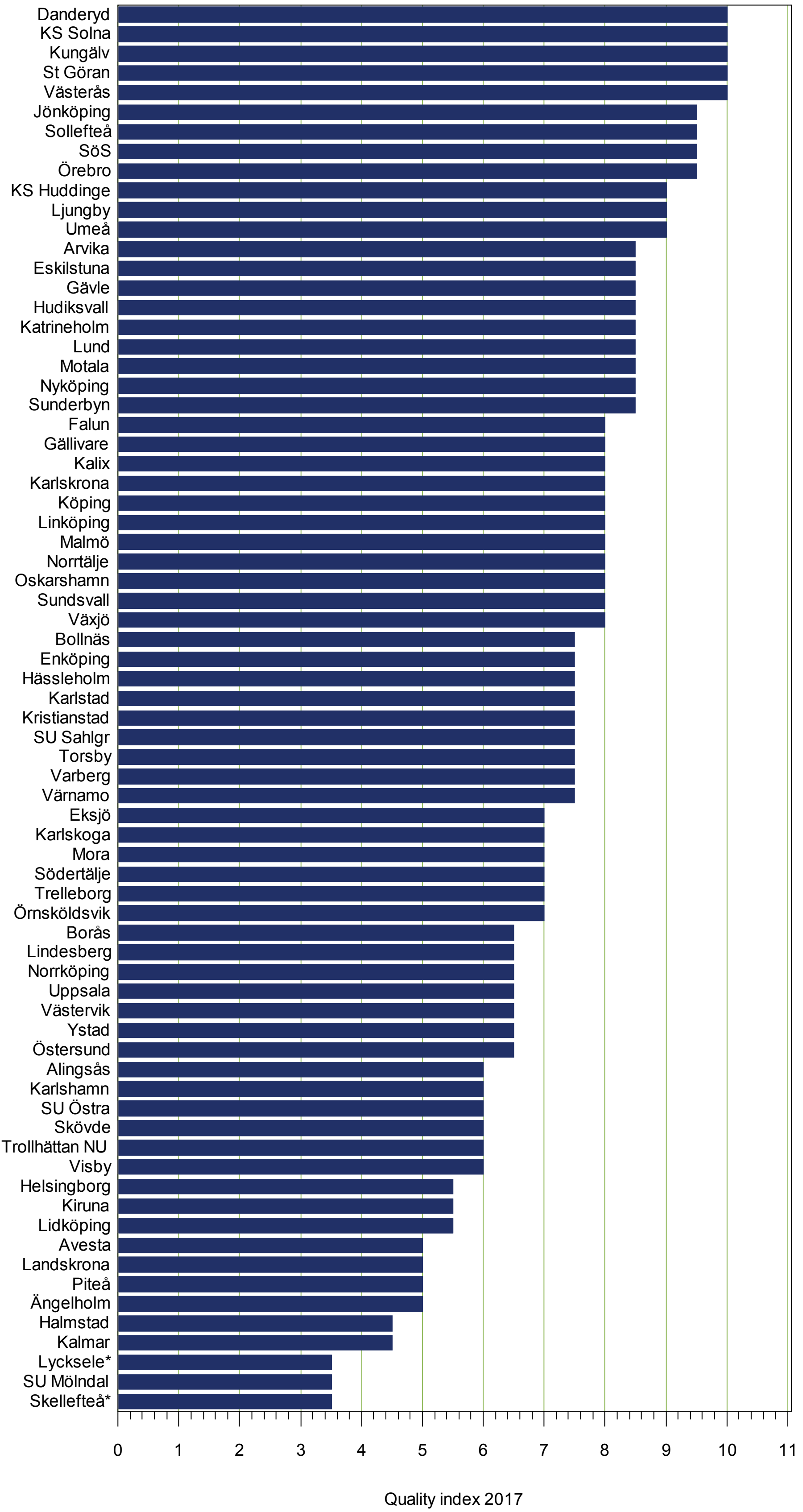


Figure K1. SWEDEHEART quality index in 2017 per hospital
with > 10 patients in the target group.
* The hospital has no or too few SEPHIA registrations to be able to obtain a full score

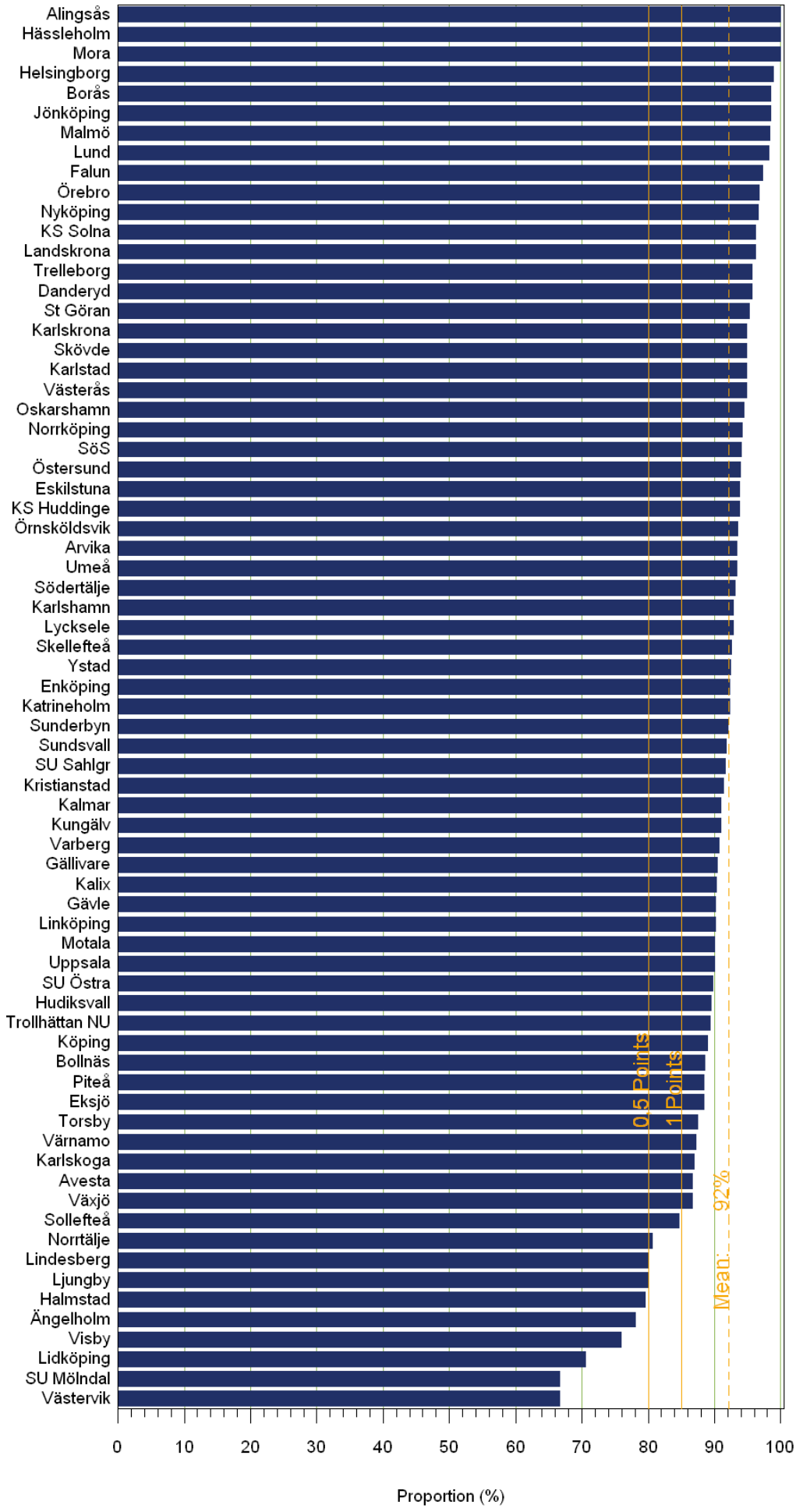


Figure 2aPerhus. Proportion of reperfusion treatment in STEMI patients <80 years, per hospital (the hospital's mean value is used in the SWEDEHEART quality index), 2017 SWEDEHEART quality index (0.5/1 points) see Table 1.

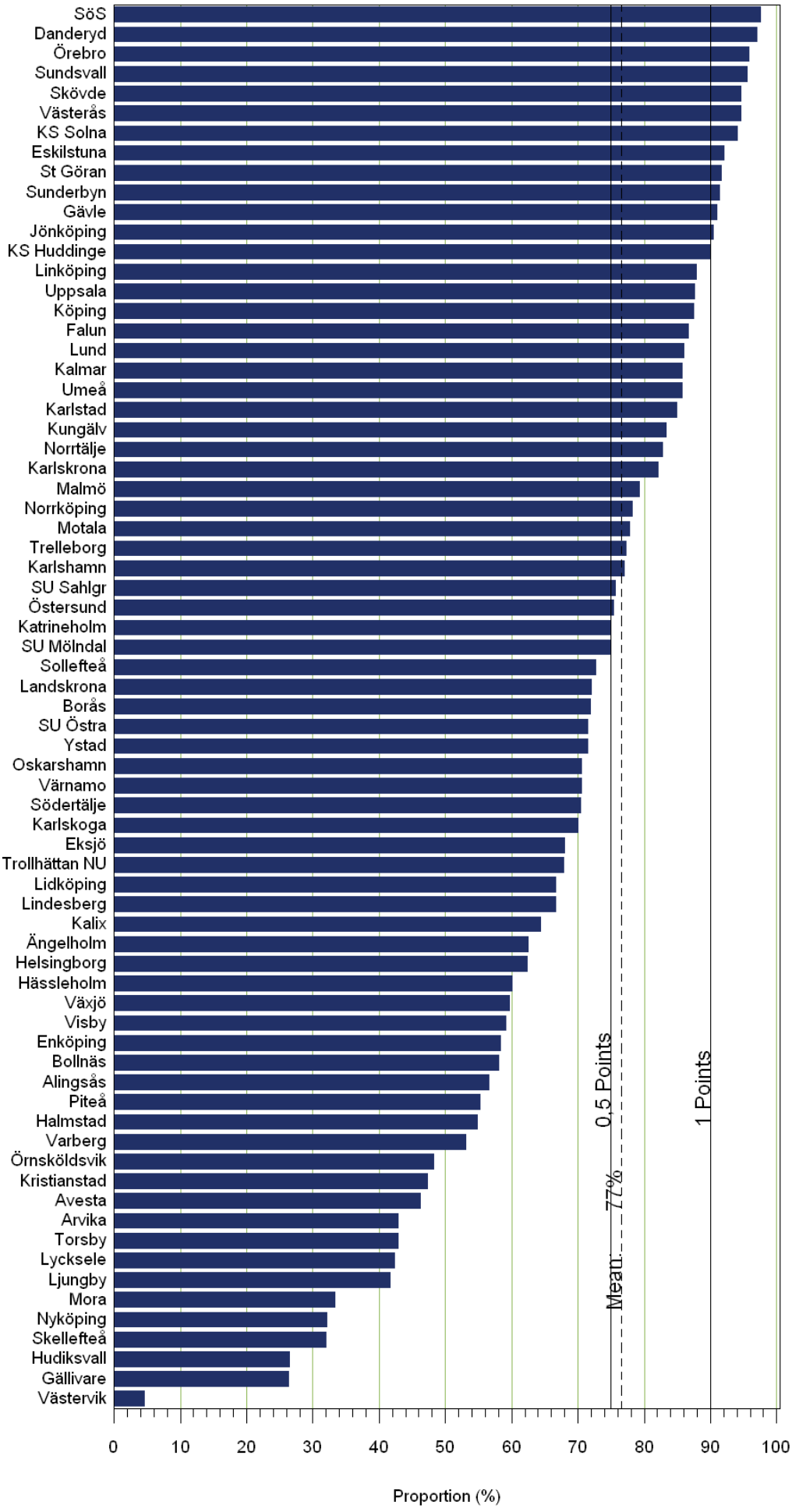


Figure 2bPerhus. Start of reperfusion treatment within recommended time (90 min for PCI, 30 min for thrombolysis) **from ECG in STEMI patients < 80 years, per hospital (the hospital's county council's** mean value is used in the SWEDEHEART quality index), 2017 SWEDEHEART quality index (0.5/1 points) see Table 1.

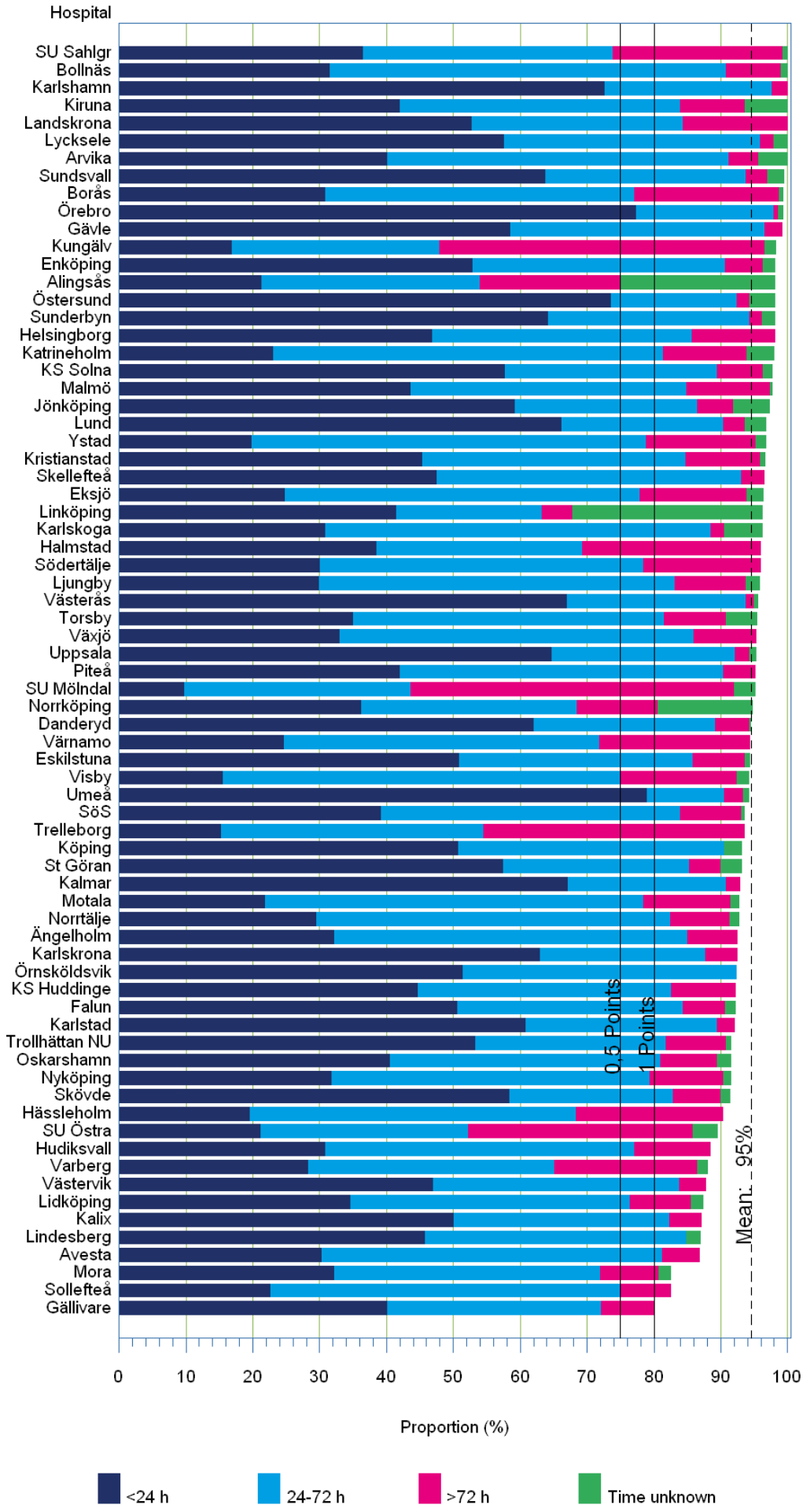


Figure 2c. Proportion of NSTEMI patients < 80 years undergoing angiography and time to examination, per hospital with > 10 patients, 2017. SWEDEHEART quality index (0.5/1 points) see Table 1.

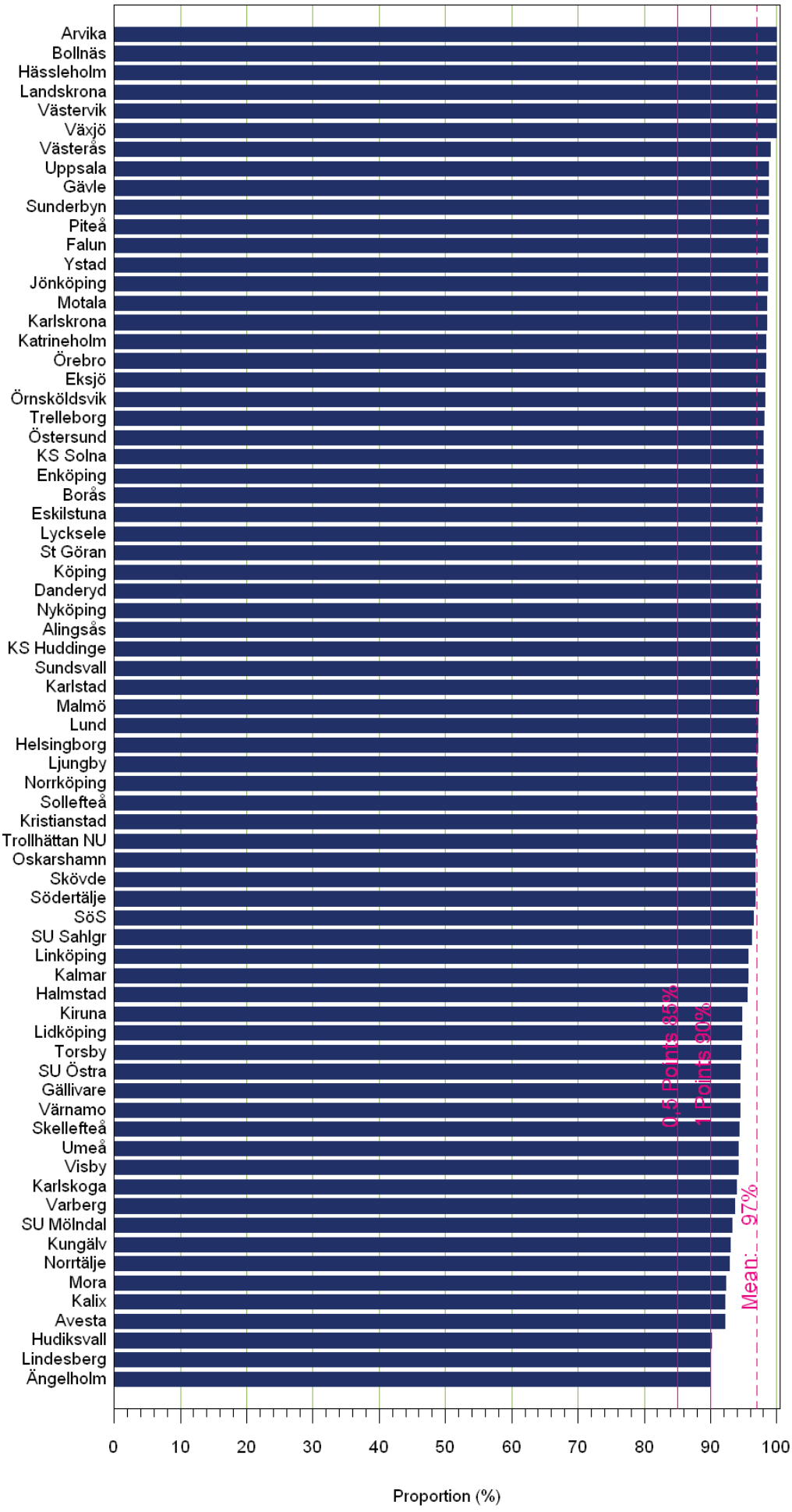


Figure 2f. Proportion of MI patients in the target group < 80 years receiving P2Y12 receptor blockers at discharge per discharging hospital with > 10 patients, 2017. SWEDEHEART quality index (0.5/1 points) see Table 1.

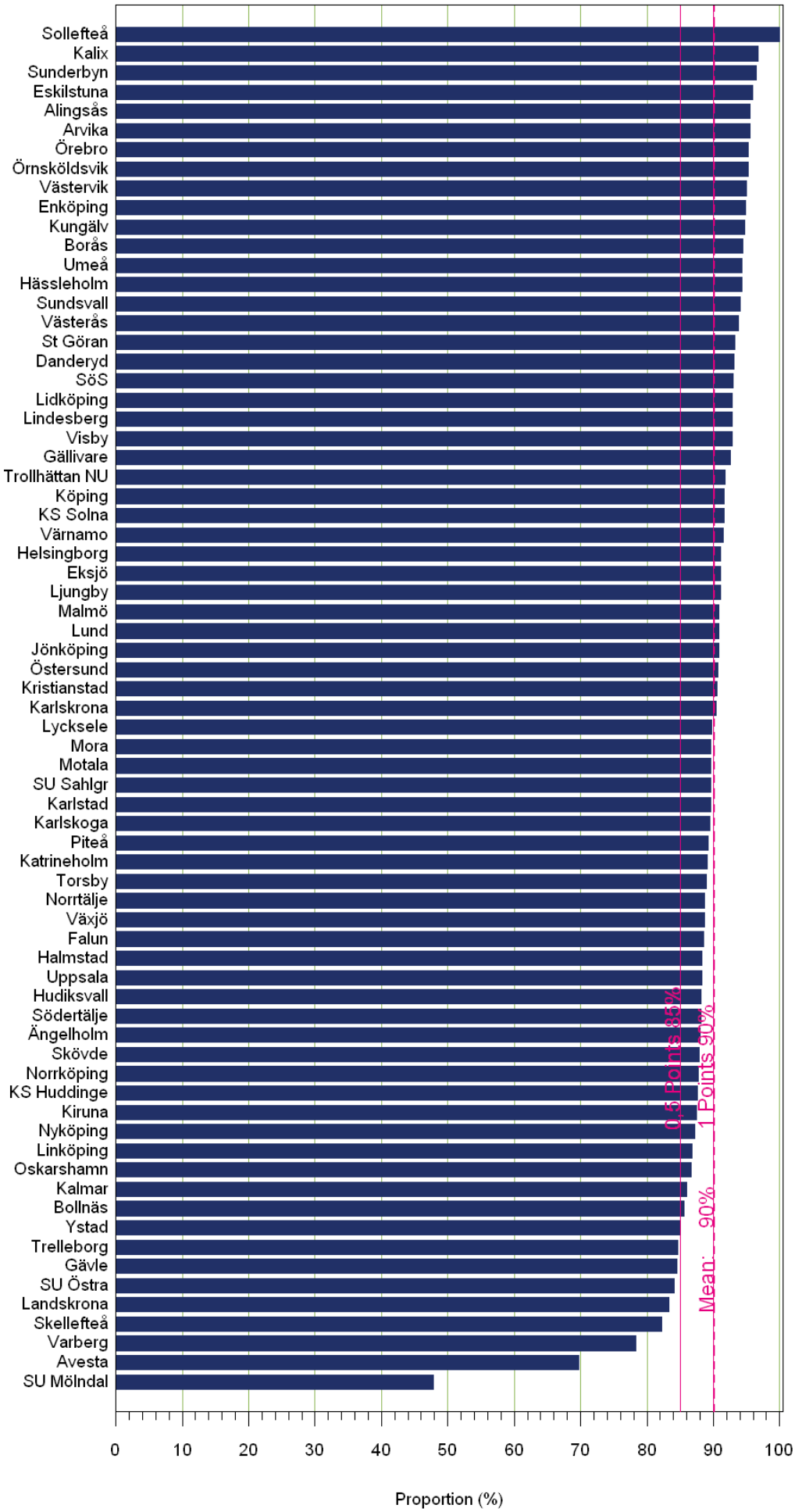


Figure 2i. Proportion of MI patients in the target group < 80 years receiving ACEI/ARB at discharge per discharging hospital with > 10 patients, 2017. SWEDEHEART quality index (0.5/1 points) see Table 1.

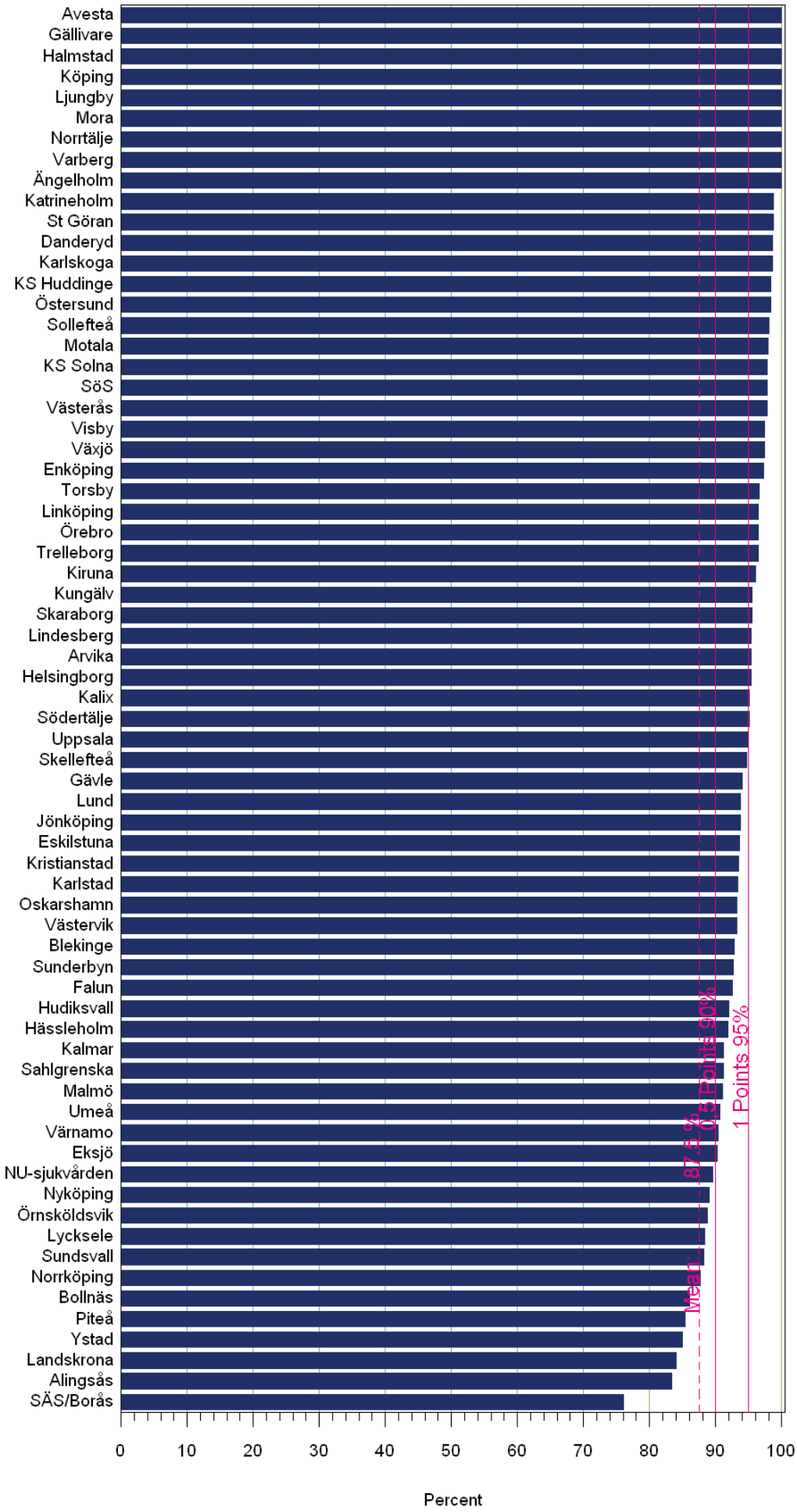


Figure 29a. Coverage of MI patients <80 years registered in RIKS-HIA compared to the patient registry, per discharging hospital with > 10 patients, 2016.
I Sahlgrenska ingår SU Sahlgrenska, SU Mölndal och SU Östra.

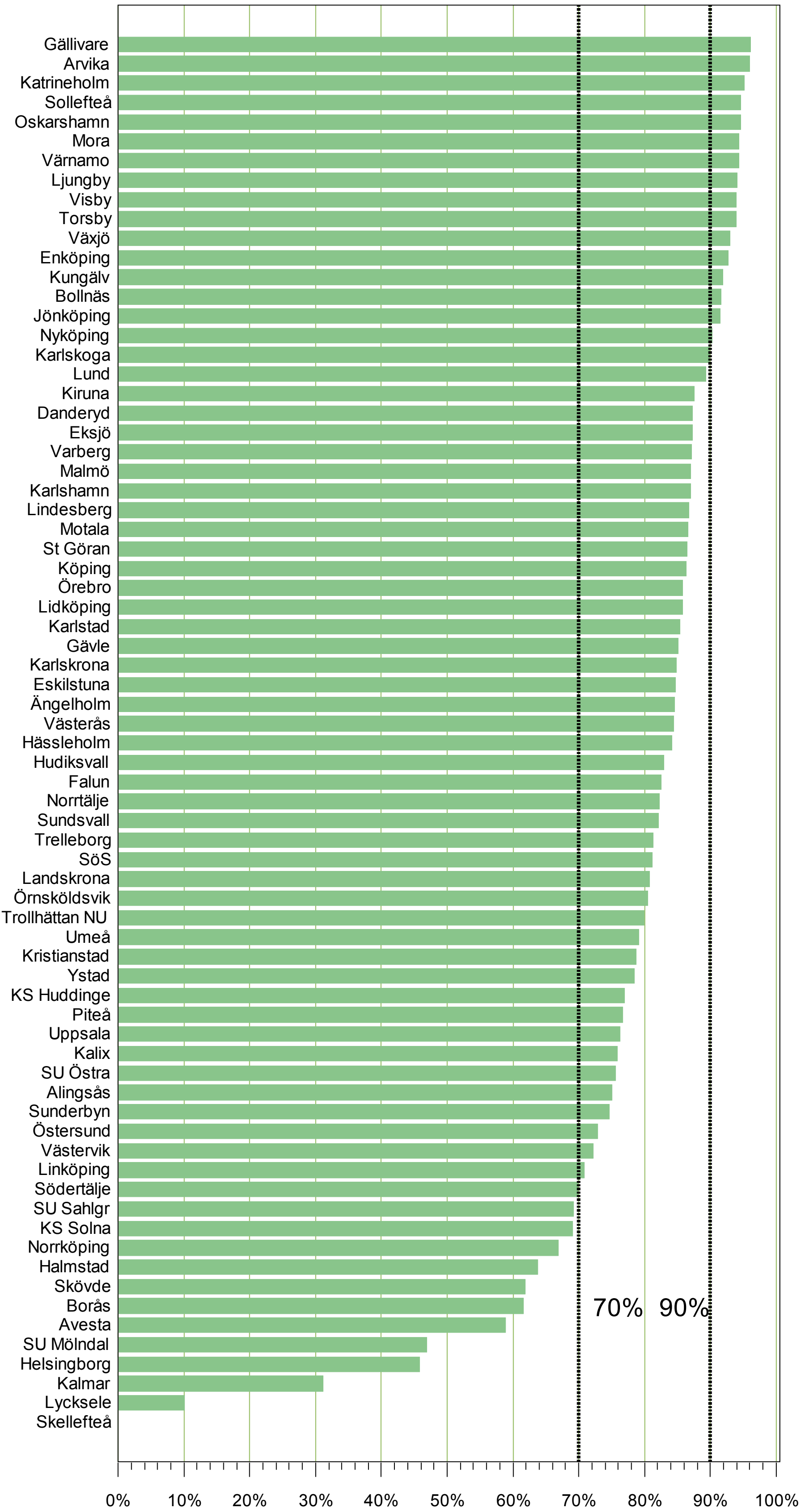


Figure K4. Måluppfyllnad för andelen hjärtinfarktspatienter < 75 år i RIKS-HIA som genomgår en 2:a uppföljning (SEPHIA), av dem med sista möjliga uppföljningsdatum (14 mån efter utskrivning) eller genomförd 2:a uppföljning, 2017.

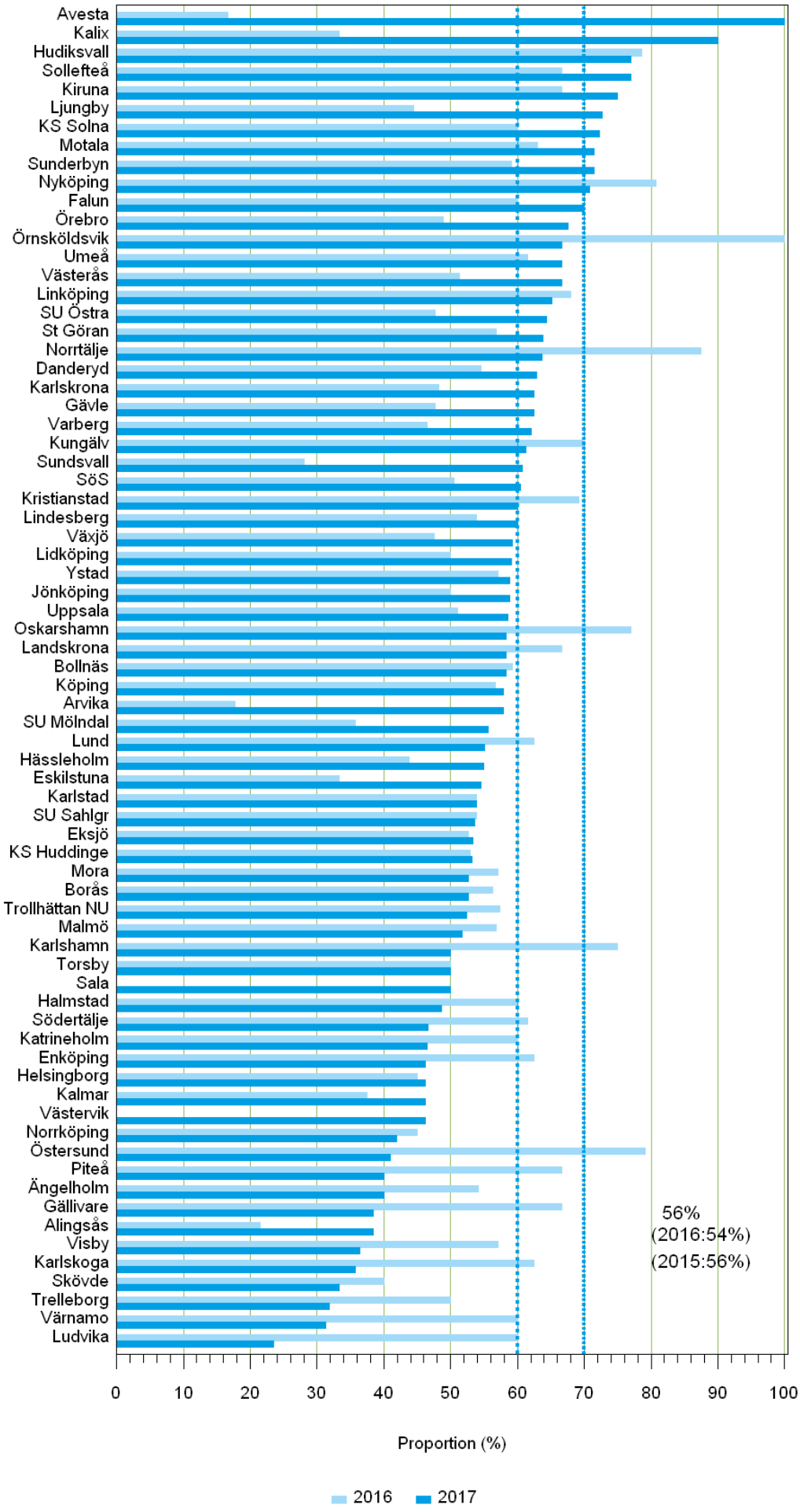


Figure 45a. Kvalitetsindikator Andel rökare som slutat röka
vid 2:a uppföljningen, per sjukhus med minst 10 patienter med uppgift om rökning.
>=70% ger 1 poäng, >=60% ger 0,5 poäng. Genomsnitt 2017 (tidigare år inom parentes)

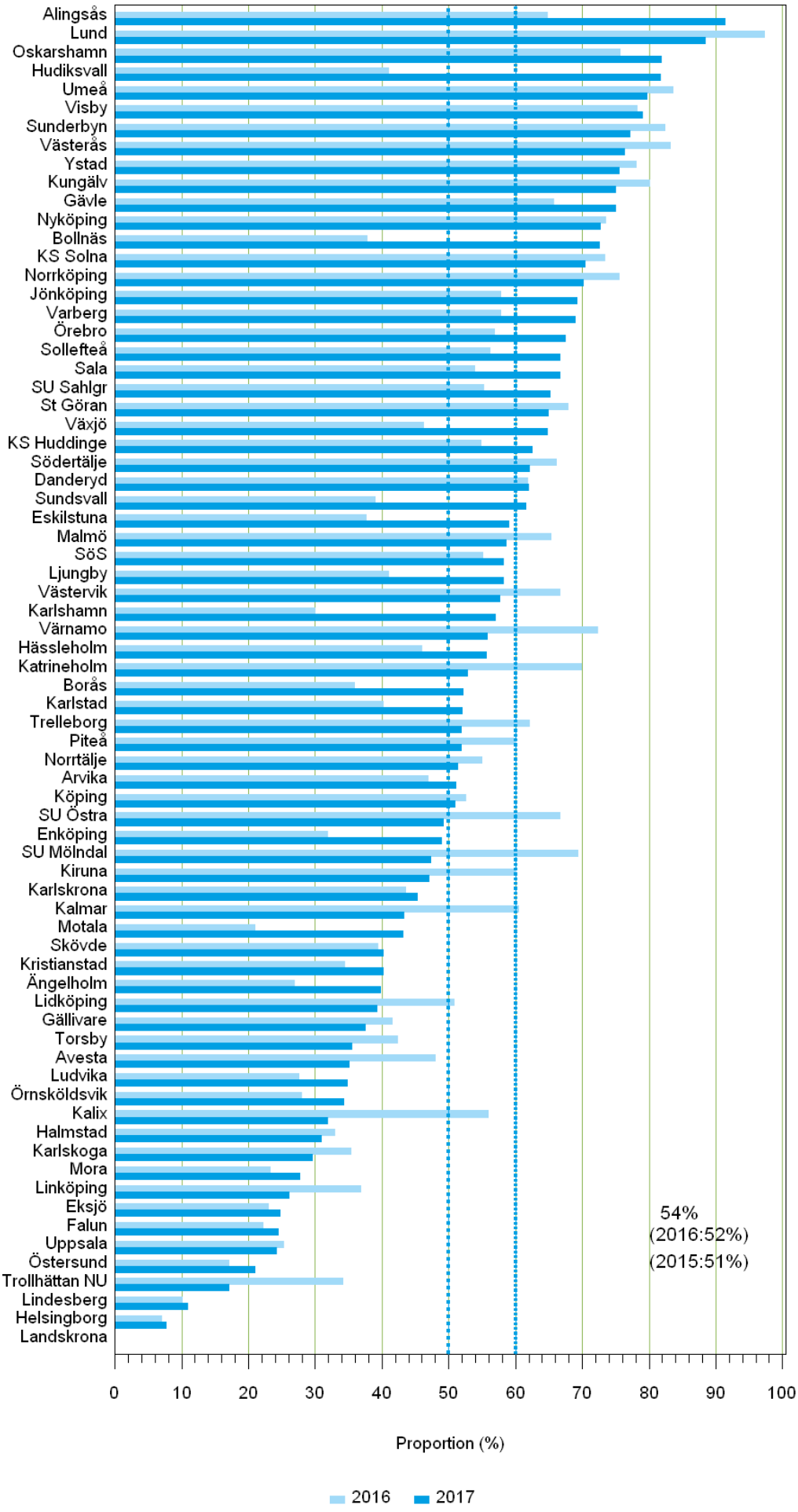


Figure 45b. Kvalitetsindikator Andel som uppnått målvärde för fysiskt träningsprogram vid 2:a uppföljningen, per sjukhus med minst 10 patienter i målgruppen.
>=60% ger 1 poäng, >=50% ger 0,5 poäng. Genomsnitt 2017 (tidigare år inom parentes)

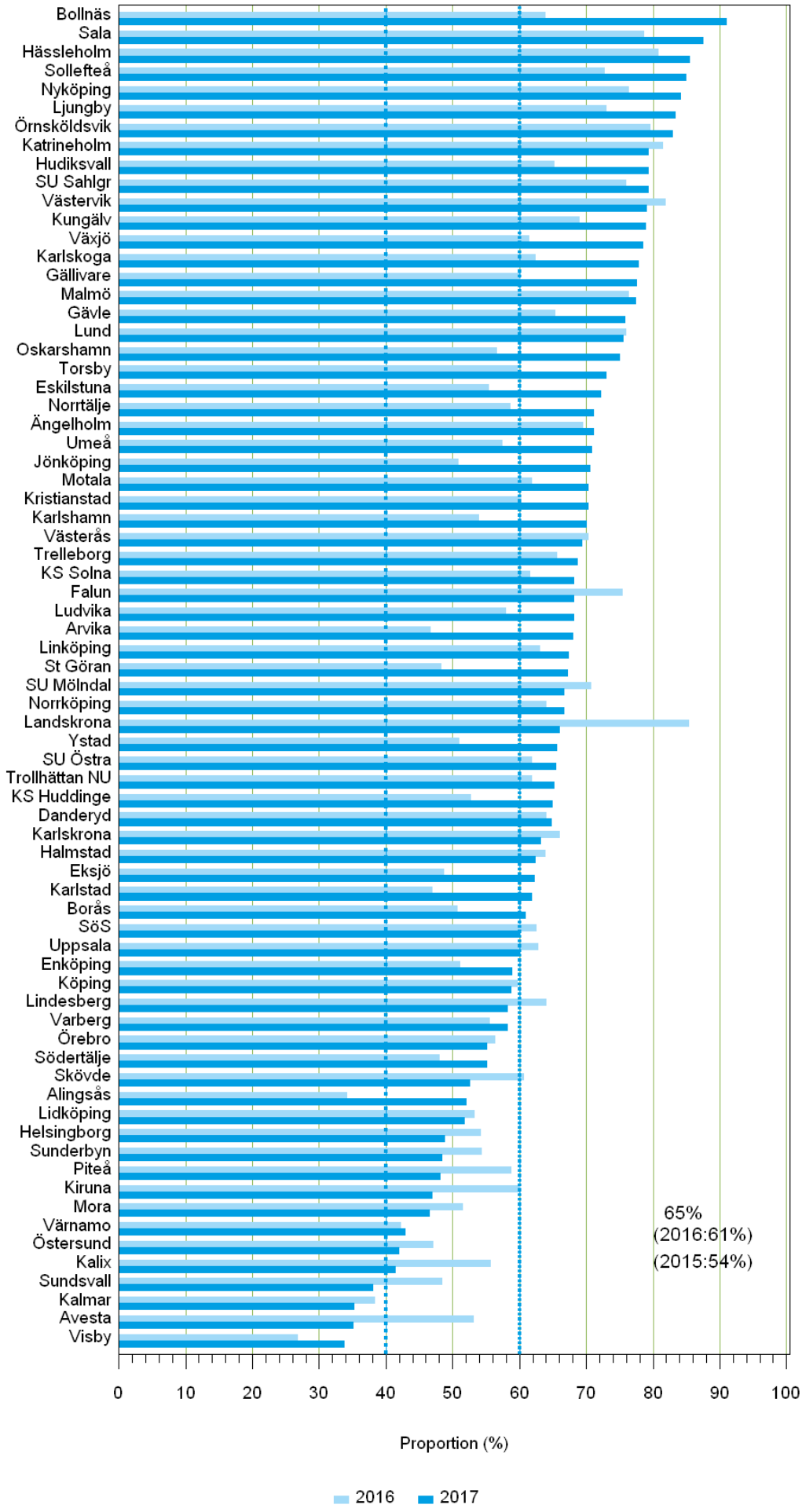


Figure 45c. Kvalitetsindikator Andel som uppnått målvärde för blodfetter (<1,8 mmol/l,apob<0.8) vid 2:a uppföljningen, per sjukhus med minst 10 patienter i målgruppen.
>=70% ger 1 poäng, >=60% ger 0,5 poäng. Genomsnitt 2017 (tidigare år inom parentes)

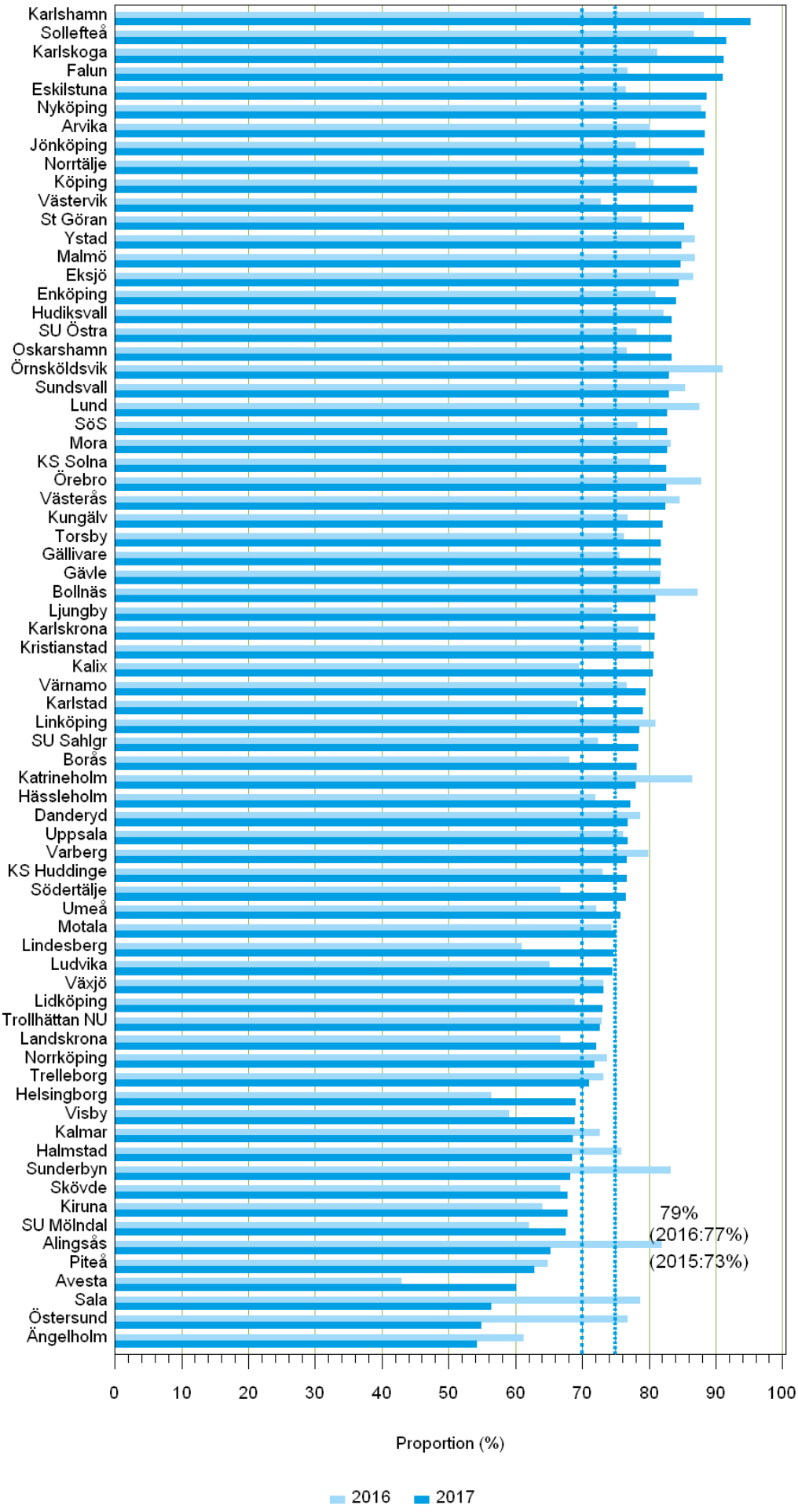


Figure 45d. Kvalitetsindikator Andel som uppnått målvärde för systoliskt blodtryck vid 2:a uppföljningen, per sjukhus med minst 10 patienter i målgruppen.
>=75% ger 1 poäng, >=70% ger 0,5 poäng. Genomsnitt 2017 (tidigare år inom parentes)