

Kvalitetsindikatorer med måltal

Detaljerad indikatorbeskrivning

Indikator 1 NY:

Mått: Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året

Definition:

Täljare: Antal typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år genomgått fotundersökning senaste året

Nämnare: Totalt antal typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år där uppgift om fotundersökning rapporterats i nationella diabetesregistret (NDR).

Källa: NDR. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: ≥ 96 %

Kommentar:

Indikator 2:

Mått: Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol.

Definition:

Täljare: Antal typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol.

Nämnare: Totalt antal typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som rapporterats i nationella diabetesregistret (NDR).

Källa: NDR. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: < 20 %

Kommentar: Måttet kompletterar HbA1c < 52 mmol/mol. Det ger ett mått på dem som ligger väsentligt över målet för god blodsockerkontroll.

Indikator 3:

Mått: Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som når behandlingsmål för blodtryck.

Definition:

Täljare: Antal typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck $< 140/85$ mm Hg.

Nämnare: Totalt antal typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som rapporterats i nationella diabetesregistret (NDR).

Källa: NDR. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: ≥ 90 %

Kommentar:

Indikator 4:

Mått: Andel typ 1 diabetespatienter 45-80 år som når behandlingsmål för LDL-kolesterol.

Definition:

Täljare: Antal typ 1 diabetespatienter, 45-80 år, med LDL-kolesterol $< 2,5$ mmol/L

Nämnare: Totalt antal typ 1 diabetespatienter, 45-80 år, som rapporterats i nationella diabetesregistret (NDR).

Källa: NDR. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: ≥ 60 %

Kommentar:

Indikator 5:

Mått: Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol.

Definition:

Täljare: Antal typ 1 diabetespatienter, < 18 år, med HbA1c > 70 mmol/mol.

Nämnare: Totalt antal typ 1 diabetespatienter, < 18 år, som rapporterats i nationella diabetesregistret (NDR).

Källa: NDR. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: < 10 %

Kommentar:

Indikator 6 NY:

Mått: Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol

Definition:

Täljare: Antal typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol.

Nämnare: Totalt antal typ 1 diabetespatienter < 18 år som rapporterats i Nationella Diabetesregistret (NDR).

Källa: NDR. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: ≥ 60 %

Kommentar:

Indikator 7:

Mått: Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit.

Definition:

Täljare: Alla oplanerade återinskrivningar (oavsett diagnos) inom sju dagar (utskrivningsdag + 6 dagar) bland barn 0-6 år som aktuell period (kvartal, år) varit inskrivna i slutenvård på grund av astma eller obstruktiv bronkit (ICD10-kod J20, J21, J22 eller J45 som huvuddiagnos).

Nämnare: Alla vårdtillfällen i slutenvård bland barn 0-6 år under aktuell period (kvartal, år) på grund av astma eller obstruktiv bronkit (ICD10-kod J20, J21, J22 eller J45 som huvuddiagnos).

Källa: Vega

Måltal: ≤ 3 %

Kommentar:

Indikator 8:

Mått: Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i slutenvård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit

Definition:

Täljare: Alla oplanerade återinskrivningar (oavsett diagnos) inom sju dagar (utskrivningsdag + 6 dagar) bland barn 0-6 år som aktuell period (kvartal, år) varit inskrivna i slutenvård på grund av gastroenterit (ICD10-kod A08, A09 eller E86.9 som huvuddiagnos).

Nämnare: Alla vårdtillfällen i slutenvård bland barn 0-6 år under aktuell period (kvartal, år) på grund av gastroenterit (ICD10-kod A08, A09 eller E86.9 som huvuddiagnos).

Källa: Vega
Måltal: $\leq 5\%$
Kommentar:

Indikator 9 NY:

Mått: Andel astmapatienter, < 18 år, med AKT (astma kontroll test) > 19 poäng senaste 15 månaderna.

Definition:

Täljare: Antal astmapatienter, < 18 år, med AKT > 19 poäng. Avser senaste värdet under 15-månadersperioden.

Nämnare: Antal astmapatienter, < 18 år, registrerade i Luftvägsregistret med uppgift om AKT senaste 15-månaderna.

Källa: Luftvägsregistret. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 80\%$

Kommentar:

Indikator 10:

Mått: Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning

Definition: Målgrupp enligt Riks-HIAs definition

Täljare: Antal patienter, yngre än 80 år, med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock som gavs akut reperfusionsbehandling.

Nämnare: Samtliga patienter, yngre än 80 år, med ST-höjningsinfarkt eller vänstergrenblock i Riks-HIAs databas.

Källa: Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet

Måltal: $\geq 88\%$

Kommentar: Observera att måttalet måste justeras individuellt för sjukhus utan egen PCI-verksamhet baserat på tidigare resultat.

Indikator 11:

Mått: Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST-höjningsinfarkt.

Definition: Målgrupp enligt Riks-HIAs definition.

Täljare: Antal patienter, yngre än 80 år, med icke-ST-höjningsinfarkt och indikation för kranskärlsröntgen som kranskärlsröntgades inom 72 timmar efter ankomst till sjukhuset.

Nämnare: Alla patienter, yngre än 80 år, med icke ST-höjningsinfarkt i målgruppen som registrerats i Riks-HIAs databas

Källa: Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

Måltal: $\geq 85\%$

Kommentar:

Indikator 12:

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

Definition: Målgrupp enligt Riks-HIAs definition.

Täljare: Antal patienter, yngre än 80 år, med hjärtinfarkt som vid utskrivning behandlas med ACE-hämmare/A2-antagonister.

Nämnare: Samtliga patienter, yngre än 80 år, i målgruppen som registrerats i Riks-HIAs databas.

Källa: Riks-HIA. Redovisas per geografisk enhet som vårdar akut hjärtinfarkt.

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 13:

Mått: Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia

Definition:

Täljare: Antal patienter med förmaksflimmer som hämtat ut antikoagulantia (ATC-grupp B01AA03, B01AE07, B01AF01, B01AF02) inom 6 månader från besök eller utskriftsdatum vid vårdtillfälle.

Nämnare: Samtliga patienter där förmaksflimmer (ICD10-kod I48) registrerats som huvuddiagnos vid besök eller vårdtillfälle på sjukhuset.

Källa: Vega och Digitalis (individdata läkemedel). Redovisas per geografisk enhet som vårdar patienter med förmaksflimmer.

Måltal: $\geq 80 \%$

Kommentar: Mäts halvårsvis. Första besök eller vårdtillfälle under mätperioden används.

Indikator 14 NY:

Mått: Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.

Definition:

Täljare: Antal patienter, yngre än 75 år, som vid 12 – 14 månaders uppföljning efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram.

Nämnare: Totalt antal patienter, yngre än 75 år, som deltar i sekundärpreventiv uppföljning 1 år efter hjärtinfarkt.

Källa: Swedeheart

Måltal: $\geq 60 \%$

Kommentar: Definition av täljare och nämnare enligt Swedeheart. Socialstyrelsen har som målnivå angett en andel på 60 procent eller högre, men Socialstyrelsens målnivå avser uppföljning 6-10 veckor efter infarkt. Indikatorn som här visas avser uppföljning 12-14 månader efter infarkt och ingår i Swedehearts kvalitetsindex, där gränserna (målnivåerna) för poäng är satta till 50 respektive 60 procent.

Indikatorn kan komma att ändras under 2018 och om så är fallet kan även målnivån komma att justeras.

Indikator 15 NY:

Mått: Andel rökande patienter som slutat röka 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten.

Definition:

Täljare: Antal rökande patienter, yngre än 75 år, som slutat röka 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt

Nämnare: Totalt antal patienter, yngre än 75 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten.

Källa: Swedeheart

Måltal: $\geq 75\%$

Kommentar: Definition av täljare och nämnare enligt Swedeheart. Socialstyrelsen har som målnivå angett en andel på 75 procent eller högre. Indikatorn ingår i Swedehearts kvalitetsindex, där gränserna för poäng (målnivåerna) är satta till 60-70 procent.

Indikator 16:

Mått: Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft.

Definition: Mått på tillgång till blodbanan vid bloddialys med den bästa tekniken. Avser patienter med kronisk hemodialysbehandling.

Täljare: Antal patienter i hemodialys som vid tvärsnittundersökning har AV-fistel eller AV-graft

Nämnare: Samtliga patienter i hemodialys registrerade i Svenskt Njurregister vid tillfället för tvärsnittundersökningen

Källa: Svenskt Njurregister. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 72\%$

Kommentar: Alternativet till AV-fistel eller AV-graft är central dialyskateter (CDK), som har påtagliga nackdelar i form av kraftigt ökad risk för allvarliga infektioner, men också sämre blodflöden, och därmed försämrade dialyseffektivitet.

För alla dialysindikatorer gäller de data som insamlats vid den så kallade tvärsnittundersökningen under föregående höst. Denna har viss osäkerhet eftersom det gäller vid just den tidpunkten och den präglas av viss slumpvariation. Detta bör kunna leda till att måltal som inte är representativa för hela året justeras beroende på utfall tidigare under året.

Indikator 17:

Mått: Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål (standardiserat Kt/V > 2) för dialysdos.

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

Täljare: Antal patienter som vid tvärsnittundersökning når standardiserat Kt/V >2

Nämnare: Samtliga patienter i kronisk hemodialys registrerade i Svenskt Njurregister vid tillfället för tvärsnittundersökningen.

Källa: Svenskt Njurregister. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 82\%$

Kommentar: Måttet beskriver mängden dialys i förhållande till behov där även vägs in antalet dialyser per vecka.

Indikator 18:

Mått: Andel patienter som får dialys i hemmet vid de olika regionområdena

Definition:

Täljare: Antal patienter i dialys som får behandling i hemmet.

Nämnare: Antalet patienter i dialys vid mättillfället till Svenskt Njurregister.

Källa: Svenskt Njurregister

Måltal: $\geq 30 \%$

Kommentar: I dialys i hemmet inkluderas såväl hemodialys som peritonealdialys som sköts utanför dialys eller njurmedicinsk enhet. Med regionområden menas sammantaget sjukhusen i Göteborg, Skaraborg, Boråsområdet och NU-sjukvården.

Indikator 19:

Mått: Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar.

Definition: Måttet anger handläggningstiden på akutsjukhuset från ankomst till dess höftfrakturpatienten blir opererad. Avser samtliga patienter. Nyckeltalet skall beräknas från ankomsttid till sjukhuset till tidpunkt för operation.

Täljare: Antal patienter opererade inom 24 timmar efter ankomst till sjukhuset.

Nämnare: Samtliga patienter som opererats för höftfraktur, registrerade i Riks-Höft.

Källa: Riks-Höft. Redovisas per opererande geografisk enhet där denna operationstyp ingår i den ordinarie verksamheten.

Måltal: $\geq 75 \%$ opererade inom 24 timmar

Kommentar:

Indikator 20:

Mått: Patientrapporterat resultat av total höftprotesoperation

Definition: Indexvärde för relationen mellan förväntad och faktisk hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) efter ett år.

Täljare:

Nämnare:

Källa: Svenska Höftprotesregistret. Redovisas per förvaltning

Måltal: ≥ 100

Kommentar: Värde > 100 anger att det faktiska resultatet är bättre än det förväntade, givet respektive kliniks case-mix.

Indikator 21:

Mått: Andel patienter som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbråck i ländryggen.

Definition:

Täljare: Antal patienter som skattar sin bensmärta som ”Helt försvunnen” eller ”Mycket bättre” 1 år efter operation för diskbråck i ländryggen.

Nämnare: Antal patienter opererade för diskbråck i ländryggen som besvarat frågan om bensmärta och hade bensmärta före operationen.

Källa: SWESPINE. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 80 \%$

Kommentar: Mätperioden avser tid för uppföljning

Indikator 22:

Mått: Täckningsgrad i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Definition:

Täljare: Antal vårdtillfällen för stroke för individer 18 år eller äldre som registrerats i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

Nämnare: Samtliga vårdtillfällen i den regionala vårddatabasen som har stroke som förstadiagnos (ICD-10 kod I61, I63, I64) för individer 18 år eller äldre.

Källa: Riks-Stroke och Vega. Redovisas per geografisk enhet som svarar för akutvård av stroke.

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar: Måltalet satt vid en allmän rimlighetsnivå baserat på tidigare täckningsgrad.

Indikator 23:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform.

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform vid utskrivning.

Nämnare: Samtliga patienter 18 år eller äldre med ischemisk stroke och förmaksflimmer, registrerade i Riks-Stroke.

Källa: Riks-Stroke. Redovisas per geografisk enhet eller per förvaltning som svarar för akutvård av stroke.

Måltal: $\geq 80 \%$

Kommentar:

Indikator 24:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning.

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med stroke (ICD10-kod I61, I63, I64) som initialt under det akuta vårdtillfället vårdats på en strokeenhet, enligt gällande kriterier för sådan enhet, intensivvårds- eller neurokirurgisk avdelning

Nämnare: Antal patienter 18 år eller äldre med stroke (ICD10-kod I61, I63, I64) som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden

Källa: Riks-Stroke. Redovisas per geografisk enhet eller per förvaltning.

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 25:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med ischemisk stroke som gavs reperforationsbehandling (trombolys/trombektomi)

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med ischemisk stroke som reperforationsbehandlats

Nämnare: Antal patienter 18 år eller äldre med ischemisk stroke (ICD-10 kod I63) som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden

Källa: Riks-Stroke. Redovisas per förvaltning

Måltal: $\geq 15 \%$

Kommentar: Resultatet påverkas inte bara av sjukhusets resultat utan i vilken utsträckning patienten söker i tid.

Indikator 26:

Mått: Andel TIA-patienter 18 år eller äldre som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med TIA (ICD-10 kod G45) som initialt under det akuta vårdtillfället vårdats på strokeenhet, enligt gällande kriterier för sådan enhet.

Nämnare: Antal patienter 18 år eller äldre med TIA (ICD-10 kod G45) som registrerats i Riks-Stroke under mätperioden

Källa: Riks-Stroke. Redovisas per geografisk enhet eller per förvaltning

Måttal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 27:

Mått: Andel strokepatienter 18 år eller äldre som var ADL-oberoende 3 månader efter insjuknandet

Definition:

Täljare: Antal strokepatienter 18 år eller äldre som var ADL-oberoende 3 månader efter stroke.

Nämnare: Samtliga strokepatienter 18 år eller äldre registrerade i Riks-Stroke som var vid liv efter tre månader och som före insjuknandet var ADL-oberoende

Källa: Riks-Stroke. Redovisas per förvaltning

Måttal: $\geq 80 \%$

Kommentar:

Indikator 28:

Mått: Andel opererade inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern. Definition enligt Swedvasc.

Definition:

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

Nämnare: Alla patienter som opererats för symtomgivande halspulsåderförträngning

Källa: Swedvasc – Svenska Kärregistret. Redovisas per geografisk enhet.

Måttal: $\geq 80 \%$

Kommentar:

Indikator 29:

Mått: Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)

Definition:

Genomsnittlig (median) tid från ankomst till sjukhus till trombolysbehandling inleds.

Källa: Riks-Stroke. Redovisas per geografisk enhet som svarar för akutvård av stroke

Måttal: ≤ 40 minuter

Kommentar: Gäller patienter 18 år eller äldre.

Indikator 30:

Mått: Andel strokepatienter 18 år eller äldre som vid 12 månader anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning.

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre som vid 12 månader efter insjuknandet anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivningen.

Nämnare: Samtliga strokepatienter 18 år eller äldre registrerade i Riks-Stroke som svarat på enkäten

Källa: Riks-Stroke's 12-månaders-enkät. Redovisas per förvaltning

Måltal: $\geq 85 \%$

Kommentar: Resultatet avspeglar perioden efter utskrivning från slutenvården

Indikator 31:

Mått: Andel personer 18 år eller äldre som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.

Definition:

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som har fått bedömning av hälsostatus med frågeformuläret CAT vid besök för kontroll av KOL.

Nämnare: Antal personer 18 år eller äldre med KOL registrerade i Luftvägsregistret, som varit på besök för kontroll av KOL under mätperioden

Källa: Luftvägsregistret. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 95 \%$.

Kommentar:

Indikator 32 NY:

Mått: Täckningsgrad i Luftvägsregistret avseende kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Gäller patienter 18 år eller äldre.

Definition:

Täljare: Antal personer, 18 år eller äldre, som registrerats i Luftvägsregistret med diagnosen KOL.

Nämnare: Totalt antal personer, 18 år eller äldre, som registrerats i Socialstyrelsens Patientregister med ICD-10 kod J44 (KOL) som huvud- eller bidiagnos.

Alternativ nämnare: Totalt antal personer, 18 år eller äldre, som registrerats i Västra Götalandsregionens vårddatabas Vega med ICD-10 kod J44 (KOL) som huvud- eller bidiagnos.

Källa: Luftvägsregistret och Socialstyrelsens Patientregister eller Västra Götalandsregionens vårddatabas Vega.

Måltal: $\geq 70 \%$.

Kommentar: Mäts enbart för Västra Götalandsregionen totalt.

Indikator 33:

Mått: Täckningsgrad i Svenska Multipel Sklerosregistret

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre som registrerats i Svenska Multipel Sklerosregistret.

Nämnare: Samtliga patienter 18 år eller äldre som registrerats i Socialstyrelsens patientregister med huvuddiagnos multipel skleros (ICD-10 kod G35).

Källa: Svenska Neuroregister – delregister Svenska multipel sklerosregistret samt Socialstyrelsens patientregister (PAR)

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 34 NY:

Mått: Andel personer, under 40 år, med skovvist förlöpande MS som behandlas med sjukdomsmodifierande behandling

Definition:

Täljare: Antal personer, under 40 år, med skovvist förlöpande MS som behandlas med sjukdomsmodifierande behandling

Nämnare: Totalt antal personer, under 40 år, med skovvist förlöpande MS

Källa: MS-registret

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 35 NY:

Mått: Andel personer med skovvist förlöpande MS som är yngre än 60 år och som har genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) under de senaste två åren

Definition:

Täljare: Antal personer under 60 år med skovvis MS som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren

Nämnare: Totalt antal personer under 60 år med skovvis MS

Källa: MS-registret

Måltal: $\geq 80 \%$

Kommentar:

Indikator 36:

Mått: Andel opererade ljumskbräck som blivit omopererade under 5 år för enheter som utför mer än 75 operationer per år.

Definition:

Varje opererat bräck som är noterat i bräckregistret följs, från tiden för bräckoperationen framåt i tiden, tills en ny bräckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs.

Källa: Svenskt Bräckregister. Redovisas per geografisk enhet som svarar för ljumskbräckoperationer.

Måltal: $\leq 3 \%$

Kommentar: Vissa sjukhus utför få operationer med en hög andel av akuta operationer. Även om registret i sin redovisning korrigerar statistiskt för det blir resultaten osäkra vid låga volymer. Måttet är svårt att påverka snabbt eftersom det bygger på 5-årsrisk. Men ett sjunkande värde innebär att det senaste året har bättre resultat än det år som inte längre är med. Lokal anpassning av målnivå rekommenderas med utgångspunkt i faktiskt värde.

Indikator 37:

Mått: Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråck

Definition:

Täljare: Antal kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråck

Nämnare: Totalt antal kvinnor som opereras för ljumskbråck

Källa: Svenskt Bråckregister. Redovisas per geografisk enhet som svarar för ljumskbråcksoperationer.

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 38:

Mått: Andel patienter som får antibiotika vid elektivt borttagande av gallblåsa.

Definition:

Täljare: Antal patienter som fått antibiotika vid planerad cholecystektomi

Nämnare: Samtliga patienter som genomgått en planerad cholecystektomi. Patienter som opererats i samband med akut inskrivning i sluten vård ingår inte.

Källa: GallRiks. Redovisas per geografisk enhet eller per förvaltning där det finns särskilda skäl.

Måltal: $\leq 12 \%$

Kommentar:

Indikator 39:

Mått: Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor

Definition:

Täljare: Antalet perinealbristningar av graden tre eller fyra vid vaginal förlossning bland förstföderskor.

Nämnare: Totala antalet vaginala förlossningar bland förstföderskor.

Källa: Graviditetsregistret

Måltal: $< 5 \%$

Kommentar: Regionens förlossningskliniker förlöser olika andel förstföderskor. Förstföderskor har större risk än omföderskor att få dessa bristningar.

Indikator 40:

Mått: Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 bland förstföderskor.

Definition:

Täljare: Antal kejsarsnitt enligt Robson 1 (förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbudning samt spontan förlossningsstart).

Nämnare: Totala antalet förlossningar enligt Robson 1.

Källa: Obstetrix och Graviditetsregistret

Måltal: $\leq 7 \%$

Kommentar:

Indikator 41:

Mått: Andel kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens.

Definition:

Täljare: Antal kvinnor som anger att de är kontinenta 1 år efter operation för urininkontinens

Nämnare: Totala antalet opererade kvinnor med någon typ av inkontinensoperation under mätperioden och som svarat på enkäten.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

Måltal: ≥ 75 %.

Kommentar: Mätperioden avser tid för uppföljning

Indikator 42 NY:

Mått: Andel kvinnor som anger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet ett år efter hysterektomi.

Definition:

Täljare: Antal kvinnor som i enkät ett år efter operation anger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet

Nämnare: Totala antalet kvinnor som opererats för hysterektomi och svarat på uppföljningsenkät ett år efter operation.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (Gynop), delregister hysterektomi. Redovisas per geografisk enhet

Måltal: > 85 %

Kommentar:

Indikator 43 NY:

Mått: Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.

Definition:

Täljare: Antal kvinnor med postpartumblödning > 1000 ml vid vaginal förlossning.

Nämnare: Totala antalet vaginalt förlösta kvinnor.

Källa: Graviditetsregistret. Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: < 5 %.

Kommentar: Regionens förlossningskliniker använder olika metoder för beräkning av blödningsmängd vilket delvis förklarar variation mellan förlossningsenheter.

Indikator 44:

Mått: Andel patienter med skriftlig vårdplan inom barn och vuxenpsykiatri.

Definition:

Täljare:

Nämnare:

Källa:

Måltal: ≥ 90 %.

Kommentar: Utsökning ur Melior eller Cognos där så är möjligt. Lokala variationer i rutiner för framtagning av data kan förekomma.

Indikator 45:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med psykosjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre som under vald tidsperiod har haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare under de senaste 12 månaderna

Nämnare: Totalt antal patienter 18 år eller äldre registrerade i PsykosR under samma tidsperiod.

Källa: PsykosR

Måltal: ≥ 90 %.

Kommentar: Finns fler registreringar för en patient under vald tidsperiod väljs den senaste registreringen.

Indikator 46:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre som under vald tidsperiod har haft minst ett (1) affektivt skov under de senaste 12 månaderna

Nämnare: Totalt antal patienter 18 år eller äldre registrerade i BipolärR under samma tidsperiod.

Källa: BipolärR

Måltal: ≤ 40 %

Kommentar: Finns fler registreringar för en patient under vald tidsperiod väljs den senaste registreringen.

Indikator 47:

Mått: Andel patienter med ADHD där man använder systematiska metoder för behandlingsuppföljning

Definition:

Täljare: Antal patienter som under vald tidsperiod följs upp med specifika skattningsinstrument (CGI + för barn: SNAP+C-GAS/+ för vuxen: ASRS+GAF)

Nämnare: Totalt antal patienter registrerade i BUSA under samma tidsperiod.

Källa: BUSA

Måltal: ≥ 30 %

Kommentar: Finns fler registreringar för en patient under vald tidsperiod väljs den senaste registreringen. Gäller alla åldrar.

Indikator 48:

Mått: Andel patienter som blivit av med anorektisk undervikt

Definition:

Täljare: Antal patienter som under vald tidsperiod blivit av med anorektisk undervikt vid 1-årsuppföljning

Nämnare: Totalt antal patienter registrerade i RIKSÄT under samma tidsperiod som genomgått 1-årsuppföljning och vid föregående registrering haft anorektisk undervikt.

Källa: RIKSÄT

Måltal: ≥ 65 %.

Kommentar: Gäller alla åldrar.

Indikator 49:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre som under vald tidsperiod behandlas för depression som också följs upp med MADRS eller MADRS-S.

Nämnare: Totalt antal patienter 18 år eller äldre registrerade i Kvalitetsregister ECT under samma tidsperiod med behandling för depression.

Källa: ECT

Måltal: ≥ 60 %.

Kommentar:

Indikator 50 NY:

Mått: Täckningsgrad i Kvalitetsregister ECT

Definition:

Täljare: Antal patienter som erhållit ECT-behandling och registrerats i Kvalitetsregister ECT

Nämnare: Totalt antal patienter som erhållit ECT behandling

Källa: Kvalitetsregister ECT och Socialstyrelsens Patientregister

Måltal: ≥ 90 %.

Kommentar:

Indikator 51:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med slutlig refraktion inom 1 dioptri från den planerade efter kataraktoperation.

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med slutlig refraktion inom 1 dioptri från den planerade efter kataraktoperation.

Nämnare: Samtliga kataraktopererade patienter 18 år eller äldre som registrerats i kataraktregistret under den aktuella mätperioden.

Källa: Nationella Kataraktregistret, mars-studien. Redovisas per geografisk enhet som utför dessa operationer.

Måltal: ≥ 90 %

Kommentar:

Indikator 52:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre (utan annan ögonsjukdom) med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter kataraktoperation.

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre som 3 månader efter kataraktoperation anger att de upplever mindre hinder att utföra dagliga aktiviteter än innan operationen

Nämnare: Totalt antal patienter 18 år eller äldre som gjort kataraktoperation och som besvarade den aktuella frågan i 3-månadersuppföljningen.

Källa: Nationella Kataraktregistret, mars-studien. Redovisas per geografisk enhet som utför dessa operationer.

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 53 NY:

Mått: Andel patienter (ögon) med visusförbättring minst 5 bokstäver ETDRS (en rad) efter 12 månaders behandling av våt makuladegeneration.

Definition:

Täljare: Antal ögon som uppnått en rads synförbättring eller mer efter 12 månaders behandling av våt makuladegeneration.

Nämnare: Totalt antal ögon som fått behandling av våt makuladegeneration i 12 månader under den aktuella mätperioden.

Källa: Makularegistret. Redovisas per geografisk enhet som utför behandlingen.

Måltal: $> 40 \%$

Kommentar:

Indikator 54:

Mått: Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 timme efter ankomsten till akutmottagning

Definition: Tid till läkare definieras som den registrerade tiden från det att patienten ankommit till akutmottagningens gåendesida och tagit kölapp, eller ankommit per ambulans/helikopter och till dess att läkarbedömningen påbörjats.

Täljare: Antal patienter som bedömts av läkare inom 1 timme efter ankomst.

Nämnare: Totalt antal patienter som bedömts av läkare (patienter som avviker innan läkarbedömningen exkluderas)

Källa: Regional väntetidsrapportering. Redovisas per akutmottagning

Måltal: $\geq 55 \%$.

Kommentar: Gäller alla åldrar

Indikator 55:

Mått: Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning

Definition:

Täljare: Antal patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende och återkommit inom 72 timmar.

Nämnare: Antal patienter som har skrivits ut från akutmottagningen till hemmet eller särskilt boende

Källa: Akutendatabas, VGR. Redovisas per akutmottagning

Måltal: $\leq 5 \%$.

Kommentar: Gäller alla åldrar

Indikator 56:

Mått: Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner

Definition:

Täljare: Antal vårdtillfällen med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård

Nämnare: Totalt antal vårdtillfällen i somatisk slutenvård

Källa: Infektionsverktyget

Måltal: < 5,5 %

Kommentar: Incidensmått som tas fram från Infektionsverktyget av avdelning patientsäkerhet vid Koncernkontoret. Måtalet gäller för VGR totalt. Lokal anpassning beträffande måltal måste ske på grund av sjukhusens olika innehåll och tidigare resultat.

Indikator 57 NY:

Mått: Andel vårdtillfällen av alla vårdtillfällen i somatisk slutenvård vid vilka trycksår grad 1-4 uppkommer

Definition:

Täljare: Antal vårdtillfällen med trycksår grad 1-4 vid utskrivning minus antal vårdtillfällen med trycksår grad 1-4 vid inskrivning

Nämnare: Totalt antal vårdtillfällen i somatisk slutenvård

Källa: Meliorjournalen. Data tas fram med särskild Cognossökning från enhetligt bindande dokumentationsmall. Redovisas kvartalsvis och per förvaltning.

Måltal: < 3 %

Kommentar: Måtalet gäller för VGR totalt och för varje enskild sjukhusförvaltning. Vårdtillfällen ska vara verkliga slutenvårdstillfällen, inte administrativa vårdtillfällen till exempel på akutmottagningar.

Indikator 58:

Mått: Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.

Definition:

Täljare: Antal oplanerade inskrivningar där tiden mellan utskrivning från indexvårdtillfälle och återinskrivningsvårdtillfällets start är ≤ 72 timmar och återinskrivning och indexvårdtillfälle är på samma IVA.

Nämnare: Totala antalet indexvårdtillfällen där patienten är utskriven levande från IVA.

Indexvårdtillfälle är det första intensivvårdstillfället för en patient under definierad tidsperiod (vanligen kalenderår).

Källa: Svenskt intensivvårdsregister (SIR). Redovisas per intensivvårdsenhet.

Måltal: < 3 %

Kommentar: Gäller alla åldrar

Indikator 59:

Mått: Andel zopiklon av sömnläkemedel till personer 75 år och äldre

Definition:

Täljare: Antal DDD zopiklon (ATC-grupp N05CF01) förskrivet från arbetsplatsen till personer 75 år och äldre

Nämnare: Antal DDD sömnläkemedel (ATC-grupp N05C) förskrivet från arbetsplatsen till personer 75 år och äldre.

Källa: Concise, försäljningsstatistik från Apotekens Service AB

Måltal: Önskvärt med en hög nivå. Måltalet bör sättas individuellt för varje sjukhusförvaltning beroende på nuläget.

Kommentar: Är med som en indikator i Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre”. Men där är åldersgruppen 80 år och äldre. I regionens handlingsplan för äldre och läkemedel definieras äldre dock som 75 år och äldre.

Indikator 60:

Mått: Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker

Definition:

Täljare: Antal DDD bensylpenicillin (ATC-grupp J01CE01) och kloxacillin (ATC-grupp J01CF02)

Nämnare: Antal DDD bensylpenicillin (ATC-grupp J01CE01), kloxacillin (ATC-grupp J01CF02), cefuroxim (ATC-grupp J01DC02), cefotaxim (ATC-grupp J01DD01), ceftazidim (ATC-grupp J01DD02), ceftriaxon (ATC-grupp J01DD04), piperacillin/tazobactam (ATC-grupp J01CR05).

Källa: Concise, försäljningsstatistik från Apotekens Service AB. Redovisas kvartalsvis och per sjukhusförvaltning.

Måltal: $\geq 70\%$. Önskvärt med en hög nivå. Måltalet bör sättas individuellt för varje sjukhusförvaltning beroende på nuläget.

Kommentar: För att bromsa antibiotikaresistensutvecklingen behöver följsamheten till behandlingsriktlinjerna för infektioner inom sjukhusvården öka. Ökad följsamhet leder till ökad förskrivning av penicilliner och minskad förskrivning av cefalosporiner och piperacillin/tazobactam.

Indikator 61:

Mått: Andel olämpliga läkemedel till personer 75 år och äldre

Definition:

Täljare: Antal DDD Olämpliga läkemedel (tramadol (N02AX02), propiomazin (N05CM06), långverkande bensodiazepiner (N05BA01, N05CD02, N05CD03) och läkemedel med betydande antikolinerga effekter enligt Socialstyrelsens lista (A03AB + A03BA + A03BB + A04AD + C01BA + G04BD + N02AG + N04A + N05AA + N05AF03 + N05AH02 + N05BB01 + N06AA + R06AA02 + R06AB + R06AD + R06AX02)) förskrivet från arbetsplatsen till personer 75 år och äldre

Nämnare: Antal DDD Humanläkemedel förskrivet från arbetsplatsen till personer 75 år och äldre.

Källa: Concise, försäljningsstatistik från Apotekens Service AB

Måltal: Önskvärt med en låg nivå. Måltalet bör sättas individuellt för varje sjukhusförvaltning beroende på nuläget.

Kommentar:

Indikator 62:

Mått: Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.

Definition:

Täljare: Antal patienter som initialt behandlats med fenoximetylpenicillin (ATC-grupp J01CE02) eller bensylpenicillin (ATC-grupp J01CE01) för misstänkt samhällsförvärd pneumoni utifrån data uthämtade ur infektionsverktyget

Nämnnare: Antal patienter som initialt behandlats med antibiotika för misstänkt samhällsförvärd pneumoni utifrån data uthämtade ur infektionsverktyget

Källa: Infektionsverktyget. Redovisas kvartalsvis och per sjukhusförvaltning

Måltal: ≥ 55 %. Önskvärt med hög nivå. Måltalet kan behöva sättas individuellt för varje sjukhusförvaltning beroende på nuläget.

Kommentar: För att bromsa antibiotikaresistensutvecklingen behöver följsamheten till behandlingsriktlinjerna för samhällsförvärd pneumoni inom sjukhusvården öka. Ökad följsamhet leder till en ökad användning av smalspektrumpenicilliner.

Indikator 63 NY:

Mått: Minskning av total användning av antibiotika på rekvisition mätt som DDD (defined daily doses) per vård dygn och år inom sjukhusvård (exklusive psykiatri).

Definition:

Täljare: Antal DDD per vård dygn och år, de senaste 12 månaderna (samtliga antibiotika inom ATC-grupp J01 exklusive Hiprex dvs. ATC-grupp J01XX05)

Nämnnare: Antal DDD per vård dygn och år (samtliga antibiotika inom ATC-grupp J01 exklusive Hiprex dvs. ATC-grupp J01XX05) motsvarande period som i täljaren men för året innan.

Källa: Concise, försäljningsstatistik från Apotekens Service AB (DDD) samt vård dygn via Vega. Redovisas kvartalsvis och per sjukhusförvaltning

Måltal: Minskning med 5 % jämfört med föregående år. Måltalet bör sättas individuellt för varje sjukhusförvaltning beroende på nuläget.

Kommentar: För att bromsa antibiotikaresistensutvecklingen behöver följsamheten till behandlingsriktlinjerna för infektioner inom sjukhusvården öka. Ökad följsamhet leder till minskad förskrivning.

Indikator 64 NY:

Mått: Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner

Definition:

Täljare: Antal patienter som initialt behandlats med kinolon (ATC-grupp J01MA) för misstänkt afebril urinvägsinfektion utifrån data uthämtade ur infektionsverktyget.

Nämnnare: Antal patienter som initialt behandlats med antibiotika för misstänkt afebril urinvägsinfektion utifrån data uthämtade ur infektionsverktyget.

Källa: Infektionsverktyget. Redovisas kvartalsvis och per sjukhusförvaltning

Måltal: < 10 %. Önskvärt med låg nivå. Måltalet kan behöva sättas individuellt för varje sjukhusförvaltning beroende på nuläget.

Kommentar: För att bromsa antibiotikaresistensutvecklingen behöver följsamheten till behandlingsriktlinjerna för afebril urinvägsinfektion inom sjukhusvården öka. Ökad följsamhet leder till en minskad användning av kinoloner.

Indikator 65:

Mått: Samtal om vårdens innehåll och riktning (brytpunktssamtal)

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre redovisade i Svenska Palliativregistret som erhållit dokumenterat samtal. För patienter utan möjlighet att medverka anges samtal med närstående

Nämnare: Samtliga i Svenska Palliativregistret redovisade förväntade dödsfall hos personer 18 år eller äldre.

Källa: Svenska Palliativregistret. Redovisas per geografisk enhet

Måltal: $\geq 70\%$

Kommentar:

Indikator 66:

Mått: Andel HIV-patienter 18 år eller äldre med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling

Definition:

Täljare: Antal HIV-patienter 18 år eller äldre med antiviralbehandling riktad mot HIV med god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)

Nämnare: Samtliga HIV-patienter 18 år eller äldre med antiviral behandling riktad mot HIV.

Källa: InfCareHIV Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 95\%$

Kommentar:

Indikator 67:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med HIV som är nöjda eller mycket nöjda med sin fysiska hälsa

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med HIV som i patientenkät angett att de är nöjda eller mycket nöjda med sin fysiska hälsa

Nämnare: Totalt antal patienter 18 år eller äldre med HIV som besvarat patientenkäten.

Källa: InfCareHIV Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 70\%$

Kommentar: Andelen patienter som besvarat enkäten bör redovisas samtidigt

Indikator 68:

Mått: Andel patienter 18 år eller äldre med HIV som är nöjda eller mycket nöjda med sin psykiska hälsa

Definition:

Täljare: Antal patienter 18 år eller äldre med HIV som i patientenkät angett att de är nöjda eller mycket nöjda med sin psykiska hälsa

Nämnare: Totalt antal patienter 18 år eller äldre med HIV som besvarat patientenkäten.

Källa: InfCareHIV Redovisas per geografisk enhet.

Måltal: $\geq 70\%$

Kommentar: Andelen patienter som besvarat enkäten bör redovisas samtidigt

Indikator 69:

Mått: Andel patienter med Hepatit C som uppnår virusfrihet efter behandling med direktverkande antivirala läkemedel (DAA).

Definition:

Täljare: Antal patienter med Hepatit C som uppnått virusfrihet under och/eller efter avslutad behandling

Nämnare: Totalt antal patienter som påbörjat behandling mot Hepatit C med DAA och där värde för hepatitC-RNA finns

Källa: InfCare Hepatit. Redovisas per förvaltning.

Måltal: $\geq 92 \%$

Kommentar: Data måste tas fram med 3 månaders fördröjning.

Indikator 70:

Mått: Andel Prio-1 uppdrag där första ambulansenhet är på hämtplats inom 20 minuter från att larmcentral besvarat 112-anropet och identifierat vårdbehov.

Definition:

Täljare: Antal Prio-1 uppdrag där första ambulansenhet är på hämtplats inom 20 minuter från att larmcentral besvarat 112-anropet och identifierat vårdbehov (status "Skapat")

Nämnare: Totalt antal Prio-1 uppdrag

Källa: Prehospitalt och Katastrofmedicinskt Centrum (PKMC).

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar: Gäller alla åldrar

Indikator 71 NY:

Mått: Andel patienter med RA som har ett uppföljande besök 2 – 6 månader efter insatt DMARD- eller biologisk behandling

Definition:

Täljare: I SRQ inkluderade individer, 18 år eller äldre, med reumatoid artrit som har startat sitt första biologiska- eller DMARD- läkemedel under föregående år och har ett registrerat uppföljningsbesök 2-6 månader efter start.

Nämnare: Samtliga i SRQ inkluderade individer, 18 år eller äldre, med reumatoid artrit som har startat sitt första biologiska- eller DMARD- läkemedel under föregående år.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ)

Måltal: $\geq 70 \%$, på fullständiga helårsdata (kan utvärderas tidigast 1/7 varje år)

Kommentar: Observera att valet "Biologiskt läkemedel eller DMARD" innebär att samma patient kan komma att analyseras två gånger, en gång vid start av första DMARD och en gång vid start av första biologiska behandling.

De individer som har kortare tid från ordination till dagens datum än maximalt antal månader i uppföljningsintervallet (6 månader) utesluts från analysen.

Indikator 72 NY:

Mått: Andel patienter som är nöjda med rehabiliteringen

Definition:

Täljare: Antal patienter som under vald tidsperiod svarat att de är nöjda med rehabiliteringen enligt besvarade frågor i formulär från WebRehab Sweden.

Nämnare: Totalt antal patienter som besvarat nöjdhetsfrågor i formulär från WebRehab Sweden.

Källa: WebRehab Sweden

Måltal: $\geq 90 \%$

Kommentar:

Indikator 73 NY:

Mått: Andel patienter vårdade i slutenvård på rehabiliteringsmedicinska platser som slutregistrerats i WebRehab Sweden

Definition:

Täljare: Antal patienter som vårdats i slutenvård på rehabiliteringsmedicinska platser som slutregistrerats i WebRehab Sweden.

Nämnare: Totalt antal patienter som vårdats i slutenvård på rehabiliteringsmedicinska platser som registrerats i WebRehab Sweden

Källa: WebRehab Sweden

Måltal: $\geq 80 \%$

Kommentar:

Indikator 74 NY:

Mått: Andel patienter inskrivna i slutenvård som genomgår operation som tillfrågats om och dokumenterats avseende bedömning alkoholvanor

Definition:

Täljare: Antal patienter, inskrivna i slutenvård som genomgår operation, som tillfrågats om och dokumenterats avseende bedömning alkoholvanor med värdemängd/kodverk; Ingen risk, riskabla alkoholvanor, problematiska alkoholvanor och mycket problematiska alkoholvanor

Nämnare: Totalt antal patienter inskrivna i slutenvård som genomgår operation

Källa: Cognos

Måltal: $\geq 30 \%$

Kommentar: Dataframtagning kan göras av respektive förvaltning enligt framtagen standardrapport i Cognos. Data hämtas vid utskrivning. Avlidna patienter exkluderas. Definition av vad som ska ingå i standardrapporterna och vilka verksamheter som ska ingå kommer att göras under hösten 2017.

Indikator 75 NY:

Mått: Andel patienter, 13 år och äldre, som tillfrågats om och dokumenterats avseende bedömning tobaksbruk

Definition:

Täljare: Antal patienter, 13 år och äldre, som tillfrågats om och dokumenterats avseende tobaksbruk med värdemängd/kodverk; Har aldrig varit rökare, Före detta rökare, Rökare med ringa förbrukning och daglig rökare.

Nämnare: Totalt antal patienter 13 år och äldre

Källa: Cognos

Måltal: $\geq 50 \%$

Kommentar: Dataframtagning kan göras av respektive förvaltning enligt framtagen standardrapport i Cognos. Data för slutenvård hämtas vid utskrivning. Avlidna patienter exkluderas.

Definition av vad som ska ingå i standardrapporterna och vilka verksamheter som ska ingå kommer att göras under hösten 2017.

Indikator 76 NY:

Mått: Andel patienter som varit rökfria \geq 6-8 veckor inför planerad operation vid regionens sjukhus

Definition:

Täljare: Antal patienter som varit rökfria \geq 6-8 veckor inför planerad operation vid regionens sjukhus

Nämnare: Totalt antal patienter med dokumenterad daglig rökning som genomgått planerad operation vid regionens sjukhus

Källa: Orbit

Måltal: \geq 50 %

Kommentar: Avser planerade operationer utförda i sluten och öppen specialiserad vård vid Västra Götalandsregionens sjukhus.
