



Sjukvård i Västra Götalandsregionen 2019

Med fokus på sjukhusbaserad vård

Koncernavdelning data och analys
2019-11-06

Rapporten är författad av
Maria Telemo Taube, regionläkare
Josefine Sternvik, strateg

Förord

Föreliggande rapport är beställd av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen. Syftet är att granska hur sjukvården i Västra Götalandsregionen faller ut vid en jämförelse mot riksgenomsnittet samt i förhållande till uppsatta målnivåer.

Sammanställningen bygger på de resultat som redovisas i Verksamhetsanalysen och i Kvartalen. Resultaten från Västra Götalandsregionen jämförs dels mot riksgenomsnittet och dels hur resultatet förhåller sig till uppsatta målnivåer. I sammanställningen anges om resultatet är statistiskt signifikant bättre respektive statistiskt signifikant sämre än riksgenomsnittet. På samma sätt anges hur resultatet faller ut i förhållande till målnivåer. Rapporten visar också hur resultatet utvecklas över tid, efter ett respektive två år (alt mätperioder). Mätperiod i denna rapport är 2018.

Avsikten med rapporten är inte att beskriva varje enskild del av sjukvården, utan framförallt att peka på de medicinska områden som faller ut klart sämre än riksgenomsnittet eller Västra Götalandsregionens fastställda mål, men också lyfta fram särskilda områden där förbättringar gjorts. De rekommendationer vi lyfter fram baseras på avvikelserna i sig men också på den kunskap om verksamheterna som inhämtats i samband med controllingmöten.

Maria Telemo Taube,
regionläkare

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	3
Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen	6
Sjukhusrapport 2019 – att tänka på vid tolkning av resultaten	6
Regionernas kunskapsstyrningsstruktur	7
Olika typer av indikatorer	8
Täckningsgrad i register	8
Målnivåer och indikatorer	8
Patientsammansättning	9
Referensvärden och indikatorer i rapporten	9
Metod för urval av förbättringsområden	10
Områden som vi inte mäter	11
Rapportens upplägg	11
Medicinsk kvalitet	
Övergripande redovisning för Västra Götalandsregionen	11
Jämförelse med riket	13
Jämförelse med målvärden	14
Utveckling över tid	17
Förbättringsområden för Västra Götalandsregionen	18
Capio Lundby sjukhus	23
Jämförelse med riket	24
Jämförelse med målvärden	25
Utveckling över tid	25
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	26
Rekommendationer –Capio Lundby sjukhus	27

NU-sjukvården	28
Jämförelse med riket	29
Jämförelse med målvärden	29
Utveckling över tid	31
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	32
Rekommendationer – NU-sjukvården	35
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	38
Jämförelse med riket	39
Jämförelse med målvärden	39
Utveckling över tid	41
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	42
Rekommendationer – Sahlgrenska Universitetssjukhuset	46
Sjukhusen i väster, Alingsås lasarett	49
Jämförelse med riket	50
Jämförelse med målvärden	51
Utveckling över tid	52
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	52
Rekommendationer – Alingsås lasarett	54
Sjukhusen i väster, Angereds Närsjukhus	56
Jämförelse med riket	57
Jämförelse med målvärden	58
Utveckling över tid	58
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	59
Rekommendationer – Angereds Närsjukhus	60
Sjukhusen i väster, Frölunda Specialistsjukhus	61
Jämförelse med riket	62
Jämförelse med målvärden	62
Utveckling över tid	63
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	64
Rekommendationer – Frölunda Specialistsjukhus	65

Sjukhusen i väster, Kungälv's sjukhus	66
Jämförelse med riket	67
Jämförelse med målvärden	68
Utveckling över tid	69
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	69
Rekommendationer – Kungälv's sjukhus	72
Skaraborgs Sjukhus	74
Jämförelse med riket	75
Jämförelse med målvärden	75
Utveckling över tid	77
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	78
Rekommendationer – Skaraborgs Sjukhus.....	82
Södra Älvsborgs Sjukhus	85
Jämförelse med riket	86
Jämförelse med målvärden	86
Utveckling över tid	88
Sammanställning av indikatorer som avviker negativt	89
Rekommendationer – Södra Älvsborgs Sjukhus	93
Tabellbilaga	96

Sammanfattning

Denna rapport är en sammanställning av resultaten för den medicinska kvaliteten som presenteras i avsnittet *Medicinsk kvalitet* i [Verksamhetsanalys 2019](#) och det utfall för år 2018 som visas i [Kvartalen](#). Analyserna fokuserar på resultaten från sjukhusförvaltningarna i Västra Götalandsregionen.

Resultaten presenteras först på övergripande nivå för Västra Götalandsregionen, därefter följer resultaten för varje enskild sjukhusförvaltning.

De föreslagna förbättringsområdena som presenteras i faktarutan Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen här till höger, har valts då få eller inga av sjukhusen i Västra Götalandsregionen når rekommenderade måltal och/eller då resultaten uppvisar stor spridning inom regionen.

Användningen av penicillinpreparat i förhållande till övriga antibiotika har lyfts fram som ett viktigt område att förbättra. Syftet är att stimulera sjukhusen i Västra Götalandsregionen att arbeta för att nå de rekommenderade målen, ett arbete som är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot antibiotika. För flera medicinska områden inom Västra Götalandsregionen ses oönskade skillnader i utfall mellan sjukhus och behandlade enheter, vilket behöver åtgärdas. Förbättringsarbeten för att minska spridningen behöver utgå från de enskilda sjukhusförvaltningarna men ibland också tas om hand på en övergripande regional nivå. Ett tydligt exempel är tillgängligheten inom cancersjukvården, där flertalet "flaskhalsar" identifierats som behöver åtgärdas på regional nivå.

Långt ifrån all den verksamhet som pågår vid sjukhusförvaltningarna omfattas av denna kvalitetsgranskning och rapport. Det finns alltid områden som kan förbättras utöver det som framkommer här. Det kan också finnas kvalitetsbrister och avvikelser som ur medicinsk synvinkel är mer betydelsefulla att åtgärda än de vi lyfter fram.

Samtliga förbättringsåtgärder utvecklas i avsnittet [Förbättringsområden för Västra Götalandsregionen](#) på sidan [18](#).

Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen

- Följsamheten till riktlinjerna för STRAMA behöver öka
- Kvalitetsutfallet inom psykisk hälsa behöver förbättras och täckningsgraden i berörda register öka
- Tillgängligheten inom SVF (standardiserade vårdförlopp) för flertalet cancersjukdomar behöver förbättras
- Operation av höftfraktur inom 24 timmar - fortfarande når inte alla förvaltningar målet



Sjukhusrapport 2019

- att tänka på vid tolkning av resultatet

Sjukhusrapport 2019 – att tänka på vid tolkning av resultatet

Regionernas kunskapsstyrningsstruktur

Sjukvårdsregionerna började under 2018 att etablera en gemensam programområdes- och samverkansstruktur för kunskapsstyrning. Systemet byggs på nationell, regional och lokal nivå där samtliga nivåer samspelar med varandra. I Västra sjukvårdsregionen (Västra Götalandsregionen och Region Halland) har 23 programområden och ett primärvårdsråd inrättats för olika delar av vården, samt åtta tvärgående samverkansområden, bland annat för uppföljning och analys, samt metoder för kunskapsstöd och patientsäkerhet. Syftet är ett gemensamt system för huvudmännen för att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att skapa en jämlik hälsa med kunskapsbaserad och resurseffektiv vård och omsorg. Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsuppföljning och ledarskap. Det finns idag många nationella vårdprogram och riktlinjer och meningen på sikt är att alla patientgrupper ska ha nationella riktlinjer. För att följa upp hur de nationella riktlinjerna används, tas indikatorer fram av expertgrupper.

Olika typer av indikatorer

Indikatorer används i sjukvården för att stödja utförare i arbetet med att förbättra verksamheterna, för att på så sätt nå en god vård och omsorg. Huvudkriteriet för en indikator är att den ska ha en riktning, det vill säga

att höga eller låga värden ska vara ett uttryck för hög eller låg kvalitet och/eller effektivitet. En indikator ska också vara valid, relevant, påverkbar, vedertagen och mätbar. De indikatorer som förekommer i denna rapport är av olika karaktärer och kan delas in i grupper utefter vad de speglar; struktur, process och resultat. Det finns också indikatorer som speglar produktivitet och effektivitet. Andra indikatorer baseras på kunskap inhämtad från dem som berörs, det vill säga är inhämtad från patienten som varit föremål för en viss behandling eller insats (PROM, *Patient Related Outcome and Measures*, och PREM, *Patient Reported Experience Measures*).

PREM-indikatorer kan utformas som både struktur-, process- och resultatindikatorer och avser att mäta patienttillfredsställelse och patientupplevelser. PROM-indikatorer är resultatindikatorer och mäter effekter utav till exempel behandling. PROM- och PREM-indikatorer bygger ofta på enkäter som patienter svarat på. I de allra flesta register krävs en manuell registrering, vilket ibland kan leda till en fördröjning av registreringen och i värsta fall att registreringen uteblir. En del data överförs automatiskt från patientjournalen till registret. Det kan också skilja sig mellan vårdgivare huruvida det är en manuell eller automatisk överföring för en och samma indikator.

Täckningsgrad i register

För de flesta av de indikatorer som redovisas i rapporten, kommer data från nationella kvalitetsregister. Det är viktigt att tänka på täckningsgraden i det aktuella registret, när man tolkar data. Täckningsgraden är av central betydelse för trovärdigheten i ett registers utdata och den påverkar hur olika typer indikatorer kan och bör tolkas. Flera indikatorer har valts bort på grund av för låg täckningsgrad och således för dålig kvalitet.

För enstaka indikatorer kommer data från regionens egna databaser, till exempel VEGA och Digitalis. VEGA och Digitalis innehåller uppgifter om samtliga patienter som behandlats i regionen. Detta innebär att en och samma indikator kan falla ut olika beroende på källa. Som exempel kan nämnas indikatorn *andel patienter med bipolär sjukdom som behandlas med litium*. Det nationella målvärdet är att 70 procent av denna patientgrupp ska behandlas med litium. Hämtar vi data från det nationella kvalitetsregistret [Bipolär](#) är utfallet cirka 69 procent för Västra Götalandsregionen. Tar vi istället ut data från de egna systemen blir utfallet för regionen cirka 40 procent (se figur 8 diagram 1 på sidan [19](#)). Anledningen är att Bipolär har en täckningsgrad på cirka 30 procent, vilket innebär att långt ifrån alla patienter med bipolär sjukdom finns registrerade i registret.

Målnivåer och indikatorer

Det finns olika sätt att bestämma målnivåer. I de nationella riktlinjerna är det [Socialstyrelsen](#) som fastställer målnivåer för de olika indikatorerna som ska användas för att följa upp riktlinjerna. Detta sker enligt en särskild modell, den så kallade *målnivåmodellen*. Målnivåerna anger hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd.

Långt ifrån alla indikatorer som presenteras i denna rapport, kommer emellertid från nationella vårdprogram. En del av indikatorerna är regionalt framtagna.

Det är den regionala indikatorgruppen i Västra Götalandsregionen som väljer ut vilka indikatorer som bedöms särskilt viktiga att följa. I regionen finns två indikatorgrupper, en för sjukhusvård och en för primärvård. Indikatorgruppen för sjukhusvård består av representanter från samtliga sjukhusförvaltningar i Västra Götalandsregionen, oftast med

chefläkarfunktion eller funktion som utvecklingschef. Till gruppen hör också representant från [Registercentrum](#), regionutvecklare och regionläkare från koncernkontoret. Det är de regionala programområdena och de regionala processteamerna som föreslår vilka indikatorer som ska följas. Indikatorgruppen gör sedan en sammanställd lista med indikatorer som beslutas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götaland. Indikatorlistan uppdateras årligen och är underlag till de indikatorer som visas i Verksamhetsanalysen och i Kvartalen samt utgör underlaget i denna rapport.

När målvärden sätts regionalt så är det oftast med det aktuella utfallet som utgångspunkt och avsikten är att sträva efter ett ännu bättre utfall. För vissa av indikatorerna där utfallet är nära målet, ändras målvärdet mellan åren. Andra indikatorer har mål satta långt över aktuellt utfall. Vilket till exempel är fallet med de indikatorer som vi följer inom cancerområdet, där målvärdena är nationella och fastställda av [Regionalt Cancercentrum i samverkan](#).

Patientsammansättning

Uppdragen för de olika sjukhusförvaltningarna skiljer sig åt och resultaten är inte justerade för patientsammansättningen/case mix. Därför är jämförelse mellan de olika sjukhusen inte möjlig.

Det finns enstaka indikatorer, där man mäter på det som kallas "standardpatienter", vilket betyder att man skiljer ut patienter som kan jämföras. Det innebär att man för dessa patienter kan förvänta sig samma resultat, oavsett vilket sjukhus som patienten behandlas vid. Vill man ändå göra en jämförelse mellan förvaltningarna för andra indikatorer, finns det möjlighet för vissa diagnoser att göra en case mix-justerad jämförelse i [SVEUS-plattformen](#).

Referensvärden och indikatorer i rapporten

Indikatorer som redovisas i rapporten bygger främst på data från kvalitetsregister redovisade i [Verksamhetsanalysen 2019](#) samt de resultat för helår 2018 som visas i [Kvartalen](#). De flesta indikatorerna är desamma i båda visningsytorna. Skillnaden står att finna i hur indikatorerna redovisas, det vill säga vilka referenspunkter som värdena från Västra Götalandsregionen jämförs med, samt med vilken frekvens detta görs. I Verksamhetsanalysen jämförs utfallet från Västra Götalandsregionens förvaltningar/sjukhus endast mot riksgenomsnittet samt över tid, medan Kvartalen innehåller uppgift om utfall för regionens förvaltningar/sjukhus i förhållande till målvärden.

I föreliggande rapport redovisas utfallet för ett urval av de medicinska indikatorerna i Västra Götalandsregionen i relation till samtliga tre referensvärden: 1) riksgenomsnitt, 2) målvärde och 3) tidigare uppmätt värde (utveckling över tid). Endast statistiskt säkerställda resultat redovisas avseende avvikelser från referensvärdena. Vissa indikatorer saknar uppgift för någon av de tre referensvärdena, men samtliga har uppgifter för minst en av dem (se sammanställningen till höger).

Jämförelserna redovisas avseende huruvida utfallet för de enskilda indikatorerna för Västra Götalandsregionens förvaltningar/sjukhus är statistiskt signifikant bättre eller sämre än referensvärdena. Detta innebär att ett och samma värde kan få olika resultat beroende på referenspunkt. Det är också förklaringen till hur det kan komma sig att en indikator kan falla ut olika i Verksamhetsanalysen och i Kvartalen.

I Kvartalen kan exempelvis en indikator falla ut som röd (utfallet ligger långt ifrån uppsatt mål), medan samma indikator samtidigt markeras som "grön" i Verksamhetsanalysen (värdet ligger över riksgenomsnittet). I sådana fall innebär det att både värdet för Västra Götalandsregionen och riksgenomsnittet ligger långt ifrån målnivån,

I denna rapport:

- Totalt analyseras sammanlagt 966 mätvärden för 124 unika indikatorer
- Målvärden finns för 88 unika indikatorer och jämförs för totalt 718 mätvärden.
- Riksjämförelser görs för 99 unika indikatorer, motsvarande totalt 776 mätvärden.
- 65 unika indikatorer jämförs både avseende måltal och riksgenomsnitt (totalt 542 mätetal)
- Jämförelse ett år tillbaka i tiden (alt föregående mätperiod) görs för 97 unika indikatorer (totalt 756 mätetal)
- Jämförelse två år tillbaka i tiden (alt föregående mätperiod) görs för 88 unika indikatorer (totalt 674 mätetal)

även om regionen faller bättre ut än riket. På motsvarande sätt kan Kvartalen visa grönt för en indikator, men samtidigt falla ut som "röd" i Verksamhetsanalysen. I sådana fall innebär det att både Västra Götalandsregionen och riket generellt uppnår målvärdet för den specifika indikatorn, men att värdet för Västra Götalandsregionen är sämre än riksgenomsnittet.

I det följande visas utfallet för Västra Götalandsregionen både övergripande och per förvaltning för totalt 124 unika indikatorer. Alla indikatorer redovisas inte för samtliga förvaltningar/sjukhus, utan är beroende av sjukhusens verksamhet och registreringsförfarande.

I de fall värdet för Västra Götalandsregionen är signifikant bättre än målvärdet eller har förbättrats jämfört med tidigare mätvärde, markeras detta i diagrammen med grönt och i de fall det är signifikant sämre

markeras de med rött (alt. orange). Vid riksjämförelserna indikerar den blå färgen att regionen ligger signifikant bättre till, medan den gula visar indikatorer som faller signifikant sämre ut än genomsnittet för riket. Grå staplar innebär att resultaten inte är statistiskt signifikant skilt från referensvärdet (antingen målvärde, föregående mätvärde eller riksgenomsnitt).

Metod för urval av förbättringsområden

Rekommendationer avseende förbättringsområden till sjukhusförvaltningarna för enskilda indikatorer eller områden baseras på en syntes av avvikelser från referensvärden, hur utvecklingen sett ut över tid och vilka planer och åtgärder som redan är vidtagna eller planerade. Däremot värderar vi inte de enskilda avvikelserna mot varandra. Det kan således finnas avvikelser och kvalitetsbrister som ur medicinsk synvinkel är mer betydelsefulla att åtgärda även om deras avvikelse mot riksgenomsnittet eller målnivån är mindre än de vi lyft fram.

Om det vid controllingmöten har redovisats åtgärder som förvaltningarna och sjukhusen vidtagit eller planerat för att förbättra resultaten, kommenteras det i faktarutan för rekommendationer för respektive sjukhusförvaltning.

Områden som vi inte mäter

Det kan förstås finnas områden med kvalitetsbrister som vi inte mäter och som vi därför inte vet så mycket om, som ur medicinsk synvinkel är viktigare att förbättra än det vi nämner här.

Sjukhusrapporten från föregående år byggde inte på exakt samma data och därför kan inte resultaten jämföras med säkerhet. Cancer-

indikatorerna som var nya föregående år, redovisades då exempelvis enbart på övergripande regionnivå, ej uppdelade per sjukhus, vilket denna rapport gör.

Alla programområden finns inte representerade i denna rapport och de programområden som finns representerade, innehåller olika antal indikatorer.

Rapportens upplägg

I det följande avsnitten redovisas resultaten för Västra Götalandsregionens förvaltningar samt Caphio Lundby sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, till uppsatta målvärden samt över tid – ett och två år/mätperioder bakåt i tiden. Varje avsnitt avslutas med rekommendationer för de enskilda förvaltningarna.

Rapportens resultatdel inleds med en redovisning av genomsnittet för Västra Götalandsregionen på övergripande nivå. Avsnittet innehåller även generella förbättringsförslag för Västra Götalandsregionen som helhet. För ett fåtal indikatorer saknas emellertid ett övergripande värde för regionen och redovisas endast uppdelat per sjukhusförvaltning. Samtidigt finns sex indikatorer som enbart redovisar utfall på övergripande nivå för Västra Götalandsregionen. Dessa indikatorer specificeras i den blå rutan på [nästa sida](#).

I de efterföljande nio avsnitten visas resultaten per förvaltning i följande ordning: (1) Caphio Lundby sjukhus, (2) NU-sjukvården, (3) Sahlgrenska Universitetssjukhuset, (4) Sjukhusen i väster: Alingsås lasarett, (5) Sjukhusen i väster: Angereds Närsjukhus, (6) Sjukhusen i väster: Frölunda Specialistsjukhus, (7) Sjukhusen i väster: Kungälv sjukhus, (8) Skaraborgs Sjukhus, (9) Södra Älvsborgs sjukhus.

Rapporten avslutas med en tabellbilaga innehållandes mer detaljerad information om respektive indikator. Här anges värdena för de enskilda indikatorerna både för Västra Götalandsregionens förvaltningar/sjukhus, uppsatta målvärden samt riksgenomsnittet, då sådana uppgifter finns att tillgå. De regionspecifika värdena relateras till referensvärden genom färgmarkeringar. Röda cirklar (●) indikerar att värdet är signifikant sämre än referensvärdet, medan gröna cirklar (●) indikerar att värdet för Västra Götaland är signifikant bättre än det aktuella referensvärdet. Grå cirkel (●) innebär att resultatet inte är statistiskt signifikant skiljt från referensvärdet.

Följande indikatorer saknar redovisning på regionövergripande nivå:

- Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 månader från utskrivning från sjukhus.
- Andel kvinnor ≥ 18 år som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter inkontinensoperation.
- Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation.

Följande indikatorer redovisas endast på övergripande regionnivå:

- Andel patienter med primär högmalign hjärntumör som genomgått operation högst 14 dagar efter diagnosdatum enligt MR.
- Andel patienter med primär högmalign hjärntumör som genomgått operation och där fullständigt PAD är färdigt senast 14 dagar efter operationsdatum.
- Andel patienter med läkemedelsbehandlad diabetes typ 2 som 1 år efter obesitasoperation upphört med läkemedelsbehandlingen. Mätperiod avser tid för uppföljning.
- Andel patienter med RA som har ett uppföljande besök 2 - 6 månader efter insatt DMARD- eller biologisk behandling.
- Andel patienter med reumatoid artrit som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet 4 - 12 månader efter start av behandling med första biologiska läkemedel. Mätperiod avser tid för behandlingsstart.
- RA-patientens skattning på allmän hälsa vid uppföljningsbesök 4 - 12 månader efter start behandling med biologiskt läkemedel.



Medicinsk kvalitet

Övergripande redovisning för Västra Götalandsregionen

Medicinsk kvalitet

Västra Götalandsregionen

I detta avsnitt redovisar vi det övergripande resultatet, det vill säga genomsnittet för sjukhusförvaltningarna i Västra Götaland i förhållande till riksgenomsnitt och till uppsatta målvärden. Observera att ett fåtal indikatorer inte redovisas med ett genomsnittligt värde för regionen (och ingår alltså *inte* i följande sammanställning), medan andra indikatorer enbart redovisas på övergripande regionnivå (och således *endast* redovisas i detta avsnitt, se den blå ruta på sidan [12](#)).

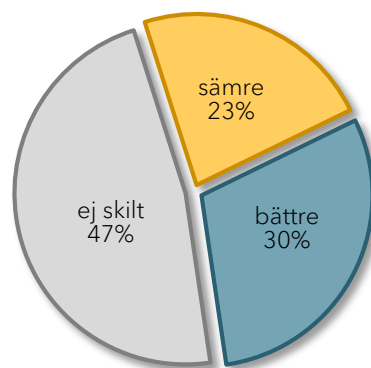
Jämförelse med riket

I Regionfullmäktiges mål står att läsa att *”Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras”* med fokus på att *”samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser”*. Med utgångspunkt i denna målbild jämförs värden för de medicinska indikatorerna i Västra Götalandsregionen med riksgenomsnittet. Vid en jämförelse testas om utfallet för en specifik indikator med statistisk säkerhet skiljer sig från riksgenomsnittet.

Figur 1 visar hur genomsnittsresultatet för sjukhusen i Västra Götalandsregionen skiljer sig mot riksgenomsnittet. Resultatet i figuren innefattar enbart sjukhusbaserade indikatorer redovisade i [Kvartalen](#) eller i avsnittet *Medicinsk kvalitet* i [Verksamhetsanalys 2019](#). Blå andel representerar de mätpunkter där det regionövergripande resultatet för sjukhusen är statistiskt signifikant bättre än riksgenomsnittet (fortsättningsvis benämnda *”bättre än riksgenomsnittet”*),

grå andel representerar de mätpunkter där det inte finns någon säker statistisk signifikant skillnad (fortsättningsvis benämnda *”ej skilt från riksgenomsnittet”*) och gul andel visar det regionövergripande resultatet för sjukhusen som är statistiskt signifikant sämre än riksgenomsnittet (fortsättningsvis benämnda *”sämre än riksgenomsnittet”*).

Figur 1 Medicinsk kvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet.



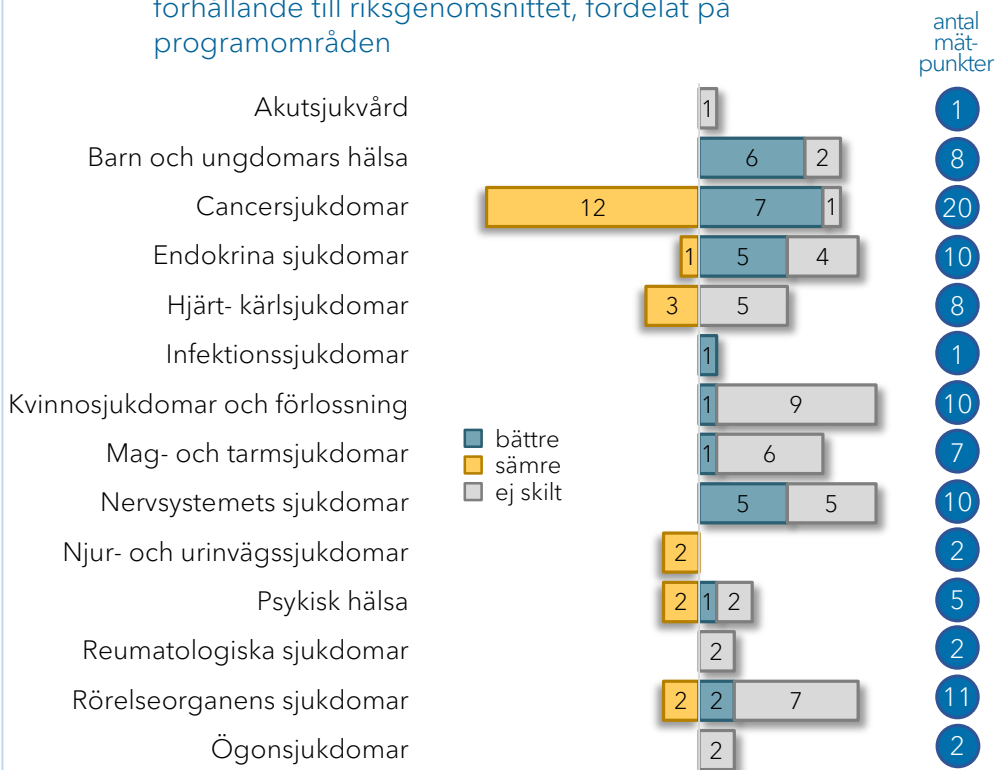
Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistisk signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 97 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Målet är att andelen blå och grå indikatorer skall vara så stora som möjligt, men också att det bör vara fler *”bättre”* (blå) än *”sämre”* (gula) indikatorer. För Västra Götalandsregionen ingår 97 unika indikatorer som har jämförts mot motsvarande indikatorer för riket. Totalt är 77 procent av indikatorerna bättre eller inte säkert skilt från riksgenomsnittet. Andelen som är sämre än riksgenomsnittet är 23 procent och andelen som är bättre är 30 procent.

Det ska nämnas att det saknas riksjämförelser för ett antal indikatorer i föreliggande rapport. Detta beror på att vissa indikatorer är regionala och endast registreras i Västra Götalandsregionen. Vilka indikatorer detta rör står att utläsa i [tabellbilagan](#) på sidan [96](#).

Figur 2 visar hur resultaten för indikatorerna på regionövergripande nivå förhåller sig till riksgenomsnittet, uppdelat efter programområde. Inom flertalet programområden är resultatet klart bättre än riksgenomsnittet och i många fall saknas det indikatorer på regionövergripande nivå som är sämre än riksgenomsnittet.

Figur 2 Medicinsk kvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens sjukhus inkl. Lundby Capio sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 97 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*. Alla indikatorer redovisas inte på övergripande regionsövergripande nivå.

Det är framförallt inom *cancersjukdomar*, som resultatet avviker negativt, hela 12 indikatorer av 20 möjliga har sämre utfall än riksgenomsnittet. Inom *hjärt- och kärlsjukdomar* faller tre indikatorer ut som sämre än rikssnittet. Inom *psykisk hälsa*, *njur- och urinvägssjukdomar* och *rörelseorganens sjukdomar* faller två indikatorer ut som sämre och inom *endokrina sjukdomar* finns det en indikator som är sämre än riksgenomsnittet.

Totalt sett när det gäller utfallet för de medicinska kvalitetsindikatorerna inom *barn och ungdomars hälsa*, *endokrina sjukdomar*, *kvinnosjukdomar* och *förlossning*, *mag- och tarmsjukdomar*, *nervsystemets sjukdomar* och *rörelseorganens sjukdomar* är utfallet för Västra Götalandsregionen bättre än riksgenomsnittet, vilket är positivt.

Jämförelse med målvärden

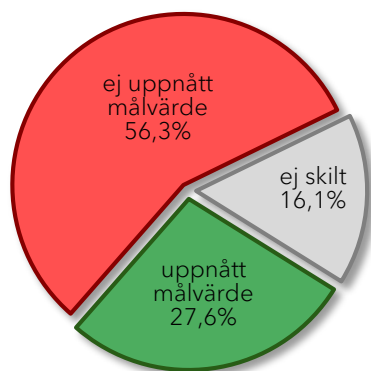
Jämförelsen med riket i stort ger en bild av hur regionen ligger till i ett nationellt perspektiv, det säger emellertid inget om huruvida nivån är tillfredsställande. För att få en uppfattning om detta betraktar vi utfallet för Västra Götalandsregionens medicinska indikatorer också i relation till de uppsatta målvärdena.

Det ska observeras att det inte finns målvärden för alla indikatorer. Flera indikatorer saknar bestämda målnivåer och dessa finns då inte med i figurer som relaterar till målvärden. De flesta indikatorer är nationella och följer nationella målvärden, medan en mindre del indikatorer är regionalt framtagna och har regionala måltal. För att se de indikatorer som saknar målvärde, hänvisas till [tabellbilagan](#) på sidan [96](#).

Figur 3 på nästa sida, visar hur stor andel av indikatorerna som faller ut bättre, sämre eller som inte är skilt från målvärden. Grön andel representerar de mätpunkter där det regionövergripande resultatet för sjukhusen har uppnått målet med statistisk säkerhet (fortsättningsvis

benämnda "uppnått mål"), grå andel representerar de mätpunkter där det inte finns någon säker statistisk skillnad mot målvärdet (fortsättningsvis benämnda "ej säkert skilt från målvärdet") och för röd andel är det regionövergripande värdet för sjukhusen statistiskt signifikant sämre än målvärdet (fortsättningsvis benämnda "ej uppnått mål").

Figur 3 Medicinsk kvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden

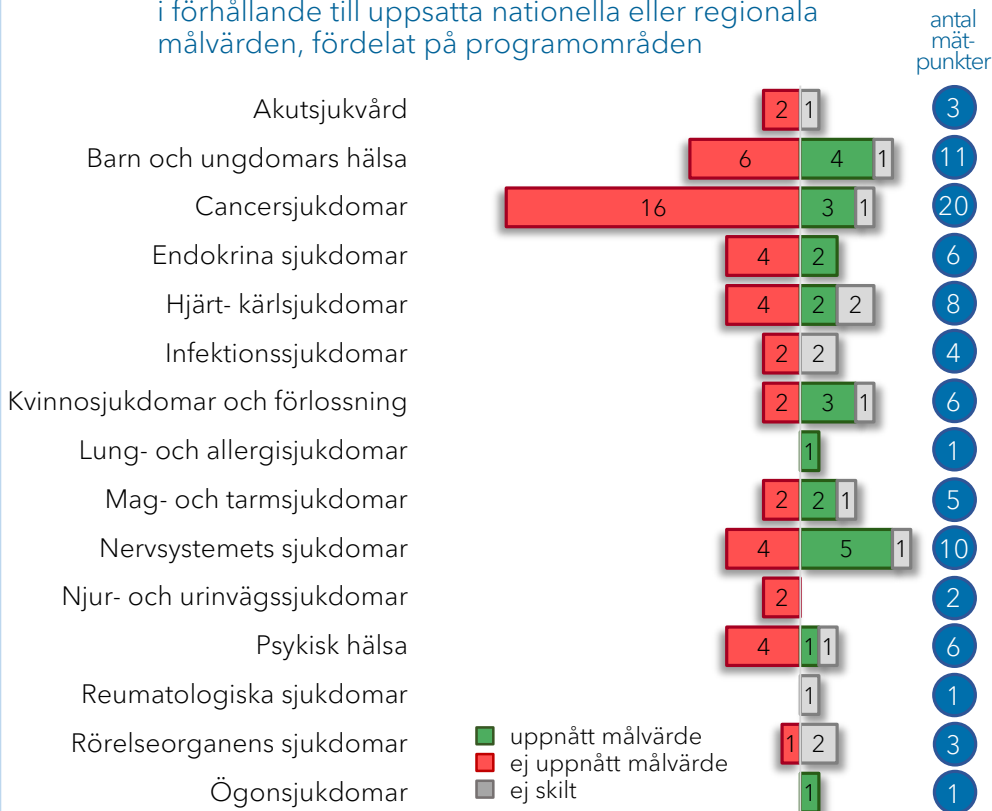


Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att målvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 87 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Målet är att andelen gröna indikatorer skall vara så stor som möjligt och andelen röda indikatorer så liten som möjligt. I cirkeldiagrammet ingår genomsnittsvärdet för 87 unika indikatorer vilka har jämförts mot angivet målvärde. Totalt är 43,7 procent av indikatorerna bättre eller inte säkert skilt från målvärdet. Andelen som ej uppnår målvärdet (röda) är 56,3 procent och andelen som uppnår mål (gröna) är 27,6 procent.

Figur 4 visar hur resultaten för indikatorerna på regionövergripande nivå förhåller sig till målvärdet fördelat efter programområde. De flesta programområden innehåller resultatet som inte når de uppsatta målen.

Figur 4 Medicinsk kvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



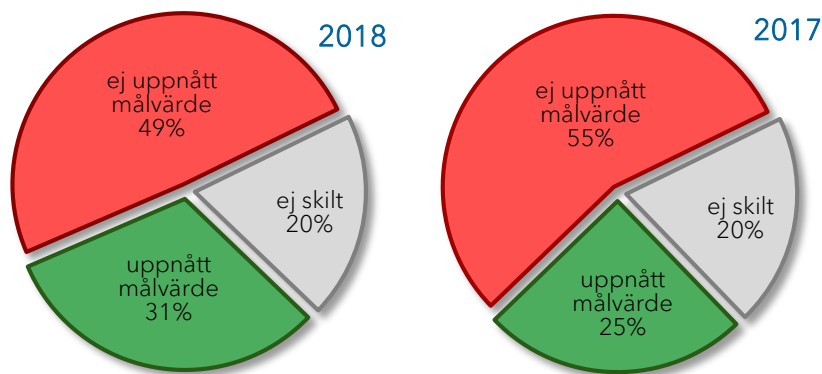
Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att målvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens sjukhus inkl. Lundby Capio sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 87 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Alla nationella programområden (NPO) finns inte redovisade i Verksamhetsanalys eller Kvartalen, varför de inte heller ingår i denna rapport. Vissa programområden redovisas vidare med väldigt få

indikatorer, vilket gör det svårt att uttala sig generellt om den medicinska kvaliteten inom området.

Det är framförallt inom cancersjukdomar, som resultatet avviker negativt. Enbart fyra indikatorer når eller är nära att nå målet. Inom *barn- och ungdomars hälsa* är det sex indikatorer som inte når mål. *Hjärt- och kärlsjukdomar*, *endokrina sjukdomar*, *psykisk hälsa* och *nervsystemets sjukdomar* har fyra indikatorer som inte når mål. Samtidigt är det inom *kvinnosjukdomar och förlossning* och *nervsystemets sjukdomar* fler än hälften av indikatorerna som når eller nästan når målen.

Figur 5 Medicinsk kvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhus (exklusive cancersjukdomar) i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden – jämförelse i måluppfyllelse 2018-2017



Kommentar: Figurerna visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans uppnått uppsatta målvärden (grön) eller som inte uppnått uppsatta målvärden (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet (grå). Figurerna visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 67 mätpunkter 2018 och 60 mätpunkter 2017. Indikatorer för cancersjukdomar är exkluderade då jämförande värden för 2017 saknas.

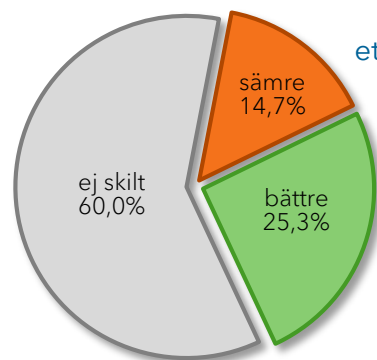
Om man ser till andel uppnådda respektive inte uppnådda målvärden över tid, har utvecklingen på det övergripande planet varit positiv. En större andel mätetal uppnår målvärden och en lägre andel gör det inte (figur 5). För att vi ska kunna få en korrekt bild av utvecklingen måste vi studera målutfallet för mätetal där cancerindikatorerna är exkluderade. Detta eftersom cancerindikatorerna endast finns att tillgå för den senare mätperioden och då de både är många till antal samt har ett generellt negativt utfall i relation till målvärdet, skulle de ge en felaktig bild av utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra. Detta är vidare förklaringen till varför diagrammet för 2018 skiljer sig i figur 5 jämfört med figur 3 på föregående sida (i den förra är alltså cancerindikatorerna exkluderade).

Utveckling över tid

Genom att betrakta det regionövergripande resultatet för de enskilda indikatorerna över tid, kan vi få en uppfattning om indikatorernas riktning och således också säga något om den övergripande trenden. Figuren 6 på nästa sida visar hur det aktuella värdet för de enskilda indikatorerna på regionnivå förhåller sig till utfallet ett respektive två år/mätperioder tidigare.

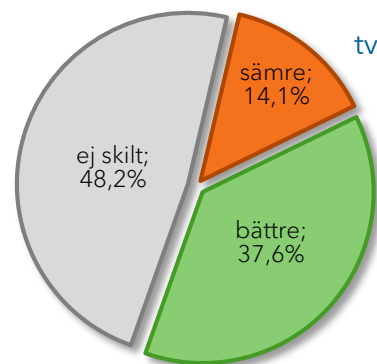
Resultatet ger vid handen att utvecklingen går åt rätt håll. När det aktuella utfallet för en indikator på regionövergripande nivå jämförs med utfallet för samma indikator ett år (alt mätperiod) tidigare, har drygt 25 procent av indikatorerna förbättrat sitt utfall. Vid jämförelse på samma sätt med utfallet två år (alt mätperioder) tillbaka i tiden är det drygt 37 procent av indikatorerna som har förbättrats. Samtidigt är det cirka 14 procent av indikatorerna som har försämrats, både efter ett och efter två år (alt mätperioder). Efter två år/mätperioder rör det sig om sammanlagt tolv indikatorer som försämrats på regionövergripande nivå.

Figur 6 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Västra Götalandsregionens sjukhus jämfört med en respektive två år/mätperioder tidigare



ett år/mätperiod tidigare

Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut* (grön) *eller sämre ut* (orange) jämfört med motsvarande mätning ett år tidigare samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet inte går att säkerställa riktning (grå). Figuren visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens inklusive Caphio Lundby sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 95 mätpunkter för lika många unika indikatorer.



två år/mätperioder tidigare

Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut* (grön) *eller sämre ut* (orange) jämfört med motsvarande mätning två år tidigare samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet inte går att säkerställa riktning (grå). Figuren visar mätpunkter för Västra Götalandsregionens inklusive Caphio Lundby sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 85 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Förbättringsområden för Västra Götalandsregionen

Som övergripande och viktiga förbättringsområden i Västra Götalandsregionen har vi valt att lyfta fram ett antal områden eller enskilda medicinska indikatorer där spridningen av resultatet är särskilt stor i regionen och/eller där sjukhusen i Västra Götalandsregionen ligger långt ifrån rekommenderad målnivå. Dessa listas i fyra punkter i faktarutan *Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen* till höger och utvecklas nedan.

Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen

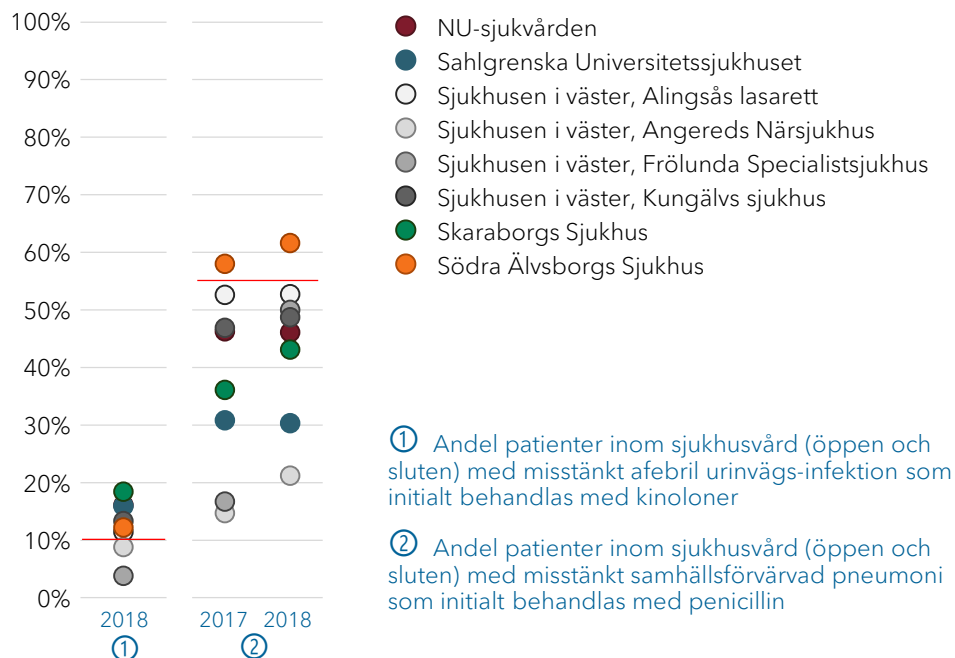
- Följsamheten till riktlinjer för STRAMA behöver öka
- Kvalitetsutfallet inom psykisk hälsa behöver förbättras och täckningsgraden i berörda register öka
- Tillgängligheten inom SVF för flertalet cancersjukdomar behöver öka
- Operation av höftfraktur inom 24 timmar – fortfarande når inte alla förvaltningar målet

Riktlinjer för STRAMA

Följsamheten till riktlinjerna för STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) behöver öka. Användningen av penicillinpreparat i förhållande till övriga antibiotika, vid behandling med intravenösa antibiotika och vid behandling av samhällsförvärd lunginflammation, behöver öka. Därtill behöver användningen av kinoloner minska vid behandling av urinvägsinfektion utan feber. Avsikten är att stimulera sjukhusen i Västra Götalandsregionen att arbeta för att nå de rekommenderande målen. Arbetet är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot antibiotika. De sjukhus som lyckats bäst med STRAMA-arbetet i Västra Götalandsregionen är Södra Älvsborgs Sjukhus och Alingsås lasarett. Mycket arbete kvarstår dock för de andra sjukhusen.

I figuren 7 på nästa sida visas spridningen av sjukhusens värden avseende två indikatorer för *infektionssjukdomar*. Den ena indikatorn (diagram ①) är *andel patienter med urinvägsinfektion utan feber som får kinoloner*, där målet är att under 10 procent ska behandlas med

Figur 7 Spridning i resultat och måluppfyllelse för indikator inom infektionssjukdomar



kinoloner, för denna diagnos. Den andra indikatorn (diagram ②) är "andel patienter med samhällsförvärd lunginflammation som får penicillin". För denna indikator är målet att minst 55 procent av dessa patienter ska få vanligt penicillin.

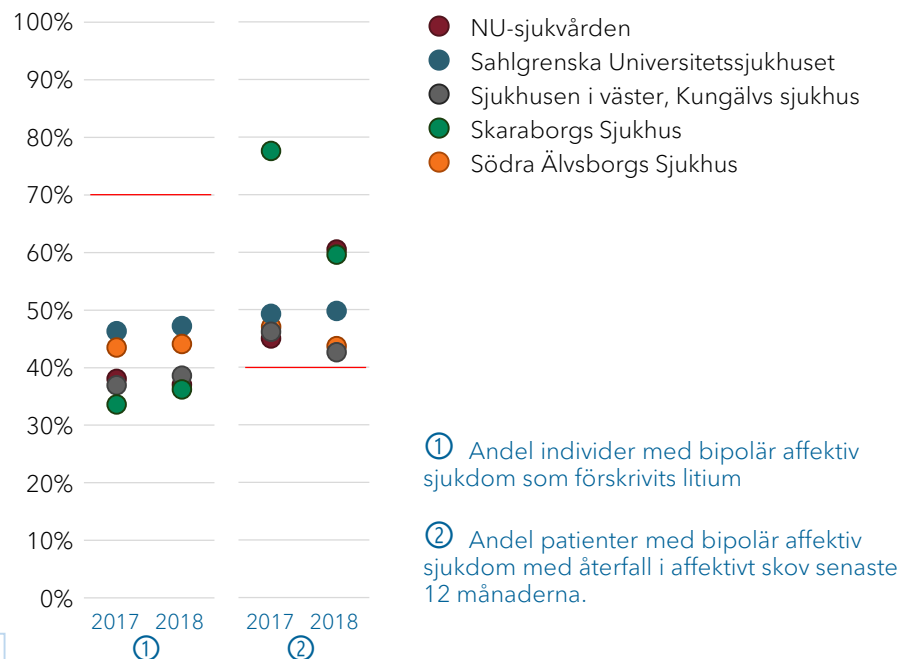
Psykisk hälsa

Kvalitetsutfallet inom psykisk hälsa behöver förbättras och täckningsgraden i berörda register öka. Den medicinska kvaliteten inom programområde *psykisk hälsa* faller ut sämre än riksgenomsnittet och flertalet indikatorer ligger långt ifrån rekommenderade målnivåer. Förbättringar rekommenderas i flera avseenden.

Det är stor skillnad mellan förvaltningarna när det gäller användning av kvalitetsregister inom psykiatri. Flera register har dessutom mycket låg täckningsgrad, varför det är svårt att dra några riktiga slutsatser för patientgruppen.

Figur 8 visar två indikatorer för psykisk hälsa. Den första (diagram ①) visar "andel patienter med bipolär sjukdom som förskrivits litium". Målet är att 70 procent av patienterna ska få den behandlingen. De data vi visar i figuren kommer från egna databaser i Västra Götalandsregionen, VEGA och Digitalis, alltså inte från Bipolär. När data hämtas från kvalitetsregistret Bipolär ligger utfallet för Västra Götalandsregionen på 69 procent.

Figur 8 Spridning i resultat och måluppfyllelse för indikator inom psykisk hälsa



Den andra indikatorn som visas i figuren (diagram ②) är *andel patienter med bipolär affektiv sjukdom som återfaller i skov, inom ett år*. Målet är att max 40 procent av patienterna ska återfalla i skov. Data kommer från Bipolär, som endast täcker 30 procent av patientgruppen.

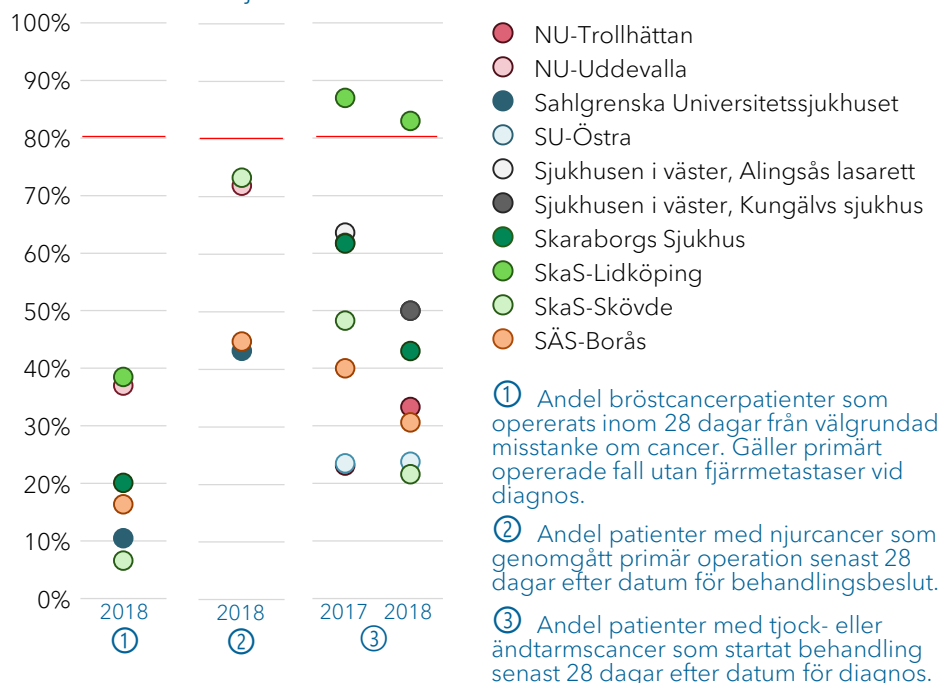
Cancersjukdomar

Tillgängligheten inom SVF (standardiserade vårdförlopp) för flertalet cancersjukdomar behöver öka. Inom programområde *cancersjukdomar* finns flertalet indikatorer som ligger långt ifrån de målvärden som angetts inom ramen för standardiserade vårdförlopp. Det är också stor inomregional spridning i utfall mellan sjukhusförvaltningarna i Västra Götalandsregionen. Enstaka sjukhus har till exempel en betydligt högre måluppfyllelse för vissa cancerindikatorer än för andra. Så är exempelvis fallet vid Norra Älvsborgs lasarett där man arbetar med *one stop clinic*, vilket innebär att flertalet åtgärder och/eller undersökningar görs vid ett och samma tillfälle. *One stop clinic* har positiva effekter på hela SVF-förloppet genom att korta tiden från start till stopp.

De indikatorer som vi redovisar inom *cancersjukdomar* i föreliggande rapport, utgörs av processindikatorer och ger ingen komplett bild av kvaliteten. Flertalet *flaskhalsar* har identifierats som orsak, exempelvis väntan på PAD-svar, tillgång till specifika undersökningar (t ex PET-kamera), tillgång till operationsutrymme och vårdplatser. Andra förklaringar som nämns är logistikproblem i gränsdragningen mellan olika verksamheter.

Figuren 9 visar utfall för tre indikatorer inom cancer. Den första (diagram ①) visar *andel patienter med välgrundad misstanke om bröstcancer som opereras inom 28 dagar*. Spridningen ligger mellan sju och 40 procent. Den andra indikatorn (diagram ②) visar *andel patienter med njurcancer som opereras inom 28 dagar efter*

Figur 9 Spridning i resultat och måluppfyllelse för indikatorer inom cancersjukdomar



behandlingsbeslut". Spridningen ligger mellan 40 och 70 procent. Den tredje indikatorn i diagrammet (③) visar *andel patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer som startat behandling inom 28 dagar efter diagnos*". Också här är spridningen väldigt stor.

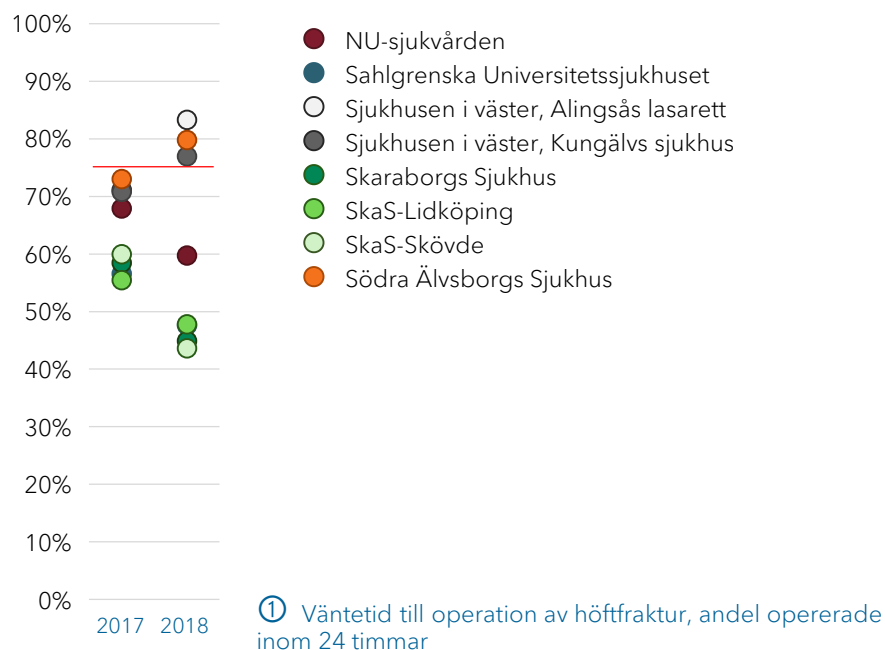
För samtliga dessa tre indikatorer är målet att det ska gälla minst 80 procent av patienterna. Samtliga data kommer från respektive kvalitetsregister.

Höftfraktur

Indikatorn *“andel patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar”*, har lyfts som ett problemområde i två föregående rapporter. Målet är att 75 procent av patienterna ska opereras inom 24 timmar och nu når flera förvaltningar detta mål; Södra Älvsborgs sjukhus, Kungälvssjukhus och Alingsås lasarett. Samtidigt har andra sjukhus försämrat sina resultat, exempelvis var NU-sjukvårdens och Skaraborgs Sjukhus utfall bättre 2017 jämfört med 2018.

Utvecklingen innebär att spridningen i måluppfyllelsen har ökat mellan 2017 och 2018 (figur 10). Det pågår emellertid förbättringsarbete inom

Figur 10 Spridning i resultat och måluppfyllelse för indikator inom rörelseorganens sjukdomar



området vid flera förvaltningar. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset har det exempelvis startats ett arbete som gett resultat under innevarande år och Skaraborgs Sjukhus har initierat ett förbättringsarbete just runt operation av höftfrakturer.

Från de förvaltningar som ökat tillgängligheten för höftfraktur-operationer har inte några negativa konsekvenser framkommit, som till exempel att protesoperationer fått strykas. Data är framtagna ur höftfrakturregistret.

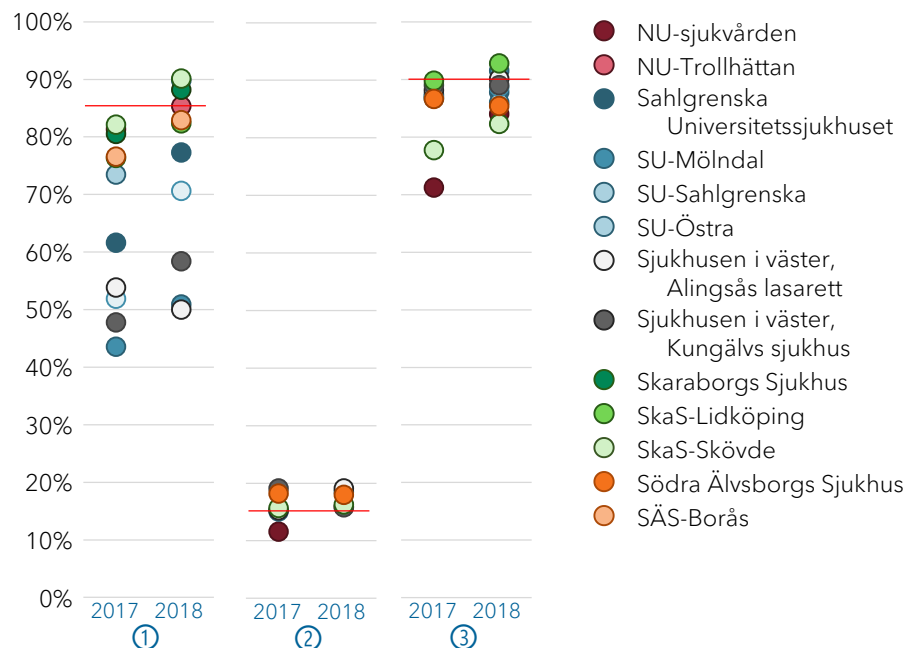
Tidigare framlyfta förbättringsområden

I föregående rapport tog vi också upp *“andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid mindre hjärtinfarkt”* som ett regionalt problem, där en väldigt stor spridning inom regionen förelåg. Framför allt var det de sjukhus som inte har kardiologlaboratorium inom den egna verksamheten, som hade utfall långt ifrån målvärdet. Dessa problem har nästan helt försvunnit. Främsta anledningen till det är att det skapats fasta tider för kranskärlsröntgen, vikta för patienter som kommer utifrån, både vid Sahlgrenska sjukhuset och vid Södra Älvsborgs sjukhus. Under sommaren 2019, löste man också transporten mellan sjukhusen med dedikerade ambulanser.

Figur 11, diagram ① på nästa sida visar *“andel patienter som kranskärlsröntgas inom 72 timmar vid mindre hjärtinfarkt”* 2017 och 2018. Målet är att 85 procent av patienterna ska genomgå en röntgen inom den tiden. Diagrammet visar att spridningen har minskat mellan åren. Ännu högre måluppfyllelse ses under innevarande år. Data är framtagna ur Swede heart.

Strokesjukvården i Västra Götalandsregionen håller hög kvalitet. Vid stroke är det viktigt att patienten snabbt kommer till en strokeavdelning och där det är möjligt, att blodcirkulationen i hjärnan återställs

Figur 11 Spridning i resultat och måluppfyllelse för indikatorer inom hjärt- och kärlsjukdomar och nervsystemets sjukdomar



- ① Andel kranskärls-röntgade inom 72 timmar vid icke-ST-höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.
- ② Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsbehandling.
- ③ Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning.

(reperfusion). Det har framför allt varit vid NU-sjukvården som resultatet inte varit i nivå med de andra förvaltningarna, även om utfallen vid NU-sjukvården förbättrats över tid. Fortfarande når dock inte vissa indikatorer inom strokevården målvärden vid NU-sjukvården. Även vid Skaraborgs Sjukhus har vissa utfall inom stroke försämrats det senaste året, vilket är ett observandum.

Figur 11, diagram ② visar "andel patienter med akut stroke som genomgår reperfusion" (cirkulationen återställs) 2017 och 2018. Målet under denna period var att minst 15 procent av patienterna ska få reperfusion, ett mål som alla förvaltningar nådde upp till. Figuren visar att spridningen minskar mellan åren. År 2019 är målvärdet för reperfusion höjt till 20 procent.

Figur 11, diagram ③, visar "andel patienter med akut stroke som vårdas på strokeavdelning som första vårdenhets". Också här ses en klar förbättring mellan åren. Målet är att 90 procent av patienterna ska komma direkt till en strokeenhet. Data kommer från strokeregistret.



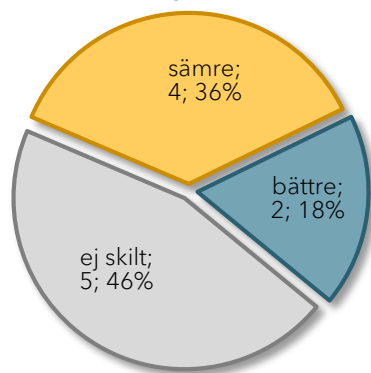
Capio Lundby sjukhus

Capio Lundby sjukhus

Capio Lundby sjukhus är ett specialistsjukhus i privat regi, där Västra Götalandsregionen har ett vårdavtal. En relativt liten del av verksamheten är redovisad i denna rapport och den medicinska kvaliteten vid Capio Lundby sjukhus baseras på relativt få indikatorer.

Flera resultat för Capio Lundby sjukhus är förhållandevis goda och utvecklingen har varit bra. "Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte om-opereras inom fem år" har exempelvis ökat, vilket är positivt. Samtidigt når indikatorn fortfarande inte målnivån och det finns fler områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i *Rekommendationer Capio Lundby sjukhus* på sidan [27](#).

Figur 12 Medicinsk kvalitet vid Capio Lundby sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet



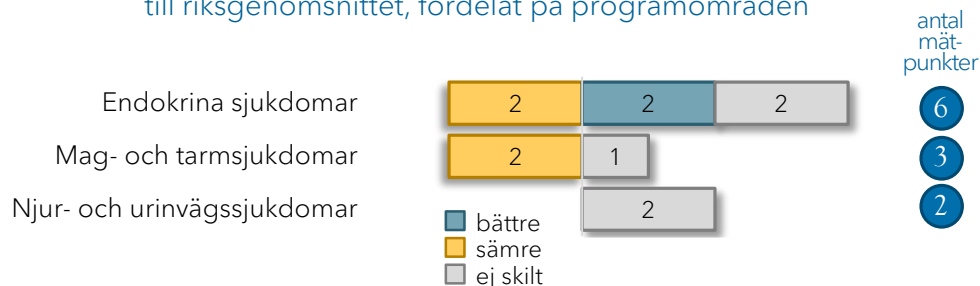
Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Capio Lundby sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 11 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Jämförelse med riket

När Capio Lundby sjukhus jämförs med riksgenomsnittet är det fyra indikatorer som faller sämre ut av 11 möjliga, vilket motsvarar 36 procent. Två indikatorer faller ut som bättre och fem indikatorer är inte skilt från riket (figur 12).

Figur 13 visar hur den medicinska kvaliteten vid Capio Lundby sjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *endokrina sjukdomar* och *mag- och tarmsjukdomar* som det finns indikatorer som faller ut sämre än riket.

Figur 13 Medicinsk kvalitet vid Capio Lundby sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



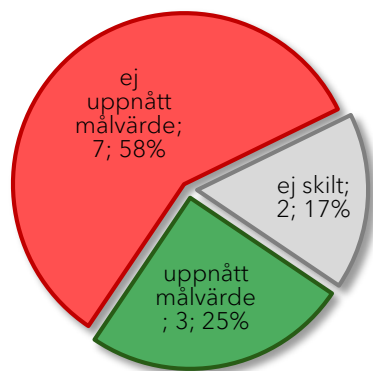
Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Lundby Capio sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 11 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Jämförelse med målvärden

För Capio Lundby sjukhus mäter vi 12 unika indikatorer (lika många mätpunkter). Av dessa når sju inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 58 procent. Tre indikatorer når uppsatta målvärden och för två indikatorer kan utfallet inte säkert skiljas från målvärdet (figur 14).

Figur 15 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Capio Lundby sjukhus faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer, uppdelat på programområde. För Capio Lundby sjukhus finns mätpunkter inom fyra olika medicinska programområden. Det är inom programområde *endokrina sjukdomar*, *mag- och tarmsjukdomar* och *njur- och urinvägssjukdomar* som innehåller indikatorer som inte uppnår målvärde. Inom *hjärt- och kärlsjukdomar* redovisas enbart en indikator.

Figur 14 Medicinsk kvalitet vid Capio Lundby sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden

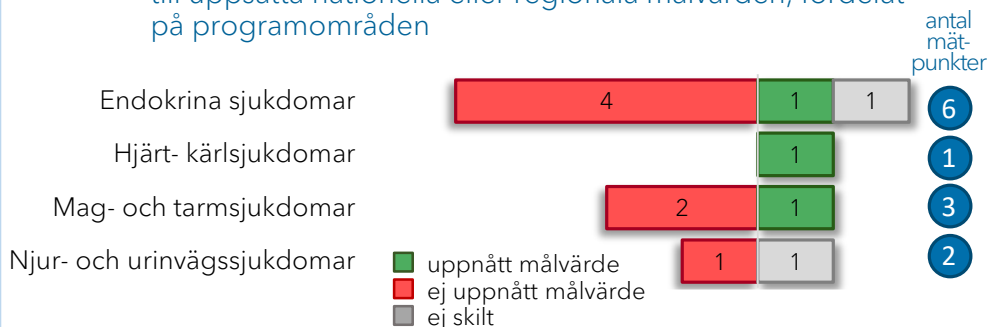


Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Capio Lundby sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 12 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

År 2017 nådde 27 procent av indikatorerna målet och år 2018 var det 25 procent av indikatorerna som nådde målvärdet. Även om procenttalen skiljer mellan åren, rör det sig om lika många indikatorer,

det vill säga tre stycken. Även antalet indikatorer som inte uppnådde måltalet var identiska de båda åren (sju stycken). Skillnaden i procentsatsen beror på att det finns en ytterligare indikator att jämföra 2017 och denna är icke statistiskt skild från målvärdet.

Figur 15 Medicinsk kvalitet vid Capio Lundby sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden

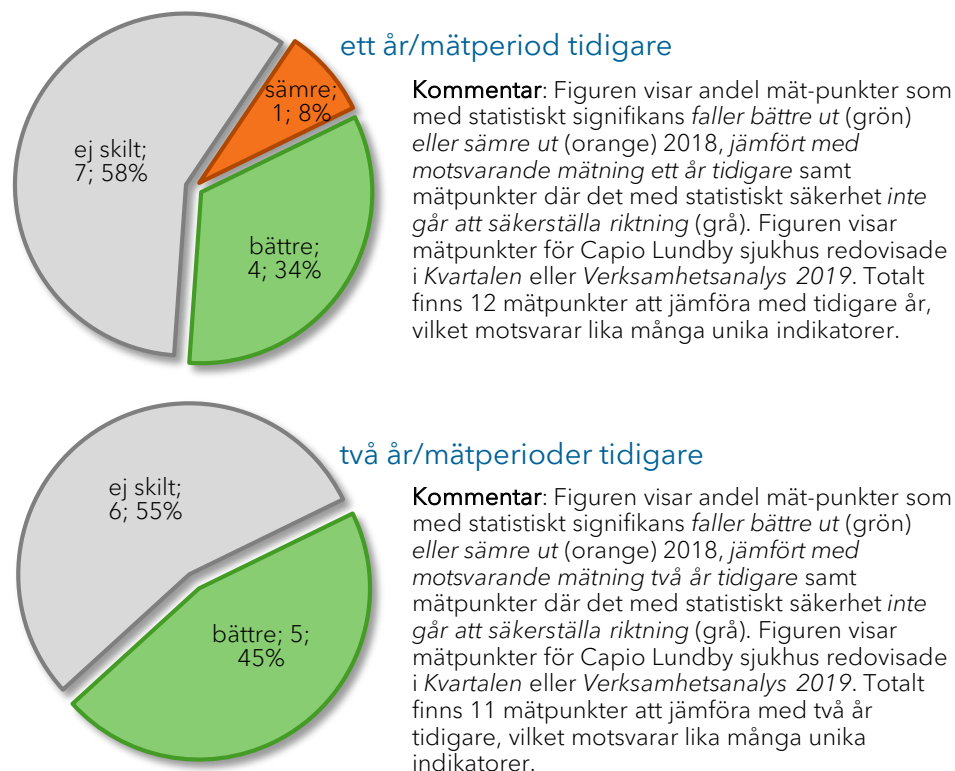


Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Capio Lundby sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 12 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Utveckling över tid

Då 2018 års utfall jämförs med tidigare måtvärden kan man konstatera att utvecklingen varit positiv. Fler indikatorer har förbättrats (fyra stycken) än försämrats (en styck) jämfört med närmast tidigare mätperiod och ser vi två mätperioder tillbaka har inga indikatorer försämrats samtidigt som fem stycken har förbättrats (se figur 16 på nästa sida). Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt

Figur 16 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Capio Lundby sjukhus jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



redovisas och endast de indikatorer som har tidigare mätvärden ingår i sammanställningen.

I jämförelse med utfallet ett år (alt mätperiod) tillbaka har 34 procent av de 12 indikatorer som kan jämföras ett signifikant bättre resultat. Motsvarande andel två år (alt mätperioder) tillbaka är 45 procent.

Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Capio Lundby sjukhus, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend jämfört med 2 mätperioder tillbaka.
- *Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingen är emellertid positiv både vid jämförelse en och två mätperioder tillbaka.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingen är emellertid positiv både vid jämförelse en och två mätperioder tillbaka.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförande mätpunkter.

- *Andel patienter som ljumskbråcksopereras och som inte omopereras inom 5 år.* Målnivån uppnås ej och sämre utfall än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend jämfört med två mätperioder tidigare.

Njur- och urinvägssjukdomar:

- *Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend de senaste två mätperioderna.

Sammanfattning

Capio Lundby uppnår inte målvärdet för mer än hälften av de granskade indikatorerna. 57 procent (4 av 7 stycken) av indikatorerna som faller ut negativt i förhållande till målnivån ligger dessutom signifikant under riksgenomsnittet. Ingen av dem har emellertid försämrats de senaste åren och i jämförelse med två mätperioder tillbaka har 66,7 procent förbättrats.

Rekommendationer – Capio Lundby sjukhus

Endokrina sjukdomar:

Andelen diabetiker som når målblodtrycket som genomgår fotundersökning och ögonbottenundersökning behöver öka. Andel diabetiker med god blodsockerkontroll bör öka.

Mag- och tarmsjukdomar:

Användningen av preperitoneal teknik hos kvinnor vid ljumskbråcksoperation är betydligt lägre än riket och långt ifrån målvärdet. Orsaken behöver klarläggas. Andelen patienter som inte om-opereras efter ljumskbråck inom fem år, når fortfarande inte riktigt målet. Fortsatt observation, rekommenderas.

Njur- och urinvägssjukdomar:

Andelen patienter som är i hemodialys och som uppnår behandlingsmål för dialysdos är i nivå med riket, men når inte riktigt målnivån.



NU-sjukvården

NU-sjukvården

Verksamheten vid NU-sjukvården är framförallt förlagd till sjukhuset i Uddevalla och sjukhuset i Trollhättan. Eftersom viss verksamhet finns vid båda sjukhusen är antalet mätpunkter fler än antalet indikatorer.

De medicinska kvalitetsindikatorer som mäter utfall för stroke har under flera år haft ett sämre utfall än övriga sjukhusförvaltningar inom Västra Götalandsregionen. Det har dock under en tid pågått ett arbete som lett till en hel del förbättringar inom området, även om inte målen för alla strokeindikatorer nås. Förra året sågs även en förbättring vad det gäller operation av höftfrakturer inom målsatt tid. Tyvärr syns inte denna förbättring i årets resultat.

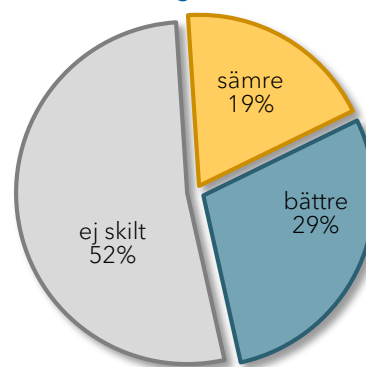
För kvalitetsindikatorerna inom SVF som gäller bröstcancer och urologisk cancer, uppvisar NU-sjukvården förhållandevis bra resultat, när det gäller tid till åtgärd. Framgångsfaktorn är metoden "one-stop-clinic", vilket innebär att flera resurser samlas runt patienten i utredningsfasen, och flera undersökningar görs vid ett och samma tillfälle.

Även om NU-sjukvården har förbättrats sedan föregående år finns det områden som behöver utvecklas. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer NU-sjukvården* på sidan [35](#).

Jämförelse med riket

När NU-sjukvården jämförs med riksgenomsnittet är det 19 mätpunkter som faller sämre ut av 101 möjliga (totalt 84 unika indikatorer), vilket motsvarar 19 procent. Tjugonio procent av indikatorerna faller bättre ut än rikssnittet (figur 17).

Figur 17 Medicinsk kvalitet vid NU-sjukvården i förhållande till riksgenomsnittet



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistisk signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för NU-sjukvården redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 101 mätpunkter för 84 unika indikatorer.

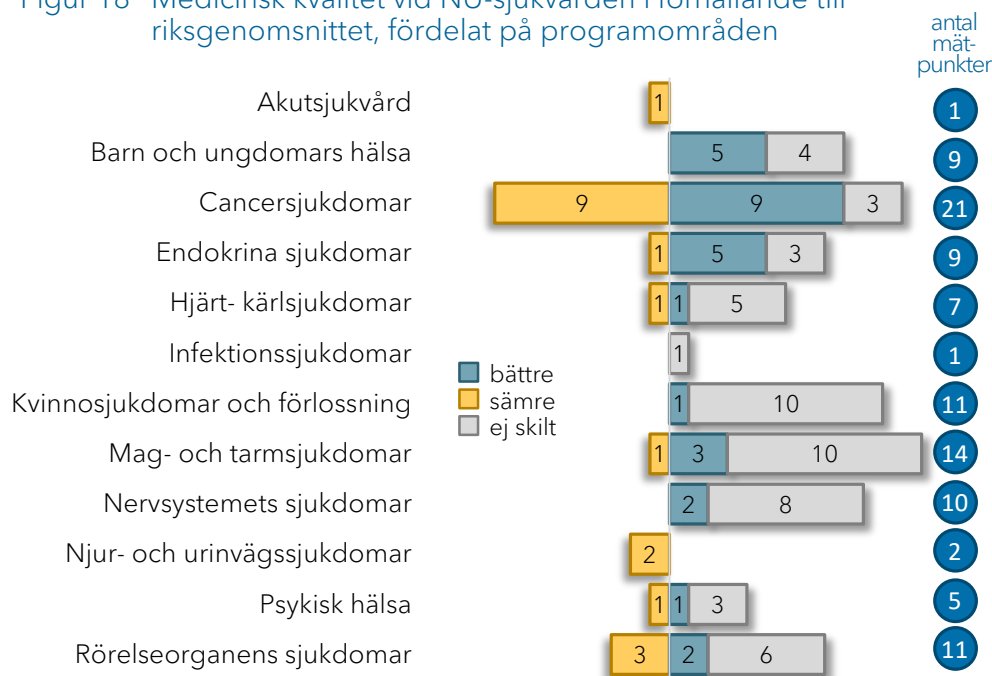
Figur 18 på nästa sida visar hur den medicinska kvaliteten vid NU-sjukvården faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *akutsjukvård, cancersjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, njur- och urinvägssjukdomar, psykisk hälsa* och *rörelseorganens sjukdomar* där det finns indikatorer som faller ut sämre än riket.

Barn- och ungdomars hälsa, kvinnosjukdomar och förlossning samt *nervsystemets sjukdomar* innehåller inga indikatorer med resultat som är sämre än riket. Inom *cancersjukdomar* finns nio mätpunkter som faller bättre ut än riket, vilket är bland det högsta i regionen.

Jämförelse med målvärden

För NU-sjukvården jämförs 93 mätpunkter totalt, för 77 unika indikatorer, med uppsatta nationella och regionala målvärden. Av dessa mätpunkter når 44 inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 47 procent (figur 19 på nästa sida).

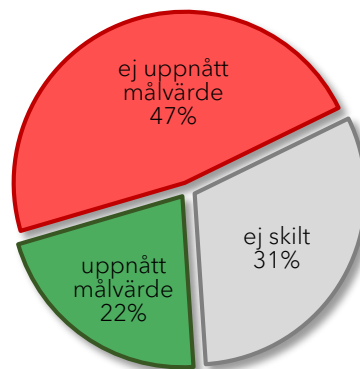
Figur 18 Medicinsk kvalitet vid NU-sjukvården i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för NU-sjukvården redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 101 mätpunkter för 84 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Figur 20 på sidan 31 visar hur den medicinska kvaliteten vid NU-sjukvården faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För NU-sjukvården finns mätpunkter inom 13 olika medicinska programområden. Med undantag av programområde *lung- och allergisjukdomar* finns indikatorer som inte uppnår målvärdena inom samtliga redovisade programområden. Dessa är *akutsjukvård*,

Figur 19 Medicinsk kvalitet vid NU-sjukvården i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden



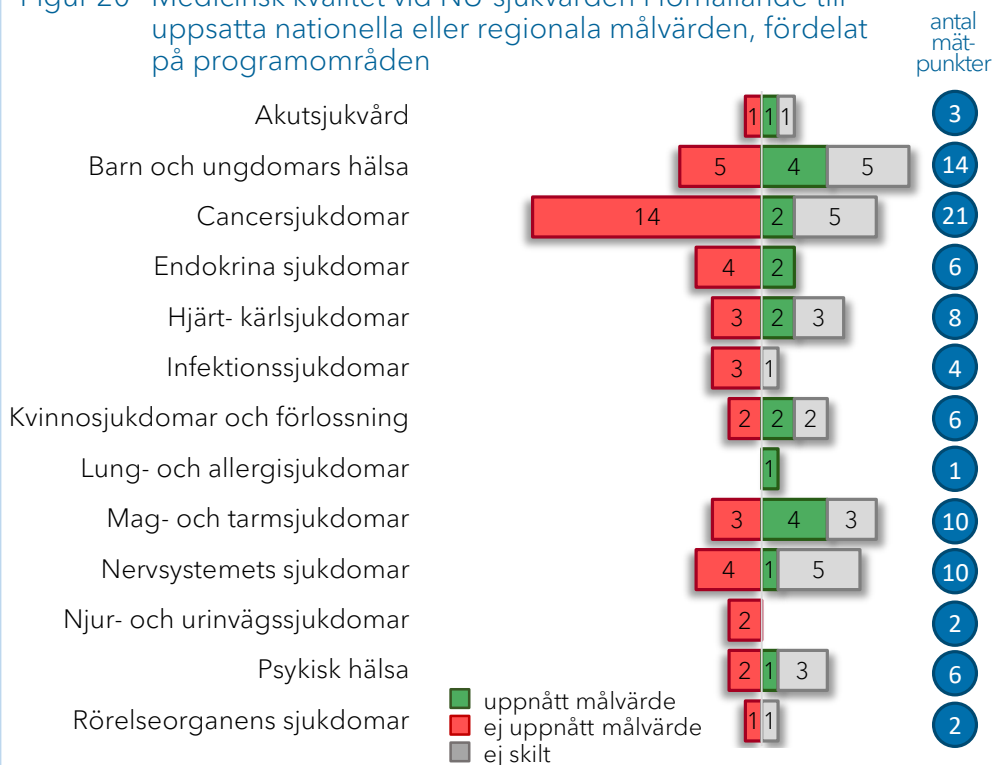
Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för NU-sjukvården redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 93 mätpunkter för 77 unika indikatorer.

barn- och ungdomars hälsa, cancersjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, infektionssjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossning, mag- och tarmsjukdomar, nervsystemets sjukdomar, njur- och urinvägssjukdomar, psykisk hälsa och rörelseorganens sjukdomar.

Utvecklingen av måluppfyllelse i ett kortare tidsperspektiv, ett år tillbaka i tiden, ger en något tvetydig bild. Å ena sidan har andelen mätpunkter som uppnått målvärdet ökat med fem procentenheter, å andra sidan har även andelen mätpunkter som *inte* uppnått målvärdet ökat med sju procentenheter. För att kunna göra en jämförelse över tid av detta slag krävs att cancerindikatorerna exkluderas i analysen. Detta eftersom cancerindikatorerna endast finns att tillgå för den senare mätperioden samt att de är förhållandevis många till antal och i stor utsträckning har ett negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Exkluderandet av cancerindikatorerna innebär emellertid också att den angivna fördelningen av måluppfyllelse (figur 19) justeras i analysen;

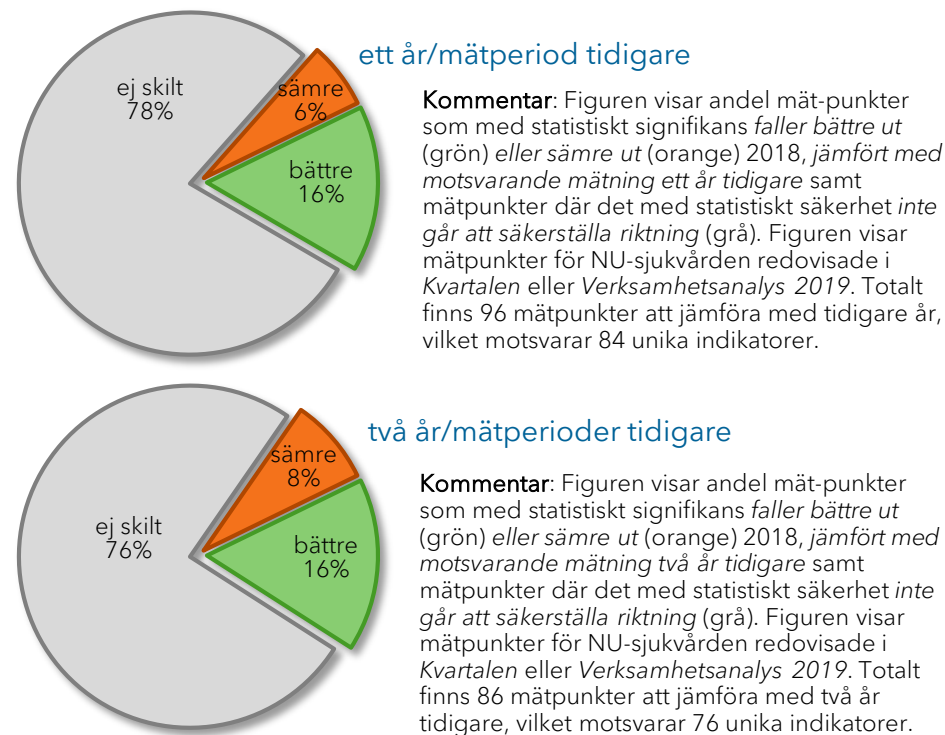
Figur 20 Medicinsk kvalitet vid NU-sjukvården i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för NU-sjukvården redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 93 mätpunkter för 77 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

från 22 procent uppnådda målvärden till 25 procent och från 47 procent ej uppnådda målvärden till 42 procent. Det är de senare procentsatserna som ska jämföras med 2017 års utfall då 20 procent av mätetalen nådde målet, samtidigt som andelen mätetal som inte nådde målvärdena var 36 procent.

Figur 21 Utveckling av medicinsk kvalitet vid NU-sjukvården jämfört med en respektive två år/mätperiod tidigare



Utveckling över tid

Då utfallet av de registrerade medicinska indikatorerna betraktas i tidsperspektivet två mätperioder bakåt i tiden, kan konstateras att mer än dubbelt så stor andel av mätetal har förbättrats jämfört med andelen som försämrats (16 procent respektive 8 procent). Ser vi endast en mätperiod bakåt i tiden har sex procent av mätetalen försämrats samtidigt som 16 procent har förbättrats (figur 21).

Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt redovisas och endast de indikatorer som har tidigare mätvärden ingår i sammanställningen. Det är dock något fler indikatorer som kan jämföras ett år/mätperiod tillbaka (96 mätpunkter för 84 unika indikatorer) jämfört med två år/mätperioder tillbaka i tiden (86 mätpunkter för 76 unika indikatorer).

Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för NU-sjukvården, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Akutsjukvård:

- *Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen.* Målnivå uppnås ej, men utvecklingen både en och två mätperioder tillbaka pekar i positiv riktning. Ingen riksjämförelse är möjlig.

Barn- och ungdomars hälsa:

- *Andel barn med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivå uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingen både en och två mätperioder tillbaka pekar i positiv riktning.

- *Andel barn 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån.* Målnivå uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend jämfört med de senaste två mätperioderna.
- *Andel barn 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån.* Målnivå uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend jämfört med de senaste två mätperioderna.

Cancersjukdomar:

- *Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om cancer.* Målnivå uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.
- *Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök.* Målnivå uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet och för NU-Uddevalla till och med bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.
- *Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation.* Målnivå uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.
- *Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dagar efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik).* Målnivå uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.
- *Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivå uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.

- *Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.
- *Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter
- *Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.
- *Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Positiv utveckling jämfört med senaste mätperioden.
- *Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare jämförbara mätpunkter.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Negativ utveckling jämfört med två mätperioder tidigare.
- *Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Positiv utveckling jämfört med två mätperioder tidigare.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend de senaste två mätperioderna.

- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsocker-kontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend i jämförelse både en och två mätperioder tillbaka.
- *Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi.* Sämre utfall än riksgenomsnittet. Inga uppsatta målnivåer. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med de senaste två mätperioderna.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- *Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid.* Målnivån uppnås ej och sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med de senaste två mätperioderna.
- *Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån uppnås ej men i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med den senaste mätperioden.
- *Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos, och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus.* Målnivån uppnås ej. Ingen riksjämförelse möjlig. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med de senaste två mätperioderna.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner.* Målnivån uppnås ej. Inga andra referenspunkter finns.
- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.* Målnivån uppnås ej. Ingen riksjämförelse möjlig. Negativ utvecklingstrend jämfört med två mätperioder tidigare.

- *Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med de senaste två mätperioderna.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- *Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor).* Kommenteras ej då målnivån är tveksam. Inga andra referenspunkter.
- *Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit.* Målnivån uppnås ej. Inga andra referenspunkter finns.
- *Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer.* Målnivån uppnås ej vid NU-Trollhättan och detta sjukhus faller sämre ut än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Nervsystemets sjukdomar:

- *Andel MS-patienter 18 - 59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time).* Målnivån uppnås ej. Inga andra referenspunkter finns.
- *Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingstrenden är positiv vid jämförelse med tidigare mätperioder.

- *Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingstrenden är positiv vid jämförelse med tidigare mätperiod.

Njur- och urinvägssjukdomar:

- *Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Psykisk hälsa:

- *Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium.* Målnivån uppnås ej. Riksjämförelse saknas. Ingen tydlig utvecklingskurva vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod.

Rörelseorganens sjukdomar:

- *Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod.
- *Genomsnittlig väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus.* Sämre utfall än riksgenomsnittet och negativ utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod. Ingen angiven målnivå.

Sammanfattning

Strax under hälften av indikatorerna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer. Flera av dessa (61 procent) har dock ett utfall som är bättre eller inte skilt från riksgenomsnittet. Detta gäller för indikatorer inom samtliga programområden. Undantaget är vissa cancersjukdomar där 57 procent av mätpunkterna som avviker negativt från målnivån också har ett resultat som ligger under riksgenomsnittet.

Utvecklingen de senaste åren pekar i svag positiv riktning. 22 procent av mätpunkterna som inte når målvärdet har förbättrats sedan föregående mätperiod. När det gäller cancersjukdomar är emellertid riktningen okänd då underlag för tidigare år saknas.

Rekommendationer – NU-sjukvården

Akutsjukvård:

Andel patienter som undersöks av läkare på akutmottagningen når inte mål och behöver öka.

Barn- och ungdomars hälsa:

Det är stora skillnader i utfallet för barndiabetes vid NU-sjukvården. Kliniken i Uddevalla har betydligt bättre utfall, än Trollhättan.

Skillnaderna behöver utjämnas så att verksamheten i Trollhättan förbättrar sina resultat. Det gäller att andelen barn med diabetes som ligger bra i blodsocker behöver öka och andelen som ligger högt i blodsocker behöver minska, samtidigt som andelen som gjort ögonbottenundersökning öka.

Vid *controllingen* framkommer att det finns fortsatta utmaningar för att göra vården mer jämlik för barn med diabetes.

Cancersjukdomar:

NU-sjukvården har flera SVF inom cancer med bättre/högre utfall än riket, även om inte målvärdet nås. Inom flera SVF är det ganska stora skillnader i utfall mellan Uddevalla och Trollhättan. Dessa skillnader behöver ses över. Inom andra SVF rekommenderas att sjukhusen ser över logistiken, för att optimera processerna.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår en del arbete med att förbättra processerna inom SVF cancer.

Endokrina sjukdomar:

Andel diabetespatienter som når målblodtryck behöver öka. Andelen diabetiker som genomgår ögonbottenundersökning och fotundersökning, behöver öka. Andelen diabetiker med god blodsockerkontroll behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att man behöver satsa mer för att nå nationella målnivåer för diabetespatienter.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid (90 minuter) är 63 procent och når inte mål (mål $\geq$ 90 procent, riket 79 procent). Även om det är stora geografiska avstånd för en del av sjukhusets patienter, rekommenderas att man ser över detta. Andel patienter, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka efter hjärtinfarkt behöver öka. Andelen patienter med hjärtsvikt som behandlas med betablockerare och RAAS-hämmare är lägre än uppsatt mål behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att man har en väldigt skör personalsituation på PCI-laboratoriet och därför svårt att upprätthålla jourlinjer. Det framkommer också att geografiskt avstånd ofta är en orsak till att tiderna till PCI är långa.

Infektionssjukdomar:

Användningen av kinoloner bör minska och användningen av penicilliner behöver öka. Andelen HIV-patienter med god viruskontroll når inte mål och är något lägre än rikssnittet. Genomlysning rekommenderas.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning är högre än målet och kan behöva kontrolleras, mätmetoden är dock svår. Förklaringen kan ligga i sättet man mäter volymen blödning, vilket skiljer mellan förvaltningar. Det är viktigt att varje klinik följer sin egen utveckling.

Mag- och tarmsjukdomar:

Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit är lägre än målet vilket kan behöva kontrolleras.

Nervsystemets sjukdomar:

Andel MS-patienter 18 - 59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren når inte målet, en översyn rekommenderas. Andelen patienter med stroke eller TIA som vårdas på strokeenhet, når inte mål och bör öka.

Urin- och njursjukdomar:

Andel patienter i hemodialys som har AV-graft eller AV-fistel och som når behandlingsmål är lägre än rikssnittet och lägre än övriga i Västra Götalandsregionen. Kartläggning rekommenderas.

Psykisk hälsa:

Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån är 60 procent och det är högre än målet och högre än rikssnittet. Uppgifterna är ur registret, BipoläR, med en täckningsgrad under 30 procent. Enligt registret behandlas 70 procent av dessa patienter med litium, vilket är målet. Om vi tittar i våra egna system, behandlas 37 procent av patienterna med bipolär sjukdom vid NU-sjukvården med litium. Kvalitetsuppföljningen inom psykiatrin behöver förbättrats.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår en organisationsförändring inom psykiatri. Tre verksamheter ska bli en och en extern verksamhetschef är rekryterad.

Rörelseorganens sjukdomar:

Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur, behöver öka. Andelen har minskat jämfört med föregående mätperiod.

Vid *controllingen* framkommer inget pågående arbete för att förbättra tiderna till operation för höftfrakturpatienterna.



Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Verksamheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är framför allt förlagd till Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset. Eftersom viss verksamhet finns vid samtliga sjukhus är antalet mätpunkter fler än antalet indikatorer.

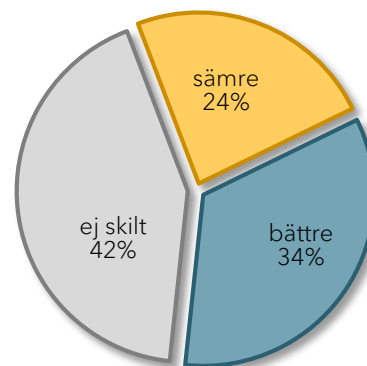
Den medicinska kvaliteten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset håller god kvalitet. Sedan föregående rapport skrevs har flertalet förbättringar gjorts och det pågår förbättringsarbeten inom områden som tidigare har uppmärksammats. Bland annat har tiderna till kranskärslröntgen för patienter utanför Sahlgrenskatomten förbättrats påtagligt. Mycket arbete har vidare gjorts för att förbättra logistiken för patienter som ska opereras för bröstcancer och det pågår arbete med att förbättra tiderna för operation av höftfrakturer.

Även om resultaten för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Sahlgrenska Universitetssjukhuset* på sidan [43](#).

Jämförelse med riket

När sjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset jämförs med riksgenomsnittet är det 41 mätpunkter som faller sämre ut av 174 möjliga (totalt 93 unika indikatorer), vilket motsvarar 24 procent (figur 22).

Figur 22 Medicinsk kvalitet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i förhållande till riksgenomsnittet



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 174 mätpunkter för 93 unika indikatorer.

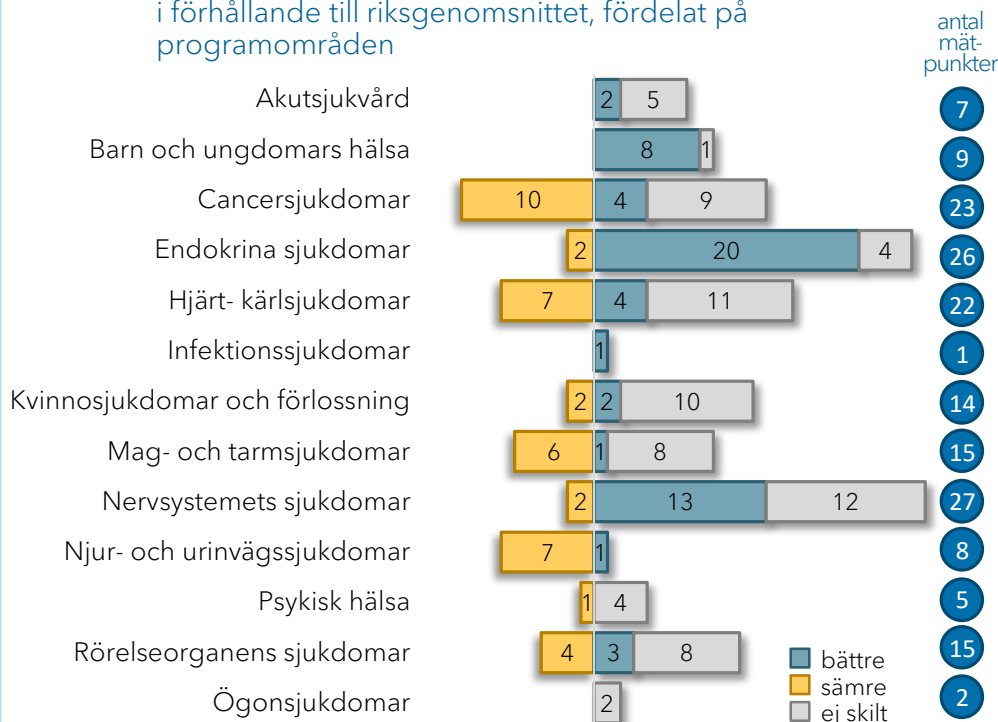
Figur 23 på nästa sida visar hur den medicinska kvaliteten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *cancersjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, kvinnosjukdomar- och förlossning, mag- och tarmsjukdomar, nervsystemets sjukdomar, njur- och urinvägssjukdomar, psykisk hälsa* och *rörelseorganens sjukdomar* där det finns indikatorer som faller ut sämre än riket.

Fyra programområden; *akutsjukvård, barn- och ungdomars hälsa, infektionssjukdomar* samt *ögonsjukdomar* innehåller inga indikatorer som faller sämre ut än riksgenomsnittet. För de två senare programområdena finns dock endast enstaka indikatorer redovisade.

Jämförelse med målvärden

För Sahlgrenska Universitetssjukhuset ställs totalt 162 mätpunkter, (motsvarande unika 84 indikatorer) mot uppsatta nationella eller regionala målvärden. Av dessa mätpunkter når 77 inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 47 procent (figur 24 på nästa sida).

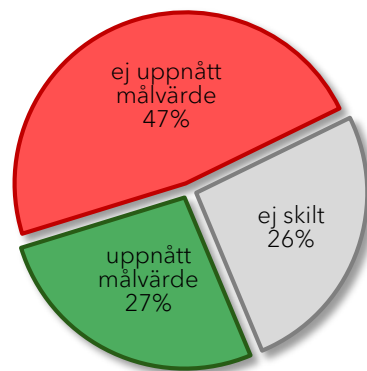
Figur 23 Medicinsk kvalitet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 174 mätpunkter för 93 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Figur 25 på sidan 41 visar hur den medicinska kvaliteten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns mätpunkter inom 14 olika medicinska programområden. Med undantag av *lung- och allergisjukdomar* samt *ögonsjukdomar* har samtliga programområden indikatorer som

Figur 24 Medicinsk kvalitet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden



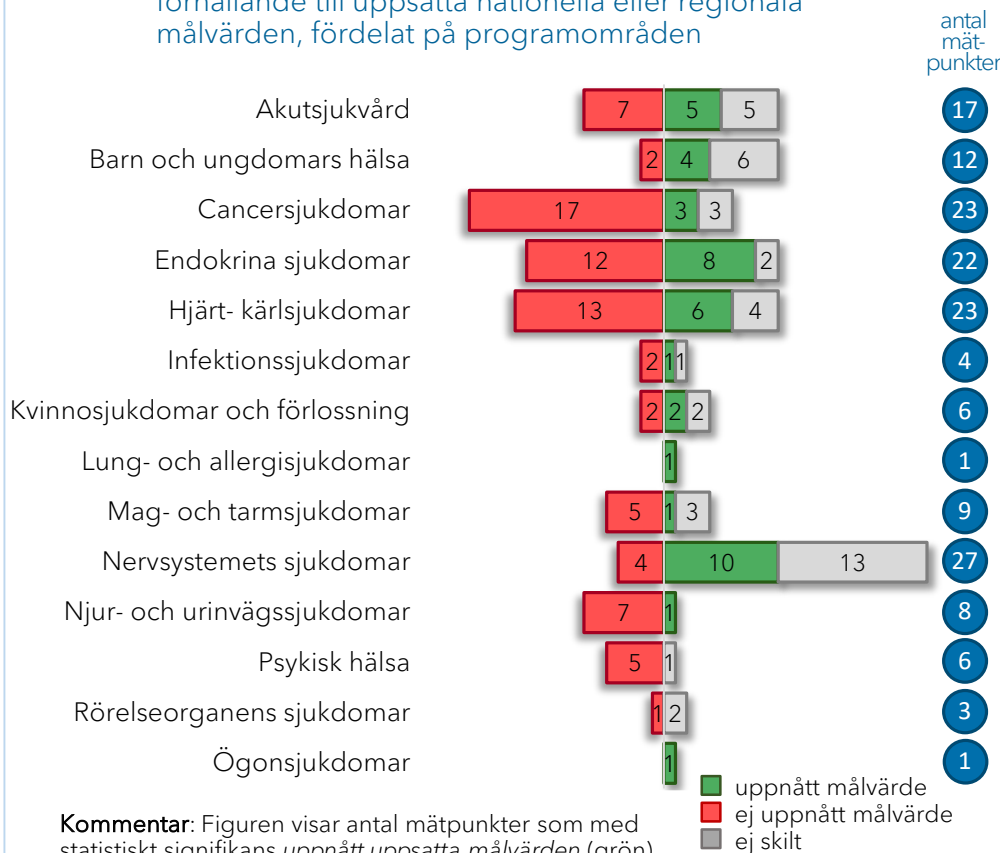
Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 162 mätpunkter för 84 unika indikatorer.

faller ut negativt. Dessa båda programområden innehåller emellertid endast en eller två mätetal, vilket inte ger en rättvisande bild av den generella kvaliteten inom området.

I relation till uppsatta målvärden har Sahlgrenska Universitetssjukhusets medicinska kvalitet förbättrats det senaste året. En större andel mätpunkter (+7 procentenheter) når målvärdet 2018 jämfört med 2017 samtidigt som en mindre andel (-12 procentenheter) inte uppnår måltalen. Detta förutsätter att cancerindikatorerna är exkluderade från analysen eftersom dessa indikatorer endast finns att tillgå för den senare mätperioden och är förhållandevis många till antal samt i stor utsträckning har ett negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Då cancerindikatorerna exkluderas blir fördelningen av måluppfyllelse 2018 en annan än den i figur 24. År 2017 nådde 22 procent av mätetalen målet, vilket ska jämföras med 29 procent 2018. Under samma period minskade andelen mätetal som inte nådde målvärdet från 53 procent 2017 till 43 procent 2018.

Figur 25 Medicinsk kvalitet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppnått uppsatta målvärden (grön) eller som inte uppnått uppsatta målvärden (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet inte går att säkerställa att målvärdet är skilt från målvärdet (grå). Figuren visar mätpunkter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade i Kvartalen eller Verksamhetsanalys 2019. Totalt visas 162 mätpunkter för 84 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i Kvartalen och Verksamhetsanalysen.

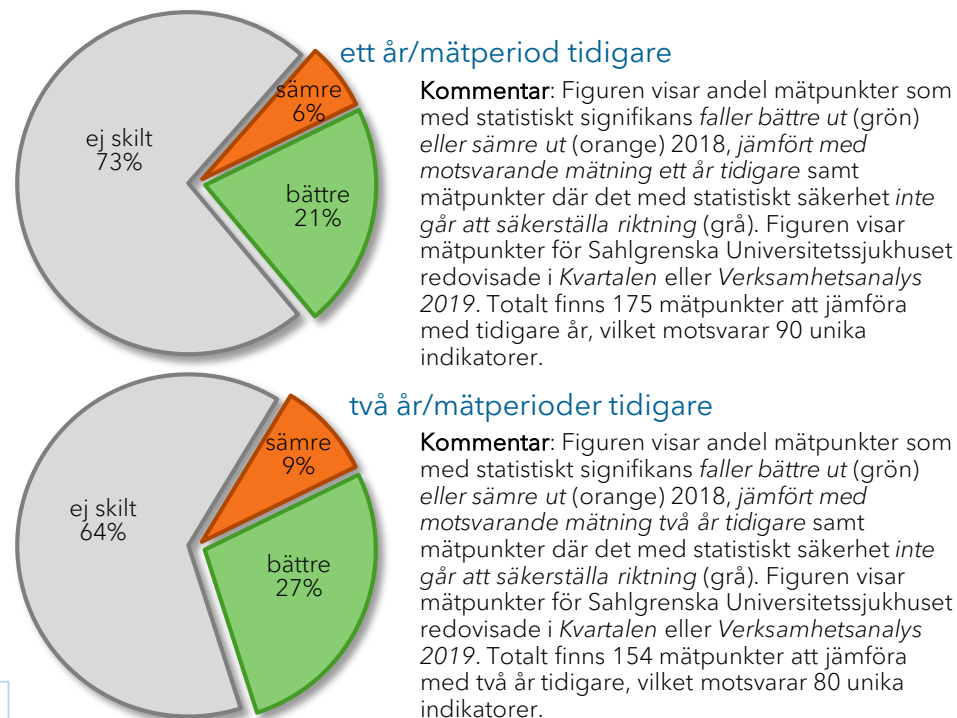
Utveckling över tid

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en mycket positiv utvecklingskurva avseende resultaten från de registrerade indikatorerna.

Jämför vi utfallet ett år (alt mätperiod) tillbaka i tiden har 21 procent av mätetalen förbättrats samtidigt som endast 6 procent har något sämre utfall. Går vi ytterligare ett år tillbaka i tiden (alt mätperiod) visar resultaten att 27 procent av mätetalen har förbättrats, samtidigt som 9 procent har försämrats (figur 26).

Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt redovisas och endast de indikatorer som har tidigare mätvärden ingår i sammanställningen. Ett år tillbaka är det 175 mätpunkter för 90 unika indikatorer som kan jämföras och två år tillbaka kan 154 mätpunkter för 80 unika indikatorer jämföras.

Figur 26 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset jämfört med en respektive två mätperioder tidigare



Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Akutsjukvård:

- *Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning.* SU-Mölndal och Drottning Silvias barnsjukhus uppnår ej målvärdet. SU Mölndal har en negativ utvecklingstrend vid jämförelse med senaste mätperioden. Inga riksjämförelser.
- *Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen.* Uppnår ej målvärdet. Inga riksjämförelser. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder, med undantag av SU-Mölndal.

Barn- och ungdomars hälsa:

- *Andel barn med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol.* Uppnår ej uppsatt målvärde, men utfallet är bättre än riksgenomsnitt och positiv utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel barn 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån.* Uppnår ej uppsatt målvärde, men utfallet är bättre än riksgenomsnitt. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.

Cancersjukdomar:

- *Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om cancer.* Målnivå uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dagar efter remissbeslut.* Målnivå uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi.* SU-Östra uppnår ej målnivån och har sämre utfall än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dagar efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.

- *Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dagar efter datum för behandlingsbeslut.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga referenspunkter från tidigare mätperioder.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Mölndal uppvisar dessutom en positiv utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året.* Med undantag för SU-Mölndal uppnås ej målvärde, men utvecklingen är positiv vid jämförelse med de senaste mätperioderna. SU-Sahlgrenska har sämre utfall än riksgenomsnittet.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. SU-Östra uppvisar en positiv utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- *Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt.* SU-Mölndal uppnår ej målnivån och faller sämre ut än riksgenomsnittet. SU-Sahlgrenska har en negativ utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod, men uppnår fortfarande målvärdet.
- *Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet - dock med undantag från SU-Sahlgrenska. Utvecklingstrenden är positiv vid jämförelse med de senaste två mätperioderna.
- *Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* SU-Sahlgrenska uppnår ej målnivån. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* SU-Sahlgrenska uppnår ej målnivån och har sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus.* Målnivån uppnås ej. Värde för riket saknas. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

- *Andel opererade inom 14 dagar vid symtomgivande förträngning av halspulsådern.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend både vid jämförelse en och två mätperioder tillbaka.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner.* Målnivån uppnås ej. Ytterligare referenspunkter saknas.
- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.* Målnivån uppnås ej. Negativ utvecklingstrend vid jämförelse två mätperioder tillbaka.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- *Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor).* Kommenteras ej då målnivån är tveksam. Ytterligare referenspunkter saknas.
- *Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.* Målnivån uppnås ej. och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom.* Sämre utfall än riksgenomsnittet och ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder. Målvärde saknas.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit.* Målnivån uppnås ej. Ytterligare referenspunkter saknas.

- *Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer.* Kommenteras ej då indikatorn ej är representativ.
- *Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade.* Målvärde saknas. SU-Östra har sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation.* Kommenteras ej då indikatorn ej är representativ.
- *Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation.* Kommenteras ej då indikatorn ej är representativ.
- *Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation.* Kommenteras ej då indikatorn ej är representativ.
- *Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi.* Kommenteras ej då indikatorn ej är representativ.

Nervsystemets sjukdomar:

- *Andel RR 15-patienter 18 - 40 år med sjukdomsmodifierande behandling.* Målvärdet uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse både en och två mätperioder tidigare.
- *Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke.* SU-Sahlgrenska uppnår ej målvärdet och har ett sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett.* Målvärde saknas. SU-Sahlgrenska har sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.

- *Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning.* SU-Sahlgrenska uppnår ej målnivån, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingen är positiv vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Njur- och urinvägssjukdomar:

- *Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativ vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos.* Med undantag av SU-Östra uppnås inte målnivån och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativ vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Psykisk hälsa:

- *Andel ECT vid svår depression i slutenvård.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel ECT vid svår depression i öppenvård.* Målnivån uppnås ej. Inga rikssvärden finns och ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektiv skov senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium.* Målnivån uppnås ej. Inga rikssvärden finns och ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.

Rörelseorganens sjukdomar:

- *Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur.* Målvärdet uppnås ej och utfall är sämre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend både vid jämförelse en och två mätperioder tillbaka.
- *Genomsnittlig väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus.* Målvärde saknas. Sämre utfall än riksgenomsnittet och ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation.* Målvärde saknas. Sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.

Sammanfattning

Strax under hälften av indikatorerna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer. Cirka en fjärdedel av dessa har dock ett utfall som är bättre än riksgenomsnittet och ytterligare en fjärdedel ligger i nivå med riksgenomsnittet. Inom endokrina sjukdomar ligger 83 procent av mätpunkterna som inte uppnådde uppsatt målnivå signifikant över riksgenomsnittet.

Utvecklingen de senaste åren pekar i positiv riktning. Många indikatorer har förbättrats jämfört med tidigare mätperioder, en respektive två år tillbaka.

När det gäller cancersjukdomar är riktningen okänd då underlag för tidigare år saknas däremot ligger flertalet mätpunkter under riksgenomsnittet.

Visa indikatorer uppvisar emellertid en negativ utvecklingstrend, det gäller till exempel indikatorer gällande dialyspatienter, operation av höftfrakturer inom 24 timmar samt operation av halspulsådern.

Rekommendationer – Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Akutsjukvård:

Andel patienter som undersöks av läkare på akutmottagningen når inte mål och behöver öka.

Barn- och ungdomars hälsa:

För barn med diabetes nås inte målet för kontroll av albumin och god blodsockerkontroll, även om resultatet ligger långt över rikssnittet.

Cancersjukdomar:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har några SVF inom cancer med bättre/högre utfall än riket och flera SVF med resultat i nivå med riket. En del SVF har resultat som är sämre än riket. Inom flera SVF är det ganska stora skillnader i utfall mellan sjukhusen. Dessa skillnader behöver ses över. Inom andra SVF rekommenderas att sjukhusen ser över logistiken, för att optimera processerna.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår väldigt mycket arbete för att se över logistiken inom flertalet SVF. Flera förbättringar har redan gjorts, men mycket kvarstår. Inom bröstcancer har förbättringar gjorts, vilket lett till kortare ledtider under innevarande år. För melanom finns utmaningar i att registreringen sker på likartat sätt i regionen.

Endokrina sjukdomar:

Andelen patienter med diabetes som når blodtrycksmålet behöver öka, vid SU-Sahlgrenska och SU-Östra. SU-Mölndal når nu målet, 90 procent. Även om diabetesvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är mycket god, och olika patientsammansättningar kan skilja mellan olika sjukhus, bör samtliga enheter vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset sträva efter att så många som möjligt skall nå mål för blodtryck. Andelen diabetespatienter som genomgår fotundersökning behöver öka vid SU-Sahlgrenska och SU-Östra. Även andel som genomgår ögonbottenundersökning behöver öka, även om andelen är högre än rikssnittet. Andel diabetespatienter som når god blodsockerkontroll är högre än riket, men når inte målet.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår aktiviteter för att förbättra utfallet för diabetespatienterna.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

Andelen patienter som behandlas med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt vid SU-Mölndal har ökat men behöver öka ytterligare. Fortsatt fokus på att andelen patienter som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid mindre hjärtinfarkt, rekommenderas. Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, behöver öka framför allt vid Sahlgrenska. Det gäller även andel patienter vid SU-Sahlgrenska som nått mål för systoliskt blodtryck efter hjärtinfarkt. Andelen rökande patienter med hjärtinfarkt, som slutar röka efter hjärtinfarkt, behöver öka, gäller alla enheter inom Sahlgrenska Universitets-

sjukhuset. Andelen hjärtsviktspatienter som behandlas med beta-blockad och RAAS-hämmare, behöver öka. Andelen patienter som opereras för förträngning i halspulsådern inom 14 dagar, har minskat betydligt den senaste mätperioden.

Vid *controllingen* framkommer att flertalet förbättringar gjorts inom både kranskärlsröntgen och sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Inom vårdkedjan för symtomgivande carotisstenos finns redan en åtgärd för att korta tiderna till operation.

Infektionssjukdomar:

Användningen av kinoloner bör minska och penicilliner öka.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning är högre än målet och kan behöva kontrolleras, mätmetoden är dock svår. Förklaringen kan ligga i sättet man mäter volymen blödning, vilket skiljer mellan förvaltningar. Det är viktigt att varje klinik följer sin egen utveckling. Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom är något lägre än rikssnittet vid SU-Östra. En granskning bör göras för att se om skillnaden gentemot tidigare resultat är en tillfällighet eller ett rapporteringsproblem, eller om en reell försämring skett.

Mag- och tarmsjukdomar:

Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit är lägre än målet och behöver

kontrolleras. Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsan, avser akut opererade, är högre än rikssnittet vid SU-Östra. En granskning bör göras för att se om skillnaden gentemot tidigare resultat är en tillfällighet eller ett rapporteringsproblem, eller om en reell försämring skett.

Nervsystemets sjukdomar:

Andel RR15-patienter 18 - 40 år med sjukdomsmodifierande behandling når inte målet, men har ökat sedan föregående mätperiod. Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke behöver öka vid SU-Sahlgrenska, liksom andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet (SU-Sahlgrenska).

Urin- och njursjukdomar:

Andel patienter i hemodialys som har AV-graft eller AV-fistel och som når behandlingsmål är lägre än rikssnittet och lägre än övriga i Västra Götalandsregionen.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten har gjort en kartläggning. Det kvarstår åtgärder för att korta kön till fisteloperation.

Psykisk hälsa:

Andelen patienter med svår depression som får ECT är lägre än målet, både i sluten- och öppenvård. Orsaken behöver klarläggas.

Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån är 50 procent och det är högre än målet och högre än rikssnittet. Uppgifterna är ur registret, Bipolär, med en täckningsgrad under 30 procent. Enligt registret behandlas 70 procent av dessa patienter med litium, vilket är målet. Om vi tittar i våra egna system, behandlas 47 procent av patienterna med bipolär sjukdom vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset med litium. Åtgärder för att förbättra möjligheterna till kvalitetsuppföljning rekommenderas.

Vid *controllingen* framkommer att en anledning till att inte högre andel patienter med bipolär sjukdom behandlas med litium är att de sköts inom annan enhet vid psykiatri. Det gäller patienter som har samtidigt annan psykiatrisk diagnos.

Rörelseorganens sjukdomar:

Andelen opererade inom målsatt tid vid höftfraktur, har diskuterats vid flertalet tillfällen. Under 2019 ses en förbättring av resultatet. Fortsatt arbete för att få dessa patienter opererade i tid, rekommenderas.

Vid *controllingen* framkommer att man startat upp ett arbete för att minska väntetiderna till operation av höftfraktur. En klar förbättring ses i årets utfall.

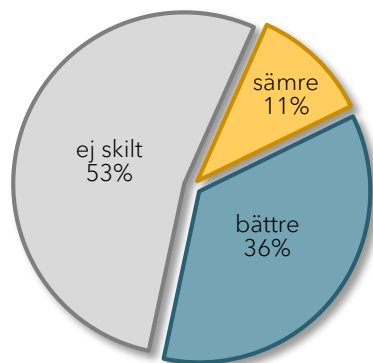
Sjukhusen i väster, Alingsås lasarett

Sjukhusen i väster, Alingsås lasarett

Alingsås lasarett är ett relativt litet sjukhus som sedan årsskiftet ingår i förvaltningen Sjukhusen i väster. Sjukhuset har ett begränsat uppdrag, vilket ibland kan innebära att antalet patienter som behandlas inom ett visst område är få, till exempel inom cancersjukdomar. Få patienter kan ha stor inverkan på resultatet. Inom flera områden håller den medicinska kvaliteten vid Alingsås lasarett mycket hög kvalitet. Särskilt hög kvalitet noteras generellt inom ortopedin och inom strokesjukvården, vilket också uppmärksammats nationellt med fina utmärkelser.

Även om resultaten för Alingsås lasarett är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Alingsås lasarett* på sidan [54](#).

Figur 27 Medicinsk kvalitet vid Alingsås lasarett i förhållande till riksgenomsnittet

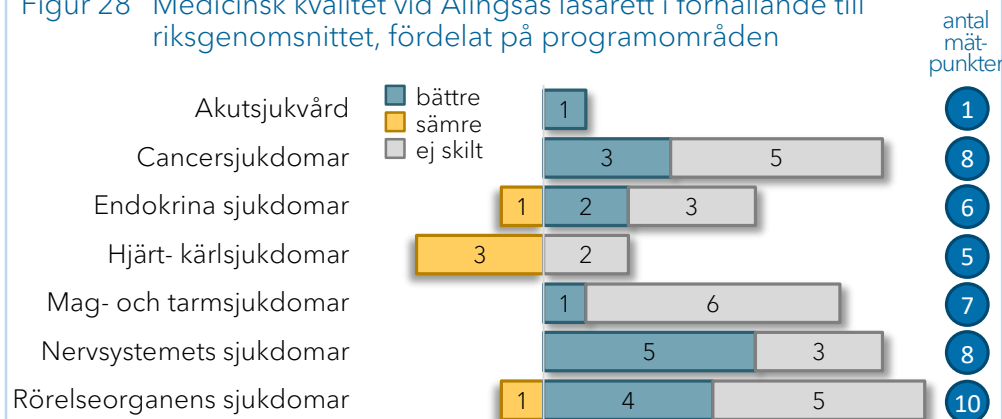


Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Alingsås lasarett redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 45 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Jämförelse med riket

När Alingsås lasarett jämförs med riksgenomsnittet är det endast fem indikatorer som faller sämre ut av 45 möjliga, vilket motsvarar 11 procent. Åttionio procent av indikatorerna är bättre eller håller samma nivå som riket (figur 27).

Figur 28 Medicinsk kvalitet vid Alingsås lasarett i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



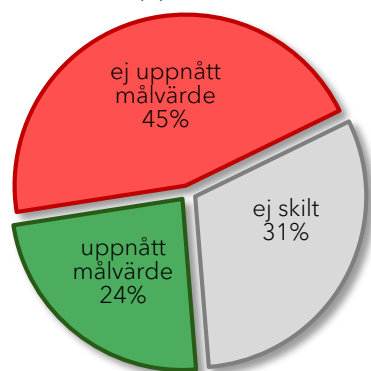
Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Alingsås lasarett redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 46 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Figur 28 visar hur den medicinska kvaliteten vid Alingsås lasarett faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *endokrina sjukdomar*, *hjärt- och kärlsjukdomar* och *rörelseorganens sjukdomar* som det finns indikatorer som faller ut sämre än riket. Flera programområden saknar indikatorer med sämre utfall än riksgenomsnittet.

Jämförelse med målvärden

För Alingsås lasarett jämför vi 42 unika indikatorer (lika många mätpunkter) med uppsatta målvärden. Av dessa når 19 inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 45 procent. En fjärdedel av alla indikatorer når uppsatt mål (figur 29).

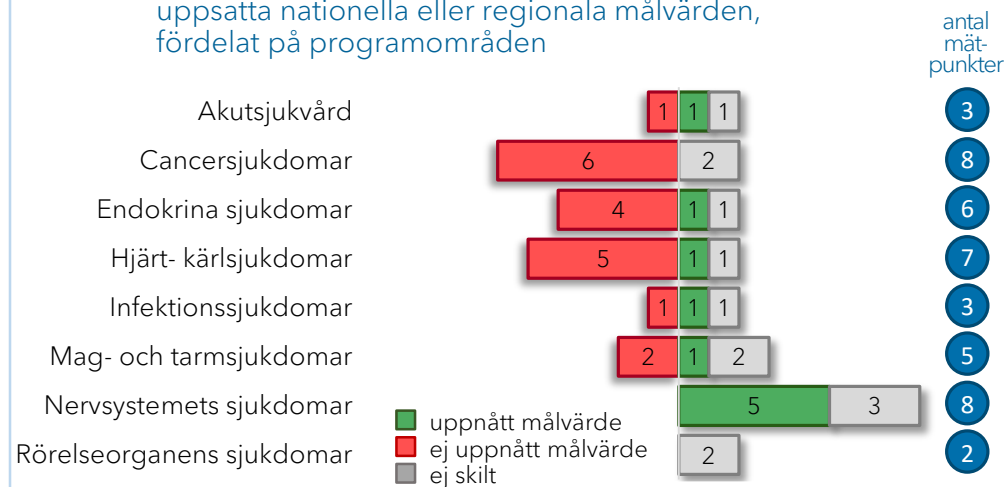
Figur 29 Medicinsk kvalitet vid Alingsås lasarett i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Alingsås lasarett redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 42 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 30 visar hur den medicinska kvaliteten vid Alingsås lasarett faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För Alingsås lasarett finns indikatorer som täcker in åtta olika medicinska programområden. Inom programområde *akutsjukvård*, *cancersjukdomar*, *endokrina sjukdomar*, *hjärt- och kärlsjukdomar*, *infektionssjukdomar* och *mag- och tarmsjukdomar* finns indikatorer som inte uppnår målvärde. Medan samtliga indikatorer inom *nervsystemets sjukdomar* och *rörelseorganens sjukdomar* når målvärdet eller är inte skilt från målvärdet.

Figur 30 Medicinsk kvalitet vid Alingsås lasarett i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Alingsås lasarett redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 42 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

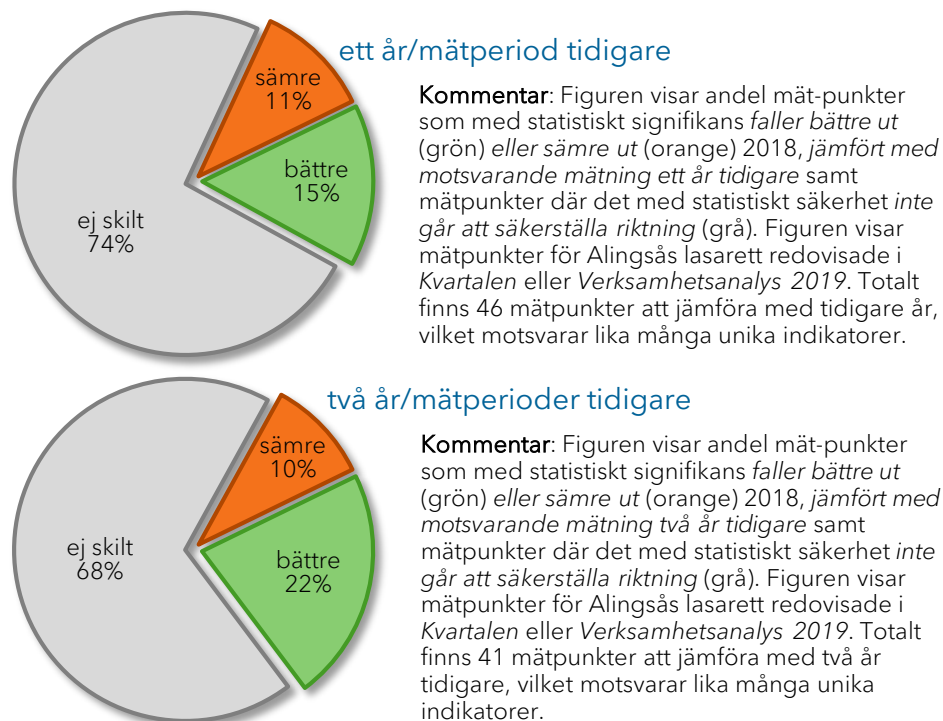
Om man ser till uppnådda målvärden, har utvecklingen varit positiv det senaste året. En större andel indikatorer uppnår målvärdet 2018 jämfört med 2017 (+7 procentenheter). För att kunna jämföra graden av måluppfyllelse över tid behöver cancerindikatorerna exkluderas i analysen. Detta eftersom cancerindikatorerna endast finns att tillgå för den senare mätperioden och då de både är många till antalet samt har ett generellt negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Då cancerindikatorerna exkluderas blir fördelningen av måluppfyllelse 2018 en annan än den i figur 29. År 2017 nådde 23 procent av mätetalen målet, vilket ska jämföras med 30 procent 2018. På motsvarande sätt nådde 37 procent av indikatorerna *inte* målvärdet 2017, 2018 var denna andel 38 procent.

Utveckling över tid

Ser vi till resultatet av indikatorerna över tid kan vi se en positiv utvecklingstrend för Alingsås lasarett. Figur 31 visar hur stor andel av

Figur 31 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Alingsås lasarett jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



indikatorerna som har förbättrats (grön), försämrats (orange) eller inte förändrats alls (grå), jämfört med en respektive två mätperioder tidigare. Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt redovisas och endast de indikatorer som har tidigare mätvärden ingår i sammanställningen.

Efter ett år har 15 procent av de 46 indikatorer som kan jämföras ett signifikant bättre resultat. Efter två år har 22 procent av de 41 indikatorer som kan jämföras ett signifikant bättre resultat.

Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Alingsås lasarett, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Akutsjukvård

- *Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen.* Målnivån uppnås ej. Riksjämförelser saknas. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Cancersjukdomar

- *Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare referensvärden finns.

- *Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik)* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare referensvärden finns.
- *Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare referensvärden finns.
- *Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter med blåscancer-stadium T1 som fått intravesikal behandling.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare referensvärden finns.
- *Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare referensvärden finns.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativt vid jämförelse med senaste mätperioden.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare referensvärden finns.

- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingstrenden är positiv vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- *Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med två tidigare mätperioder.
- *Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus.* Målnivån uppnås ej. Riksvärden saknas. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.* Målnivån uppnås ej. Riksvärden saknas. Negativ utvecklingstrend vid jämförelse med två mätperioder tidigare.

Mage- och tarmsjukdomar:

- *Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend vid jämförelser två mätperioder tidigare.

Rörelseorganens sjukdomar:

- *Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser).* Målvärde saknas. Utfallet är sämre än riksgenomsnittet och utvecklingstrenden är negativ vid jämförelse med tidigare mätperiod.

Sammanfattning

Mindre än hälften av indikatorerna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer. Med undantag av flertalet indikatorer inom framförallt hjärt- och kärlsjukdomar är utfallet dock bättre än riksgenomsnittet. 73 procent av indikatorer som ej uppnår målnivån (och som går att jämföra med riket) har ett utfall som är bättre än (26,7 procent) eller ligger i nivå med (46,7 procent) riksgenomsnittet.

Utvecklingen de senaste åren pekar i svagt positiv riktning. Flera indikatorer har förbättrats jämfört med tidigare mätperioder, en respektive två år tillbaka. Enstaka indikatorer går i fel riktning till exempel fotundersökning vid diabetes.

Rekommendationer - Alingsås lasarett

Cancer sjukdomar:

Målnivån vid de olika cancerprocesserna är oftast väldigt högt satt och ligger för de flesta indikatorer, betydligt högre än utfallet. De indikatorer som anges ovan avser de med ett utfall under målet, samtidigt ska nämnas att utfallet för cancerindikatorer vid Alingsås lasarett är en bra bit bättre än riksgenomsnittet. Den enda indikator som ligger under riksgenomsnittet är intravesikal behandling, vid blåscancer-stadium T1. Arbete för att öka tillgängligheten vid cancersjukdomar behöver öka generellt, inte minst för intravesikal behandling.

Vid *controllingen* framkommer att det är väldigt få patienter som ingår i de olika cancerprocesserna och att många gånger står annan vårdgivare för aktiviteter i vårdkedjan. Alingsås lasarett har bra kontroll över processerna inom SVF cancer.

Endokrina sjukdomar

Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året, uppmärksammades även förra året. Värdet har försämrats sedan dess. Utfall för 2018 är 72 procent, vilket både är långt under målvärdet och riksgenomsnittet. Även andel diabetespatienter som når blodtrycksnivå och de som får göra ögonbottenundersökning, behöver öka. Däremot har andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol, ökat jämfört med tidigare, även om man ännu inte når målvärdet. Strukturerat förbättringsarbete rekommenderas för att öka måluppfyllnaden.

Vid *controllingen* framkommer att Alingsås lasarett behöver se över arbetet med att nå nationella riktlinjer för diabetes.

Hjärt- och kärlsjukdomar

Sedan tidigare har tiderna för kranskärlsröntgen vid mindre hjärtinfarkt uppmärksammats. Där pågår ett regionalt arbete för att förbättra tillgängligheten för kranskärlsröntgen, framförallt för de förvaltnings som saknar möjligheten till kranskärlsröntgen inom den egna verksamheten. Den främsta orsaken till att tillgängligheten är låg vid Alingsås lasarett, är att undersökningen görs vid annat sjukhus (Södra Älvsborgs sjukhus).

Under första halvåret 2019 ser det ut som andelen som kranskärlsröntgas inom 72 timmar ökat till 75 procent, vilket ser väldigt lovande ut, även om inte målet nås.

Andelen patienter som får sekundärpreventiva åtgärder efter hjärtinfarkt har ökat men behöver bli än större. Det gäller både andelen som fått blodfettssänkande- och blodtryckssänkande behandling samt andelen tidigare rökare som slutat röka efter hjärtinfarkt.

Vid *controllingen* framkommer att Alingsås lasarett sedan en period numera har fasta tider vid Södra Älvsborgs Sjukhus kardiologlaboratorium, för att göra kranskärlsröntgen. Inom sekundär prevention efter hjärtinfarkt pågår ett strukturerat förbättringsarbete som redan gett bra resultat. Prognosen för fortsatta förbättringar är god.

Rörelseorganens sjukdomar:

Andel patienter som uppger att de är tillfredsställda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser) har minskat det senaste året till 69 procent och nivån ligger långt under riksgenomsnittet. Även om det kan finnas förklaringar i patientsammansättningen, rekommenderas en kartläggning för att finna orsaken.

Sjukhusen i väster, Angered's Närsjukhus

Sjukhusen i väster, Angered's Närsjukhus

Angered's Närsjukhus är ett litet sjukhus som sedan årsskiftet ingår i sjukhusförvaltningen Sjukhusen i väster. Verksamheten är begränsad till några få specialiteter. Den medicinska kvaliteten vid Angered's Närsjukhus är god för de indikatorer som redovisas.

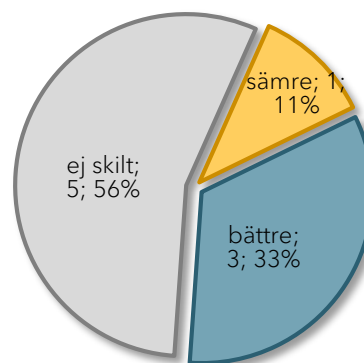
Eftersom verksamheten inte har stora volymer per enhet, har man valt att satsa på ett fåtal register och resultatet för Angered's Närsjukhus baseras således på relativt få indikatorer inom som mest sex programområden. Det finns verksamhet vid Angered's Närsjukhus inom fler områden än vad som redovisas i denna rapport och i samband med att den dagkirurgiska verksamheten har ökat, finns sannolikt en utvecklings-potential att arbeta med fler kvalitetsregister.

Även om resultaten för Angered's Närsjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Angered's Närsjukhus* på sidan [60](#).

Jämförelse med riket

När Angered's Närsjukhus jämförs med riksgenomsnittet ingår nio unika indikatorer. Det är endast en indikator som faller sämre ut av nio möjliga, vilket motsvarar 11 procent. Resultatet för fem indikatorer har bättre utfall än rikssnittet och resultatet för tre indikatorer är inte skilt ifrån riksgenomsnittet (figur 32).

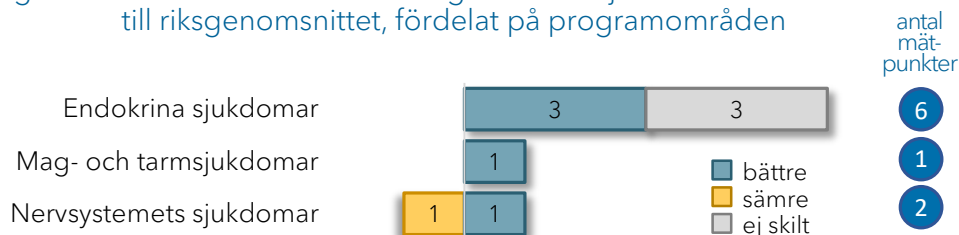
Figur 32 Medicinsk kvalitet vid Angered's Närsjukhus i förhållande till riksgenomsnittet



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistisk signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Angered's Närsjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 9 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 33 visar hur den medicinska kvaliteten vid Angered's Närsjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Den enda indikator som faller sämre ut än rikssnittet finns inom programområde *nervsystemets sjukdomar*.

Figur 33 Medicinsk kvalitet vid Angered's Närsjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden

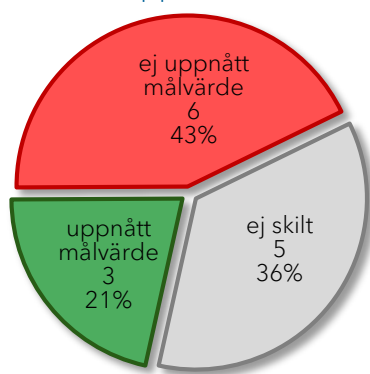


Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistisk signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Angered's Närsjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 9 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Jämförelse med målvärden

För Angereds Närsjukhus finns utfall för 14 unika indikatorer och lika många mätpunkter. Av dessa når sex inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 43 procent. Tre indikatorer når målvärdet och för fem indikatorer är resultatet inte skilt från målvärdet (figur 34).

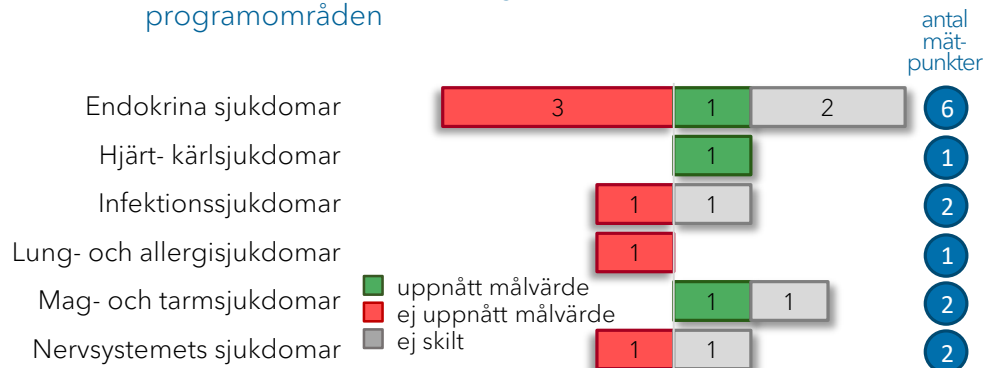
Figur 34 Medicinsk kvalitet vid Angereds Närsjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Angereds Närsjukhus redovisade i Kvartalen eller Verksamhetsanalys 2019. Totalt ingår 14 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 35 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Angereds Närsjukhus faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För Angereds Närsjukhus finns indikatorer inom sex olika medicinska programområden. Inom fyra av dessa sex programområden finns indikatorer som inte uppnår målvärden; *endokrina sjukdomar, infektionssjukdomar, lung- och allergisjukdomar och nervsystemets sjukdomar*.

Figur 35 Medicinsk kvalitet vid Angereds Närsjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Angereds Närsjukhus redovisade i Kvartalen eller Verksamhetsanalys 2019. Totalt visas 14 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i Kvartalen och Verksamhetsanalysen.

År 2017 var det sju indikatorer som *inte* nådde målvärdet, vilket motsvarade 58 procent. Under 2018 nådde sex indikatorer inte målvärdet.

Utvecklingen innebär emellertid inte att fler indikatorer uppnått målvärdet, snarare tvärtom (4 indikatorer 2017; 3 indikatorer 2018). En betydande större andel går däremot inte att särskilja med statistisk säkerhet från målvärdet 2018.

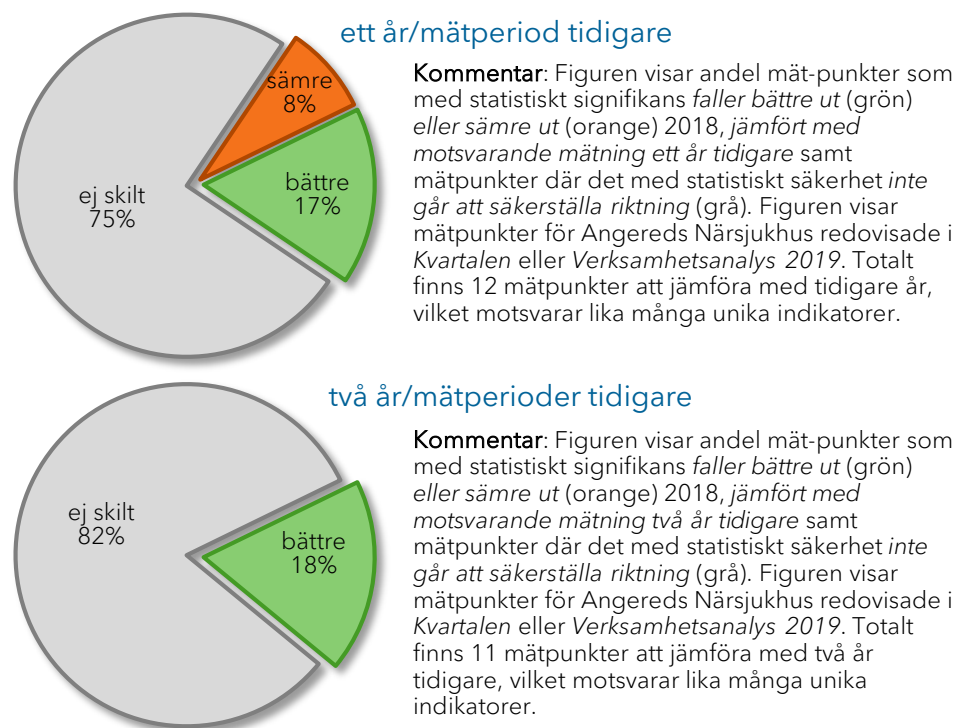
Utveckling över tid

Ser vi till resultatet av den medicinska kvaliteten vid Angereds Närsjukhus över tid kan vi se en positiv utvecklingstrend för sjukhuset. Fler indikatorer har förbättrats än försämrats jämfört med närmast tidigare

mätperiod och ser vi tillbaka två mätperioder har inga indikatorer försämrats (figur 36). Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt redovisas och endast de indikatorer som har tidigare mätvärden ingår i sammanställningen.

Efter ett år har 17 procent av de 12 indikatorer som kan jämföras ett signifikant bättre resultat. Efter två år har 18 procent av de 11 indikatorer som kan jämföras ett signifikant bättre resultat.

Figur 36 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Angereds Närsjukhus jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Angereds Närsjukhus, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är positiv vid jämförelse med mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.* Målnivån uppnås ej. Riksvärde finns ej. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med mätvärden en mätperiod tidigare

Lung- och allergisjukdomar:

- *Andel personer som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.* Målnivån uppnås ej. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med mätvärden en respektive två mätperioder tidigare. Riksvärde saknas.

Nervsystemets sjukdomar:

- *Andel MS-patienter 18 - 59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.

Sammanfattning

Mindre än hälften av indikatorerna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer (6 av 14 stycken). Av dessa går fyra att jämföra med riksgenomsnittet och endast en indikator faller sämre ut ("*andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren*").

Utvecklingen de senaste åren pekar i positiv riktning. Ingen av indikatorerna som ligger under målnivån går i fel riktning vid jämförelse en respektive två mätperioder tidigare.

Rekommendationer – Angereds Närsjukhus

Endokrina sjukdomar:

Andelen diabetiker som når målbloodtrycket och som genomgår fotundersökning behöver öka. Andel diabetiker med god blodsockerkontroll bör också öka.

Infektionssjukdomar:

Användningen av vanliga penicillinpreparat vid lunginflammation behöver öka.

Lung- och allergisjukdomar:

Användningen av strukturerat frågeformulär, CAT, vid kontroll av KOL behöver öka.

Nervsystemets sjukdomar:

Andelen MS-patienter som genomgår MR-undersökning är betydligt lägre vid Angereds Närsjukhus. Uppgifterna kommer från MS-registret och översyn rekommenderas, så att det är rätt patienter som registreras.

Vid *controllingen* framkommer att man vid Angereds Närsjukhus behöver se över registreringen i MS-registret så att rätt patienter registreras.

Sjukhusen i väster, Frölunda Specialistsjukhus

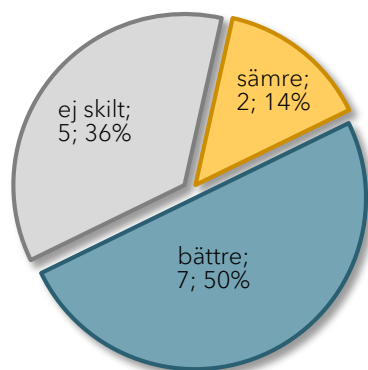
Sjukhusen i väster, Frölunda Specialistsjukhus

Frölunda Specialistsjukhus är ett mindre sjukhus som sedan årsskiftet ingår i sjukhusförvaltningen Sjukhusen i väster. Den medicinska kvaliteten vid Frölunda Specialistsjukhus baseras på relativt få indikatorer. Resultaten för Frölunda Specialistsjukhus är mycket goda, trots detta finns områden som kan förbättras. Förslag på åtgärder listas i *Rekommendationer Frölunda Specialistsjukhus* på sidan [65](#).

Jämförelse med riket

När Frölunda Specialistsjukhus jämförs med riksgenomsnittet är det två indikatorer som faller sämre ut av 14 möjliga, vilket motsvarar 14 procent. Femtio procent av alla indikatorer har resultat som är bättre än riket (figur 37).

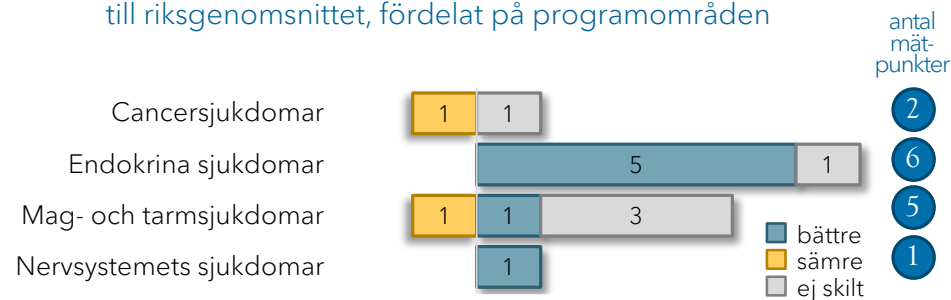
Figur 37 Medicinsk kvalitet vid Frölunda Specialistsjukhus i förhållande till riksgenomsnittet



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Frölunda Specialistsjukhus sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 14 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 38 visar hur den medicinska kvaliteten vid Frölunda Specialistsjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *cancersjukdomar* och *mag- och tarmsjukdomar* som det finns indikatorer som faller ut sämre än riket. Inom endokrina sjukdomar har fem utav sex indikatorer ett bättre resultat än riket.

Figur 38 Medicinsk kvalitet vid Frölunda Specialistsjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden

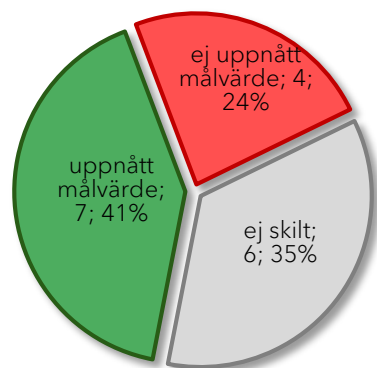


Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå)1 eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Frölunda Specialistsjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 14 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Jämförelse med målvärden

För Frölunda Specialistsjukhus jämförs 17 unika indikatorer (lika många mätpunkter) med uppsatta nationella eller regionala målvärden. Av dessa når fyra inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 24 procent (figur 39 på nästa sida).

Figur 39 Medicinsk kvalitet vid Frölunda specialistsjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden

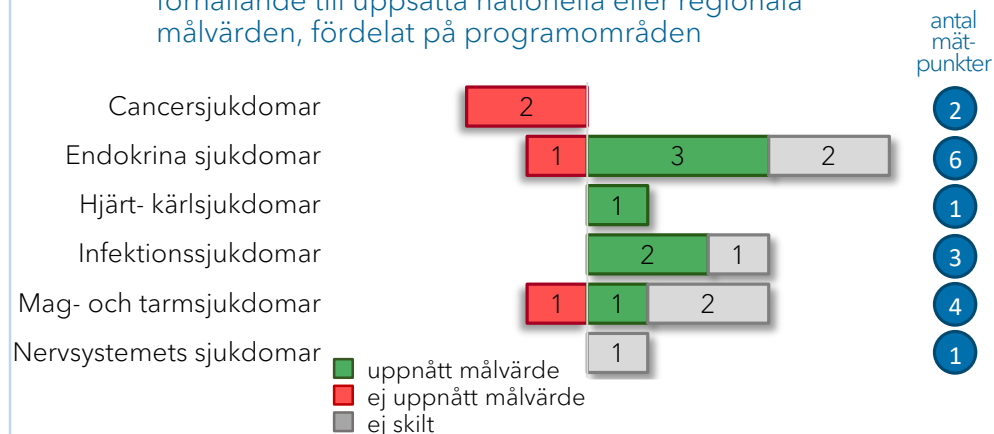


Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Frölunda specialistsjukhus redovisade i Kvartalen eller Verksamhetsanalys 2019. Totalt ingår 17 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 40 visar hur den medicinska kvaliteten vid Frölunda Specialist-sjukhus faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer, uppdelat på programområde. För Frölunda Specialistsjukhus finns indikatorer inom sex olika medicinska programområden. Inom programområde *cancersjukdomar*, *endokrina sjukdomar* och *mag- och tarmsjukdomar* uppnås inte alla målvärden.

Lika många indikatorer nådde målvärdet 2017 som 2018 (sju stycken). Detsamma gäller antal indikatorer som *inte* nådde målvärdet (två stycken). Det ska dock noteras att detta gäller då cancerindikatorerna exkluderas i sammanställningen. Exkluderingen av cancerindikatorerna är nödvändig för att ge en rättvis bild av utvecklingen eftersom dessa indikatorer endast finns att tillgå för den senare mätperioden samt är förhållandevis många till antal och generellt har ett negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Figur 40 Medicinsk kvalitet vid Frölunda Specialistsjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden

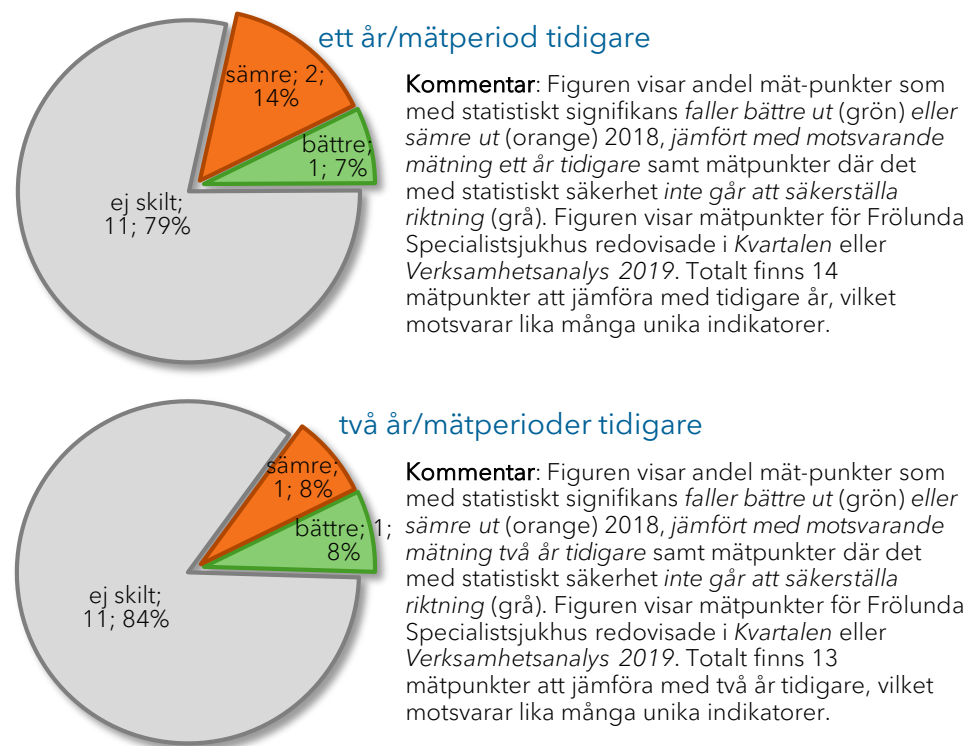


Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att måtvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Frölunda Specialistsjukhus redovisade i Kvartalen eller Verksamhetsanalys 2019. Totalt visas 17 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i Kvartalen och Verksamhetsanalysen.

Utveckling över tid

I jämförelse med utfallet för de medicinska indikatorerna en mätperiod tidigare, kan vi konstatera att något fler indikatorer har försämrats (två stycken) än vad som har förbättrats (en styck) över tid. Vid jämförelse två mätperioder bakåt i tiden är det emellertid lika många indikatorer som har förbättrats som har försämrats. Det rör sig dock om enstaka indikatorer, vilket indikerar ett i princip oförändrat resultat (se figur 41 på nästa sida). Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt redovisas och endast de indikatorer som har tidigare måtvärden ingår i sammanställningen.

Figur 41 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Frölunda Specialistsjukhus jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Frölunda Specialistsjukhus, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Cancersjukdomar:

- *Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att tillgå för jämförelse.
- *Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att tillgå för jämförelse.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej. Inget riksvärde. Negativ utvecklingskurva vid jämförelse med en tidigare mätperiod.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbräcksoperation.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.

Sammanfattning

Knappt en fjärdedel av indikatorerna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer (4 av 17 stycken). Hälften av dessa (2 stycken) har dessutom ett utfall som är sämre än riksgenomsnittet.

Bedömningen baseras på för få indikatorer för att uttala sig om utvecklingstrend över tid.

Rekommendationer – Frölunda Specialistsjukhus

Cancersjukdomar:

Målnivån vid de olika cancerprocesserna är oftast väldigt högt satta och ligger för de flesta indikatorer, betydligt högre än utfallet. Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök är låg och lägre än riket. Även andelen som får PAD-svar inom 14 dagar är låg, men ligger i nivå med riket. Det kan röra sig om väldigt få patienter och att patienter remitteras till annat sjukhus för åtgärd. Orsaken behöver klarläggas.

Endokrina sjukdomar:

Även om andelen diabetiker med god blodsockerkontroll är högre än riket, så är det ganska långt kvar till uppsatt mål och en förbättring rekommenderas därför.

Mag- och tarmsjukdomar:

Användningen av preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation är lägre än riket och långt ifrån målvärdet. En översyn och ett klarläggande av orsaken rekommenderas.



Sjukhusen i väster, Kungälv's sjukhus

Sjukhusen i väster, Kungälv's sjukhus

Sedan årsskiftet ingår Kungälv's sjukhus i förvaltningen Sjukhusen i väster. De resultat som redovisas för Kungälv's sjukhus håller god medicinsk kvalitet. Flera förbättringar har skett sedan föregående rapport skrevs. Till exempel opereras nu höftfrakturer inom målsatt tid och andelen patienter med mindre hjärtinfarkt som genomgår kranskärlsröntgen, når eller nästan når mål.

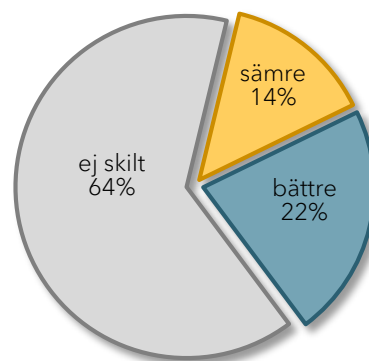
Även om resultaten för Kungälv's sjukhus är goda finns det områden som kan förbättras. Förslag på åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Kungälv's sjukhus* på sidan [72](#).

Jämförelse med riket

När Kungälv's sjukhus jämförs med riksgenomsnittet är det sju indikatorer som faller sämre ut av 50 möjliga, vilket motsvarar 14 procent. Elva indikatorer har bättre utfall än riksgenomsnittet och för 32 indikatorer kan inte resultatet särskiljas från riksgenomsnittet (figur 42).

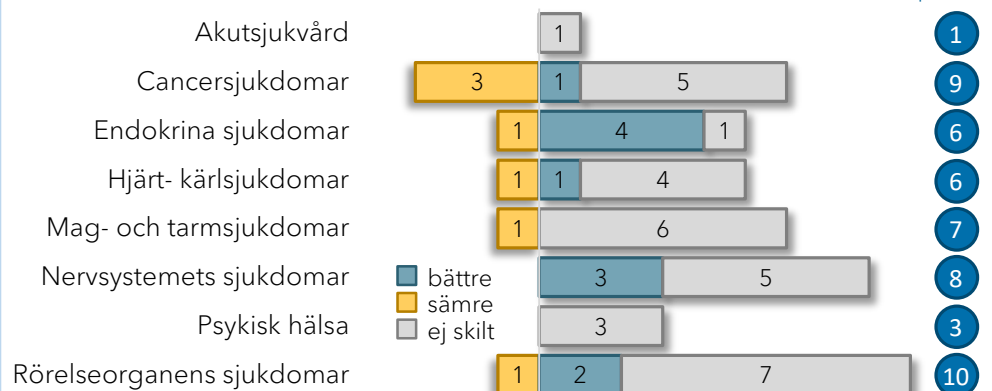
Figur 43 visar hur den medicinska kvaliteten vid Kungälv's sjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Inom programområde *cancersjukdomar*, *endokrina sjukdomar*, *hjärt- och kärlsjukdomar*, *mag- och tarmsjukdomar* och *rörelseorganens sjukdomar* finns indikatorer som faller ut sämre än riket. Inom *nervsystemets sjukdomar*, *psykisk hälsa* och *akutsjukvård* finns det ingen indikator med sämre utfall än riket.

Figur 42 Medicinsk kvalitet vid Kungälv's sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Kungälv's sjukhus sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 50 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 43 Medicinsk kvalitet vid Kungälv's sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden

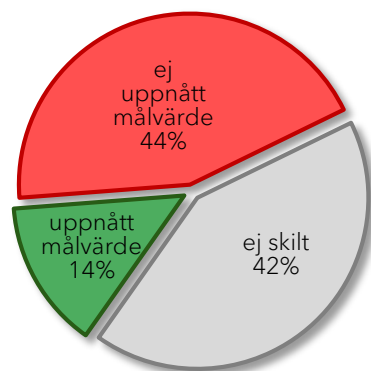


Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Kungälv's sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 50 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Jämförelse med målvärden

För Kungälvssjukhus mäts 50 unika indikatorer (lika många mätpunkter). Av dessa når 22 inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 44 procent (figur 44).

Figur 44 Medicinsk kvalitet vid Kungälvssjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden

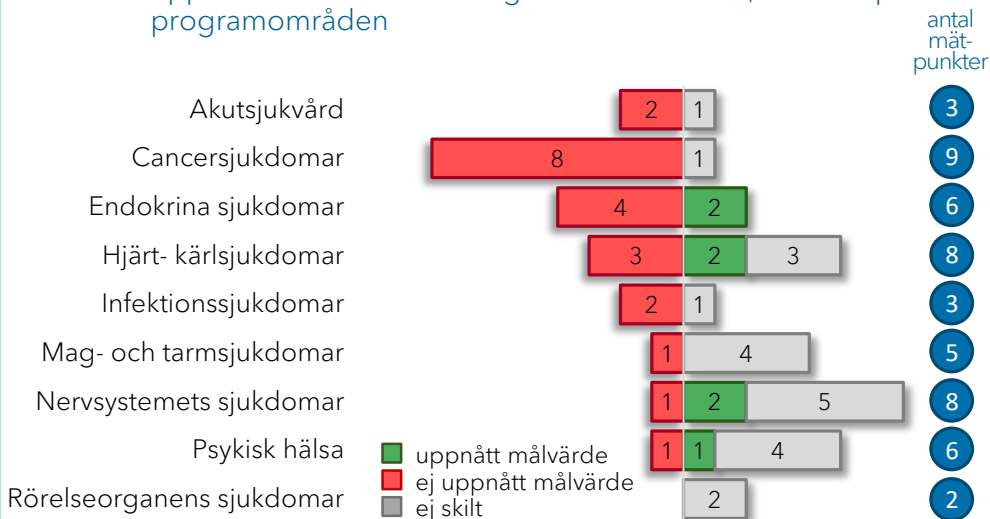


Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Kungälvssjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 50 mätpunkter för lika många unika indikatorer.

Figur 45 visar hur den medicinska kvaliteten vid Kungälvssjukhus faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För Kungälvssjukhus finns mätpunkter inom nio olika medicinska programområden. Inom programområde *akutsjukvård*, *cancersjukdomar*, *endokrina sjukdomar*, *hjärt- och kärlsjukdomar*, *infektionssjukdomar*, *mag- och tarmsjukdomar*, *nervsystemets sjukdomar* och *psyisk hälsa* finns indikatorer som inte uppnår målvärde.

Graden av måluppfyllelse har inte ökat vid Kungälvssjukhus det senaste året. Andelen indikatorer som uppnår målvärdet var signifikant större 2017 än den var 2018 (skiljer 10 procentenheter). Samtidigt är andelen indikatorer som *ej* uppnått målvärdet en procentenhet mindre 2018.

Figur 45 Medicinsk kvalitet vid Kungälvssjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Kungälvssjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 50 mätpunkter för lika många unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

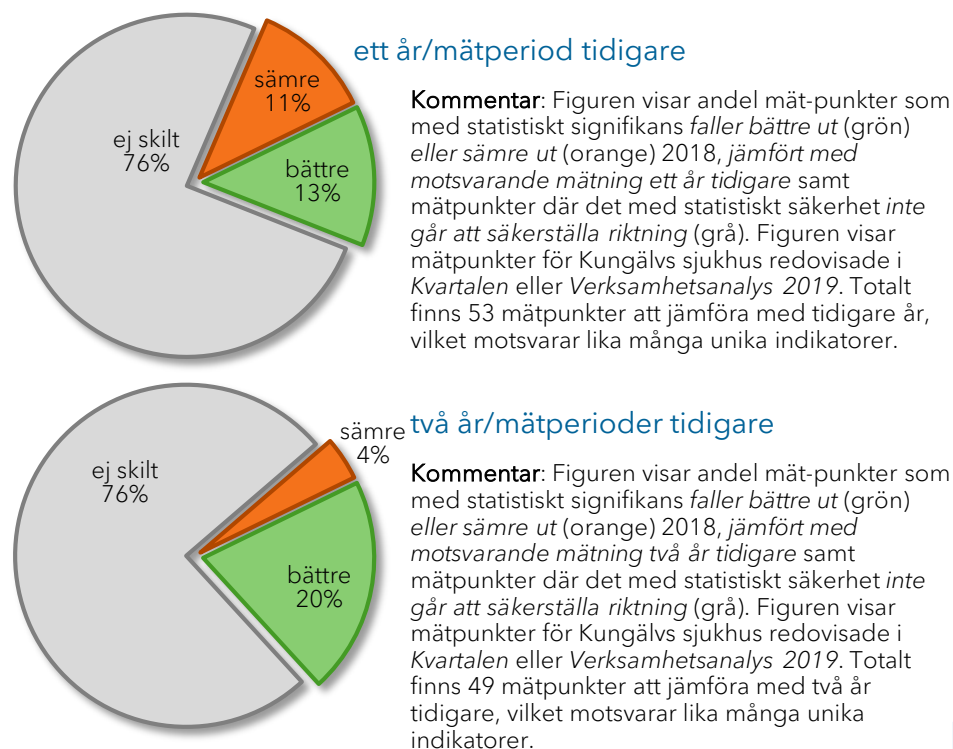
Viktigt är dock att notera att sammanställningen gäller då cancerindikatorerna exkluderas. Att utesluta cancerindikatorerna är nödvändig för att ge en rättvis bild av utvecklingen eftersom dessa indikatorer endast finns att tillgå för den senare mätperioden samt är förhållandevis många till antal och generellt har ett negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Utveckling över tid

Genom att betrakta resultatet för de enskilda indikatorerna över tid, kan en uppfattning om indikatorernas riktning fås och således också något om den övergripande trenden avseende den medicinska kvaliteten vid Kungälv's sjukhus.

Figuren 46 visar hur det aktuella värdet för de redovisade indikatorerna förhåller sig till utfallet ett respektive två år/mätperioder tidigare vid Kungälv's sjukhus. Endast indikatorns riktning i förhållande till sig självt.

Figur 46 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Kungälv's sjukhus jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



redovisas och endast de indikatorer som har tidigare mätvärden ingår i sammanställningen.

Resultatet ger vid handen att utvecklingen går åt rätt håll. En större andel indikatorer förbättras än försämras över åren. När det aktuella utfallet för en indikator jämförs med utfallet för samma indikator ett år (alt mätperiod) tidigare, har 13 procent av indikatorerna förbättrat sitt utfall, samtidigt som 11 procent av indikatorerna försämrats. Vid jämförelse på samma sätt med utfallet två år (alt mätperioder) tillbaka i tiden är det 20 procent av indikatorerna som har förbättrats och endast fyra procent som försämrats.

Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Kungälv's sjukhus, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Akutsjukvård:

- *Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning. Målnivån uppnås ej.* Riksvärde saknas. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med två tidigare mätperioder.
- *Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen.* Målnivån uppnås ej. Riksvärde saknas. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med både en och två tidigare mätperioder.

Cancersjukdomar:

- *Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.
- *Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.
- *Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.
- *Andel patienter med prostatacancer ≤ 80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK).* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.
- *Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.
- *Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Negativ utveckling vid jämförelse med en mätperiod tidigare.
- *Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.
- *Andel patienter med blåscancer-stadium T1 som fått intravesikal behandling.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck $< 140/85$ mm Hg.* Målnivån uppnås ej, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingen är positiv vid jämförelse en och två mätperioder tidigare.
- *Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingen är negativ vid jämförelse en och två mätperioder tidigare.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs $HbA1c < 52$ mmol/mol.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med en mätperiod tidigare.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- *Andel patienter < 80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse en och två mätperioder tidigare.
- *Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid.* Målnivån nås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter, < 80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån nås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.* Målnivån uppnås ej. Riksvärde saknas. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse en och två mätperioder tidigare.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns att tillgå.

Nervsystemets sjukdomar:

- *Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time).* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.

Psykisk hälsa:

- *Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium.* Målnivån uppnås ej. Riksvärde saknas. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.

Rörelseorganens sjukdomar:

- *Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation. Målvärde saknas.* Sämre utfall än riksgenomsnitt och negativ utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperiod.

Sammanfattning

Strax under hälften av indikatorerna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer. 66,7 procent av dessa har dock ett utfall som är bättre än (20 procent) eller i nivå med (46,7 procent) riksgenomsnittet.

Utvecklingen de senaste åren pekar i mycket positiv riktning. Många indikatorer har förbättrats jämfört med tidigare mätperioder, en respektive två år tillbaka.

När det gäller cancersjukdomar är riktningen okänd då underlag för tidigare år saknas, däremot ligger flertalet mätpunkter inom detta medicinska område under riksgenomsnittet.

Rekommendationer – Kungälv's sjukhus

Akutsjukvård:

Andelen oplanerade återbesök på akutmottagningen är något högre än övriga och uppsatt mål. Översyn rekommenderas. Andel patienter som undersöks av läkare inom 1 timma på akutmottagningen har ökat men är fortfarande lägre än vid övriga akutmottagningar.

Cancersjukdomar:

Målnivån vid de olika cancerprocesserna är oftast väldigt högt satta och ligger för de flesta indikatorer, betydligt högre än utfallet. De SVF som anges ovan, behöver ses över för att öka måluppfyllnaden. Samtliga förutom patienter SVF - tjocktarmscancer, har längre ledtider än riket.

Vid *controllingen* framkommer det att man arbetar med processerna inom SVF cancer. Det är oftast få patienter och att det är flera aktiviteter inom ett SVF, som är svårt att påverka då det är annan vårdgivare som är ansvarig.

Endokrina sjukdomar:

Andelen diabetiker som når målbloodtrycket har ökat över tid, men når ändå inte målet. Andel diabetiker som genomgår fotundersökning (har minskat de senaste två åren) respektive ögonbottenundersökning behöver öka. Även om andel diabetiker som har god blodsockerkontroll är högre än riket, når

andelen inte uppsatt mål. Förbättringsarbete rekommenderas.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår mycket arbete för att förbättra utfallet för diabetespatienterna och att det redan syns i årets siffror.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

Andelen som kranskärlsröntgas inom 72 timmar är ett välkänt problem, vilket man försökt lösa på regional nivå. Andra kvartalet 2019 ser det ut som värden blivit mycket bättre (80 %), vilket ser väldigt lovande ut.

Vid *conrollingen* framkommer att man genom att upprätta fasta tider vid Sahlgrenska till kranskärlsröntgen, förbättrat tiderna avsevärt.

Infektionssjukdomar:

Användningen av kinoloner behöver minska och användningen av vanliga penicillinpreparat vid lunginflammation behöver öka. Fortsatt arbete med STRAMA-läkare rekommenderas.

Mag- och tarmsjukdomar:

Andelen patienter med cholecystit som opereras i samband med första vårdtillfället för cholecystit är en ny indikator, som tagits fram av RPO Mag- och tarmsjukdomar. Andelen vid KS är lägre än vid övriga enheter. En översyn rekommenderas.

Nervsystemets sjukdomar:

Inom nervsystemets sjukdomar är det enbart indikatorn "Door to needle-time" som fallet ut negativt och är längre vid KS jämfört. övriga enheter. Arbete pågår för att förbättra logistiken runt reperfusion.

Psykisk hälsa:

Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom som behandlas med litium behöver öka. Registret, BipoläR, har en täckningsgrad under 30 procent. Enligt registret behandlas 70 procent av dessa patienter med litium, vilket är målet. Enligt våra egna system, behandlas 39 procent av patienterna med bipolär affektiv sjukdom vid Kungälv's sjukhus med litium. Översyn rekommenderas.

Vid *controllingen* framkommer att man arbetar för att öka täckningsgraden i kvalitetsregister och att de tidigare processteamerna runt bipolära patienter ska återskapas.

Rörelseorganens sjukdomar:

Den relativa revisionsrisken inom 10 år vid knäprotesoperation utförd vid Kungälv's sjukhus är högre än för riket och vid övriga enheter. Även om patientsammansättningen kan skilja mellan vårdgivare rekommenderas en genomlysning.

Vid *controllingen* framkommer att man startat en genomlysning av knäprotesoperationer.

Skaraborgs Sjukhus

Skaraborgs Sjukhus

Verksamheten vid Skaraborgs Sjukhus är framför allt förlagd till sjukhuset i Skövde, Mariestad, Lidköping och Falköping. För vissa verksamheter finns det utbudspunkter på flera av sjukhusen. En del indikatorer samredovisas, för andra redovisas separata utfall, vilket gör att vi får fler mätpunkter än indikatorer. Viss kirurgi utförs både i Falköping och Skövde utav samma kirurger.

Den medicinska kvaliteten vid Skaraborgs Sjukhus som redovisas håller god kvalitet, men det finns områden, som uppmärksammats tidigare, som fortfarande har bekymmer. Framför allt gäller det andel höftfrakturer som opereras inom 24 timmar.

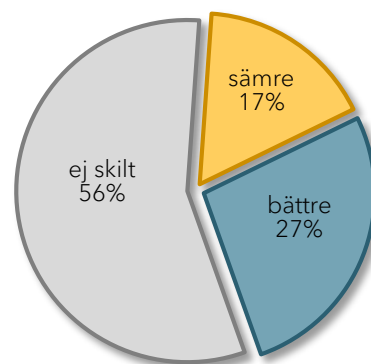
Även om resultaten för Skaraborgs Sjukhus till stor del är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Skaraborgs Sjukhus* på sidan [82](#).

Jämförelse med riket

När Skaraborgs Sjukhus jämförs med riksgenomsnittet är det 27 mätpunkter som faller sämre ut av 168 möjliga (totalt 87 unika indikatorer), vilket motsvarar 17 procent. Tjugosju procent av mätetalen, motsvarande 45 stycken mätetal, faller bättre ut än riket (figur 47).

Figur 48 på sida [76](#) visar hur den medicinska kvaliteten vid Skaraborgs Sjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *cancersjukdomar*, *endokrina sjukdomar*, *hjärt- och kärlsjukdomar*, *kvinnosjukdomar* och *förlossning*, *nervsystemets sjukdomar*, *psykisk hälsa* och *rörelseorganens sjukdomar* där det finns indikatorer som faller ut sämre än riket.

Figur 47 Medicinsk kvalitet vid Skaraborgs Sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet

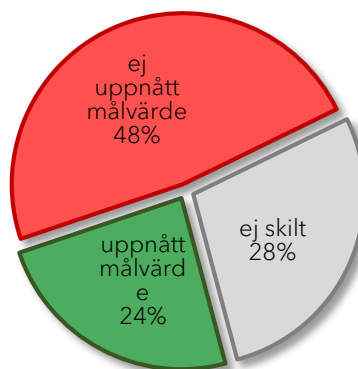


Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Skaraborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 168 mätpunkter för 87 unika indikatorer.

Jämförelse med målvärden

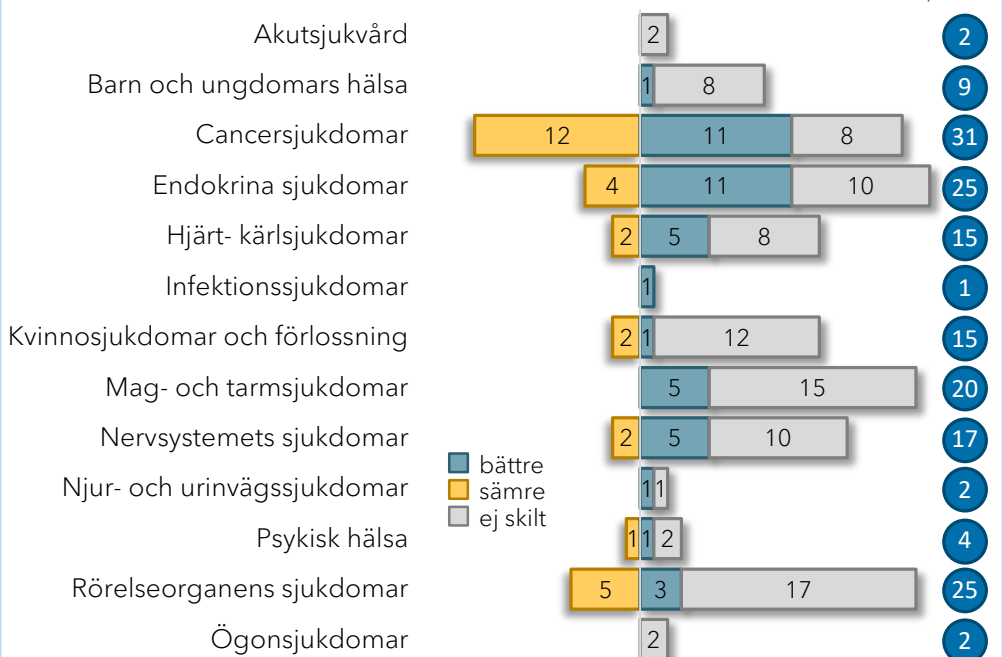
För Skaraborgs Sjukhus jämförs 146 mätpunkter, totalt 79 unika indikatorer, med uppsatta nationella och regionala måltal. Knappt hälften av mätpunkterna (70 stycken) når inte uppsatta målnivåer, vilket motsvarar 48 procent (figur 49)

Figur 49 Medicinsk kvalitet vid Skaraborgs Sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Skaraborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 146 mätpunkter för 79 unika indikatorer.

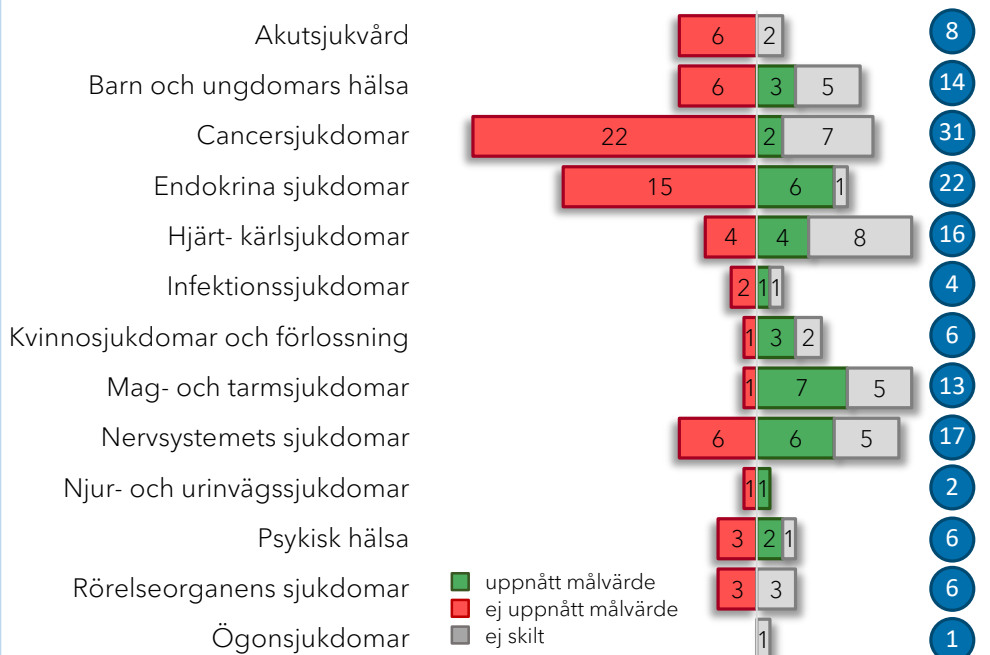
Figur 48 Medicinsk kvalitet vid Skaraborgs Sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mät-punkter som med statistisk signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mät-punkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mät-punkter för Skaraborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 168 mät-punkter för 87 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Figur 50 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Skaraborgs Sjukhus faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För Skaraborgs Sjukhus finns mät-punkter inom 13 olika medicinska programområden.

Figur 50 Medicinsk kvalitet vid Skaraborgs Sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mät-punkter som med statistisk signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mät-punkter där det med statistisk säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mät-punkter för Skaraborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 146 mät-punkter för 79 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Det är inom programområde *akutsjukvård, barn- och ungdomars hälsa, cancersjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, infektionssjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossning, mag- och tarmsjukdomar, nervsystemets sjukdomar, njur- och urinvägssjukdomar, psykisk hälsa* och *rörelseorganens sjukdomar* som innehåller indikatorer som inte uppnår målvärde.

Utvecklingen för Skaraborgs Sjukhus när det gäller måluppfyllelse för indikatorer går åt rätt håll. Andelen mätpunkter som uppnår målvärdena har ökat med fyra procentenheter 2018 jämfört med 2017 samtidigt som andelen mätpunkter som *inte* når upp till måltalen har minskat med nio procentenheter.

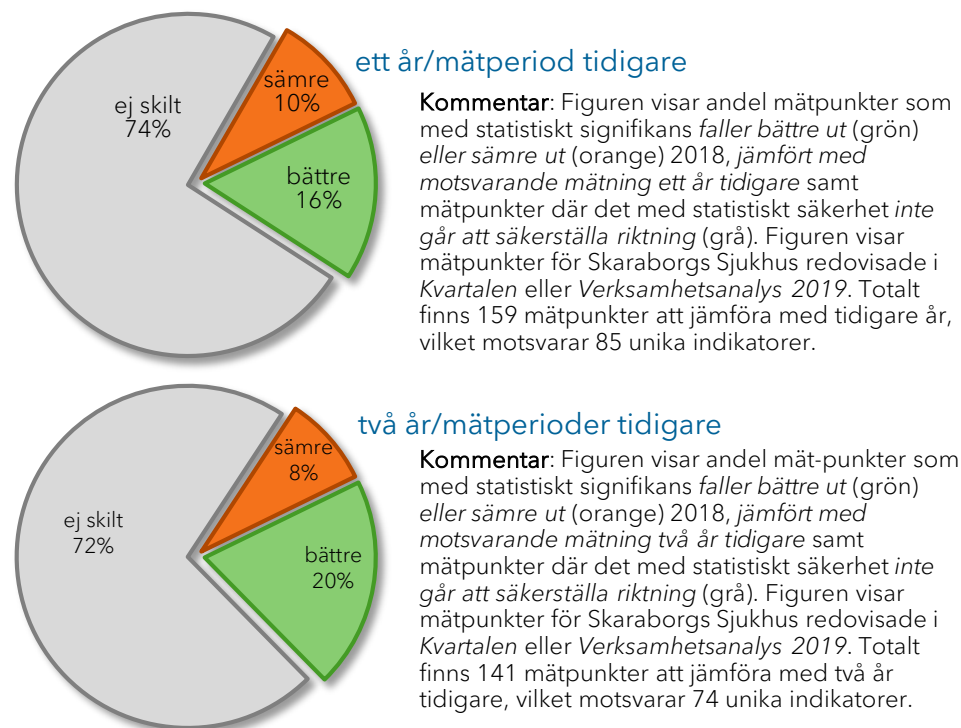
Noteras ska dock att cancerindikatorerna har exkluderats i analysen av målvärdena i ett tidsperspektiv. Anledningen är att cancerindikatorerna endast finns att tillgå för den senare mätperioden samt är förhållandevis många till antal och generellt har ett negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Utveckling över tid

För 157 mätpunkter (motsvarande 87 unika indikatorer) är det för Skaraborgs Sjukhus möjligt att följa resultatet ett år (alt mätperiod) tillbaka i tiden. På samma sätt är det möjligt att följa 139 mätetal för 75 unika indikatorer två år (alt mätperioder) bakåt i tiden.

Resultaten visar att den medicinska kvaliteten vid Skaraborgs Sjukhus generellt sett har blivit något bättre över tid. Fler mätpunkter har förbättrats än försämrats. I jämförelse med resultatet ett år (alt mätperiod) tillbaka har 16 procent av mätetalen förbättrats samtidigt som 10 procent har försämrats. När resultatet 2018 jämförs med resultatet två år (alt mätperioder) tidigare har en femtedel (20 procent) av mätetalen förbättrats och 8 procent har försämrats (figur 51).

Figur 51 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Skaraborgs Sjukhus jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Skaraborgs Sjukhus, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Akutsjukvård:

- *Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning.* Målnivån uppnås ej. Negativ utvecklingstrend för SkaS-Skövde då mätvärden för en respektive två tidigare mätperioder jämförs. SkaS-Lidköping visar istället positiv utvecklingstrend. Riksvärde saknas.
- *Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen.* Målnivån uppnås ej. Positiv utvecklingstrend då mätvärden för en respektive två tidigare mätperioder jämförs. Riksvärde saknas.

Barn- och ungdomars hälsa:

- *Andel barn med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivå uppnås ej men utfallet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är positiv för SkaS-Skövde.
- *Andel barn 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån.* Målnivå uppnås ej men utfallet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend då jämförelse med mätvärden för en respektive två tidigare mätperioder görs.

- *Andel barn, 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån.* Målnivå uppnås ej vid SkaS-Skövde, men utfallet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend då jämförelse med mätvärden för en respektive två tidigare mätperioder görs.

Cancersjukdomar:

- *Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om cancer.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet särskilt för SkaS-Skövde. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK)* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dagar efter remissbeslut.* Målnivå uppnås ej, men utfallet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi.* Målnivå uppnås ej vid SkaS-Skövde, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation.* SkaS-Skövde uppnår ej målnivån men utfallet är bättre än genomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dagar efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik).* Målnivån uppnås ej, men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.

- *Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos.* Målnivån uppnås ej vid SkaS-Skövde, men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend vid jämförelse en mätperiod tidigare.
- *Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej men utfallet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.
- *Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling.* Målnivån uppnås ej men utfallet ligger i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet och utvecklingen är positiv vid jämförelse med en mätperiod tidigare.
- *Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet vis SkaS-Skövde, men bättre än riksgenomsnittet vid SkaS-Lidköping. SkaS-Skövde uppvisar dock en positiv utvecklingstrend jämfört med föregående mätperiod.
- *Andel typ 1 diabetespatienter, 45 - 80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L.* SkaS-Lidköping uppnår ej målnivån och utfallet är sämre än riksgenomsnittet vid detta sjukhus. Jämfört med två tidigare mätperioder är utvecklingstrenden dessutom negativ.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig eller svagt positiv utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperioder.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig eller svagt positiv utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperioder.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- *Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt.* SkaS-Lidköping uppnår ej målnivån och utfallet är dessutom sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativ vid jämförelse med tidigare mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.
- *Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* SkaS-Skövde når ej målnivån och har sämre utfall än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är dock positiv jämfört med tidigare mätperiod.

- *Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus.* Målnivån uppnås ej och det går ej att utläsa någon tydlig utvecklingstrend vid jämförelse med föregående mätperioder. Riksvärde saknas.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner.* Målnivån uppnås ej men jämförelser med tidigare mätperioder pekar mot en positiv utvecklingstrend. Riksjämförelser är ej möjliga.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- *Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor).* Kommenteras ej då målnivån är tveksam. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *SkaS-Skövde uppvisar sämre utfall än riksgenomsnittet och Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall* jämförelser med tidigare mätperioder visar på en negativ utvecklingstrend med försämrade värden.
- *Andel standardpatienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall.* SkaS-Skövde uppvisar sämre utfall än riksgenomsnittet och jämförelse med tidigare mätperiod visar på en negativ utvecklingstrend.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.

Nervsystemets sjukdomar:

- *Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke.* SkaS-Skövde uppnår ej målnivån och har sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time).* SkaS-Skövde uppnår ej målnivån. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform.* Målnivån uppnås ej. För SKaS-Skövde är utfallet dessutom sämre än riksgenomsnittet och detta sjukhus har också en negativ utvecklingstrend vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning.* SkaS-Skövde uppnår ej målnivån men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är positiv sedan föregående mätperiod.
- *Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdnadenhet.* SkaS-Skövde uppnår ej målnivån men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativ sedan föregående mätperiod.

Njur- och urinvägssjukdomar:

- *Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativ sedan föregående mätperiod både vid jämförelser en respektive två mätperioder tidigare.

Psykisk hälsa:

- *Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium.* Målnivån uppnås ej. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelser med tidigare mätperioder. Riksjämförelse är inte möjlig.
- *Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är positiv jämfört med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedels-genomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej och utvecklingstrenden är negativ jämfört med tidigare mätvärde. Riksjämförelse är inte möjlig.

Rörelseorganens sjukdomar:

- *Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden är negativ ffa vis SkaS-Skövde. Resultatet har försämrats jämfört med tidigare mätvärden en respektive två mätperioder tidigare.
- *Genomsnittlig väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus.* SkaS-Skövde har sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelser med tidigare mätperioder. Målnivå saknas.
- *Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation.* SkaS-Skövde har sämre utfall än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelser med tidigare mätperioder. Målnivå saknas.

Sammanfattning

Strax under hälften av mätpunkterna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer. 60,7 procent av dessa har dock ett utfall som antingen är bättre än (17,9 procent) eller i nivå med (42,9 procent) riksgenomsnittet, undantaget är framförallt inom cancersjukdomar och rörelseorganets sjukdomar.

Utvecklingen de senaste åren pekar i positiv riktning. Många indikatorer har förbättrats jämfört med tidigare mätperioder, en respektive två år tillbaka. När det gäller cancersjukdomar är riktningen okänd då underlag för tidigare år saknas.

Ett fåtal indikatorer har utfall över tid som pekar i negativ riktning, till exempel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur, patienter som behandlas med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt vid Lidköpings sjukhus samt patienter som behandlas med antikoagulantia efter stroke, också vid Lidköpings sjukhus. Det finns även indikatorer gällande gynekologiska operationer med negativ utvecklingstrend.

Rekommendationer – Skaraborgs Sjukhus

Akutsjukvård:

Andelen oplanerade återbesök på akutmottagningen är högre än uppsatt mål. Orsaken behöver klargöras. Andel patienter som undersöks av läkare på akutmottagningen når inte mål och behöver öka.

Barn- och ungdomars hälsa:

Andel barn med diabetes som ligger bra i blodsocker behöver öka vid samtliga tre enheter. Andel barn som ligger högt i blodsocker behöver minska vid SkaS-Skövde. När det gäller kontroller med U-albumin, blodtryck och ögonbotten hos diabetesbarnen är det ganska stora skillnader i utfall mellan SkaS-Skövde och SkaS-Lidköping, där kontrollerna vid SkaS-Skövde behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att det är tre års väntetid för att komma till ögonkliniken. Ledningen kommer att göra en översyn av problemet.

Cancersjukdomar:

Målnivån vid de olika cancerprocesserna är oftast väldigt högt satta och ligger för de flesta indikatorer, betydligt högre än utfallet. De SVF som anges, behöver ses över för att öka måluppfyllnaden. Samtliga SVF förutom patienter inom lymfom som startat läkemedelsbehandling, har längre ledtider än rikssnittet. För vissa SVF är det ganska stor skillnad i måluppfyllelse mellan sjukhusen, vilket också behöver uppmärksammas.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår väldigt mycket arbete för att förbättra SVF inom cancer och att verksamheten har mycket bra kontroll på processerna.

Endokrina sjukdomar:

Andel diabetespatienter som når blodtrycksmål behöver öka. Kontrollerna med ögonbottenundersökning och fotundersökning behöver öka. Andel diabetespatienter som ligger bra i blodsocker behöver öka vid samtliga enheter inom Skaraborgs Sjukhus.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt behöver öka vid SkaS-Lidköping. Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt behöver öka vid SkaS-Lidköping. Andel patienter som når målbloodtryck efter hjärtinfarkt och andel tidigare rökande patienter som slutar röka efter hjärtinfarkt behöver öka vid SkaS-Skövde. Andel patienter med hjärtsvikt som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus, behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten har gjort en genomlysning av sitt utfall när det gäller hjärtsviktspatienter och att man behandlar de patienter som ska ha behandling.

Infektionssjukdomar:

Andel patienter med misstänkt urinvägsinfektion utan feber som initialt behandlas med kinoloner är för hög och behöver minska och användningen av vanligt penicillin vid lunginflammation behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår mycket förbättringsarbete runt STRAMA. Kontaktläkare och STRAMA ansvariga finns, liksom nätverk. Antibiotika per doktor – ny funktion som kan tas ut.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

Andelen patienter som två månader efter hysterektomi varit komplikationsfria och utan oväntade besvär är lägre än rikssnittet, liksom användandet av minimal-invasiv teknik vid hysterektomi. Orsaken behöver klarläggas. Även vid operation av livmoderframfall är andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation lägre än rikssnittet. Det gäller även när man tittar på standardpatienter och det är särskilt vid SkaS-Skövde, som man ser ett sämre resultat som dessutom försämrats de senaste två åren.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten har gjort en genomlysning av utfallet. Det finns flera förklaringar till resultatet. Bland annat patientsammansättningen, där Skaraborgs Sjukhus opererar fler patienter med blandinkontinens, jämfört övriga. Samtidigt är det få patienter i grupperna. Flera patienter har remitterats till extern vårdgivare. Samma kirurger opererar vid båda utbudspunkterna.

Mag- och tarmsjukdomar:

Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit är en ny indikator för 2018 och målet är 70 procent. Skaraborgs Sjukhus är det sjukhus i Västra

Götalandsregionen som ligger närmast målet 62 procent. Flertalet andra indikatorer inom allmän kirurgi ligger väldigt bra till vid Skaraborgs Sjukhus.

Nervsystemets sjukdomar:

Flera kvalitetsindikatorer för stroke behöver förbättras vid SkaS-Skövde. Det gäller andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus, tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time), vård på strokeavdelning vid stroke eller TIA. Även andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform, behöver öka. Resultatet för flera av dessa indikatorer har dessutom försämrats sedan föregående mätperiod.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår mycket arbete runt stroke och resultatet har förbättrats under 2019.

Urin- och njursjukdomar:

Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos, har minskat sedan föregående mätperiod. Orsaken till det behöver klarläggas.

Psykisk hälsa:

Andel ECT vid svår depression i slutenvård är lägre än rikssnittet och når inte mål. Orsaken behöver klarläggas. Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån

är högre än rikssnittet och når inte målet, 40 procent. Även andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium, är låg och behöver öka. Registret, BipoläR, har en täckningsgrad under 30 procent. Enligt registret behandlas 70 procent av dessa patienter med litium, vilket är målet. Om vi tittar i regionens egna system, behandlas 36 procent av patienterna med bipolär affektiv sjukdom vid Skaraborgs Sjukhus med litium. Andel patienter med psykosjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån, är för lågt och bör öka.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår mycket arbete inom psykiatri för att förbättra utfallet för dessa patienter. Det är väldigt få patienter som registreras i registret, vilket gör att det är svårt att dra slutsatser av utfallet.

Rörelseorganens sjukdomar:

Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur, är mycket låg, drygt 40 procent vid både SkaS-Lidköping och SkaS-Skövde och andelen har dessutom minskat sedan föregående år. Problemet har diskuterats i flera år och behöver åtgärdas.



Södra Älvsborgs Sjukhus

Södra Älvsborgs Sjukhus

Verksamheten vid Södra Älvsborgs Sjukhus är framför allt förlagd till sjukhuset i Borås. Viss verksamhet finns även i Skene. Enstaka verksamheter har utbudspunkter på båda sjukhusen. En del indikatorer samredovisas, medan andra redovisas separat per sjukhus, vilket gör att vi får fler mätpunkter än indikatorer.

Den medicinska kvaliteten vid Södra Älvsborgs Sjukhus håller hög nivå och flertalet förbättringar har gjorts sedan föregående rapport, bland annat har måluppfyllelsen för operation av höftfrakturer och kranskärlsröntgen vid mindre hjärtinfarkt, ökat. Sjukhuset är ledande i regionen när det gäller patientsäkerhetsarbete och särskilt framgångsrikt när det gäller STRAMA-arbetet.

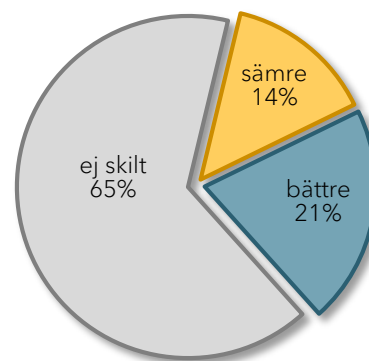
Även om resultaten för Södra Älvsborgs Sjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Södra Älvsborgs Sjukhus* på sidan [93](#).

Jämförelse med riket

När Södra Älvsborgs Sjukhus jämförs med riksgenomsnittet är det 15 mätpunkter som faller sämre ut av 107 möjliga (totalt 88 unika indikatorer), vilket motsvarar 14 procent. Tjugotvå indikatorer faller bättre ut, vilket motsvarar 21 procent (figur 52).

Figur 53 på sidan [87](#) visar hur den medicinska kvaliteten vid Södra Älvsborgs Sjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *cancersjukdomar*, *endokrina sjukdomar*, *hjärt- och kärlsjukdomar*, *mag- och*

Figur 52 Medicinsk kvalitet vid Södra Älvsborgs Sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet



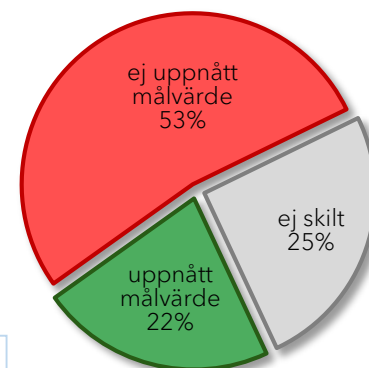
Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *faller bättre ut än riksgenomsnittet* (blå) eller som *faller sämre ut än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Södra Älvsborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 107 mätpunkter för 88 unika indikatorer.

tarmsjukdomar, *nervsystemets sjukdomar*, *njur- och urinvägssjukdomar* och *psyisk hälsa* där det finns indikatorer som faller ut sämre än riket.

Jämförelse med målvärden

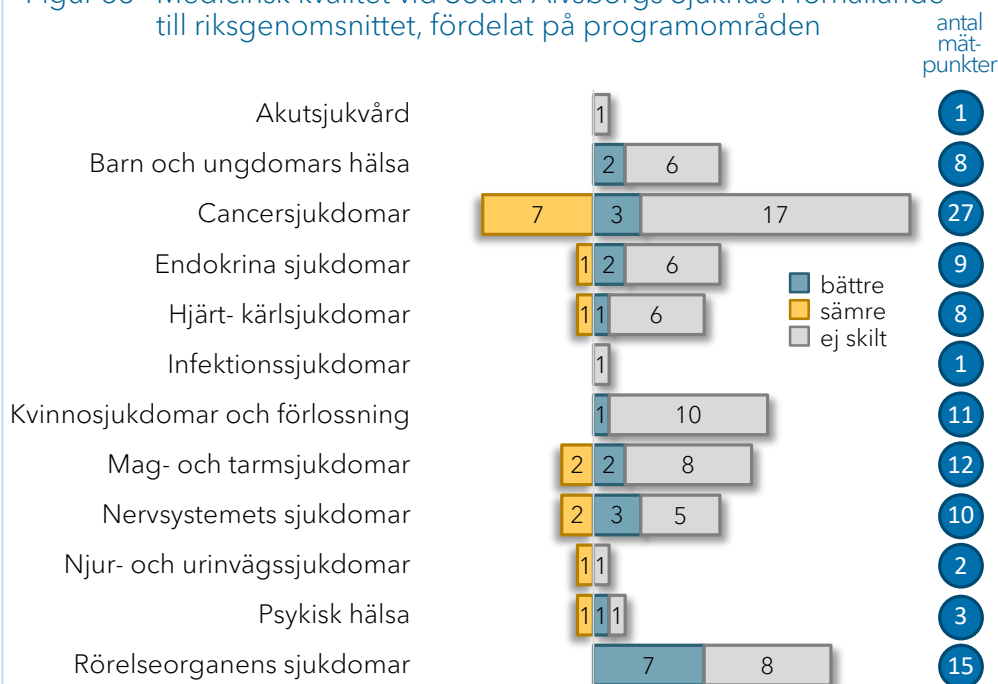
För Södra Älvsborgs Sjukhus jämförs 95 mätpunkter, totalt 82 unika indikatorer, med uppsatta nationella eller regionala målvärden. Av

Figur 54 Medicinsk kvalitet vid Södra Älvsborgs Sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden



Kommentar: Figuren visar andel mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Södra Älvsborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt ingår 95 mätpunkter för 82 unika indikatorer.

Figur 53 Medicinsk kvalitet vid Södra Älvsborgs Sjukhus i förhållande till riksgenomsnittet, fördelat på programområden



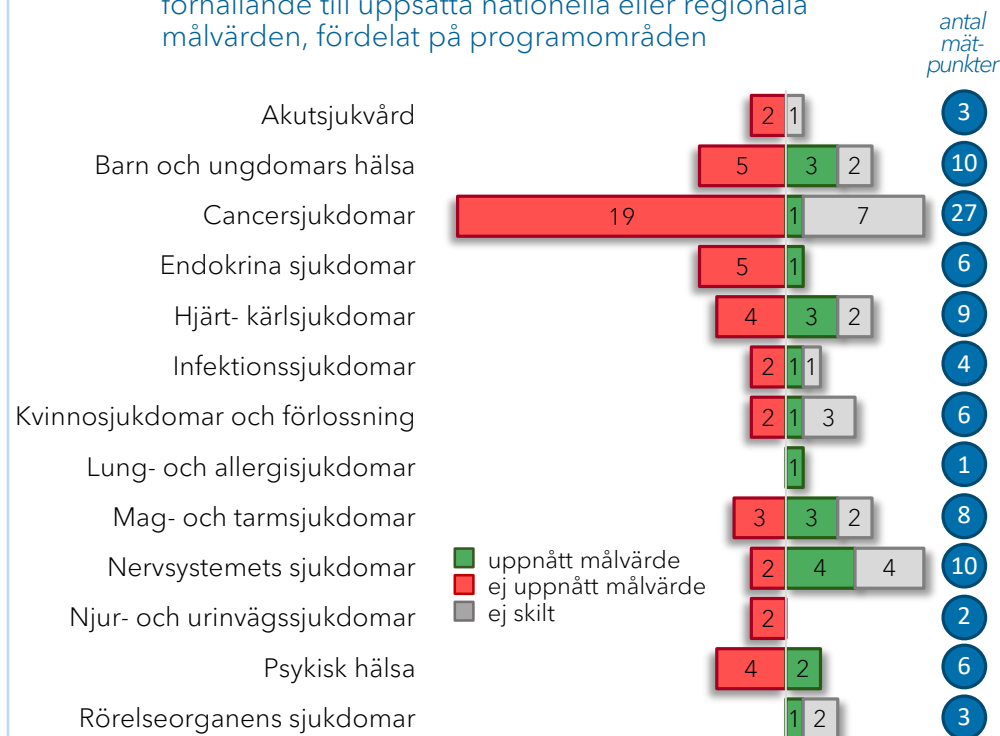
Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans uppvisar *bättre resultat än riksgenomsnittet* (blå) eller *sämre resultat än riksgenomsnittet* (gul) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från riksgenomsnittet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Södra Älvsborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 107 mätpunkter för 88 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

dessas mätpunkter når 50 stycken inte uppsatt målnivå, vilket motsvarar 53 procent (figur 54 på föregående sida).

Figur 55 visar hur den medicinska kvaliteten vid Södra Älvsborgs Sjukhus faller ut i förhållande till uppsatta målnivåer uppdelat på programområde. För Södra Älvsborgs Sjukhus finns mätpunkter inom 13 olika medicinska programområden. Det är inom

programområde *akutsjukvård, barn- och ungdomars hälsa, cancersjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, infektionssjukdomar, kvinnosjukdomar och förlossning, mag- och tarmsjukdomar, nervsystemets sjukdomar, njur- och urinvägssjukdomar* och *psykisk hälsa* som innehåller indikatorer som inte uppnår målvärde.

Figur 55 Medicinsk kvalitet vid Södra Älvsborgs Sjukhus i förhållande till uppsatta nationella eller regionala målvärden, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som med statistiskt signifikans *uppnått uppsatta målvärden* (grön) eller som *inte uppnått uppsatta målvärden* (röd) samt mätpunkter där det med statistiskt säkerhet *inte går att säkerställa att mätvärdet är skilt från målvärdet* (grå). Figuren visar mätpunkter för Södra Älvsborgs Sjukhus redovisade i *Kvartalen* eller *Verksamhetsanalys 2019*. Totalt visas 95 mätpunkter för 82 unika indikatorer. Alla programområden finns ej redovisade i *Kvartalen* och *Verksamhetsanalysen*.

Betraktar vi graden av måluppfyllelse i ett tidsperspektiv på ett år kan konstateras att denna inte har förbättrats under perioden. Andelen mätpunkter som uppnår målvärdet är förvisso konstant, men andel mätpunkter som *inte* når upp till de uppsatta måltalen har ökat med 12 procentenheter 2018 jämfört med 2017.

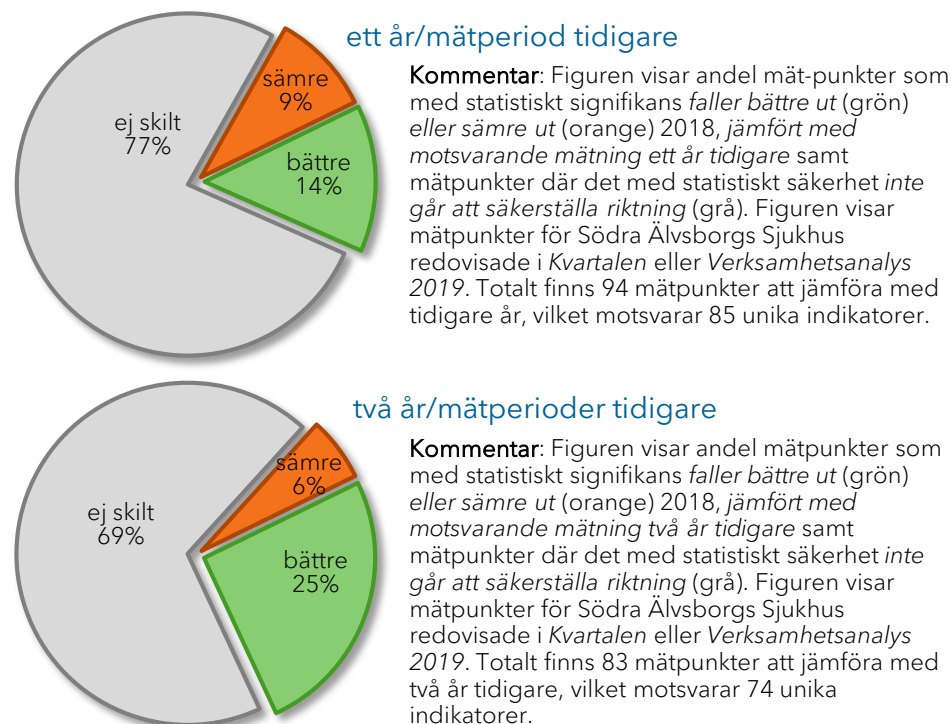
Viktigt är dock att notera att sammanställningen gäller då cancerindikatorerna har exkluderats. Att utesluta cancerindikatorerna är nödvändigt för att ge en rättvis bild av utvecklingen eftersom dessa indikatorer endast finns att tillgå för den senare mätperioden samt är förhållandevis många till antal och i stor utsträckning har ett negativt utfall i relation till målvärdet. Det skulle således ge en felaktig bild av den generella utvecklingen över tid om de inkluderades det ena året men inte det andra.

Utveckling över tid

Resultatet avseende den medicinska kvaliteten vid Södra Älvsborgs Sjukhus har i ett tidsperspektiv på en respektive två år (alternativt mätperioder) tillbaka förbättrats.

Möjlighet finns att följa utvecklingen ett år tillbaka för 94 mätpunkter (85 unika indikatorer) och för 83 mätpunkter (74 unika indikatorer) två år tillbaka. Både i jämförelse en och två mätperioder tillbaka är andelen mätpunkter som har förbättrats betydligt större än andelen som har försämrats. En fjärdedel av de jämförda mätetalen har förbättrats i 2018 års resultat jämfört med två år/mätperioder tidigare. Sex procent hade försämrats. Motsvarande resultat ett år/mätperiod tillbaka ger vid handen att 14 procent av mätetalen förbättrats, nio har försämrats (figur 56).

Figur 56 Utveckling av medicinsk kvalitet vid Södra Älvsborgs Sjukhus jämfört med en respektive två mätperioder/år/ tidigare



Sammanställning av indikatorer som avviker negativt

Följande sammanställning utgår ifrån indikatorer som avviker i negativ riktning från målvärdet. Hänsyn tas även till hur den specifika indikatorn faller ut i förhållande till riksgenomsnitt samt hur utvecklingen ser ut över tid, jämfört med tidigare mätperioder, i de fall sådana jämförelser är möjliga. Då målvärde saknas för indikatorn kommenteras indikatorn utifrån riksgenomsnitt och eventuell trend. För mer detaljerad information avseende utfallet för Södra Älvsborgs sjukhus, hänvisas till [tabellbilagan](#).

Akutsjukvård:

- *Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning, har ökat över tid.* Målnivån uppnås ej och utvecklingstrenden pekar i negativ riktning. Resultatet har försämrats jämfört med såväl en som två mätperioder tidigare. Inget riksvärde finns.
- *Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen.* Målnivån uppnås ej och utvecklingstrenden pekar i negativ riktning det senaste året, men positiv två mätperioder tillbaka. Inget riksvärde finns.

Barn- och ungdomars hälsa:

- *Andel barn med astma som bedöms med AKT (astma kontroll test).* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden pekar i negativ riktning senaste året. Resultatet har försämrats jämfört med en mätperiod tidigare. Inget riksvärde finns.
- *Andel barn med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol (har ökat).* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend vid jämförelse med en respektive två tidigare mätperioder.

- *Andel barn 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.
- *Andel barn, 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend vid jämförelser med tidigare mätperioder.

Cancersjukdomar:

- *Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om cancer.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK).* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dagar efter remissbeslut.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.

- *Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik).* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dagar efter datum då remiss skrevs till utredande klinik.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dagar efter datum för behandlingsbeslut.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK).* SÅS-Skene uppnår ej målnivån och har sämre utfall än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.
- *Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden pekar i negativ riktning senaste året. Resultatet har försämrats jämfört med en mätperiod tidigare.

- *Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dagar efter utfärdande av remiss.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Inga tidigare mätvärden finns att jämföra med.

Endokrina sjukdomar:

- *Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden pekar i negativ riktning. Resultatet har försämrats jämfört med såväl en som två mätperioder tidigare.
- *Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Jämfört med två mätperioder tidigare har utfallet förbättrats.
- *Andel typ 1 diabetespatienter, 45 - 80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden pekar i positiv riktning. Resultatet har förbättrats jämfört med såväl en som två mätperioder tidigare.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- *Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden pekar i positiv riktning. Resultatet har förbättrats jämfört med såväl en som två mätperioder tidigare.

- *Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusion-behandling inom målsatt tid.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12 - 14 mån efter hjärtinfarkt.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperiod.
- *Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - specialiserad vård), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus.* Målnivån uppnås ej. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder. Riksjämförelse saknas.

Infektionssjukdomar:

- *Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.* Målnivån uppnås ej. Positiv utvecklingstrend jämfört med två mätperioder tidigare. Riksvärde saknas.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- *Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor).* Kommenteras ej då målnivån är tveksam. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperiod.

Mag- och tarmsjukdomar:

- *Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit.* Målnivån uppnås ej. Inga ytterligare referensvärden finns.
- *Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation.* SÄS-Borås uppnår ej målnivån och har sämre utfall än riksgenomsnittet. Inga tidigare mätpunkter finns att jämföra med.

Nervsystemets sjukdomar:

- *Andel MS-patienter 18 - 59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Utvecklingstrenden pekar i negativ riktning senaste året. Resultatet har försämrats jämfört med en mätperiod tidigare.
- *Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus.* Sämre utfall än riksgenomsnittet och ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder. Uppsatt målnivå saknas.
- *Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning.* Målnivån uppnås ej men utfallet är bättre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend jämfört med två tidigare mätperioder.

Njur- och urinvägssjukdomar:

- *Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Negativ utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod.
- *Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend jämfört med två tidigare mätperioder.

Psykisk hälsa:

- *Andel ECT vid svår depression i slutenvård.* Målnivån uppnås ej och utfallet är sämre än riksgenomsnittet. Ingen tydlig utvecklingstrend går att utläsa vid jämförelse med tidigare mätperioder.
- *Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium.* Målnivån uppnås ej. Negativ utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod. Riksvärde saknas.
- *Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektiv skov senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej men utfallet är i nivå med riksgenomsnittet. Positiv utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod två år tillbaka.
- *Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedels-genomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån.* Målnivån uppnås ej. Positiv utvecklingstrend jämfört med tidigare mätperiod två år tillbaka. Riksvärde saknas.

Ögonsjukdomar:

- *Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation.* Utfall saknas
- *Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation.* Utfall saknas

Sammanfattning

Drygt hälften av mätpunkterna uppnår inte uppsatta nationella eller regionala målnivåer. Tolv procent av dessa har ett utfall som är bättre än riksgenomsnittet och drygt hälften (53,7 procent) ligger i nivå med riksgenomsnittet. Det är framförallt indikatorer inom cancersjukdomar som både ligger under målnivån och har ett utfall som är sämre än riket, även om enstaka sådana indikatorer finns inom flertalet medicinska områden.

Utvecklingen de senaste åren pekar i positiv riktning. Många indikatorer har förbättrats jämfört med tidigare mätperioder, en respektive två år tillbaka. När det gäller cancersjukdomar är riktningen okänd då underlag för tidigare år saknas.

Ett fåtal indikatorer med sämre utfall har också en negativ utvecklingstrend, till exempel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning, andel diabetespatienter som når målbloodtryck.

Rekommendationer – Södra Älvsborgs Sjukhus

Akutsjukvård:

Andelen oplanerade återbesök på akutmottagningen är högre än uppsatt mål och behöver kontrolleras. Andel patienter som undersöks av läkare på akutmottagningen når inte mål och behöver öka.

Barn- och ungdomars hälsa:

Andel barn 4 - 18 år med astma som bedöms med AKT (astma kontroll test) behöver öka. Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol har ökat över tid, men når ännu inte mål. Andel barn 10 - 17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån och som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån, behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten kommer att fokusera på att förbättra resultatet.

Cancersjukdomar:

Målnivån vid de olika cancerprocesserna är oftast väldigt högt satta och ligger för de flesta indikatorer, betydligt högre än utfallet. De SVF som anges ovan, behöver ses över för att öka måluppfyllnaden. Samtliga förutom patienter inom SVF – njurcancer respektive blåscancer, har längre ledtider än rikssnittet. Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK) är betydligt lägre vid SÄS-Skene (50 %), orsaken behöver klargöras.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten generellt har bra kontroll över cancerprocesserna och att mycket förbättringsarbete pågår. Tiderna för bröstcanceroperation har förbättrats under året. Fyra cancerprocesser har valts ut som verksamheten kommer att fokusera på.

Endokrina sjukdomar:

Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg har minskat de senaste två åren och behöver öka. Även andel diabetiker som når LDL-värde behöver öka, liksom andel som ligger bra i blodsocker (dvs < 52 mmol/mol). Kontroller av ögonbotten och fotundersökning behöver öka.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår en del förbättringsarbete, men att verksamheten behöver satsa ytterligare.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

Vid hjärtinfarkt behöver andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt öka liksom andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperusionsbehandling inom målsatt tid. Efter hjärtinfarkt behöver en högre andel tidigare rökande patienter, sluta röka.

Infektionssjukdomar:

Andel patienter med misstänkt urinvägsinfektion utan feber som initialt behandlas med kinoloner, behöver minska.

Vid *controllingen* framkommer att det pågår ett mycket effektivt arbete för att minska användningen av kinoloner.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

Andel kvinnor med blödning över 1 liter i samband med förlossning är högre vid Södra Älvsborgs Sjukhus. Mätmetoden är dock svår. Förklaringen kan ligga i sättet man mäter volymen blödning, vilket skiljer mellan förvaltningar. Det är viktigt att varje klinik följer sin egen utveckling.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten har mycket bra kontroll på utfallet.

Mag- och tarmsjukdomar:

Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit, är lägre än uppsatt mål. En genomlysning rekommenderas. Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer (gäller SÄS-Borås) är mycket hög. En genomlysning rekommenderas. Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter elektiv galloperation är relativt hög vid SÄS-Borås. Orsaken till det behöver klarläggas. Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation är lägre vid SÄS-Borås. Kontroll för att finna orsak, rekommenderas.

Vid *controllingen* framkommer att orsaken till högre incidens av komplikationer vid SÄS-Borås, beror av case mix och att därför bör en samredovisning med SÄS-Skene göras. Vid samredovisning blir utfallet inom målnivåer.

Nervsystemets sjukdomar:

Andel MS-patienter 18 - 59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren är endast 17 procent vid Södra Älvsborgs sjukhus. Orsaken kan ligga i registreringsförfarandet men behöver klargöras. Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, har minskat något och når inte 90 procent.

Vid *controllingen* framkommer att registreringen i MS-registret inte fungerat fullt ut och att under innevarande år har strokeprocessen bättre utfall.

Urin- och njursjukdomar:

Andel patienter i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft når ej mål. Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos når inte heller målet. En översyn rekommenderas.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten behöver se över ovan.

Psykisk hälsa:

Andel patienter med svår depression som får ECT i slutenvård är låg vid Södra Älvsborgs sjukhus. Kontroll rekommenderas. Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom som behandlas med litium behöver öka. Registret, Bipolär, har en täckningsgrad under 30 procent. Enligt registret behandlas 70 procent av dessa patienter med litium, vilket är målet. Vid dataframtagning ur regionens egna system, behandlas 44 procent av patienterna med bipolär affektiv

sjukdom vid Södra Älvsborgs Sjukhus med litium. Bättre kvalitetsuppföljning för dessa patienter vore önskvärt.

Vid *controllingen* framkommer att verksamheten har kontroll över utfallet och att det pågår arbete med att öka registreringen.

Ögonsjukdomar:

Överföringen av data till kataraktregistret har under en tid inte fungerat, varför kvalitetsutfall från Södra Älvsborgs Sjukhus saknas. Problemet kanske är löst i annat fall behöver det lösas. Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation och andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation var tidigare lägre vid Södra Älvsborgs sjukhus.

Vid *controllingen* framkommer att problemet är löst. Överföringen till registret fungerar och utfallet är bra.

Tabellbilaga

Tabellförklaring

Programområden	Det medicinska område som indikatorn delats in i utifrån regionala programområden.
Indikator	Den medicinska indikator som redovisas i Verksamhetsanalys 2018
Sjukhus	Det sjukhus inom den givna förvaltningen som indikatorn avser (om flera sjukhus ingår i samma förvaltning).
Riktning	Om högt eller lågt värde eftersträvas för indikatorn (H högt värde, L lågt värde)
Måltal	Nationellt eller regionalt uppsatt målnivå för indikatorn. Observera att alla indikatorer ej har uppsatta målvärden.
Uppnått målvärde	Jämförelse av det aktuella värdet i relation till måltal. Endast statistiskt signifikanta skillnader anges. (● uppnått, ● ej uppnått)
Riksvärde	Indikatorns genomsnittsvärde för riket totalt. Observera att riksjämförelse ej finns för regionala indikatorer.
Riksjmf	Jämförelse av det aktuella värdet i relation till riksgenomsnittet. Endast statistiskt signifikanta skillnader anges (● bättre alt. tangerat, ● sämre)
Jmf 1 år	Jämförelse av det aktuella värdet i relation till en tidigare mätperiod (oftast ett år tidigare). Endast statistiskt signifikanta skillnader anges (● bättre alt. tangerat, ● sämre)

Jmf 2 år

Jämförelse av det aktuella värdet i relation till två tidigare mätperiod (oftast två år tidigare). Endast statistiskt signifikanta skillnader anges (● bättre alt. tangerat, ● sämre)

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är **statistisk signifikant bättre** än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är **statistisk signifikant sämre** än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet **går inte med statistisk säkerhet att skilja** från det jämförande värdet

Västra Götalandsregionen (övergripande)

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Akutsjukvård	Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning	●	5,1 %	≤5	●			●	●
	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	●	41,3 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	●	2,9 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR - standardized mortality ratio)	●	1,0 idx			1,0	●		
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn ≤17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	●	92,7 %	≥97	●	73,8	●	●	●
	Andel barn ≤17 år med astma med strukturerad patientutbildning senaste 5 år	●	95,2 %	≥80	●	96,6	●	●	●
	Andel barn ≤17 år med astma, med AKT (astma kontroll test) >19 poäng senaste 15 mån	●	80,7 %	≥80	●	75,2	●		
	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dgr efter vård för astma/obstruktiv bronkit	●	2,4 %	≤3	●			●	●
	Andel barn 4-18 år med astma som bedöms med AKT (astma kontroll test)	●	90,6 %	≥100	●	84,9	●	●	●
	Andel barn <18 år med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol	●	48,8 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	Andel barn <18 år med typ 1 diabetes med HbA1c >70 mmol/mol	●	6,9 %	<10	●		●	●	●
	Andel barn 10-17 år med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån	●	76,2 %	≥80	●	66,3	●	●	●
	Andel barn 10-17 år med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån	●	71,3 %	≥80	●	54,9	●	●	
	Andel barn 10-17 år med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån	●	73,5 %	≥80	●	70,9	●	●	●
	Andel återinskrivningar bland barn 0-6 år i sluten vård inom 7 dgr efter vård för gastroenterit	●	3,2 %	≤5	●			●	●
Cancersjukdomar	Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dgr från välgrundad misstanke om cancer. Gäller primärt opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos.	●	19,0 %	≥80	●	39,4	●		
	Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK)	●	96,7 %	≥95	●	98,2	●		
	Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dgr efter remissbeslut	●	27,7 %	≥80	●	35,0	●		
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	●	61,3 %	≥75	●	54,7	●		
	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	●	31,6 %	≥80	●	48,6	●		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	●	55,9 %	≥80	●	54,9	●		
	Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik)	●	42,1 %	≥80	●	48,0	●		

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Cancersjukdomar (fort)	Andel patienter med primär högmalign hjärntumör som genomgått operation högst 14 dagar efter diagnosdatum enligt MR	Ⓜ	39,0 %	≥80	●	42,8	●		
	Andel patienter med primär högmalign hjärntumör som genomgått operation och där fullständigt PAD är färdigt senast 14 dagar efter operationsdatum	Ⓜ	31,6 %	80	●	53,1	●		
	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	Ⓜ	7,0 %	≥80	●	10,0	●		
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	Ⓜ	32,6 %	≥80	●	39,5	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dgr efter datum för behandlingsbeslut	Ⓜ	51,9 %	≥80	●	44,9	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss	Ⓜ	33,1 %	≥80	●	28,6	●		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	Ⓜ	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	Ⓜ	81,2 %	≥80	●	78,1	●		
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	Ⓜ	6,1 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	Ⓜ	33,9 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	Ⓜ	26,2 %	≥80	●	16,3	●		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	Ⓜ	65,8 %	≥75	●	55,4	●		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	Ⓜ	66,1 %	≥50	●	78,9	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	Ⓜ	78,6 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	Ⓜ	14,5 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	Ⓜ	82,7 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	Ⓜ	65,6 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	Ⓜ	90,3 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	Ⓜ	32,0 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	Andel patienter med läkemedelsbehandlad diabetes typ 2 som 1 år efter obesitasoperation upphört med läkemedelsbehandlingen	Ⓜ	50,7 %			61,6	●	●	●
	Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi	Ⓜ	85,8 %			84,6	●	●	●
	Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi	Ⓜ	77,5 %			83,5	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Minskning av övervikt 2 år efter obesitaskirurgi	Ⓜ	78,0 %			81,2	●	●	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	Ⓜ	79,3 %	≥66	●			●	●
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	Ⓜ	91,1 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	Ⓜ	78,6 %	≥85	●	84,2	●	●	●

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksmj	Jmf 1 år	Jmf 2år
Hjärt- och kärlsjukdomar (fort)	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	H	78,6 %	≥85	●	84,2	●	●	●
	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid	H	79,7 %	≥90	●	79,1	●	●	●
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	H	58,9 %	≥60	●	60,0	●	●	●
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	H	73,4 %	≥75	●	77,2	●	●	●
	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	H	56,0 %	≥75	●	57,8	●	●	●
	Andel avlidna inom 90 dgr efter planerad operation för aortaaneurysm	L	1,8 %			2,0	●	●	●
	Andel opererade inom 14 dggr vid symtomgivande förträngning av halspulsådern	H	69,6 %	≥80	●	80,8	●	●	●
Infektions- sjukdomar	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	L	15,5 %	≤10	●				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	H	42,3 %	≥55	●			●	●
	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling	H	95,4 %	≥95	●	93,8	●	●	●
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	L	5,5 %	<5,5	●			●	●
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor)	L	11,1 %	≤7	●				
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning	L	7,4 %	≤5,5	●	7,1	●	●	
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid icke instrumentell vaginal förlossning	L	1,5 %	<5	●				
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning som avslutats med sugklocka eller tång	L	7,4 %	≤8,7	●				
	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	L	4,1 %	<5	●			●	
	Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter adnexoperation (äggledare och äggstockar)	H	57,7 %			56,0	●	●	●
	Andelen patienter som 2 mån efter hysterektomi varit komplikationsfria och utan oväntade besvär	H	50,3 %			49,8	●	●	●
	Hysterektomi med minimalinvasiv teknik	H	68,9 %			49,5	●	●	●
	Oönskade händelser efter hysterektomi	L	2,6 %			2,6	●	●	
	Andel kvinnor som i enkät ett år efter operation för urininkontinens anger att de är kontinenta	H	72,5 %	≥75	●	69,0	●	●	●
	Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	H	53,9 %			55,6	●	●	●
	Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	H	64,9			70,5	●	●	●
	Andel standardpatienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	H	54,7			55,9	●	●	●
	Andel standardpatienter som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	H	70,2 %			72,0	●	●	●
Lung- och allergisjukdomar	Andel personer som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT	H	97,8 %	≥95	●			●	●

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	H	38,1 %	≥70	●				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	L	16,1 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	L	8,8 %			6,6	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	L	4,4 %			3,6	●	●	●
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	H	92,7 %			89,4	●	●	●
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	H	97,8 %			96,8	●	●	●
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	H	89,6 %	≥90	●	87,0	●	●	●
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	H	86,5 %	≥80	●			●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	H	98,1 %	≥97	●	98,2	●	●	●
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	H	74,3 %	≥80	●	68,3	●	●	●
	Andel RR15-patienter 18-40 år med sjukdomsmodifierande behandling	H	86,6 %	≥90	●	88,0	●	●	●
	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	H	78,8 %	≥80	●	79,3	●	●	●
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	H	88,3 %			86,6	●	●	●
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	H	56,5 %			58,0	●	●	●
	Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus	H	90,8 %			87,6	●	●	●
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	L	33,0 min	≤40	●	37,0	●		
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	H	83,9 %	≥80	●	78,8	●	●	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperusionsbehandling	H	17,5 %	≥15	●	16,8	●	●	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	H	86,1 %	≥90	●	80,4	●	●	●
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	H	83,4 %	≥80	●			●	●
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	H	87,0 %	≥85	●			●	●
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhets	H	87,9 %	≥90	●	79,7	●	●	●
	Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft	H	62,3 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	H	70,0 %	≥82	●	77,3	●	●	●
Psykisk hälsa	Andel ECT vid svår depression i slutenvård	H	30,4 %	≥40	●	37,5	●	●	●
	Andel ECT vid svår depression i öppenvård	H	37,0 %	≥38	●			●	●
	Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium	H	42,1 %	≥70	●			●	●
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån	L	48,6 %	≤40	●	45,4	●	●	●
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)	H	67,3 %	≥60	●	60,3	●	●	●

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Psykisk hälsa (fort)	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån	⬆️	85,6 %	≥90	🔴			🟡	🟢
	Andel patienter i rättspsykiatrisk öppen och/eller slutenvård med BMI över 30	⬇️	38,0 %			43,5	🟡	🟡	🟡
	Andel patienter i slutenvård som återfallit i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk slutenvård	⬇️	10,6 %			8,8	🟡	🟡	🟡
Reumatologiska sjukdomar	Andel patienter med RA som har ett uppföljande besök 2-6 mån efter insatt DMARD- eller biologisk behandling	⬆️	69,4 %			69,0	🟡	🟡	🟡
	Andel patienter med reumatoid artrit som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet 4-12 mån efter start av behandling med första biologiska läkemedel.	⬆️	65,7 %	≥70	🟡	64,1	🟡	🟡	🟡
	RA-patientens skattning på allmän hälsa vid uppföljningsbesök 4-12 mån efter start behandling med biologiskt läkemedel	⬆️	23,0 ~x			27,0	🟡		
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	⬆️	62,3 %	≥75	🔴	65,4	🔴	🔴	🔴
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	⬆️	68,1 %			68,3	🟡	🔴	🟡
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus	⬇️	26,2 h			24,0	🔴	🟡	🔴
	Andel höftprotosopererade patienter som genomgått artroskola. Enbart artrospatienter	⬆️	49,7 %			45,3	🟢	🟡	🟢
	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	⬆️	97,6 %			96,5	🟡	🟡	🟡
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	⬆️	96,3 %			95,2	🟡	🟡	🟢
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	⬇️	2,3 %	≤2	🟡	2,2	🟡	🟡	🟡
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	⬆️	97,2 %			96,1	🟡		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	⬆️	85,6 %			82,1	🟢	🟡	🟡
	Andel patienter med bensmärta före operation som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen	⬆️	79,7 %	≥80	🟡	76,6	🟡	🟡	🟡
	Andel patienter med bensmärta före operation som anger att bensmärta är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen (såväl central som lateral stenosis)	⬆️	58,8 %			56,9	🟡	🟡	🟡
	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	⬆️	92,7 %			91,4	🟡	🟡	
Ögonsjukdomar	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	⬆️	92,7 %	≥90	🟢	92,9	🟡	🟡	

Capio Lundby sjukhus

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	⬆️	75,5 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	⬇️	8,8 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	⬆️	72,9 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	⬆️	58,1 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	⬆️	73,8 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	⬆️	41,2 %	≥60	●	26,6	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	⬆️	80,1 %	≥66	●			●	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	⬆️	100,0 %			96,8	●	●	
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	⬆️	64,3 %	≥90	●	87,0	●		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	⬆️	87,6 %	≥80	●			●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	⬆️	96,0 %	≥97	●	98,2	●	●	●
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft	⬆️	70,4 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	⬆️	77,8 %	≥82	●	77,3	●	●	●

NU-sjukvården

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2 år
Akutsjukvård	Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning	NU-Trollhättan	●	4,3 %	≤5	●			●	●
	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	NU-Trollhättan	●	37,3 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	NU-Trollhättan	●	4,0 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR -standardized mortality ratio)	NU-sjukvården	●	1,1 idx			1,0			
Barn och ungdomars hälsa	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dgr efter vård för astma/obstruktiv bronkit	NU-sjukvården	●	1,8 %	≤3	●			●	●
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol	NU-sjukvården	●	50,6 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	"	NU-Trollhättan	●	39,5 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	"	NU-Uddevalla	●	66,7 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c >70 mmol/mol	NU-sjukvården	●	8,8 %	<10	●			●	●
	"	NU-Trollhättan	●	10,2 %	<10	●			●	●
	"	NU-Uddevalla	●	6,9 %	<10	●			●	●
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån	NU-Trollhättan	●	68,1 %	≥80	●	66,3	●	●	●
	"	NU-Uddevalla	●	67,1 %	≥80	●	66,3	●	●	●
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån	NU-Trollhättan	●	77,9 %	≥80	●	54,9	●	●	
	"	NU-Uddevalla	●	79,7 %	≥80	●	54,9	●	●	
	Andel barn, 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån	NU-Trollhättan	●	71,7 %	≥80	●	70,9	●	●	●
	"	NU-Uddevalla	●	87,3 %	≥80	●	70,9	●	●	●
	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dgr efter vård för gastroenterit	NU-sjukvården	●	1,7 %	≤5	●			●	●
Cancersjukdomar	Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dgr från välgrundad misstanke om cancer. Gäller primärt opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos.	NU-Uddevalla	●	37,0 %	≥80	●	39,4	●		

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Cancersjukdomar (fort)	Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK)	NU-Uddevalla	Ⓜ	99,6 %	≥95	●	98,2	●		
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	NU-Uddevalla	Ⓜ	71,4 %	≥75	●	54,7	●		
	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	NU-sjukvården	Ⓜ	63,0 %	≥80	●	48,6	●		
	"	NU-Trollhättan	Ⓜ	37,5 %	≥80	●	48,6	●		
	"	NU-Uddevalla	Ⓜ	64,5 %	≥80	●	48,6	●		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	NU-sjukvården	Ⓜ	39,0 %	≥80	●	54,9	●		
	"	NU-Trollhättan	Ⓜ	18,2 %	≥80	●	54,9	●		
	"	NU-Uddevalla	Ⓜ	40,6 %	≥80	●	54,9	●		
	Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik)	NU-Trollhättan	Ⓜ	40,4 %	≥80	●	48,0	●		
	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	NU-Trollhättan	Ⓜ	4,5 %	≥80	●	10,0	●		
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	NU-Trollhättan	Ⓜ	18,2 %	≥80	●	39,5	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dgr efter datum för behandlingsbeslut	NU-Uddevalla	Ⓜ	71,9 %	≥80	●	44,9	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss	NU-Uddevalla	Ⓜ	54,2 %	≥80	●	28,6	●		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	NU-Uddevalla	Ⓜ	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	NU-Uddevalla	Ⓜ	87,0 %	≥80	●	78,1	●		
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	NU-Uddevalla	Ⓜ	4,5 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	NU-Trollhättan	Ⓜ	33,3 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	NU-Uddevalla	Ⓜ	56,4 %	≥80	●	16,3	●		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	NU-Uddevalla	Ⓜ	73,1 %	≥75	●	55,4	●		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	NU-Trollhättan	Ⓜ	57,1 %	≥50	●	78,9	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	NU-sjukvården	Ⓜ	75,7 %	≥90	●	74,7	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Endokrina sjukdomar (fort)	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	NU-sjukvården	⬇️	17,3 %	<20	🟢	17,7	⚪	🟢	🟢
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	NU-sjukvården	⬆️	87,5 %	≥96	🔴	82,1	🟢	⚪	🟢
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	NU-sjukvården	⬆️	71,9 %	≥60	🟢	58,7	🟢	🟢	⚪
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	NU-sjukvården	⬆️	91,7 %	≥98	🔴	87,8	🟢	⚪	⚪
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	NU-sjukvården	⬆️	34,7 %	≥60	🔴	26,6	🟢	🟢	🟢
	Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi	NU-Trollhättan	⬆️	88,6 %			84,6	⚪	⚪	⚪
	Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi	NU-Trollhättan	⬆️	72,3 %			83,5	🔴	⚪	🔴
	Minskning av övervikt 2 år efter obesitaskirurgi	NU-Trollhättan	⬆️	87,1 %			81,2	🟢	⚪	⚪
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	NU-sjukvården	⬆️	81,1 %	≥66	🟢		🟢	🔴	⚪
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	NU-Trollhättan	⬆️	94,5 %	≥90	🟢	90,7	🟢	🟢	⚪
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	NU-Trollhättan	⬆️	85,4 %	≥85	⚪	84,2	⚪	🟢	🟢
	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid	NU-Trollhättan	⬆️	63,0 %	≥90	🔴	79,1	🔴	⚪	⚪
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	NU-Trollhättan	⬆️	61,9 %	≥60	⚪	60,0	⚪	⚪	⚪
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	NU-Trollhättan	⬆️	78,4 %	≥75	⚪	77,2	⚪	⚪	⚪
	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	NU-Trollhättan	⬆️	54,5 %	≥75	🔴	57,8	⚪	⚪	
	Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus	NU-sjukvården	⬆️	58,2 %	≥65	🔴			⚪	⚪
Infektions-sjukdomar	Andel avlidna inom 90 dgr efter planerad operation för aortaaneurysm	NU-Trollhättan	⬇️	2,7 %			2,0	⚪	⚪	⚪
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	NU-sjukvården	⬇️	16,1 %	≤10	🔴				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	NU-sjukvården	⬆️	46,1 %	≥55	🔴			⚪	🔴
	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling	NU-Trollhättan	⬆️	90,3 %	≥95	🔴	93,8	⚪	⚪	⚪
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	NU-sjukvården	⬇️	5,4 %	<5,5	⚪			⚪	🔴
	Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor)	NU-Trollhättan	⬇️	9,2 %	≤7	🔴				
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning	NU-Trollhättan	⬇️	6,8 %	≤5,5	🔴	7,1	⚪	⚪	
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid icke instrumentell vaginal förlossning	NU-Trollhättan	⬇️	2,1 %	<5	🟢				

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått mål	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Kvinnosjukdomar och förlossning (fort)	Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning som avslutats med sugklocka eller tång	NU-Trollhättan	⬇	6,2 %	≤8,7	●				
	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	NU-Trollhättan	⬇	5,2 %	<5	●			●	
	Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter adnexoperation (äggledare och äggstockar)	NU-Trollhättan	⬆	58,8 %			56,0	●	●	●
	Andelen patienter som 2 mån efter hysterektomi varit komplikationsfria och utan oväntade besvär	NU-Trollhättan	⬆	51,1 %			49,8	●	●	●
	Hysterektomi med minimalinvasiv teknik	NU-Trollhättan	⬆	64,2 %			49,5	●	●	●
	Oönskade händelser efter hysterektomi	NU-sjukvården	⬇	1,9 %			2,6	●	●	
	Andel kvinnor som i enkät ett år efter operation för urininkontinens anger att de är kontinenta	NU-Trollhättan	⬆	78,3 %	≥75	●	69,0	●	●	●
	Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två mån efter inkontinensoperation	NU-Trollhättan	⬆	63,3 %			64,4	●	●	●
	Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	NU-Trollhättan	⬆	52,6 %			55,6	●	●	●
	Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	NU-Trollhättan	⬆	41,9 %			70,5	●	●	●
	Andel standardpatienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	NU-Trollhättan	⬆	32,4 %			55,9	●	●	●
	Andel standardpatienter som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	NU-Trollhättan	⬆	52,9 %			72,0	●	●	●
Lung- och allergisjukdomar	Andel personer som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT	NU-Trollhättan	⬆	97,0 %	≥95	●			●	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	NU-sjukvården	⬆	36,2 %	≥70	●				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	NU-sjukvården	⬇	19,7 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	"	NU-Trollhättan	⬇	23,1 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	"	NU-Uddevalla	⬇	7,0 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	NU-Trollhättan	⬇	5,2 %			6,6	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	NU-Trollhättan	⬇	3,8 %			3,6	●	●	●
	"	NU-Uddevalla	⬇	4,7 %			3,6	●	●	
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	NU-Trollhättan	⬆	91,2 %			89,4	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måtal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Mag- och tarmsjukdomar (fort)	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	NU-Trollhättan	Ⓜ	96,9 %			96,8	●	●	●
	"	NU-Uddevalla	Ⓜ	97,7 %			96,8	●	●	●
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	NU-sjukvården	Ⓜ	95,7 %	≥90	●	87,0	●		
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	NU-Trollhättan	Ⓜ	91,7 %	≥90	●	87,0	●		
	"	NU-Uddevalla	Ⓜ	97,1 %	≥90	●	87,0	●		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	NU-sjukvården	Ⓜ	92,7 %	≥80	●			●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	NU-Trollhättan	Ⓜ	97,4 %	≥97	●	98,2	●	●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	NU-Uddevalla	Ⓜ	99,6 %	≥97	●	98,2	●	●	●
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	NU-Trollhättan	Ⓜ	71,0 %	≥80	●	68,3	●	●	●
	Andel RR15-patienter 18-40 år med sjukdomsmodifierande behandling	NU-Trollhättan	Ⓜ	89,8 %	≥90	●	88,0	●	●	●
	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	NU-Trollhättan	Ⓜ	76,7 %	≥80	●	79,3	●	●	●
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	NU-Trollhättan	Ⓜ	85,9 %			86,6	●	●	●
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	NU-Trollhättan	Ⓜ	50,9 %			58,0	●	●	●
	Andel strokepatienter som genomgått sväljttest efter ankomst till sjukhus	NU-Trollhättan	Ⓜ	86,6 %			87,6	●	●	●
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	NU-Trollhättan	Ⓜ	41,0 min	≤40	●	37,0			
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	NU-sjukvården	Ⓜ	80,3 %	≥80	●	78,8	●	●	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsbehandling	NU-sjukvården	Ⓜ	15,9 %	≥15	●	16,8	●	●	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	NU-sjukvården	Ⓜ	84,0 %	≥90	●	80,4	●	●	●
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	NU-sjukvården	Ⓜ	83,1 %	≥80	●			●	●
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	NU-sjukvården	Ⓜ	85,7 %	≥85	●			●	
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet	NU-sjukvården	Ⓜ	83,8 %	≥90	●	79,7	●	●	
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft	NU-Trollhättan	Ⓜ	64,3 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	NU-Trollhättan	Ⓜ	69,4 %	≥82	●	77,3	●	●	●
Psykisk hälsa	Andel ECT vid svår depression i slutenvård	NU-sjukvården	Ⓜ	31,9 %	≥40	●	37,5	●	●	●
	Andel ECT vid svår depression i öppenvård	NU-Trollhättan	Ⓜ	38,3 %	≥38	●			●	●
	Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium	NU-Trollhättan	Ⓜ	37,0 %	≥70	●			●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Psykisk hälsa (fort)	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån	NU-sjukvården	⬇	60,5 %	≤40	🔴	45,4	🔴	🔴	⬜
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)	NU-sjukvården	⬆	85,3 %	≥60	🟢	60,3	🟢	🟢	🟢
	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån	NU-sjukvården	⬆	89,9 %	≥90	⬜			⬜	⬜
	Andel patienter i rättspsykiatrisk öppen och/eller sluten vård med BMI över 30	NU-Trollhättan	⬇	36,8 %			43,5	⬜	⬜	⬜
	Andel patienter i slutenvård som återfallit i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk slutenvård	NU-Trollhättan	⬇	19,6 %			8,8	⬜	⬜	⬜
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	NU-sjukvården	⬆	59,8 %	≥75	🔴	65,4	🔴	🔴	⬜
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	NU-Trollhättan	⬆	66,1 %			68,3	⬜	🔴	🔴
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus	NU-Trollhättan	⬇	26,8 h			24,0	🔴	🔴	⬜
	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola. Enbart artrospatier	NU-Uddevalla	⬆	59,7 %			45,3	🟢	⬜	⬜
	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	NU-Trollhättan	⬆	96,7 %			96,5	⬜	⬜	🔴
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	NU-Uddevalla	⬆	96,6 %			95,2	⬜	⬜	⬜
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	NU-Uddevalla	⬇	2,3 %	≤2	⬜	2,2	⬜	⬜	⬜
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	NU-Trollhättan	⬆	96,7 %			96,1	⬜		
	"	NU-Uddevalla	⬆	100,0 %			96,1	🟢		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	NU-Uddevalla	⬆	83,7 %			82,1	⬜	⬜	🟢
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	NU-Uddevalla	⬇	1,3 rr			1,0	🔴	⬜	⬜

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Akutsjukvård	Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning	Sahlgrenska univ.sjkh	●	4,7 %	≤5	●			●	●
	"	SU-Mölndal	●	6,2 %	≤5	●			●	●
	"	SU-Sahlgrenska	●	3,6 %	≤5	●			●	●
	"	SU-Östra DBUS	●	5,6 %	≤5	●			●	●
	"	SU-Östra	●	3,7 %	≤5	●			●	●
	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	Sahlgrenska univ.sjkh	●	39,0 %	≥55	●			●	●
	"	SU-Mölndal	●	37,3 %	≥55	●			●	●
	"	SU-Sahlgrenska	●	35,5 %	≥55	●			●	●
	"	SU-Östra DBUS	●	38,6 %	≥55	●			●	●
	"	SU-Östra	●	45,7 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	SU-Mölndal	●	1,2 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska CIVA	●	2,9 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska NIVA	●	0,6 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska TIVA	●	2,8 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SU-Östra BIVA	●	3,8 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SU-Östra (infektion)	●	1,4 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SU-Östra	●	2,1 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR -standardized mortality ratio)	SU-Mölndal	●	1,16 idx			1,0			
	"	SU-Sahlgrenska CIVA	●	0,94 idx			0,98			
	"	SU-Sahlgrenska NIVA	●	0,83 idx			0,98			
	"	SU-Sahlgrenska TIVA	●	0,96 idx			0,98			
	"	SU-Östra (infektion)	●	0,99 idx			0,98			
	"	SU-Östra	●	0,99 idx			0,98			
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn ≤17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	SU-Östra	●	96,0 %	≥97	●	73,8	●	●	●
	Andel barn ≤17 år med astma med strukturerad patientutbildning senaste 5 år	SU-Östra	●	94,0 %	≥80	●	96,6	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Barn och ungdomars hälsa (fort)	Andel barn ≤17 år med astma, med AKT (astma kontroll test) >19 poäng senaste 15 mån	SU-Östra	⬆️	83,6 %	≥80	🟢	75,2	🟢		
	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dgr efter vård för astma/obstruktiv bronkit	SU-Östra	⬆️	3,4 %	≤3	🟡			🟡	🟡
	Andel barn 4-18 år med astma som bedöms med AKT (astma kontroll test)	SU-Östra	⬆️	92,0 %	≥95	🟡	84,9	🟢	🟡	🟡
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol	SU-Östra	⬆️	52,8 %	≥60	🔴	42,7	🟢	🟢	🟢
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c >70 mmol/mol	SU-Östra	⬆️	6,9 %	<10	🟢			🟢	🟢
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån	SU-Östra	⬆️	82,9 %	≥80	🟡	66,3	🟢	🟡	🟢
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån	SU-Östra	⬆️	75,0 %	≥80	🔴	54,9	🟢	🟡	
	Andel barn, 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån	SU-Östra	⬆️	77,1 %	≥80	🟡	70,9	🟢	🟡	🟡
	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dgr efter vård för gastroenterit	SU-Östra	⬆️	3,9 %	≤5	🟡			🟡	🟡
Cancersjukdomar	Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dgr från välgrundad misstanke om cancer. Gäller primärt opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos.	SU-Sahlgrenska	⬆️	10,5 %	≥80	🔴	39,4	🔴		
	Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK)	SU-Sahlgrenska	⬆️	99,8 %	≥95	🟢	98,2	🟢		
	Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dgr efter remissbeslut	Sahlgrenska univ.sjkh	⬆️	27,4 %	≥80	🔴	35,0	🔴		
	"	SU-Sahlgrenska	⬆️	29,5 %	≥80	🔴	35,0	🟡		
	"	SU-Östra	⬆️	16,7 %	≥80	🔴	35,0	🔴		
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	Sahlgrenska univ.sjkh	⬆️	63,6 %	≥75	🔴	54,7	🟢		
	"	SU-Sahlgrenska	⬆️	71,4 %	≥75	🟡	54,7	🟢		
	"	SU-Östra	⬆️	33,3 %	≥75	🔴	54,7	🔴		
	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	Sahlgrenska univ.sjkh	⬆️	22,0 %	≥80	🔴	48,6	🔴		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	Sahlgrenska univ.sjkh	⬆️	53,7 %	≥80	🔴	54,9	🟡		
	Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik)	SU-Sahlgrenska	⬆️	38,3 %	≥80	🔴	48,0	🔴		
	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	SU-Sahlgrenska	⬆️	8,5 %	≥80	🔴	10,0	🟡		
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	SU-Sahlgrenska	⬆️	34,5 %	≥80	🔴	39,5	🟡		

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Cancersjukdomar (fort)	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dgr efter datum för behandlingsbeslut	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	43,2 %	≥80	●	44,9	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	26,2 %	≥80	●	28,6	●		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	81,4 %	≥80	●	78,1	●		
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	6,7 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	SU-Östra	Ⓜ	23,8 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	16,9 %	≥80	●	16,3	●		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	69,4 %	≥75	●	55,4	●		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	59,5 %	≥50	●	78,9	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	80,9 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	"	SU-Mölndal	Ⓜ	90,4 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	76,4 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	82,9 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	14,2 %	<20	●	17,7	●	●	●
	"	SU-Mölndal	Ⓜ	12,2 %	<20	●	17,7	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	15,4 %	<20	●	17,7	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	13,2 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	81,6 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	"	SU-Mölndal	Ⓜ	95,9 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	73,6 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	86,3 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	70,1 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	"	SU-Mölndal	Ⓜ	73,2 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	68,2 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	71,7 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	SU-Mölndal	Ⓜ	94,3 %	≥98	●	87,8	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Endokrina sjukdomar (fort)	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	91,9 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	93,9 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	SU-Möndal	Ⓜ	33,8 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	30,3 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	36,6 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	68,2 %			83,5	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	77,0 %			83,5	●	●	●
	Minskning av övervikt 2 år efter obesitaskirurgi	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	68,8 %			81,2	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	"	SU-Östra	Ⓜ	77,8 %			81,2	●	●	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	77,9 %	≥66	●			●	●
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	88,6 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	"	SU-Möndal	Ⓜ	75,6 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	91,3 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	88,6 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	77,3 %	≥85	●	84,2	●	●	●
	"	SU-Möndal	Ⓜ	50,9 %	≥85	●	84,2	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	89,8 %	≥85	●	84,2	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	70,6 %	≥85	●	84,2	●	●	●
	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	91,3 %	≥90	●	79,1	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	75,0 %	≥90	●	79,1	●	●	●
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SU-Möndal	Ⓜ	74,4 %	≥60	●	60,0	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	52,8 %	≥60	●	60,0	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	55,0 %	≥60	●	60,0	●	●	●
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SU-Möndal	Ⓜ	84,1 %	≥75	●	77,2	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	61,9 %	≥75	●	77,2	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	85,2 %	≥75	●	77,2	●	●	●
	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	58,3 %	≥75	●	57,8	●	●	●
	"	SU-Möndal	Ⓜ	57,9 %	≥75	●	57,8	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	58,1 %	≥75	●	57,8	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	58,6 %	≥75	●	57,8	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Hjärt- och kärlsjukdomar (fort)	Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus	Sahlgrenska univ.sjkh	⬆️	53,4 %	≥65	🔴			🟡	🟡
	Andel avlidna inom 90 dgr efter planerad operation för aortaaneurysm	Sahlgrenska univ.sjkh	🟡	1,1 %			2,0	🟡	🟡	🟡
	Andel opererade inom 14 dggr vid symtomgivande förträngning av halspulsådern	SU-Sahlgrenska	⬆️	65,6 %	≥80	🔴	80,8	🔴	🔴	🔴
Infektions-sjukdomar	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	Sahlgrenska univ.sjkh	🟡	15,9 %	≤10	🔴				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	Sahlgrenska univ.sjkh	⬆️	30,3 %	≥55	🔴			🟡	🔴
	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling	SU-Östra	⬆️	96,0 %	≥95	🟢	93,8	🟢	🟢	🟡
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	Sahlgrenska univ.sjkh	🟡	5,5 %	<5,5	🟡			🟢	🟢
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor)	SU-Östra	🟡	11,6 %	≤7	🔴				
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning	SU-Östra	🟡	8,5 %	≤5,5	🔴	7,1	🔴	🔴	
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid icke instrumentell vaginal förlossning	SU-Östra	🟡	1,3 %	<5	🟢				
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning som avslutats med sugklocka eller tång	SU-Östra	🟡	8,5 %	≤8,7	🟡				
	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	SU-Östra	🟡	3,4 %	<5	🟢			🟡	
	Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter adnexoperation (äggledare och äggstockar)	SU-Sahlgrenska	⬆️	58,5 %			56,0	🟡	🟡	🟡
	"	SU-Östra	⬆️	54,6 %			56,0	🟡	🟡	🟡
	Andelen patienter som 2 mån efter hysterektomi varit komplikationsfria och utan oväntade besvär	SU-Sahlgrenska	⬆️	50,0 %			49,8	🟡	🟡	🟡
	"	SU-Östra	⬆️	45,9 %			49,8	🟡	🟡	🟡
	Hysterektomi med minimalinvasiv teknik	SU-Sahlgrenska	⬆️	76,4 %			49,5	🟢	🟡	🟡
	"	SU-Östra	⬆️	84,0 %			49,5	🟢	🟡	🟢
	Oönskade händelser efter hysterektomi	Sahlgrenska univ.sjkh	🟡	3,4 %			2,6	🟡	🟡	
	Andel kvinnor som i enkät ett år efter operation för urininkontinens anger att de är kontinenta	SU-Östra	⬆️	72,9 %	≥75	🟡	69,0	🟡	🟡	🟡
	Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två mån efter inkontinensoperation	SU-Östra	⬆️	63,8 %			64,4	🟡	🟡	🟡
	Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	SU-Östra	⬆️	52,9 %			55,6	🟡	🟡	🟡
	Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	SU-Östra	⬆️	59,3 %			70,5	🔴	🟡	🟡

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- Uppnått tal måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Kvinnosjukdomar och förlossning (fort)	Andel standardpatienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	SU-Östra	Ⓜ	54,2 %		55,9	●	●	●
	Andel standardpatienter som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	SU-Östra	Ⓜ	61,1 %		72	●	●	●
Lung- och allergisjukdomar	Andel personer som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	99,6 %	≥95 ●			●	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	33,1 %	≥70 ●				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	Sahlgrenska univ.sjkh	●	30,9 %	≤12 ●	12,8	●	●	●
	"	SU-Östra	●	18,2 %	≤12 ●	12,8	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	SU-Sahlgrenska	●	9,0 %		6,6	●	●	●
	"	SU-Östra	●	13,5 %		6,6	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	SU-Sahlgrenska	●	18,2 %		3,6	●		●
	"	SU-Östra	●	6,5 %		3,6	●	●	●
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	86,2 %		89,4	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	96,5 %		89,4	●	●	●
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	84,9 %		96,8	●		
	"	SU-Östra	Ⓜ	98,7 %		96,8	●	●	●
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	79,2 %	≥90 ●	87,0	●		
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	55,6 %	≥91 ●	87,0	●		
	"	SU-Östra	Ⓜ	93,3 %	≥90 ●	87,0	●		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	4,5 %	≥80 ●			●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	95,0 %	≥97 ●	98,2	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	98,7 %	≥97 ●	98,2	●	●	●
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	84,2 %	≥80 ●	68,3	●	●	●
	Andel RR15-patienter 18-40 år med sjukdomsmodifierande behandling	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	85,9 %	≥90 ●	88,0	●	●	●
	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	SU-Mölndal	Ⓜ	85,2 %	≥80 ●	79,3	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	75,1 %	≥80 ●	79,3	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	80,8 %	≥80 ●	79,3	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Nervsystemets sjukdomar (fort)	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	SU-Möndal	Ⓜ	91,3 %			86,6	⦿	⦿	⦿
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	84,5 %			86,6	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Östra	Ⓜ	83,5 %			86,6	⦿	⦿	⦿
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	SU-Möndal	Ⓜ	52,7 %			58,0	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	46,7 %			58,0	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Östra	Ⓜ	57,3 %			58,0	⦿	⦿	⦿
	Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus	SU-Möndal	Ⓜ	94,8 %			87,6	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	97,9 %			87,6	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Östra	Ⓜ	88,3 %			87,6	⦿	⦿	⦿
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	25,0 min	≤40	⦿	37,0			
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	85,5 %	≥80	⦿	78,8	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Möndal	Ⓜ	77,6 %	≥80	⦿	78,8	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	92,1 %	≥80	⦿	78,8	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Östra	Ⓜ	82,5 %	≥80	⦿	78,8	⦿	⦿	⦿
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	87,8 %	≥90	⦿	80,4	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Möndal	Ⓜ	91,5 %	≥90	⦿	80,4	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	86,0 %	≥90	⦿	80,4	⦿	⦿	⦿
	"	SU-Östra	Ⓜ	88,7 %	≥90	⦿	80,4	⦿	⦿	⦿
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	86,1 %	≥80	⦿			⦿	⦿
	"	SU-Möndal	Ⓜ	85,7 %	≥80	⦿			⦿	⦿
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	87,2 %	≥80	⦿			⦿	⦿
	"	SU-Östra	Ⓜ	84,5 %	≥80	⦿			⦿	⦿
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	84,2 %	≥85	⦿			⦿	
	"	SU-Möndal	Ⓜ	81,8 %	≥85	⦿			⦿	
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	84,4 %	≥85	⦿			⦿	
	"	SU-Östra	Ⓜ	85,9 %	≥85	⦿			⦿	
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	90,6 %	≥90	⦿	79,7	⦿	⦿	
	"	SU-Möndal	Ⓜ	93,1 %	≥90	⦿	79,7	⦿	⦿	
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	87,7 %	≥90	⦿	79,7	⦿	⦿	
	"	SU-Östra	Ⓜ	91,9 %	≥90	⦿	79,7	⦿	⦿	

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	51,7 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	"	SU-Mölnadal	Ⓜ	56,6 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	41,8 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	55,0 %	≥72	●	69,0	●	●	●
	Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	67,3 %	≥82	●	77,3	●	●	●
	"	SU-Mölnadal	Ⓜ	63,8 %	≥82	●	77,3	●	●	●
	"	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	58,8 %	≥82	●	77,3	●	●	●
	"	SU-Östra	Ⓜ	85,0 %	≥82	●	77,3	●	●	●
Psykisk hälsa	Andel ECT vid svår depression i slutenvård	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	32,0 %	≥40	●	37,5	●	●	●
	Andel ECT vid svår depression i öppenvård	SU-Sahlgrenska	Ⓜ	18,3 %	>=38	●			●	
	"	SU-Östra	Ⓜ	23,4 %	>=38	●			●	●
	Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	47,2 %	≥70	●			●	●
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	49,8 %	≤40	●	45,4	●	●	●
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	56,7 %	≥60	●	60,3	●	●	●
	Andel patienter i rättspsykiatrisk öppen och/eller sluten vård med BMI över 30	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	35,9 %			43,5	●	●	●
	Andel patienter i slutenvård som återfallit i brottslig gärning vid rättspsykiatrisk slutenvård	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	5,1 %			8,8	●	●	●
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	Sahlgrenska univ.sjkh	Ⓜ	47,6 %	≥75	●	65,4	●	●	●
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	SU-Mölnadal	Ⓜ	66,9 %			68,3	●	●	●
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus	SU-Mölnadal	Ⓜ	28,7 h			24,0	●	●	●
	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola. Enbart artrospatienter	SU-Mölnadal	Ⓜ	44,7 %			45,3	●	●	●
	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	SU-Mölnadal	Ⓜ	99,6 %			96,5	●	●	●
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	SU-Mölnadal	Ⓜ	94,4 %			95,2	●	●	
	"	SU-Östra	Ⓜ	95,8 %			95,2	●	●	●
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	SU-Mölnadal	Ⓜ	2,7 %	≤2	●	2,2	●	●	●
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	SU-Mölnadal	Ⓜ	99,6 %			96,1	●		
		SU-Sahlgrenska	Ⓜ	100,0 %			96,1	●		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	SU-Mölnadal	Ⓜ	85,9 %			82,1	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- Uppnått tal måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Rörelseorganens sjukdomar (fort)	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	SU-Mölndal	L	1,2 rr		1,0	●	●	●
	"	SU-Östra	L	1,2 rr		1,0	●	●	●
	Andel patienter med bensmärta före operation som anger att bensmärtan är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbråck i ländryggen	SU-Sahlgrenska	H	72,7 %	≥80 ●	76,6	●	●	●
	Andel patienter med bensmärta före operation som anger att bensmärtan är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för spinal stenosis i ländryggen (såväl central som lateral stenosis)	SU-Sahlgrenska	H	47,9 %		56,9	●	●	●
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	SU-Mölndal	H	86,2 %		91,4	●	●	
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	SU-Mölndal	H	96,7 %	≥90 ●	92,9	●	●	

Sjukhusen i väster: Alingsås lasarett

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2 år
Akutsjukvård	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	⬆️	49,6 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	⬇️	0,9 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR - standardized mortality ratio)	⬇️	1,0 idx			1,0			
Cancersjukdomar	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	⬆️	54,5 %	≥75	●	54,7	●		
	Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ONH-klinik)	⬆️	33,3 %	≥80	●	48,0	●		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	⬆️	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	⬆️	88,9 %	≥80	●	78,1	●		
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	⬆️	23,6 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	⬆️	50,0 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	⬆️	50,0 %	≥75	●	55,4	●		
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	⬆️	40,9 %	≥80	●	16,3	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	⬆️	76,9 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	⬇️	14,8 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	⬆️	71,9 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	⬆️	58,2 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	⬆️	90,1 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	⬆️	36,6 %	≥60	●	26,6	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	⬆️	78,1 %	≥66	●			●	●
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	⬆️	92,3 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	⬆️	50,0 %	≥85	●	84,2	●	●	●
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	⬆️	46,3 %	≥60	●	60,0	●	●	●
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	⬆️	58,8 %	≥75	●	77,2	●	●	●

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	Ⓜ	52,0 %	≥75	🔴	57,8	⚫	🟢	
	Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus	Ⓜ	53,1 %	≥65	🔴			⚫	⚫
Infektionssjukdomar	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	Ⓛ	11,4 %	≤10	⚫				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	Ⓜ	52,7 %	≥55	🔴			⚫	🔴
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	Ⓛ	4,8 %	<5,5	🟢			🔴	⚫
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	Ⓜ	24,2 %	≥70	🔴				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	Ⓛ	22,8 %	≤12	🔴	12,8	⚫	⚫	🔴
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	Ⓛ	13,0 %			6,6	⚫	⚫	⚫
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	Ⓛ	8,9 %			3,6	⚫	⚫	⚫
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	Ⓜ	82,6 %			89,4	⚫	⚫	⚫
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	Ⓜ	97,5 %			96,8	⚫	⚫	⚫
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	Ⓜ	100,0 %	≥90	🟢	87,0	🟢		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	Ⓜ	71,7 %	≥80	⚫			⚫	⚫
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopererats inom 5 år	Ⓜ	98,0 %	≥97	⚫	98,2	⚫	⚫	⚫
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	Ⓜ	83,2 %	≥80	⚫	79,3	⚫	⚫	⚫
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	Ⓜ	91,8 %			86,6	⚫	⚫	⚫
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	Ⓜ	68,3 %			58,0	🟢	⚫	⚫
	Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus	Ⓜ	100,0 %			87,6	🟢	⚫	⚫
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	Ⓛ	32,0 min	≤40	🟢	37,0			
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	Ⓜ	97,6 %	≥80	🟢	78,8	🟢	🟢	⚫
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsbehandling	Ⓜ	19,1 %	≥15	🟢	16,8	⚫	⚫	🟢
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	Ⓜ	90,1 %	≥90	⚫	80,4	🟢	⚫	⚫
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	Ⓜ	81,3 %	≥80	⚫			⚫	🔴
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	Ⓜ	94,0 %	≥85	🟢			⚫	
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhets	Ⓜ	93,5 %	≥90	🟢	79,7	🟢	⚫	
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	Ⓜ	83,3 %	≥75	⚫	65,4	🟢	⚫	🟢
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	Ⓜ	74,2 %			68,3	⚫	⚫	⚫
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus	Ⓛ	17,7 h			24,0	🟢	⚫	🟢

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Rörelseorganens sjukdomar	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola. Enbart artrospatienter	H	70,9 %			45,3	●	●	●
(fort)	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	H	91,0 %			96,5	●	●	●
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	H	94,7 %			95,2	●	●	●
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	L	1,6 %	≤2	●	2,2	●	●	●
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	H	84,8 %			96,1	●		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	H	69,3 %			82,1	●	●	
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	L	0,4 rr			1,0	●	●	●

Sjukhusen i väster: Angered's Närsjukhus

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	⬆️	78,0 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	⬇️	19,5 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	⬆️	88,7 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	⬆️	75,0 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	⬆️	95,8 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	⬆️	32,5 %	≥60	●	26,6	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	⬆️	76,1 %	≥66	●			●	●
Infektions-sjukdomar	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	⬇️	8,8 %	≤10	●				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	⬆️	21,2 %	≥55	●			●	
Lung- och allergisjukdomar	Andel personer som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT	⬆️	92,7 %	≥95	●			●	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljunskbråcksoperation	⬆️	80,0 %	≥90	●	87,0	●		
	Andel planerade ljunskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	⬆️	100,0 %	≥80	●			●	●
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	⬆️	40,0 %	≥80	●	68,3	●	●	●
	Andel RR15-patienter 18-40 år med sjukdomsmodifierande behandling	⬆️	100,0 %	≥90	●	88,0	●	●	●

Sjukhusen i väster: Frölunda specialistsjukhus

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2 år
Cancersjukdomar	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	Ⓜ	26,2 %	≥80	●	48,6	●		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	Ⓜ	53,8 %	≥80	●	54,9	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	Ⓜ	93,5 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	Ⓜ	15,6 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	Ⓜ	96,4 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	Ⓜ	66,5 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	Ⓜ	98,6 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	Ⓜ	37,3 %	≥60	●	26,6	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	Ⓜ	79,4 %	≥66	●			●	●
Infektions-sjukdomar	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	Ⓜ	3,8 %	≤10	●				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	Ⓜ	50,0 %	≥55	●			●	
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	Ⓜ	0,5 %	<5,5	●			●	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	Ⓜ	7,0 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	Ⓜ	0,9 %			3,6	●		
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	Ⓜ	100,0 %			96,8	●	●	●
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	Ⓜ	78,6 %	≥90	●	87,0	●		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	Ⓜ	83,3 %	≥80	●			●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopererats inom 5 år	Ⓜ	99,5 %	≥97	●	98,2	●	●	●
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	Ⓜ	93,8 %	≥80	●	68,3	●	●	●

Sjukhusen i väster: Kungälv's sjukhus

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Akutsjukvård	Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning	●	5,7 %	≤5	●			●	●
	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	●	36,8 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	●	2,4 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR -standardized mortality ratio)	●	1,0 idx			1,0			
Cancersjukdomar	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	●	41,7 %	≥75	●	54,7	●		
	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	●	25,0 %	≥80	●	48,6	●		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	●	33,3 %	≥80	●	54,9	●		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	●	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	●	60,0 %	≥80	●	78,1	●		
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	●	2,7 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	●	50,0 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	●	10,0 %	≥80	●	16,3	●		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	●	50,0 %	≥75	●	55,4	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	●	80,0 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	●	15,5 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	●	77,0 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	●	73,6 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	●	88,1 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	●	32,1 %	≥60	●	26,6	●	●	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	●	79,0 %	≥66	●			●	●
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	●	91,2 %	≥90	●	90,7	●	●	●
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	●	58,4 %	≥85	●	84,2	●	●	●

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Hjärt- och kärlsjukdomar (fort)	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid	⬆️	75,0 %	≥90	🔴	79,1	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	⬆️	74,8 %	≥60	🟢	60,0	🟢	⬜️	⬜️
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	⬆️	73,9 %	≥75	⬜️	77,2	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	⬆️	60,0 %	≥75	🔴	57,8	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus	⬆️	69,6 %	≥65	⬜️			⬜️	⬜️
Infektions-sjukdomar	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	⬇️	13,3 %	≤10	🔴				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	⬆️	48,7 %	≥55	🔴			🟢	🟢
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	⬇️	5,6 %	<5,5	⬜️			⬜️	🟢
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	⬆️	35,0 %	≥70	🔴				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	⬇️	11,3 %	≤12	⬜️	12,8	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	⬇️	5,4 %			6,6	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	⬇️	7,8 %			3,6	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	⬆️	89,2 %			89,4	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	⬆️	95,7 %			96,8	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	⬆️	91,2 %	≥90	⬜️	87,0	⬜️		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	⬆️	73,5 %	≥80	⬜️			⬜️	⬜️
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopererats inom 5 år	⬆️	96,9 %	≥97	⬜️	98,2	🔴	⬜️	⬜️
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	⬆️	82,1 %	≥80	⬜️	79,3	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	⬆️	94,3 %			86,6	🟢	⬜️	⬜️
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	⬆️	65,5 %			58,0	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus	⬆️	90,8 %			87,6	⬜️	⬜️	⬜️
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	⬇️	45,0 min	≤40	🔴	37,0			
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	⬆️	83,6 %	≥80	⬜️	78,8	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsbehandling	⬆️	15,8 %	≥15	⬜️	16,8	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	⬆️	89,0 %	≥90	⬜️	80,4	🟢	⬜️	⬜️
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	⬆️	83,6 %	≥80	🟢			⬜️	⬜️
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	⬆️	90,4 %	≥85	🟢		🟢	⬜️	

Programområde	Indikator	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Nervsystemets sjukdomar	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet	⬆️	89,9 %	≥90	⬜️	79,7	⬆️	⬜️	
Psykisk hälsa	Andel ECT vid svår depression i slutenvård	⬆️	32,0 %	≥40	⬜️	37,5	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel ECT vid svår depression i öppenvård	⬆️	37,7 %	≥38	⬜️			⬜️	⬜️
	Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium	⬆️	38,6 %	≥70	⬜️			⬜️	⬜️
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån	⬆️	42,6 %	≤40	⬜️	45,4	⬜️	⬜️	⬆️
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)	⬆️	55,3 %	≥60	⬜️	60,3	⬜️	⬜️	⬆️
	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån	⬆️	100,0 %	≥90	⬆️			⬆️	⬆️
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	⬆️	77,0 %	≥75	⬜️	65,4	⬆️	⬜️	⬜️
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	⬆️	68,0 %			68,3	⬜️	⬜️	⬜️
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus	⬆️	18,1 h			24,0	⬆️	⬜️	⬜️
	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola. Enbart artrospatienter	⬆️	49,0 %			45,3	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	⬆️	98,4 %			96,5	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	⬆️	97,7 %			95,2	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	⬆️	3,8 %	≤2	⬜️	2,2	⬜️	⬜️	⬜️
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	⬆️	98,4 %			96,1	⬜️		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	⬆️	80,4 %			82,1	⬜️	⬜️	⬜️
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	⬆️	2,2 rr			1,0	⬜️	⬜️	⬜️

Skaraborgs Sjukhus

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Akutsjukvård	Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning	Skaraborgs Sjk	●	6,3 %	≤5	●			●	●
	"	SkaS-Lidköping	●	6,3 %	≤5	●			●	●
	"	SkaS-Skövde	●	6,3 %	≤5	●			●	●
	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	Skaraborgs Sjk	●	49,8 %	≥55	●			●	●
	"	SkaS-Lidköping	●	48,8 %	≥55	●			●	●
	"	SkaS-Skövde	●	50,2 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	SkaS-Lidköping	●	3,1 %	<3	●	2,5	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	●	3,2 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR -standardized mortality ratio)	SkaS-Lidköping	●	1,5 idx			1,0			
	"	SkaS-Skövde	●	1,2 idx			1,0			
Barn och ungdomars hälsa	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i slutenvård inom 7 dgr efter vård för astma/obstruktiv bronkit	Skaraborgs Sjk	●	1,9 %	≤3	●			●	●
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol	Skaraborgs Sjk	●	38,3 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	●	38,6 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	●	38,2 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c >70 mmol/mol	Skaraborgs Sjk	●	7,5 %	<10	●			●	●
	"	SkaS-Lidköping	●	2,9 %	<10	●			●	●
	"	SkaS-Skövde	●	9,9 %	<10	●			●	●
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån	SkaS-Lidköping	●	92,6 %	≥80	●	66,3	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	●	74,0 %	≥80	●	66,3	●	●	●
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån	SkaS-Lidköping	●	63,0 %	≥80	●	54,9	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	●	46,9 %	≥80	●	54,9	●	●	●
	Andel barn, 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån	SkaS-Lidköping	●	71,7 %	≥80	●	70,9	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	●	61,5 %	≥80	●	70,9	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Måltal	Uppnått måltal	Riksvärde	Riksjmf	Jmf 1 år	Jmf 2 år
Barn och ungdomars hälsa	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i slutenvård inom 7 dgr efter vård för gastroenterit	Skaraborgs Sjukhus	⬇️	5,6 %	≤5	⬛			⬛	
Cancersjukdomar	Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dgr från välgrundad misstanke om cancer. Gäller primärt opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos.	Skaraborgs Sjukhus	⬆️	20,1 %	≥80	🔴	39,4	🔴		
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	38,5 %	≥80	🔴	39,4	⬛		
	"	SkaS-Skövde	⬆️	6,6 %	≥80	🔴	39,4	🔴		
	Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK)	Skaraborgs Sjukhus	⬆️	90,8 %	≥95	🔴	98,2	🔴		
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	87,2 %	≥95	🔴	98,2	🔴		
	"	SkaS-Skövde	⬆️	93,5 %	≥95	⬛	98,2	🔴		
	Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dgr efter remissbeslut	Skaraborgs Sjukhus	⬆️	50,0 %	≥80	🔴	35,0	⬛		
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	66,7 %	≥80	⬛	35,0	🟢		
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	Skaraborgs Sjukhus	⬆️	63,2 %	≥75	🔴	54,7	🟢		
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	66,7 %	≥75	⬛	54,7	🟢		
	"	SkaS-Skövde	⬆️	61,1 %	≥75	🔴	54,7	⬛		
	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	Skaraborgs Sjukhus	⬆️	21,3 %	≥80	🔴	48,6	🔴		
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	25,0 %	≥80	🔴	48,6	🔴		
	"	SkaS-Skövde	⬆️	21,8 %	≥80	🔴	48,6	🔴		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	Skaraborgs Sjukhus	⬆️	63,8 %	≥80	🔴	54,9	🟢		
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	75,0 %	≥80	⬛	54,9	⬛		
	"	SkaS-Skövde	⬆️	64,8 %	≥80	🔴	54,9	🟢		
	Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik)	SkaS-Skövde	⬆️	38,5 %	≥80	🔴	48,0	⬛		
	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	SkaS-Skövde	⬆️	3,0 %	≥80	🔴	10,0	🔴		
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	SkaS-Skövde	⬆️	46,9 %	≥80	🔴	39,5	🟢		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dgr efter datum för behandlingsbeslut	SkaS-Skövde	⬆️	73,3 %	≥80	⬛	44,9	🟢		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss	SkaS-Skövde	⬆️	50,0 %	≥80	🔴	28,6	🟢		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	SkaS-Skövde	⬆️	100,0 %	≥95	⬛	96,6	⬛	⬛	⬛
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	SkaS-Skövde	⬆️	89,6 %	≥80	🟢	78,1	🟢		

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Cancersjukdomar (fort)	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	SkaS-Skövde	Ⓜ	2,2 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	Skaraborgs Sjk	Ⓜ	43,0 %	≥80	●	37,5	●	●	
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	83,0 %	≥80	●	37,5	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	21,6 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	SkaS-Skövde	Ⓜ	15,5 %	≥80	●	16,3	●		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	SkaS-Skövde	Ⓜ	61,1 %	≥75	●	55,4	●		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	SkaS-Skövde	Ⓜ	100,0 %	≥50	●	78,9	●		
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	Skaraborgs Sjk	Ⓜ	78,3 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	"	SkaS-Falköping	Ⓜ	84,1 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	82,2 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	74,9 %	≥90	●	74,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	Skaraborgs Sjk	Ⓜ	11,2 %	<20	●	17,7	●	●	●
	"	SkaS-Falköping	Ⓜ	9,9 %	<20	●	17,7	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	9,0 %	<20	●	17,7	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	12,6 %	<20	●	17,7	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	Skaraborgs Sjk	Ⓜ	79,2 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	"	SkaS-Falköping	Ⓜ	80,8 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	84,1 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	76,2 %	≥96	●	82,1	●	●	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	Skaraborgs Sjk	Ⓜ	61,3 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	"	SkaS-Falköping	Ⓜ	66,7 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	54,4 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	63,9 %	≥60	●	58,7	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	SkaS-Falköping	Ⓜ	91,2 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	88,4 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	85,6 %	≥98	●	87,8	●	●	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	SkaS-Falköping	Ⓜ	28,9 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	29,9 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	22,4 %	≥60	●	26,6	●	●	●
	Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi	SkaS-Skövde	Ⓜ	83,6 %			84,6	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Endokrina sjukdomar	Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi	SkaS-Skövde	⬆️	78,1 %			83,5	⬤	⬤	⬤
	Minskning av övervikt 2 år efter obesitaskirurgi	SkaS-Skövde	⬆️	78,8 %			81,2	⬤	⬤	⬤
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	Skaraborgs Sjkh	⬆️	79,4 %	≥66	🟢			🔴	⬤
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	Skaraborgs Sjkh	⬆️	90,4 %	≥90	⬤	90,7	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	80,0 %	≥90	🔴	90,7	🔴	🔴	🔴
	"	SkaS-Skövde	⬆️	94,5 %	≥90	🟢	90,7	🟢	🟢	🟢
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	Skaraborgs Sjkh	⬆️	88,2 %	≥85	🟢	84,2	🟢	🟢	🟢
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	82,4 %	≥85	⬤	84,2	⬤	🟢	⬤
	"	SkaS-Skövde	⬆️	90,1 %	≥85	🟢	84,2	🟢	🟢	🟢
	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling inom målsatt tid	SkaS-Skövde	⬆️	92,7 %	≥90	⬤	79,1	🟢	⬤	⬤
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SkaS-Lidköping	⬆️	53,4 %	≥60	⬤	60,0	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	⬆️	53,3 %	≥60	⬤	60,0	⬤	⬤	⬤
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SkaS-Lidköping	⬆️	74,1 %	≥75	⬤	77,2	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	⬆️	68,2 %	≥75	⬤	77,2	⬤	⬤	⬤
	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	Skaraborgs Sjkh	⬆️	54,5 %	≥75	🔴	57,8	⬤	🟢	
	"	SkaS-Lidköping	⬆️	78,6 %	≥75	⬤	57,8	🟢	🟢	
	"	SkaS-Skövde	⬆️	43,3 %	≥75	🔴	57,8	🔴	🟢	
Infektions- sjukdomar	Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - spec vård/sjh), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus	Skaraborgs Sjkh	⬆️	55,3 %	≥65	🔴			⬤	⬤
	Andel avlidna inom 90 dgr efter planerad operation för aortaaneurysm	SkaS-Skövde	⬇️	3,2 %			2,0	⬤	⬤	⬤
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	Skaraborgs Sjkh	⬇️	18,4 %	≤10	🔴				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	Skaraborgs Sjkh	⬆️	43,1 %	≥55	🔴			🟢	🟢
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling	SkaS-Skövde	⬆️	97,2 %	≥95	🟢	93,8	🟢	🟢	⬤
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	Skaraborgs Sjkh	⬇️	5,6 %	<5,5	⬤			🔴	🔴
	Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor)	SkaS-Skövde	⬇️	10,8 %	≤7	🔴				
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning	SkaS-Skövde	⬇️	4,9 %	≤5,5	🟢	7,1	🟢	🟢	
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid icke instrumentell vaginal förlossning	SkaS-Skövde	⬇️	1,6 %	<5	🟢				
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning som avslutats med sugklocka eller tång	SkaS-Skövde	⬇️	4,3 %	≤8,7	🟢				

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Kvinnosjukdomar och förlossning (fort)	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	SkaS-Skövde	L	5,0 %	<5	●			●	
	Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter adnexoperation (äggledare och äggstockar)	SkaS-Lidköping	H	73,1 %			56,0	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	H	53,2 %			56,0	●	●	●
	Andelen patienter som 2 mån efter hysterektomi varit komplikationsfria och utan oväntade besvär	SkaS-Skövde	H	43,6 %			49,8	●	●	●
	Hysterektomi med minimalinvasiv teknik	SkaS-Skövde	H	38,5 %			49,5	●	●	●
	Oönskade händelser efter hysterektomi	Skaraborgs Sjukh	L	1,9 %		LÅG	2,6	●	●	●
	Andel kvinnor som i enkät ett år efter operation för urininkontinens anger att de är kontinenta	SkaS-Lidköping	H	63,3 %	≥75	●	69,0	●	●	●
	Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två mån efter inkontinensoperation	SkaS-Lidköping	H	66,7 %			64,4	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	H	69,6 %			64,4	●	●	●
	Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	SkaS-Lidköping	H	41,9 %			55,6	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	H	32,4 %			55,6	●	●	●
	Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	SkaS-Lidköping	H	58,3 %			70,5	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	H	70,0 %			70,5	●	●	●
	Andel standardpatienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	SkaS-Lidköping	H	40,0 %			55,9	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	H	32,3 %			55,9	●	●	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	Skaraborgs Sjukh	H	62,2 %	≥70	●				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	Skaraborgs Sjukh	L	11,3 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	"	SkaS-Falköping	L	5,7 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	L	10,0 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	L	18,0 %	≤12	●	12,8	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	SkaS-Lidköping	L	8,7 %			6,6	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	L	9,0 %			6,6	●	●	●
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	SkaS-Lidköping	L	5,0 %			3,6	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	L	4,9 %			3,6	●	●	●
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	SkaS-Lidköping	H	89,1 %			89,4	●	●	●
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	SkaS-Skövde	H	98,1 %			89,4	●	●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Mag- och tarmsjukdomar (fort)	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	SkaS-Falköping	Ⓜ	100,0 %			96,8	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	100,0 %			96,8	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	96,7 %			96,8	●	●	●
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	Skaraborgs Sjkh	Ⓜ	98,3 %	≥90	●	87,0	●		
	"	SkaS-Falköping	Ⓜ	100,0 %	≥90	●	87,0	●		
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	96,8 %	≥90	●	87,0	●		
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	100,0 %	≥90	●	87,0	●		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	Skaraborgs Sjkh	Ⓜ	99,7 %	≥80	●			●	●
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	SkaS-Falköping	Ⓜ	98,7 %	≥97	●	98,2	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	97,8 %	≥97	●	98,2	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	99,4 %	≥97	●	98,2	●	●	●
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	SkaS-Skövde	Ⓜ	91,2 %	≥80	●	68,3	●	●	●
	Andel RR15-patienter 18-40 år med sjukdomsmodifierande behandling	SkaS-Skövde	Ⓜ	82,0 %	≥90	●	88,0	●	●	●
	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	SkaS-Lidköping	Ⓜ	82,7 %	≥80	●	79,3	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	72,8 %	≥80	●	79,3	●	●	●
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	SkaS-Lidköping	Ⓜ	92,8 %			86,6	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	89,8 %			86,6	●	●	●
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	SkaS-Lidköping	Ⓜ	60,3 %			58,0	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	58,1 %			58,0	●	●	●
	Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus	SkaS-Lidköping	Ⓜ	100,0 %			87,6	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	94,7 %			87,6	●	●	●
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	SkaS-Lidköping	Ⓜ	28,0 min	≤40	●	37,0			
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	42,0 min	≤40	●	37,0			
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	SkaS-Skövde	Ⓜ	74,8 %	≥80	●	78,8	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	67,9 %	≥80	●	78,8	●	●	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsbehandling	SkaS-Skövde	Ⓜ	16,3 %	≥15	●	16,8	●	●	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	SkaS-Skövde	Ⓜ	82,3 %	≥90	●	80,4	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	92,8 %	≥90	●	80,4	●	●	●
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	SkaS-Skövde	Ⓜ	81,1 %	≥80	●			●	●

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Nervsystemets sjukdomar (fort)	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	SkaS-Skövde	Ⓜ	81,1 %	≥80	⬤			⬤	⬤
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	SkaS-Lidköping	Ⓜ	86,9 %	≥80	⬤			⬤	⬤
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	SkaS-Skövde	Ⓜ	89,1 %	≥85	⬤			⬤	
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	84,7 %	≥85	⬤			⬤	
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhets	SkaS-Skövde	Ⓜ	78,3 %	≥90	⬤	79,7	⬤	⬤	
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	94,4 %	≥90	⬤	79,7	⬤	⬤	
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft	SkaS-Skövde	Ⓜ	76,5 %	≥72	⬤	69,0	⬤	⬤	⬤
	Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	SkaS-Skövde	Ⓜ	76,5 %	≥82	⬤	77,3	⬤	⬤	⬤
Psykisk hälsa	Andel ECT vid svår depression i slutenvård	Skaraborgs Sjukh	Ⓜ	33,3 %	≥40	⬤	37,5	⬤	⬤	⬤
	Andel ECT vid svår depression i öppenvård	SkaS-Skövde	Ⓜ	58,9 %	≥38	⬤			⬤	⬤
	Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium	SkaS-Skövde	Ⓜ	36,2 %	≥70	⬤			⬤	⬤
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån	Skaraborgs Sjukh	Ⓜ	59,6 %	≤40	⬤	45,4	⬤	⬤	⬤
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)	Skaraborgs Sjukh	Ⓜ	80,0 %	≥60	⬤	60,3	⬤	⬤	⬤
	Andel patienter med psykosjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån	Skaraborgs Sjukh	Ⓜ	65,8 %	≥90	⬤			⬤	⬤
	Andel patienter i rättspsykiatrisk öppen och/eller slutna vård med BMI över 30	SkaS-Falköping	Ⓜ	55,6 %			43,5	⬤	⬤	⬤
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	Skaraborgs Sjukh	Ⓜ	44,9 %	≥75	⬤	65,4	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	47,8 %	≥75	⬤	65,4	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	43,7 %	≥75	⬤	65,4	⬤	⬤	⬤
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	SkaS-Lidköping	Ⓜ	73,6 %			68,3	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	66,7 %			68,3	⬤	⬤	⬤
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus	SkaS-Lidköping	Ⓜ	27,1 h			24,0	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	31,2 h			24,0	⬤	⬤	⬤
	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola. Enbart artrospatienter	SkaS-Lidköping	Ⓜ	48,7 %			45,3	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	34,8 %			45,3	⬤	⬤	⬤
	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	SkaS-Lidköping	Ⓜ	94,3 %			96,5	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	93,8 %			96,5	⬤	⬤	⬤
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	SkaS-Falköping	Ⓜ	97,4 %			95,2	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Lidköping	Ⓜ	95,7 %			95,2	⬤	⬤	⬤
	"	SkaS-Skövde	Ⓜ	95,0 %			95,2	⬤	⬤	⬤

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Rörelseorganens sjukdomar (fort)	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	SkaS-Lidköping	⬇	2,1 %	≤2	●	2,2	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	⬇	3,8 %	≤2	●	2,2	●	●	●
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	SkaS-Lidköping	⬆	91,6 %			96,1	●		
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	SkaS-Skövde	⬆	93,8 %			96,1	●		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	SkaS-Lidköping	⬆	90,0 %			82,1	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	⬆	89,7 %			82,1	●	●	●
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	SkaS-Falköping	⬇	0,9 rr			1,0	●	●	●
	"	SkaS-Lidköping	⬇	1,0 rr			1,0	●	●	●
	"	SkaS-Skövde	⬇	1,2 rr			1,0	●	●	●
	Andel patienter med bensmärta före operation som anger att bensmärtan är helt försvunnen eller mycket bättre 1 år efter operation för diskbräck i ländryggen	SkaS-Skövde	⬆	71,1 %	≥80	●	76,6	●	●	●
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	SkaS-Skövde	⬆	92,5 %			91,4	●	●	
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	SkaS-Skövde	⬆	88,0 %	≥90	●	92,9	●	●	

Södra Älvsborgs Sjukhus

- Det uppmätta aktuella värdet tangerar eller är statistisk signifikant bättre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet är statistisk signifikant sämre än det jämförande värdet
- Det uppmätta aktuella värdet går inte med statistisk säkerhet att skilja från det jämförande värdet

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Akutsjukvård	Andel oplanerade återbesök inom 72 h på akutmottagning	SÄS-Borås	●	5,1 %	≤5	●			●	●
	Andel patienter som blir bedömda eller undersökta av läkare inom 1 h efter ankomsten till akutmottagningen	SÄS-Borås	●	41,1 %	≥55	●			●	●
	Andel patienter som oplanerat återinskrivs på samma intensivvårdsavdelning inom 72 h	SÄS-Borås	●	3,0 %	<3	●	2,5	●	●	●
	Riskjusterad dödlighet inom 30 dgr efter ankomst till intensivvårdsavdelningen (SMR -standardized mortality ratio)	SÄS-Borås	●	1,0 idx			1,0			
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn ≤17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	SÄS-Borås	●	100,0 %	≥97	●	73,8	●	●	
	Andel barn ≤17 år med astma med strukturerad patientutbildning senaste 5 år	SÄS-Borås	●	100,0 %	≥80	●	96,6	●	●	
	Andel barn ≤17 år med astma, med AKT (astma kontroll test) >19 poäng senaste 15 mån	SÄS-Borås	●	78,0 %	≥80	●	75,2	●		
	Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dgr efter vård för astma/obstruktiv bronkit	SÄS-Borås	●	0,9 %	≤3	●			●	●
	Andel barn 4-18 år med astma som bedöms med AKT (astma kontroll test)	SÄS-Borås	●	79,0 %	≥100	●	84,9	●	●	
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c <52 mmol/mol	SÄS-Borås	●	46,8 %	≥60	●	42,7	●	●	●
	Andel barn < 18 år med typ 1 diabetes med HbA1c >70 mmol/mol	SÄS-Borås	●	4,1 %	<10	●			●	●
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort ögonundersökning senaste 24 mån	SÄS-Borås	●	64,3 %	≥80	●	66,3	●	●	●
	Andel barn 10-17 år, med typ 1-diabetes, som kontrollerat albumin i urin senaste 12 mån	SÄS-Borås	●	70,1 %	≥80	●	54,9	●	●	
	Andel barn, 10-17 år, med typ 1-diabetes, som gjort blodtrycksmätning senaste 12 mån	SÄS-Borås	●	66,2 %	≥80	●	70,9	●	●	●
Cancersjukdomar	Andel bröstcancerpatienter som opererats inom 28 dgr från välgrundad misstanke om cancer. Gäller primärt opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos.	SÄS-Borås	●	16,4 %	≥80	●	39,4	●		
	Andel bröstcancerpatienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens (MDK)	SÄS-Borås	●	90,0 %	≥95	●	98,2	●		
	Andel patienter med behandlingskrävande malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dgr efter remissbeslut	SÄS-Borås	●	25,0 %	≥80	●	35,0	●		
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnosticerats med kirurgisk biopsi	SÄS-Borås	●	54,3 %	≥75	●	54,7	●		

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Cancersjukdomar (fort)	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dgr från första besök	SÄS-Borås	Ⓜ	22,0 %	≥80	●	48,6	●		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dgr efter datum för operation	SÄS-Borås	Ⓜ	78,3 %	≥80	●	54,9	●		
	Andel patienter med diagnosticerad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats senast 18 dgr efter första besök vid öron-näsa-hals-klinik (ÖNH-klinik)	SÄS-Borås	Ⓜ	57,9 %	≥80	●	48,0	●		
	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart (kirurgi eller radioterapi) är senast 44 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	SÄS-Borås	Ⓜ	8,8 %	≥80	●	10,0	●		
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dgr efter datum då remiss skrevs till utredande klinik	SÄS-Borås	Ⓜ	26,3 %	≥80	●	39,5	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dgr efter datum för behandlingsbeslut	SÄS-Borås	Ⓜ	44,8 %	≥80	●	44,9	●		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 42 dgr efter utfärdande av remiss	SÄS-Borås	Ⓜ	27,3 %	≥80	●	28,6	●		
	Aktiv monitorering av män ≤75 år vid diagnos med prostatacancer av mkt lågrisk-typ	SÄS-Borås	Ⓜ	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	"	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	100,0 %	≥95	●	96,6	●	●	●
	Andel patienter med prostatacancer ≤80 år med hög risk som diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK)	SÄS-Borås	Ⓜ	73,7 %	≥80	●	78,1	●		
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	50,0 %	≥80	●	78,1	●		
	"	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	64,5 %	≥80	●	78,1	●		
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dgr efter datum för utförd prostatabiopsi	SÄS-Borås	Ⓜ	8,6 %	≥80	●	10,4	●		
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	13,0 %	≥80	●	10,4	●		
	"	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	9,8 %	≥80	●	10,4	●		
	Andel patienter med tjock- eller ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dgr efter datum för diagnos	SÄS-Borås	Ⓜ	30,6 %	≥80	●	37,5	●	●	
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion senast 13 dgr efter utfärdande av remiss	SÄS-Borås	Ⓜ	19,7 %	≥80	●	16,3	●		
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	25,0 %	≥80	●	16,3	●		
	"	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	20,0 %	≥80	●	16,3	●		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	SÄS-Borås	Ⓜ	66,7 %	≥75	●	55,4	●		
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	100,0 %	≥75	●	55,4	●		
	"	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	68,8 %	≥75	●	55,4	●		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	SÄS-Borås	Ⓜ	100,0 %	≥50	●	78,9	●		

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Endokrina sjukdomar	Andel typ 1 diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg	SÄS-Borås	Ⓜ	74,4 %	≥90	🔴	74,7	⚫	🔴	🔴
	Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c >70 mmol/mol	SÄS-Borås	🟡	17,0 %	<20	🟢	17,7	⚫	🟢	🟢
	Andel typ 1 diabetespatienter som genomgått fotundersökning senaste året	SÄS-Borås	Ⓜ	88,3 %	≥96	🔴	82,1	🟢	⚫	🟢
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L	SÄS-Borås	Ⓜ	56,0 %	≥60	🔴	58,7	🔴	⚫	⚫
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	SÄS-Borås	Ⓜ	89,6 %	≥98	🔴	87,8	⚫	⚫	⚫
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <52 mmol/mol	SÄS-Borås	Ⓜ	31,8 %	≥60	🔴	26,6	🟢	🟢	🟢
	Andel patienter som följs upp 1 år efter obesitaskirurgi	SÄS-Borås	Ⓜ	91,3 %			84,6	⚫	⚫	⚫
	Minskning av övervikt 1 år efter obesitaskirurgi	SÄS-Borås	Ⓜ	84,5 %			83,5	⚫	🟢	🟢
	Minskning av övervikt 2 år efter obesitaskirurgi	SÄS-Borås	Ⓜ	75,7 %			81,2	⚫	⚫	⚫
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	82,5 %	≥66	🟢			🔴	🔴
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt	SÄS-Borås	Ⓜ	93,6 %	≥90	🟢	90,7	🟢	⚫	⚫
	Andel patienter <80 år som kranskärlsröntgas inom 72 h vid icke-ST-höjningsinfarkt	SÄS-Borås	Ⓜ	82,9 %	≥85	🔴	84,2	⚫	🟢	🟢
	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som får reperusionsbehandling inom målsatt tid	SÄS-Borås	Ⓜ	69,8 %	≥90	🔴	79,1	⚫	⚫	⚫
	Andel patienter som nått mål för LDL-kolesterol (< 1,8 mmol/L) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SÄS-Borås	Ⓜ	59,5 %	≥60	⚫	60,0	⚫	⚫	🟢
	Andel patienter som nått mål för systoliskt blodtryck (< 140 mmHg) 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SÄS-Borås	Ⓜ	76,2 %	≥75	⚫	77,2	⚫	⚫	⚫
	Andel patienter, <80 år, som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka 12-14 mån efter hjärtinfarkt	SÄS-Borås	Ⓜ	50,0 %	≥75	🔴	57,8	🔴	⚫	
	Andel patienter med hjärtsvikt som huvuddiagnos (I50 - specialiserad vård), och som hämtat ut RAAS-hämmare och betablockerare inom 6 mån från utskrivning från sjukhus	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	58,6 %	≥65	🔴			⚫	⚫
	Andel avlidna inom 90 dagar efter planerad operation för aortaaneurysm	SÄS-Borås	🟡	1,4 %			2,0	⚫	⚫	⚫
Infektions-sjukdomar	Andel opererade inom 14 dggr vid symtomgivande förträngning av halspulsådern	SÄS-Borås	Ⓜ	89,5 %	≥80	🟢	80,8	⚫	🔴	⚫
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	Södra Älvsborgs Sjukh	🟡	12,2 %	≤10	🔴				
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	Södra Älvsborgs Sjukh	Ⓜ	61,6 %	≥55	🟢			🟢	🟢
	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling	SÄS-Borås	Ⓜ	93,8 %	≥95	⚫	93,8	⚫	⚫	⚫
	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	Södra Älvsborgs Sjukh	🟡	5,8 %	<5,5	🔴			⚫	🟢

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål-tal	Uppnått måltal	Riks-värde	Riks-jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt enligt Robson 1 eller 2b (förstföderskor)	SÄS-Borås	⬇️	11,9 %	≤7	🔴				
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning	SÄS-Borås	⬇️	6,7 %	≤5,5	🔴	7,1	⬜	⬜	
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid icke instrumentell vaginal förlossning	SÄS-Borås	⬇️	1,4 %	<5	🟢				
	Andel perinealbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning som avslutats med sugklocka eller tång	SÄS-Borås	⬇️	8,5 %	≤8,7	⬜				
	Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	SÄS-Borås	⬇️	4,5 %	<5	⬜			⬜	
	Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter adnexoperation (äggledare och äggstockar)	SÄS-Borås	⬆️	58,2 %			56,0	⬜	⬜	⬜
	Andelen patienter som 2 mån efter hysterektomi varit komplikationsfria och utan oväntade besvär	SÄS-Borås	⬆️	46,2 %			49,8	⬜	⬜	⬜
	Hysterektomi med minimalinvasiv teknik	SÄS-Borås	⬆️	51,7 %			49,5	⬜	⬜	⬜
	Oönskade händelser efter hysterektomi	SÄS-Borås	⬇️	1,5 %		LÅG	2,6	⬜	⬜	⬜
	Andel kvinnor som i enkät ett år efter operation för urininkontinens anger att de är kontinenta	SÄS-Borås	⬆️	63,0 %	≥75	⬜	69,0	⬜	⬜	⬜
	Andel kvinnor som uppgav att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två mån efter inkontinensoperation	SÄS-Borås	⬆️	58,7 %			64,4	⬜	⬜	⬜
	Andel kvinnor som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	SÄS-Borås	⬆️	65,6 %			55,6	🟢	⬜	⬜
	Andel kvinnor som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	SÄS-Borås	⬆️	70,6 %			70,5	⬜	⬜	⬜
	Andel standardpatienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operation för livmoderframfall	SÄS-Borås	⬆️	65,9 %			55,9	⬜	⬜	⬜
	Andel standardpatienter som ett år efter operation av livmoderframfall (genital prolaps) anger att de aldrig eller nästan aldrig har några framfallssymtom	SÄS-Borås	⬆️	77,8 %			72,0	⬜	⬜	⬜
Lung- och allergisjukdomar	Andel personer som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT	SÄS-Borås	⬆️	98,4 %	≥95	🟢			🟢	🟢
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med cholecystit som opererats vid första vårdtillfället för cholecystit	SÄS-Borås	⬆️	25,8 %	≥70	🔴				
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagning av gallblåsa vid planerade operationer	SÄS-Borås	⬇️	32,7 %	≤12	🔴	12,8	🔴	⬜	⬜
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter borttagande av gallblåsa. Avser akut opererade	SÄS-Borås	⬇️	9,0 %			6,6	⬜	⬜	⬜
	Andel patienter som fått kirurgiska komplikationer inom 30 dgr efter elektiv galloperation	SÄS-Borås	⬇️	10,2 %			3,6	⬜	⬜	⬜
	"	SÄS-Skene	⬇️	2,3 %			3,6	⬜	⬜	⬜
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	SÄS-Borås	⬆️	92,1 %			89,4	⬜	⬜	⬜

Programområde	Indikator	Sjukhus	Rikt- ning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	SÄS-Borås	Ⓜ	98,0 %			96,8	⦿	⦿	⦿
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	100,0 %			96,8	⦿	⦿	⦿
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	SÄS-Borås	Ⓜ	75,0 %	≥90	🔴	87,0	🔴		
	"	SÄS-Skene	Ⓜ	100,0 %	≥90	🟢	87,0	🟢		
	"	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	90,0 %	≥90	⦿	87,0	⦿		
	Andel planerade ljumskbråcksoperationer som utförts i dagkirurgi	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	93,0 %	≥80	🟢			⦿	🟢
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte omopereras inom 5 år	SÄS-Borås	Ⓜ	96,5 %	≥97	⦿	98,2	⦿	⦿	⦿
		SÄS-Skene	Ⓜ	99,0 %	≥97	🟢	98,2	🟢	⦿	⦿
Nervsystemets sjukdomar	Andel MS-patienter 18-59 år som genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) de två senaste åren	SÄS-Borås	Ⓜ	17,3 %	≥80	🔴	68,3	🔴	🔴	🔴
	Andel RR15-patienter 18-40 år med sjukdomsmodifierande behandling	SÄS-Borås	Ⓜ	89,8 %	≥90	⦿	88,0	⦿	⦿	🟢
	Andel patienter med blodtryckssänkande behandling vid utskrivning från sjukhus efter stroke	SÄS-Borås	Ⓜ	80,6 %	≥80	⦿	79,3	⦿	⦿	⦿
	Andel patienter som 12 mån efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett	SÄS-Borås	Ⓜ	87,4 %			86,6	⦿	⦿	⦿
	Andel strokepatienter som 3 mån efter insjuknandet anger att behovet av hjälp och stöd är helt tillgodosett	SÄS-Borås	Ⓜ	57,5 %			58,0	⦿	⦿	⦿
	Andel strokepatienter som genomgått sväljtest efter ankomst till sjukhus	SÄS-Borås	Ⓜ	76,4 %			87,6	🔴	⦿	⦿
	Tid från ankomst till sjukhus till trombolysstart (door to needle time)	SÄS-Borås	Ⓛ	35,0 min	≤40	🟢	37,0			
	Andel patienter med ischemisk stroke och förmaksflimmer som efter insjuknandet behandlats med antikoagulantia i tablettform	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	88,1 %	≥80	🟢	78,8	🟢	🟢	⦿
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperusionsbehandling	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	18,0 %	≥15	🟢	16,8	⦿	⦿	⦿
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, intensivvårdsavdelning eller neurokirurgisk avdelning	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	85,4 %	≥90	🔴	80,4	🟢	⦿	🟢
	Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 mån efter insjuknandet	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	79,2 %	≥80	⦿			⦿	🔴
	Andel strokepatienter som vid 12 mån anger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter utskrivning	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	86,6 %	≥85	⦿			⦿	
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	92,6 %	≥90	🟢	79,7	🟢	🟢	
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel i hemodialys med AV-fistel eller AV-graft	SÄS-Borås	Ⓜ	68,2 %	≥72	🔴	69,0	⦿	🔴	⦿
	Andel i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	SÄS-Borås	Ⓜ	67,4 %	≥82	🔴	77,3	🔴	⦿	🟢
Psykisk hälsa	Andel ECT vid svår depression i slutenvård	Södra Älvsborgs Sjk	Ⓜ	20,7 %	≥40	🔴	37,5	🔴	⦿	⦿
	Andel ECT vid svår depression i öppenvård	SÄS-Borås	Ⓜ	58,1 %	≥38	🟢			⦿	⦿
	Andel individer med bipolär affektiv sjukdom som förskrivits litium	SÄS-Borås	Ⓜ	44,1 %	≥70	🔴			⦿	⦿

Programområde	Indikator	Sjukhus	Riktning	Värde	Mål- tal	Uppnått måltal	Riks- värde	Riks- jmf	Jmf 1 år	Jmf 2år
Psykisk hälsa	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 mån	Södra Älvsborgs Sjk	⬇️	43,7 %	≤40	🔴	45,4	⬇️	⬇️	🟢
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS)	Södra Älvsborgs Sjk	⬆️	75,0 %	≥60	🟢	60,3	🟢	⬇️	🟢
	Andel patienter med psykosjukdom som haft läkemedels-genomgång tillsammans med läkare senaste 12 mån	Södra Älvsborgs Sjk	⬆️	88,2 %	≥90	🔴			⬇️	🟢
Rörelseorganens sjukdomar	Andel patienter opererade inom 24 h vid höftfraktur	SÄS-Borås	⬆️	79,8 %	≥75	🟢	65,4	🟢	🟢	⬇️
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 mån efter operation av höftfraktur	SÄS-Borås	⬆️	83,9 %			68,3	🟢	⬇️	⬇️
	Genomsnittlig väntetid till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus	SÄS-Borås	⬇️	20,5 h			24,0	🟢	⬇️	⬇️
	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola. Enbart artrospatienter	SÄS-Borås	⬆️	32,1 %			45,3	⬇️	⬇️	⬇️
	"	SÄS-Skene	⬆️	45,0 %			45,3	⬇️	⬇️	⬇️
	Andel implantatöverlevnad för halvproteser 1 år efter höftprotesoperation	SÄS-Borås	⬆️	100,0 %			96,5	🟢	🟢	🟢
	Andel implantatöverlevnad för totala höftproteser 10 år efter höftprotesoperation	SÄS-Borås	⬆️	96,3 %			95,2	⬇️	⬇️	⬇️
	"	SÄS-Skene	⬆️	97,1 %			95,2	⬇️	⬇️	⬇️
	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation, exkl tumör- och frakturpatienter	SÄS-Borås	⬇️	1,9 %	≤2	⬇️	2,2	⬇️	⬇️	⬇️
	"	SÄS-Skene	⬇️	0,9 %	≤2	⬇️	2,2	⬇️	⬇️	⬇️
	Andel patienter med halvprotes som inte omopereras inom 6 mån efter höftprotesoperation	SÄS-Borås	⬆️	100,0 %			96,1	🟢		
	Andel tillfredsställda patienter 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	SÄS-Borås	⬆️	81,6 %			82,1	⬇️	⬇️	🟢
	"	SÄS-Skene	⬆️	84,8 %			82,1	⬇️	⬇️	⬇️
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	SÄS-Borås	⬇️	0,9 rr			1,0	🟢	⬇️	⬇️
	"	SÄS-Skene	⬇️	0,6 rr			1,0	🟢	🟢	⬇️