentanalys (PCA) som bestämmer vikterna.

Dimensionen delaktighet och involvering belyses med följande frågor inom akutmottagningar 2020:

- Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?
- Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
- Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?

Dimensionen delaktighet och involvering mäts med följande frågor inom öppen specialiserad vård, 2018:

- Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?
- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Upplevde du att personalen samarbetade väl?
- Anser du att personalen på mottagningen/enheten samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
- Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Om redovisningsnivåer och fördelningar
Region, kommun, vårdcentral.

FOKUSOMRÅDE 3

Överbeläggningar och utlokaliseringar

39. Överbeläggningar och utlokaliseringar i somatisk slutenvård

Mått

Antal överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser (somatisk slutenvård).

Mätenhet

Antal

Syfte

Indikatorn visar antal överbeläggningar och utlokaliseringar i somatisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser. Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har SKL och Socialstyrelsen tillsammans med landsting och regioner utvecklat en metod för att följa upp förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Metoden utgår från gemensamma definitioner av centrala begrepp, vilka finns samlade i Socialstyrelsens termbank.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Regioner

Datakällans status

Antalet patienter som är antingen överbelagda eller utlokaliserade på sjukhuset räknas varje dag klockan 06:00, liksom antalet disponibla vårdplatser. Landstingen rapporterar in resultaten minst en gång i månaden. Mätningarna genomförs både inom somatisk och psykiatrisk slutenvård.

Teknisk beskrivning

De vårdplatser som ingår i detta mått är vårdplatser i slutenvård med fysisk utformning, utrustning samt bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Överbeläggningar uppstår då det finns fler patienter än disponibla vårdplatser. Alla vårdplatser inom slutenvården ska därför räknas med i denna mätning. De avdelningar som ingår i denna definition är alltså de avdelningar där man kan tänka sig att överbeläggningar kan uppstå eller där patienter kan bli utlokaliserade. Ett exempel på platser som inte ingår i denna mätning är patienthotell. Patienthotell uppfyller oftast inte kraven på en disponibel vårdplats inom slutenvården. Däremot ingår platser på intensivvårdsavdelningar i beräkningen av disponibla vårdplatser.

40. Överbeläggningar och utlokaliseringar i psykiatrisk slutenvård

Mått

Antal överbeläggningar och utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser, psykiatrisk slutenvård.

Mätenhet

Antal

Syfte

Indikatorn visar antal överbeläggningar och utlokaliseringar i psykiatrisk slutenvård per hundra disponibla vårdplatser. Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har SKL och Socialstyrelsen tillsammans med landsting och regioner utvecklat en metod för att följa upp förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter varje månad.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Sveriges Kommuner och Regioner.

Datakällans status

Antalet patienter som är antingen överbelagda eller utlokaliserade på sjukhuset räknas varje dag klockan 06:00, liksom antalet disponibla vårdplatser. Landstingen rapporterar in resultaten minst en gång i månaden. Mätningarna genomförs både inom somatisk och psykiatrisk slutenvård.

Teknisk beskrivning

De vårdplatser som ingår i detta mått är vårdplatser i slutenvård med fysisk utformning, utrustning samt bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Överbeläggningar uppstår då det finns fler patienter än disponibla vårdplatser inom en avdelning. Alla vårdplatser inom slutenvården ska därför räknas med i denna mätning.

De avdelningar som ingår i denna definition är alltså de avdelningar där man kan tänka sig att överbeläggningar kan uppstå eller där patienter kan bli utlokaliserade. Ett exempel på platser som inte ingår i denna mätning är patienthotell. Patienthotell uppfyller oftast inte kraven på en disponibel vårdplats inom slutenvården. Däremot ingår platser på intensivvårdsavdelningar i beräkningen av disponibla vårdplatser.

41. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist

Mått

Andel vårdtillfällen med utskrivning till annan intensivvårdsavdelning (IVA) på grund av egen resursbrist.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen vårdtillfällen där en patient skrivs ut till en annan intensivvårdsavdelning (IVA) på grund av egen resursbrist. Målnivån är att mindre än 2 procent ska behöva flyttas.

Ibland kan det bli nödvändigt att överföra en patient till annan IVA av resurs-skäl. Överflyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar medför dels risker relaterade till själva transporten och dels risker i form av ofullständig informationsöverföring, fördröjd diagnostik och behandling och förlängd intensivvårdstid. Överflyttning medför också en extra belastning för patient och närstående i och med att de förlorar etablerade relationer till vårdgivare på den IVA och det sjukhus som patienten flyttas ifrån.

Däremot är det nödvändigt med regional samordning av intensivvården för att kunna utnyttja de begränsade intensivvårdsresurserna optimalt. Total avsaknad av överflyttningar på grund av egen resursbrist är sannolikt inte ett

optimalt utnyttjande när det handlar om överflyttningar inom samma sjukhus. Detta försvårar valet av målvärde för indikatorn.

Intensivvård är en vårdnivå – inte en vårdplats. Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller tydlig svikt i vitala funktioner. Om detta kriterium inte är uppfyllt ska patienten inte klassas som intensivvårdspatient.

Vård efter en operation som på grund av platsbrist, stängd postoperativ avdelning eller avsaknad av en postoperativ avdelning äger rum på en intensivvårdsavdelning är inte intensivvård. Däremot är vård på postoperativ avdelning som uppfyller kriterierna intensivvård.

Svenska Intensivvårdsregistret har som syfte att följa och höja kvaliteten på svensk intensivvård, samt främja metodutveckling och forskning inom intensivvården. Detta sker bland annat genom att mäta och presentera centrala och ändamålsenliga variabler. Dessa nationella och internationella indikatorer medger uppföljning av utvecklingen över tid och jämförelser med andra.

Intensivvårdens utveckling gör att målnivåer för kvalitetsindikatorernas mätetal förändras över tid. Målnivåerna revideras årligen och publiceras i ett särskilt dokument.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Svenska Intensivvårdsregistret

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal vårdtillfällen med utskrivning till annan IVA på grund av egen resursbrist.

Nämnare: Antalet vårdtillfällen där patienten skrivs ut levande

Vård inom rätt tidsintervall

42. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mått

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning.

Mätenhet

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning.

Syfte

Tiden fram till läkarbedömningen eller undersökningen av en patient på akutmottagningen är viktig för det fortsatta omhändertagandet, både när det gäller

kvalitet och säkerhet och total handläggningstid. Indikatorn är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen.

Referens

Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen är viktigt att följa över tid, att tiden inte ökar samt hur den varierar mellan olika vårdgivare. Socialstyrelsen har tidigare visat att riskfaktorer som troligtvis bidrar till att patienter tillbringar mer än fyra timmar på akutmottagning är:

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

Källa: Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Patientregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

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

Patientsammansättningen kan påverka jämförelsen.

Teknisk beskrivning

Gäller patienter från 19 år och äldre. Uppgifterna bygger på det som rapporterats in till patientregistret från akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade i landet.

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

Mediantiden för patienterna av ledtiden "tid till läkare" utgör indikatorvärdet.

Kompletterande data i redovisningen kan vara 1:a och 3:e kvartilen eller andra percentilgränser exempelvis 75:e och 90:e.

Redovisningsnivåer: Riket, region, ålder (19+)

Mätperioder: 2016-2020

43. Tid till operation vid höftfraktur

Mått

Tid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus.

Mätenhet

Medelväntetid

Syfte

Indikatorn visar medelväntetid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus. I mätningen ingår patienter som är 50 år och äldre med icke-patologisk fraktur.

Alla patienter med höftfraktur förs till sjukhus och opereras, även om valet av operationsmetod varierar. Själva frakturen är inte akut livshotande, vilket gör att patienten kan få vänta på operationen. Studier har visat att om det går mer än ett dygn innan operationen så leder det till ökad dödlighet efter ett par månader, även för i övrigt friska patienter. Dessutom ökar komplikationer som infektioner, trycksår och förvirring. Att vänta på operation är ansträngande för patienten både fysiskt och psykiskt och vårdtiden förlängs ofta. Väntetid till operation är därför ett viktigt mått på hälso- och sjukvårdens resurser och attityder.

I Sverige drabbas årligen cirka 17500 personer av höftfraktur. Medelåldern är 82 år, och två tredjedelar är kvinnor. Skademekanismen är ofta fall i samma plan. Höftfrakturer kostar samhället 1,5 miljarder kronor årligen. Förekomsten i en given åldersgrupp är något sjunkande, men en åldrande befolkning gör att antalet frakturer förblir högt. Patienter med höftfraktur svarar för en fjärdedel av samtliga vårddygna inom ortopedisk slutenvård.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Nationellt kvalitetsregister: RIKSHÖFT – Svenska Höftfrakturregistret.

Datakällans status

RIKSHÖFT har vid den senaste jämförelsen med patientregistret vid Socialstyrelsen (avser 2015) en täckningsgrad på drygt 87 procent. I två landsting, Västernorrland och Västerbotten, var täckningsgraden klart lägre, vilket gör tolkningen av deras resultat mera osäker.

Felkällor och begränsningar

Varierande täckningsgrad mellan kliniker.

Teknisk beskrivning

Mätpopulationsdefinition

Redovisningen avser patienter 50 år och äldre med exkluderande av frakturer betingade av metastas. Uppgift om medelväntetid till operation är baserad på klockslag i timmar för ankomst respektive operation. Patienterna hänförs till

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

44. Trombolys inom 30 minuter vid stroke

Mått

Andel patienter med akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomst till sjukhus.

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen trombolysbehandlade patienter med ischemisk stroke där behandling med trombolys startar inom 30 minuter efter ankomsten till sjukhus.

När en patient med misstänkt stroke anländer till sjukhuset är det viktigt att så snabbt som möjligt ställa en korrekt diagnos genom klinisk undersökning och datortomografi för att snabbt kunna starta trombolysbehandling. Alla tidsfördröjningar i vårdkedjan måste minimeras, eftersom behandlingens effektivitet snabbt minskar ju längre tid som gått efter insjuknandet. En kort dörr-till-nål tid betyder även att en högre andel patienter kan bli aktuella för trombektomi. Årligen utförs cirka 2 500 propplösande trombolysbehandlingar vid ischemisk stroke.

Tiden från ankomst till sjukhus till behandlingsstart är i hög grad beroende av organisation, kompetens och andra resurser på sjukhuset och är därför möjlig att direkt påverka. Internationella erfarenheter har visat att en välfungerande vårdkedja vid akut stroke kan minska tiden till start av trombolysbehandling och att man i de allra flesta fall kan nå under 30 minuter.

Socialstyrelsen och Riksstroke har som målnivå angett en andel på minst 50 procent för denna indikator, som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Riksstrokes nivå för måttlig måluppfyllelse är satt till 35 procent.

Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister och genomför fortlöpande utvärdering av den svenska strokevården. Även patienter med TIA inkluderas i Riksstroke. Riksstroke utgår från de rekommendationer och kvalitetsindikatorer som tagits fram i arbetet med de nationella riktlinjerna och speglar både processer och resultat.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke

Datakällans status

Egenskaper hos patienten, till exempel högt blodtryck som måste åtgärdas före behandlingen, kan medföra fördröjd behandlingsstart. Särskilt för mindre sjukhus med färre fall kan förekomst av sådana fall påverka resultatet för denna indikator.

Täckningsgraden för Riksstroke är cirka 90 procent för förstagångsinsjuknanden. Alla aktuella sjukhus registrerar strokepatienter i Riksstroke. Nästan alla 72 sjukhus registrerar även TIA-patienter. Data kring täckningsgraden för TIA i Riksstroke föreligger inte ännu. Ungefär 85 procent av patienterna deltar i uppföljningen efter 3 månader (själv, eller via anhörig eller vårdare) och 77 procent efter 1 år.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal patienter med ischemisk stroke som fått trombolys inom 30 minuter.

Nämnare: Totala antalet registrerade patienter med ischemisk stroke som fått trombolys och där uppgift om tid för inläggning och trombolysstart finns.

45. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup (136)

Mått

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri

Mätenhet

Procent

Syfte

Indikatorn visar andelen utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri. Väntetider till planerad vård regleras av den nationella vårdgarantin. Den slår fast att kontakt med primärvården ska erbjudas samma dag. Efter bedömning vid kontakten ska ett första besök hos läkare i primärvård erbjudas inom sju dagar. Förstagångsbesök till läkare i den planerade specialiserade vården ska ske inom 90 dagar efter att beslut tagits om att vård ska erbjudas.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting

Datakällans status

För helåret 2018 är värdet för Jämtland Härjedalen felaktigt. Korrekt uppgift saknas för Jämtland Härjedalen.

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

Indikatorn är baserad på de uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen vid Sveriges Kommuner och Regioner.

Felkällor och begränsningar

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

Teknisk beskrivning

Täljare: Antalstartadeutredningar och behandlingar i barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar

Nämnare: Totalt antalstartadeutredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri.

46. Responstid för ambulans

Mått

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

Mätenhet

Mediantid i minuter

Syfte

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

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

SOS Alarm

Felkällor och begränsningar

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

Teknisk beskrivning

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

Kompetens

47. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring

Mått

i) Har ni den [mätperiod] tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring?

Svarsalternativ: Ja/Nej

Mätenhet

Procent

Syfte

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupade kunskaper beträffande näringslära, näringsbehov och livsmedelsval i kontexten av hälsa och sjukdom kan bidra till vården av patienter vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd.

Att förebygga och behandla undernäring eller risk för undernäring fullgörs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Referens: Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning.

Teknisk beskrivning

Definition.

- Med tillgång till avses kontakt med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens inom ramen för nutritionsvårdsprocessen. Tillgång till legitimerad personal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring möjliggörs också genom t.ex. överenskommelser om samverkan mellan huvudmän eller kommuner. .
- Med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal avses hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation för yrket eller yrkesexamen på högskolenivå.
- Med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring avses legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är kvalificerad att bidra till vården av patienten vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd och som har en synnes av kunskap beträffande klinisk nutrition så som näringslära, näringsbehov och livsmedelsval i kontexten av både hälsa och sjukdom.

- Med mätdatum den 1 februari 2020 avses att till legitimerad personal med fördjupad kompetens finns tillgänglig detta datum.

RISKMEDVETENHET OCH PATIENT-SÄKERHETEN FRAMÖVER

FOKUSOMRÅDE 4

Uppföljning och analys i samverkan

48. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Mått

Andel kommuner per län som uppgett att de haft forum där representanter från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet regelbundet mötts för ett gemensamt och systematiskt patientsäkerhetsarbete i kommunen/stadsdelen.

Mätenhet

Procent

Syfte

Kompetens, kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer.

Huvudmannens systemövergripande lägesbeskrivning och underlag för beslut gällande kommunens/stadsdelens fortsatta patientsäkerhetsarbete sker tillsammans med aktörer från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Mätning och datainsamling för analys och lärande i hälso- och sjukvårdssystemet kan leda till forskning, utveckling och vara en viktig grund för prioriteringar och beslut om åtgärder som förbättrar patientsäkerheten.

Referens

Referens: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Fokusområde 4. Socialstyrelsen.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning.

Datakällans status

Felkällor och begränsningar

Teknisk beskrivning

Enkätfråga (K1) och svarsalternativ: i) Har ni under [mätperiod] i kommunen/stadsdelen haft forum där representanter från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet regelbundet mötts för ett gemensamt och systematiskt patientsäkerhetsarbete i kommunen/stadsdelen?

Svarsalternativ: Ja/Nej

Definition

- Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.
- Med regelbundna forum avses att representanter träffas minst en gång per år för att gemensamt analysera resultat från egenkontroll, risk- och avvikelshantering och andra relevanta informationskällor i syfte att erhålla systemövergripande lägesbeskrivning och underlag för beslut gällande kommunens/stadsdelens fortsatta patientsäkerhetsarbete.
- Rapportering och redovisning av årlig patientsäkerhetsberättelse i berörd nämnd ingår inte i denna definition.
- Med representanter från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet avses ledningen av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet, vårdgivare och vårdutförare, MAS och MAR.
- Med systematiskt patientsäkerhetsarbete avses att vårdgivare vidtar åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

49. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete

Mått

Andel kommuner per län som uppgett att de haft dialog för kunskapsinhämtning från patienter eller närstående till kommunens/stadsdelens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Mätenhet

Procent

Syfte

Syftet att involvera patienter och närstående i kommunens/stadsdelens strategiska patientsäkerhetsarbete genom att systematiskt tillvarata erfarenheter är att stärka analys, lärande och utveckling för att förebygga vårdskador.

Referens

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Fokusområde 4. Socialstyrelsen.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Struktur

Datakälla

Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning.

Datakällans status

Felkällor och begränsningar

Validiteten för indikatorn är låg varmed resultat för år 2020 inte kommer att redovisas, dvs. indikatorn, tillhörande bakgrundsmått och enkätfrågor mäter inte det som är tänkt att mätas.

Teknisk beskrivning

i) Har ni under [mätperioden] haft dialog för kunskapsinhämtning från patienter eller närstående till kommunens/stadsdelens systematiska patientsäkerhetsarbete? (Fråga: K3)

Svarsalternativ: Ja/Nej

Definition

- Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården och som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Styrdokument avser dokument beslutad av politisk organisation eller på delegation av dessa, har legitimitet i hela verksamheten och ingår i ledningssystem för kvalitet.
- Med samordnad individuell plan (SIP) avses en individuell plan som beskriver insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån den enskildes behov och önskemål och som tagits fram genom samordnad individuell planering (16 kap. 4 § 2017:30 och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena 2001:453). Skyldigheten att genomföra och upprätta en SIP inträder när kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda men kräver den enskildes samtycke (prop. 2008/09:193 s.30). För personer som skrivs ut från sjukhus med fortsatta behov av insatser från både kommun och landsting, är det patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården som tar initiativ till en samordnad individuell plan (4 kap. 1 och 3 §§ 2017:612).
- Information till den enskilde kan vara både muntlig eller skriftlig.

FOKUSOMRÅDE 5

Riskfylld läkemedelsbehandling

50. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion

Mått

Andel personer 75 år och äldre som förskrivits och/eller ordinerats två eller flera läkemedel för vilken användning och dosering behöver anpassas till njurfunktion

Mätenhet

Procent

Syfte

Njurarnas funktion börjar avta redan vid 30–40 års ålder, och sjunker därefter långsamt men stadigt livet ut. Vid 80 års ålder kan därför förmågan att filtrera blodet vara halverad, som en normal effekt av åldrandet.

Riktning

Högt

Typ av indikator

Bakgrundsmått

Datakälla

Läkemedelsregistret

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 75 år och äldre som förskrivits och/eller ordinerats två eller flera läkemedel för vilken användning och dosering behöver anpassas till njurfunktion

Nämnare: Antal personer 75 år och äldre i befolkningen

Enligt Bilaga 3: Läkemedel/läkemedelsgrupper vars användning och/eller dosering behöver anpassas till njurfunktionen.

Listan omfattar endast preparat som finns, och vanligen används, i peroral beredning. Sorterade utifrån ATC-kod.

ATC	Läkemedel / läkemedelsgrupp	Anmärkning
A02BA	histamin-2-receptorantagonister	
A07EC02	mesalazin	
A10BA02	metformin	
A10BB	sulfonureider	Främst glibenklamid, på grund av aktiva metaboliter och lång effektduration.
A12A	kalcium	
A12B	kalium	
N02BA, B01AC06	acetylsalicylsyra	

B01AE06	bivalirudin	
B01AE07	dabigatranetexilat	
B01AF01	rivaroxaban	
B01AF02	apixaban	
C01AA05	digoxin	Förutom mätning av njurfunktion bör S-digoxin kontrolleras.
C03A	tiazider	Risk för försämrad eller utebliven effekt av tiazider vid nedsatt njurfunktion.
C03D/C03E	kaliumsparande diuretika	
C07AA07	sotalol	
C07AB03	atenolol	
C09A/C09B	ACE-hämmare	
C09C/C09D	angiotensin II-antagonister (ARB)	ARB elimineras huvudsakligen genom metabolism, men kan påverka njurfunktion och elektrolytnivåer, främst kalium.
C10AA01	simvastatin	
G04BD	urologiska spasmolytika	Graden av Njurfunktionsberoende varierar mellan preparat inom gruppen
J01EA/J01EE	trimetoprim/trimetoprimsulfa	
J01MA	fluorokinoloner	
J01XE01	nitrofurantoin	Förutom ökad biverkningsrisk avtar effekten vid nedsatt njurfunktion.
J05AB01	aciklovir	
J05AB11	valaciklovir	
M01A exkl. M01AX05	NSAID (COX-hämmare) exkl. glukosamin	Risk för ytterligare försämring av njurfunktionen.
M04AA01	allopurinol	
M05BA/M05BB	bisfosfonater	
N02A	opioider	Buprenorfin (N02AE01) kräver enligt FASS ingen

dosjustering vid
nedsatt njurfunktion

N03AX12	gabapentin
N03AX16	pregabalin
N04BC05	pramipexol
N05AN01	litium
N05AX08	risperidon
N05AX13	paliperidon
N06AB04	citalopram
N06AX11	mirtazapin
N06AX16	venlafaxin

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisningsnivåer: Riket, region, ålder (75+), kön

Mätperioder: 2019-2020

Kommentar

51. Provtagning av njurfunktion bland dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion

Mått

Andel patienter ≥ 75 år som förskrivits och/eller ordinerats ett eller flera läkemedel för vilken användning och dosering behöver anpassas till njurfunktion, vars njurfunktion är uppmätt senaste 18 månaderna

Mätenhet

Procent

Syfte

Nedsatt njurfunktion leder till långsammare utsöndring, vilket kan leda till ackumulering av läkemedelssubstanser. Detta kan resultera i förlängd verkningsstid och förstärkta effekter med risk för biverkningar, av de läkemedel som till stor del utsöndras via njurarna i oförändrad form eller som aktiva metaboliter. När en äldre person behandlas med ett eller flera läkemedel av denna typ, behöver således njurfunktionen mätas och dosen anpassas till den. Detta bör ske inte bara då behandlingen påbörjas, utan också regelbundet så länge behandlingen pågår. För vissa läkemedel kan det bli nödvändigt att avsluta behandlingen då njurfunktionen sjunkit under en viss nivå.

För att möjliggöra korrekt dosering av läkemedel vars effekt är beroende av njurfunktionen, krävs kännedom om den glomerulära filtrationshastigheten (GFR, mäts i ml/min). Beräkning av GFR med hjälp av formler som tar hänsyn till kreatininkoncentrationen i plasma/serum alternativt Cystatin C. Indikatorn avspeglar att man utfört provtagning för att kunna beräkna detta.

Måttet ingår i PrimärvårdsKvalitet, som förvaltas vid SKR. PrimärvårdsKvalitet är ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården och omfattar kvalitetsindikatorer som speglar primärvårdens uppdrag ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Data hämtas och beräknas genom automatiska uttag från journaler och andra vårdadministrativa system.

Ursprung: Modifierad från Socialstyrelsens Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre 2017, av arbetsgruppen för PrimärvårdsKvalitet, SKR

Riktning

Ett högt värde är eftersträvansvärt men pga många felkällor i kombination med olikheter i datauttag mellan regionerna går det inte att rangordna regioner efter värden på indikatorn

Typ av indikator

Bakgrundsmått

Datakälla

Primärvårdskvalitet, SKR.

Felkällor och begränsningar

Dosdispenserade läkemedel (e-dos) kommer inte med i datauttagen för de flesta regioner.

Hur väl data om laboratorieprover kan tas ut varierar mellan regionerna.

Också från vilka delar av vården (egna vårdcentralen/ hela primärvården/ hela regionens sjukvård) laboratorieprover kan hämtas varierar. Detta påverkar förstås resultaten påtagligt.

Eftersläpning i data kan förekomma.

Teknisk beskrivning

Täljare: antal listade patienter ≥ 75 år som förskrivits läkemedel som påverkas av njurfunktion och har uppmätt kreatinin eller cystatin C

Tid: 18 månader rullande

Ålder: ≥ 75 år

Kön: alla

Kontakttyp: alla

Yrkeskategori: alla

Listad vc vid datauttag: Ja. Utflyttade och avlidna personer kommer ej med

ATC-koder: Se ATC-koder i nämnaren

Läkemedel: Förskrivna minst 1 gång de senaste 18 månaderna och/eller aktuell ordination senaste 18 mån (ej utsatt vid periodens slut)

Labprov: Befintlig dokumentation avseende provtagning av kreatinin och/eller cystatin C (plasma eller serum) finns i journalen

Nämnare: Antal listade patienter ≥ 75 år som förskrivits läkemedel som påverkas av njurfunktion

Tid: 18 månader rullande

Ålder: ≥ 75 år

Kön: alla

Kontakttyp: alla

Yrkeskategori: alla

Listad vc vid datauttag: Ja. Utflyttade och avlidna personer kommer ej med
Läkemedel: Förskrivet minst 1 gång de senaste 18 månaderna och/eller aktuell ordination senaste 18 mån (ej utsatt vid periodens slut)

ATC-koder: (från "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre", Socialstyrelsen 2017):

A02BA (histamin-2receptorantagonister)

A07EC02 (mesalazin)

A10BA02 (metformin)

A10BB (sulfonureider)

A12A (kalcium)

A12B (kalium)

N02BA, B01AC06 (acetylsalicylsyra)

B01AE06 (bivalirudin)

B01AE07 (dabigatranetexilat)

B01AF01 (rivaroxaban)

B01AF02 (apixaban)

C01AA05 (digoxin)

C03A (tiazider)

C03D/C03E (kaliumsparande diuretika)

C07AA07 (sotalol)

C07AB03 (atenolol)

C09A/C09B (ACE-hämmare)

C09C/C09D (angiotensin II-antagonister (ARB))

C10AA01 (simvastatin)

G04BD (urologiska spasmolytika)

J01EA/J01EE (trimetoprim/trimetoprim-sulfa)

J01MA (fluorokinoloner)

J01XE01(nitrofurantoin)

J05AB01 (aciklovir)

J05AB11 (valaciklovir)

M01A (NSAID (COX-hämmare) exkl. M01AX05 glukosamin)

M04AA01 (allopurinol)

M05BA/M05BB (bisfosfonater)

N02A (opioider, exkl. N02AE01 buprenorfin)

N03AX12 (gabapentin)

N03AX16 (pregabalin)

N04BC05 (pramipexol)

N05AN01 (litium)

N05AX08 (risperidon)

N05AX13 (paliperidon)

N06AB04 (citalopram)

N06AX11 (mirtazapin)

N06AX16 (venlafaxin)

52. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Mått

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

Mätenhet

Procent

Syfte

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

Referens

Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, 2010.

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

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

Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser. Flera av läkemedlen enligt tabellen ovan kan ordineras med en variabel dosering (ex 1-2 tabletter, dosering vid behov), vilket medför en viss osäkerhet med ovan angiven metod för beräkning. Förekommer variabel dosering i olika grad i olika regioner

skulle detta kunna leda till skillnader i utfallen mellan regionerna. Metoden mäter inte om behandlingen följs upp och/eller omprövas regelbundet.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 75 år och äldre som den 31 december beräknas ha använt minst ett av de läkemedel som listas i beskrivningen.

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

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

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter på individnivå om alla uthämtade läkemedel på recept och via dosdispensering. Den geografiska indelningen per landsting baseras på personernas hemort enligt folkbokföringen.

Läkemedel	ATC-kod
Långverkande bensodiazepiner	N05BA01, N05CD02, N05CD03
Läkemedel med betydande antikolinerga effekter	A03AB A03BA A03BB A04AD C01BA G04BD exkl. G04BD12 M03BC01 M03BC51 N02AG N04A N05AA02 N05AB04 N05AF03 N05AH02 N05BB01 N06AA R06AA02 R06AA04 R06AB R06AD R06AE05 R06AX02
Tramadol	N02AX02
Propiomazin	N05CM06

Kodein	N02AJ06, N02AJ09, R05DA04
Glibenklamid	A10BB01

Redovisningsnivåer: Riket, ålder (75+), kön
Mätperioder: 2005-2020

Kommentar

Detta är samma indikator som även har namnet: olämpliga läkemedel till äldre. Som olämpliga läkemedel räknas här långverkande bensodiazepiner, läkemedel med betydande antikolinerga effekter samt tramadol och propiomazin (se tabell nedan). Dessa läkemedel bör endast användas om det finns välgrundad och aktuell indikation och förskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör vidare följas upp och omprövas regelbundet och med täta intervall.

53. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Mått

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

Mätenhet

Procent

Syfte

För dessa läkemedel finns indikation vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens, t.ex. aggressivitet. I äldrevården används de emellertid ofta för att dämpa beteendesyntom såsom motorisk oro, rop och vandring, oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, och medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Om användning bedöms vara indicerad bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras, med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Omprövning av behandlingen med ställningstagande till utsättning/dosminskning bör göras med täta intervall.

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

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Process

Datakälla

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Felkällor och begränsningar

Läkemedelsregistret saknar uppgifter om förskrivningsorsak, varför det inte går att avgöra hur stor del av läkemedlen som förskrivits utan adekvat indikation. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apotek, inte vad som är förskrivet eller vad patienten intar. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård eller dispenserade från läkemedelsförråd. Detta kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser. Metoden mäter inte om behandlingen följs upp och/eller omprövas regelbundet.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer 75 år och äldre, som under aktuell mätperiod beräknas ha använt antipsykotiska läkemedel (N05A exklusive N05AN01 litium).

Nämnare: Totalt antal personer 75 år och äldre i befolkningen.

En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ vid en given tidpunkt (punktprevalens). I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tre-månadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna tidpunkt, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering.

Läkemedel	ATC-kod
Neuroleptika	N05A
exklusive Litium	N05AN01

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

Redovisningsnivåer: Riket, ålder (75+), kön

Mätperioder: 2005-2020

54. Två eller flera psykofarmaka långvarigt samtidigt, placerade hela åk 9

Mått

Andel (promille) 15-16 åriga flickor och pojkar med långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka - övriga placerade

Mätenhet

Procent

Syfte

Samhället har ett särskilt ansvar för placerade barn och ska enligt 6 kap. 1 och 7 §§ socialtjänstlagen (2001:453) garantera att placerade barn får god vård, lämplig utbildning och får den hälso- och sjukvård som de behöver. Av föräldrabalken framgår att ett barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. När ett barn placeras utanför hemmet har vårdnadshavare, socialnämnd och hem för vård eller boende (HVB), stödboende eller familjehemmet ett delat ansvar för att tillgodose barnets behov av omsorg (Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga, Socialstyrelsen; 2019). Barnets rätt till bästa möjliga hälsa och till sjukvård/hälsovård regleras även i Barnkonventionens artikel 24. När ett barn placeras i samhällsvård ska regionen erbjuda en undersökning av barnets fysiska och psykiska hälsa samt tandhälsan (Lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet). Barn som växer upp i samhällsvård har som grupp sämre fysisk och psykisk hälsa än genomsnittet. De löper också flera gånger större risk att i vuxen ålder drabbas av hälsorelaterade och psykosociala problem. Den enskilt viktigaste faktorn för hur det går för dessa barn senare i livet är hur de lyckas i skolan.

Att ordinera läkemedel till barn innebär speciella utmaningar och risker (Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen; 2019. Vårdnadshavare kan många gånger ta ansvar för sitt barns läkemedelshantering i egenvård efter en bedömning av legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Men ansvaret för egenvård kan inte lämnas över till ett familjehem, stödboende eller HVB-hem när ett barn placeras utan att den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården har gjort en ny bedömning (Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, Meddelandeblad nr 6/2013 Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av egenvård, Socialstyrelsen; 2013). Jämförelsen visar att användningen av psykofarmaka är hög bland placerade barn och unga. Inom gruppen finns en psykiatrisk problematik med användning av psykofarmaka innan placering medan tidigare studier visar att cirka 30 procent påbörjade användning av psykofarmaka för första gången under placeringen (Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Socialstyrelsen; 2014).

Riktning

Lågt

Typ av indikator

Resultat

Datakälla

Läkemedelsregistret och Registret över insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal barn placerade under hela årkurs 9 som har långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka vid 15-16 års ålder, åren 2014-2019

Nämnare: Totalt antal 15-16 åriga barn placerade under hela årkurs 9, åren 2014-2019

Värden som beräknats med en nämnare som understiger 21 (20 eller färre) har tagits bort.

Definitioner:

Psykofarmaka: Använt antipsykotika (N05A), antidepressiva (N06A), lugnande (N05B exkl. N05BB01) och/eller sömnmedel (N05C) vid 15-16 års ålder, enligt läkemedelsregistret

Samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka:

Använt preparat inom 2 eller fler av de fyra grupperna ovan vid 15-16 års ålder

Långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka:

Använt preparat långvarigt (minst 3 uttag inom respektive grupp när de var 15-16 år gamla) inom 2 eller fler av de fyra grupperna ovan vid 15-16 års ålder

Folkbokförda i Sverige: I Socialstyrelsen registret över insatser för barn och unga finns inte födelseland angivet från och med 2015. Det är därför inte möjligt att särredovisa svenskfödda barn. Och redovisningen avser därför barn som är folkbokförda i Sverige.

Kommun: För de placerade avses kommunen som placerade dem under årskurs 9, medan för övriga avses kommunen där de var folkbokförd under mätåret.

Placerade hela årkurs 9: avser personer som varit placerade fr.o.m. den 15 augusti det år de fyllde 15 år t.o.m. 15 juni det år de fyllde 16 år. Uppehåll kortare än 1 månad har lämnats utan avseende. Bland de placerade ingår bara individer som är folkbokförda i Sverige (pnrq=0).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Redovisas som: Andel 15-16 åringar som i promille har långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka.

Redovisningsnivåer: Riket, redovisas andelen i procent för 15-16 åringar som uppnått målvärdet, dvs. har långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka år 2019. Riket, Län, kommun redovisas andelen i promille för 15-16 åringar som uppnått målvärdet, dvs. har långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka med årsvisa sammanslagna värden för perioden 2014-2019 För riket redovisas andel i procent för 15-16 åriga flickor och pojkar som uppnått målvärdet, dvs. har långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka år 2019, För Riket, län redovisas andel i promille för 15-16 åriga flickor och pojkar som uppnått målvärdet, dvs. har långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två

eller flera psykofarmaka med årsvisa sammanslagna värden för perioden 2014-2019.

Mätdatum/Mätperiod: År 2019 för riket samt årsvisa sammanslagna värden för perioden 2014-2019 för län och kommun

Kompetens

55. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Mått

Antal yrkesverksamma legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i länen och per 100 000 invånare november 2018, kvinnor och män (Tabell 11a.)

Mätenhet

Antal

Syfte

Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är en viktigt förutsättning för att bedriva en god och säker vård. Omfattning och dimensionering i verksamheterna behöver diskuteras.

Typ av indikator

Bakgrundsmått

Datakälla

Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen

Teknisk beskrivning

Antal yrkesverksamma legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utifrån olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården.