

Sjukvård i Västra Götalandsregionen 2018

Med fokus på sjukhusbaserad vård



Rapporten är författad av:

[Maria Telemo Taube](#), Regionläkare
[Anna Norman Kjellström](#), Epidemiolog
[Josefine Sternvik](#), Regionutvecklare
[Andrea Fridlitzius](#), Regionutvecklare

Förord

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

Sammanställningen bygger i huvudsak på de resultat som redovisas i *Verksamhetsanalys 2018*, vilket innebär att tyngdpunkten ligger på den sjukhusbaserade vården. Resultaten från VGR jämförs mot riksgenomsnittet, för att se inom vilka områden VGR har resultat som är statistiskt signifikant bättre respektive sämre än riksgenomsnittet. Vi har också inkluderat hur sjukhusen når de mål som presenteras i *Kvartalen*.

Resultaten ur *Verksamhetsanalys 2018* avser i huvudsak utfall för indikatorer år 2017. Resultaten ur *Kvartalen* avser utfall för indikatorer under en ettårsperiod som slutar med andra kvartalet 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 VGR:s fastställda mål. De rekommendationer vi lyfter fram baseras på avvikelserna i sig men också på den kunskap om verksamheterna vi inhämtat i samband med controlling-möten.

Maria Telemo Taube

Regionläkare

Koncernkontoret

Koncernavdelning Data och analys

Innehåll

Sammanfattning.....	7
Sjukvården i Västra Götalandsregionen	9
Medicinsk kvalitet – jämförelse mot riket.....	10
Medicinsk kvalitet – uppdelat efter programområde.....	12
Förbättringsområden för VGR	13
Metod för urval av förbättringsområden.....	16
Alingsås lasarett (AL).....	17
Alingsås lasarett: Resultat.....	18
Resultat Alingsås lasarett - indikatorer som avviker negativt	19
Rekommendationer - Alingsås lasarett.....	19
Angereds Närsjukhus (ANS).....	20
Angereds Närsjukhus: Resultat	21
Resultat Angereds Närsjukhus - indikatorer som avviker negativt	21
Rekommendationer - Angereds Närsjukhus	22
Capio Lundby sjukhus (CLS).....	23
Capio Lundby sjukhus: Resultat	24
Resultat Capio Lundby sjukhus - indikatorer som avviker negativt.....	25
Rekommendationer - Capio Lundby sjukhus	25
Frölunda specialistsjukhus (FSS)	26
Frölunda specialistsjukhus: Resultat	27
Kungälv sjukhus (KS)	28
Kungälv sjukhus: Resultat.....	29
Resultat Kungälv sjukhus - indikatorer som avviker negativt	30
Rekommendationer - Kungälv sjukhus.....	31
NU-sjukvården (NU).....	32
NU-sjukvården: Resultat.....	33

Resultat NU-sjukvården - indikatorer som avviker negativt	34
Rekommendationer - NU-sjukvården	35
Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU)	37
Sahlgrenska universitetssjukhuset: Resultat	38
Resultat Sahlgrenska Universitetssjukhuset - indikatorer som avviker negativt.....	39
Rekommendationer - Sahlgrenska universitetssjukhuset	41
Skaraborgs sjukhus (SkaS).....	44
Skaraborgs sjukhus: Resultat.....	45
Resultat Skaraborgs sjukhus - indikatorer som avviker negativt.....	46
Rekommendationer - Skaraborgs sjukhus	48
Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)	50
Södra Älvsborgs sjukhus: Resultat	51
Resultat Södra Älvsborgs sjukhus - indikatorer som avviker negativt.....	52
Rekommendationer - Södra Älvsborgs sjukhus	53
VGR-baserade	55
VGR-baserade: Resultat.....	56
Resultat VGR-baserade - indikatorer som avviker negativt	57
Rekommendationer - VGR baserade	57
Tabellbilaga	59
Tabellförklaring	60
Verksamhetsanalys	60
Kvartalen	60
Alingsås lasarett (AL)	61
Tabell 1. Verksamhetsanalys, AL	61
Tabell 2. Kvartalen, AL.....	64
Angereds närsjukhus (ANS)	66
Tabell 3. Verksamhetsanalys, ANS	66

Tabell 4. Kvartalen, ANS	67
Capio Lundby sjukhus (CLS)	68
Tabell 5. Verksamhetsanalys, CLS.....	68
Tabell 6. Kvartalen, CLS	69
Frölunda Specialistsjukhus (FSS)	70
Tabell 7. Verksamhetsanalys, FSS.....	70
Tabell 8. Kvartalen, FSS	71
Kungälv's sjukhus (KS).....	72
Tabell 9. Verksamhetsanalys, KS	72
Tabell 10. Kvartalen, KS.....	75
NU-sjukvården (NU).....	77
Tabell 11. Verksamhetsanalys, NU	77
Tabell 12. Kvartalen, NU.....	83
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU).....	86
Tabell 13. Verksamhetsanalys, SU	86
Tabell 14. Kvartalen, SU	96
Skaraborgs Sjukhus (Skas).....	99
Tabell 15. Verksamhetsanalys, Skas	99
Tabell 16. Kvartalen, Skas	108
Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)	111
Tabell 17. Verksamhetsanalys, SÄS	111
Tabell 18. Kvartalen, SÄS.....	117
VGR-baserade	120
Tabell 19. Verksamhetsanalys, VGR-baserade	120
Västra Götalandsregionen (VGR)	123
Tabell 20. Verksamhetsanalys, VGR	123
Tabell 21. Kvartalen, VGR	131

Sammanfattning

Denna rapport är en sammanställning av resultaten som presenteras i avsnittet *Medicinsk kvalitet* i *Verksamhetsanalys 2018*, i *Kvartalen* samt i 2018 års controlling-rapporter för Västra Götalandsregionen (VGR). Analyserna fokuserar på resultaten från sjukhusförvaltningarna i VGR.

Resultaten presenteras först på VGR-övergripande nivå, därefter följer resultaten för varje enskild sjukhusförvaltning.

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

Användningen av penicillinpreparat i förhållande till övriga antibiotika bör öka, och lyfts därför fram som ett viktigt område att förbättra. Syftet är att stimulera sjukhusen i VGR att arbeta för att nå de rekommenderade målen, ett arbete som är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot livsviktiga antibiotika.

För flera medicinska områden inom VGR ses oönskade skillnader i utfall mellan sjukhus och behandlande enheter, vilket behöver åtgärdas. Förbättringsarbete för att minska spridningen behöver utgå från de enskilda sjukhusförvaltningarna men ibland också tas om hand på en övergripande VGR-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 i denna rapport och kvalitetsgranskning. Det finns

Det finns alltid områden som kan förbättras utöver det som framkommer här och det kan finnas kvalitetsbrister och avvikelser som ur medicinsk synvinkel är mer betydelsefulla att åtgärda än de vi lyfter fram.

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 VGR* på sidan 13.

Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen

- Följsamheten till STRAMAs riktlinjer behöver öka
- Kvalitetsutfallet inom psykisk hälsa behöver förbättras och täckningsgraden i berörda register öka
- Tillgängligheten inom SVF för flertalet cancersjukdomar behöver förbättras
- Andel kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid mindre hjärtinfarkt behöver öka för de flesta förvaltningar och spridningen i måluppfyllnad minska
- Operation av höftfraktur inom 24 timmar – fortfarande når inte alla förvaltningar målet – vilket behöver åtgärdas
- Strokesjukvård vid NU-sjukvården behöver förbättras – gäller särskilt andel strokepatienter som får initial vård vid strokeenhet och andel strokepatienter som behandlas med reperfusion

Sjukvården i Västra Götalandsregionen

Medicinsk kvalitet – jämförelse mot riket

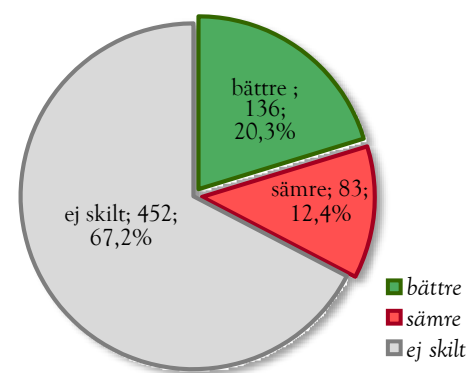
I Regionfullmäktiges mål står att läsa att *”Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras”* med fokus på att *”samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser”*. Med utgångspunkt i denna målbild jämförs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

Figur 1 visar hur resultaten för sjukhusen i VGR skiljer sig mot riksgenomsnittet. Resultaten i figuren innefattar enbart sjukhusbaserade indikatorer från avsnittet *Medicinsk kvalitet* i *Verksamhetsanalys 2018*. Grön andel representerar de mätpunkter där resultatet för sjukhusen i VGR 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 säkert skilt från riksgenomsnittet”*) och för röd andel är resultatet för sjukhusen i VGR statistiskt signifikant sämre än riksgenomsnittet (fortsättningsvis benämnda *”sämre än riksgenomsnittet”*).

Målet är att andelen gröna och grå indikatorer skall vara så stor som möjligt, men också att det bör vara fler bättre (gröna) än sämre (röda) indikatorer.

För VGR ingår 129 unika indikatorer som har jämförts mot motsvarande indikatorer för riksgenomsnittet (se [Tabellbilaga](#) för mer detaljerad information om vilka indikatorer som jämförts och hur dessa fallit ut). Sexhundrasjuttioen mätpunkter redovisas, det vill säga mätvärden för enskilda förvaltningar och/eller sjukhus alternativt enbart på VGR-nivå där uppdelning på sjukhus inte görs. De sistnämnda benämns *VGR-baserade* och utgörs till stor del av cancerindikatorer.

Figur 1. Medicinsk kvalitet i sjukvården i VästraGötalandsregionens sjukhusförvaltningar jämförs mot riksgenomsnittet



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar 129 av 144 unika indikatorer för VGR:s sjukhusförvaltningar, redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Alla programområden redovisas ej i *Verksamhetsanalysen*. Totalt ingår 671 mätpunkter.

Totalt är 87,5 % av indikatorerna bättre eller inte säkert skilt från riksgenomsnittet. Andelen som är sämre än riksgenomsnittet (röda) är 12,4 % och andelen som är bättre (gröna) är 20,3 %.

Sjukhusrapporten från föregående år byggde inte på exakt samma data. [Cancerindikatorerna](#) är nya för i år. I förra rapporten ingick vidare primärvårdsdata för diabetes typ 2 och enstaka indikatorer för [Barnhälsovård](#), samtidigt som färre antal indikatorer jämfördes. Detta gör att jämförelse av utfallet för dessa två rapporter blir missvisande. Om vi räknar om data från föregående år och studerar resultatet endast utifrån de sjukhusförvaltningar som ingår i årets sammanställning (VGR:s sjukhusförvaltningar samt Capio Lundby sjukhus), landar andelen indikatorer som var statistiskt signifikant bättre eller ej skilt från riksgenomsnittet på 85,1%. Detta skulle kunna indikera att resultatet för VGR som helhet förbättrats i förhållande till föregående år, men i och med att de medicinska indikatorerna och mätpunkterna är betydligt fler i år, än föregående år blir jämförelsen ändå inte helt rättvis (129 jämförbara indikatorer och 671 mätpunkter i årets

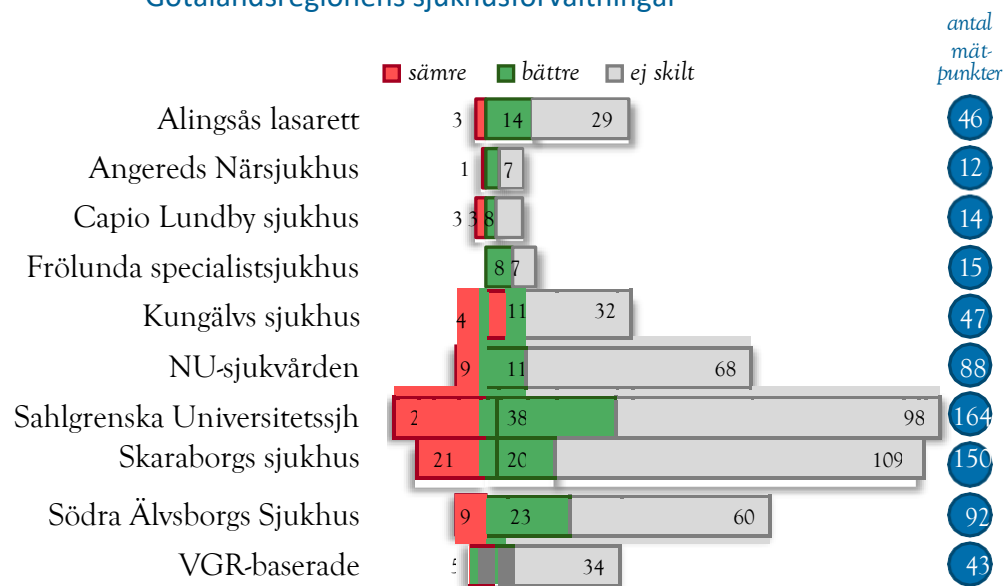
∞ Totalt är 87,5% av indikatorerna bättre eller inte säkert skilt från riksgenomsnittet

resultatsammanställning, vilka ska jämföras med 111 unika jämförda indikatorer och 604 mätpunkter föregående år). Det är ändå värt att notera att antalet indikatorer som utföll sämre förra året var fler jämfört med i år (90 förra året jämfört med 83 i år), trots att vi inkluderat fler indikatorer.

Det sammantagna VGR-resultatet påverkas framförallt av utfallet för de VGR-baserade indikatorerna samt då det råder stora inomregionala skillnader.

Figur 2 visar hur resultaten för varje enskild sjukhusförvaltning i VGR skiljer sig mot riksgenomsnittet. De VGR-baserade indikatorerna redovisas för sig.

Figur 2. Medicinsk kvalitet i sjukvården i VästraGötalandsregionen jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Västra Götalandsregionens sjukhusförvaltningar



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar 129 av 144 unika indikatorer för VGR:s sjukhusförvaltningar, redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Totalt ingår 671 mätpunkter.

För Alingsås lasarett (AL), Angered's Närsjukhus (ANS), Frölunda specialistsjukhus (FSS) Kungälv's sjukhus (KS), NU-sjukvården (NU), Sahlgrenska sjukhuset (SU) och Södra Älvsborg's sjukhus (SÅS) är antalet indikatorer med bättre resultat (gröna) fler än antalet med sämre resultat (röda). Vid Skaraborg's sjukhus (SkaS) är antalet indikatorer som är sämre än riket (röda) fler än antalet som är bättre (gröna). Vid Capio Lundby sjukhus (CLS) är antalet bättre respektive sämre, lika många.

Uppdragen för de olika sjukhusförvaltningarna skiljer sig åt och resultaten är inte case mix-justerade, vilket gör att jämförelse av utfallet mellan de

...uppdragen för de olika sjukhusförvaltningarna skiljer sig åt och resultaten inte är case mix-justerade, vilket gör att jämförelse av utfallet mellan de olika förvaltningarna inte är möjlig

olika förvaltningarna inte är möjlig. Vill man göra en jämförelse av den medicinska kvaliteten mellan förvaltningarna, finns det möjlighet för vissa diagnoser att göra en case-mix justerad jämförelse i SVEUS-plattformen.

Mot bakgrund av de redovisade resultaten har vi i denna rapport lyft fram sex områden eller enskilda medicinska indikatorer som vi bedömer där det är av särskild vikt för VGR att vidta förbättringsåtgärder. Dessa är listade i faktarutan *Viktiga förbättringsåtgärder i VGR* på sidan 7, och rör sig till största del om områden som behöver handläggas på såväl förvaltningsnivå som regionnivå. Mer

detaljerad information om dessa områden/indikatorer redovisas i avsnitten *Förbättringsåtgärder för VGR* på sidan 13.

I tabellbilagan finns vidare en komplett indikatorlista inklusive utfall för varje sjukhusförvaltning, för de VGR-baserade indikatorerna samt utfall på övergripande VGR-nivå. Alla resultat visar hur indikatorn förhåller sig till riksgenomsnittet och baseras på *Verksamhetsanalys 2018*. Resultaten gäller i huvudsak 2017.

Tabellbilagan innehåller också listor på de indikatorer som visas i *Kvartalen*. Dessa visar utfall för varje sjukhusförvaltning och på

övergripande VGR-nivå samt hur indikatorn förhåller sig till de regionalt uppsatta målnivåerna (oftast samma som nationella måltal). Resultaten gäller ettårs-värde som slutar med andra kvartalet 2018.

Medicinsk kvalitet – uppdelat efter programområde

I figur 3 visas hur den medicinska kvaliteten i VGR faller ut jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på 13 programområden. Sexhundrasjuttioen mätpunkter från samtliga sjukhusförvaltningar och de övergripande VGR-baserade indikatorerna ingår i redovisningen. Indikatorer inom en del programområden saknas i *Verksamhetsanalysen* och finns därför inte heller med i figuren.

För programområdena [Barn och ungdomars hälsa](#), [Endokrina sjukdomar](#), [Infektionssjukdomar](#), [Mag- och tarmsjukdomar](#), [Nervsystemets sjukdomar](#) och [Rörelseorganens sjukdomar](#) är antalet indikatorer som är bättre än riksgenomsnittet (gröna) fler än antalet med som är sämre (röda), enligt *Verksamhetsanalys 2018*. För [Cancersjukdomar](#), [Hjärt- och kärlsjukdomar](#), [Kvinnosjukdomar och förlossning](#), [Njur- och urinvägssjukdomar](#), [Psykisk hälsa](#) och [Ögonsjukdomar](#) är antalet indikatorer som är sämre än riket (röda) fler än antalet som är bättre (gröna). För [Akutvård](#) är antalet bättre respektive sämre, lika stora.

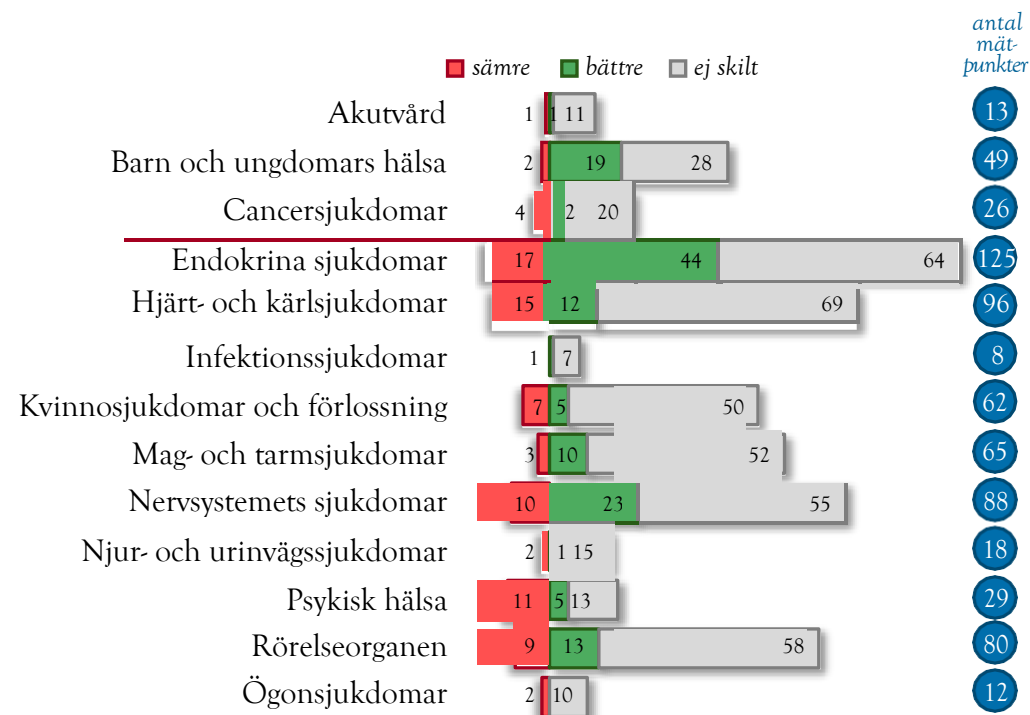
Det är framför allt inom programområde Psykisk hälsa som vi ser indikatorer med statistiskt sämre utfall än riket.

Det är framför allt inom programområde [Psykisk hälsa](#) som vi ser indikatorer med statistiskt sämre utfall än riket. Inom

Det är framför allt inom programområde [Psykisk hälsa](#) som vi ser indikatorer med statistiskt sämre utfall än riket. Inom

psykisk hälsa har 40 % av de 129 mätpunkterna sämre utfall än riksgenomsnittet.

Figur 3. Medicinsk kvalitet i sjukvården i Västra Götalandsregionen jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar 129 av 144 unika indikatorer för VGR:s sjukhusförvaltningar, redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Alla programområden redovisas ej i *Verksamhetsanalysen*. Totalt ingår 671 mätpunkter.

Förbättringsområden för VGR

Som övergripande och viktiga förbättringsområden i Västra Götaland har vi valt att lyfta ett begränsat antal områden eller enskilda medicinska indikatorer där spridningen av resultatet är särskilt stor i VGR och/eller där sjukhusen i VGR ligger långt ifrån rekommenderad målnivå. Dessa listas i sex punkter i faktarutan *Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen* på sidan 7 och utvecklas nedan.

I figur 4 illustreras spridningen i utfall för indikatorer inom några av de förbättringsområden som valts ut, samt utifrån uppsatta målnivåer.

Figur 5, på sidan 14 jämförs spridningen i utfall 2018 med spridningen 2017 för fyra indikatorer som uppmärksammades föregående år. Figuren visar att spridningen i måluppfyllnad har minskat. Exempelvis har spridningen i utfall för *fotundersökning hos patienter med typ1 diabetes* (Figur 4b ④) minskat även om flertalet förvaltningar fortfarande inte når målnivån på 96 %.

- Följsamheten till STRAMAs riktlinjer behöver öka
- Följsamheten till **STRAMAs** riktlinjer behöver öka.

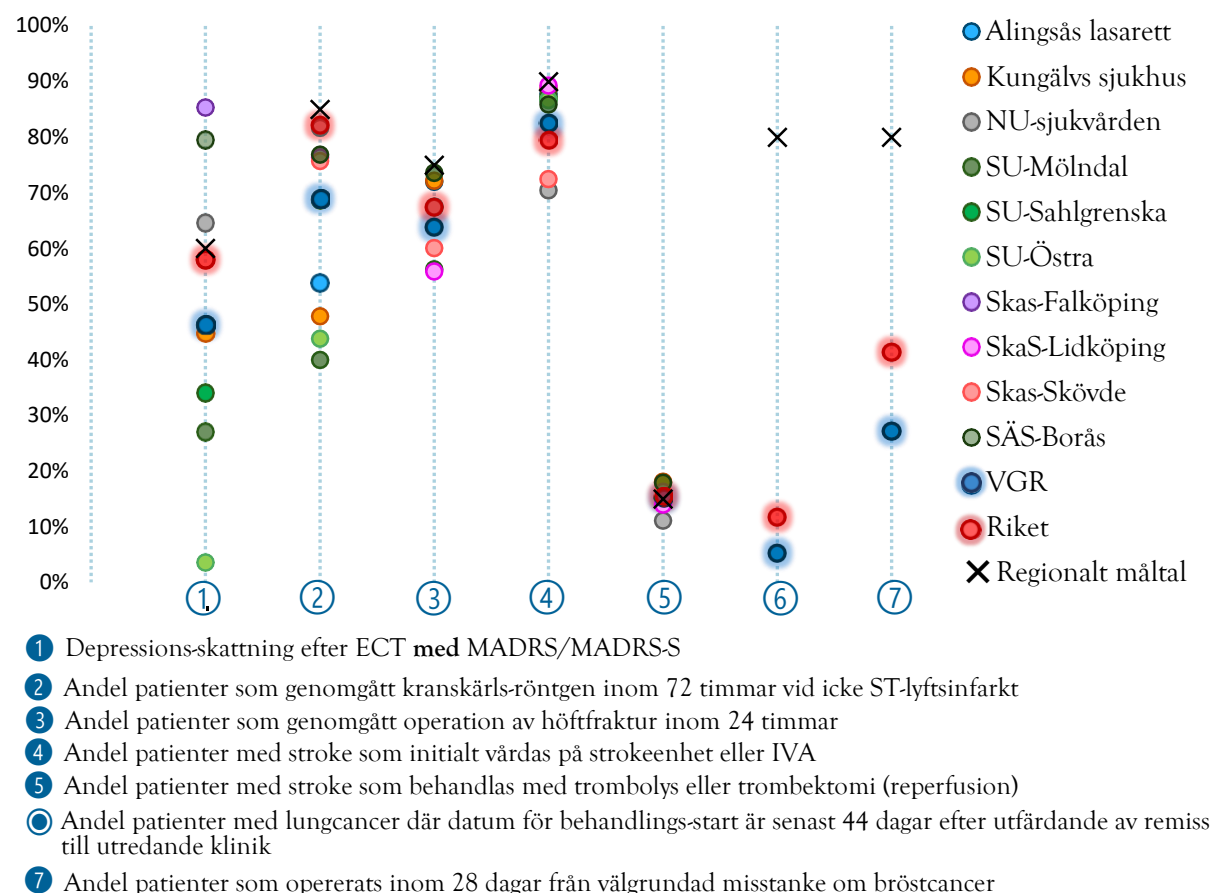
Användningen av penicillinpreparat i förhållande till övriga antibiotika, vid behandling med intravenösa antibiotika

och vid behandling av samhällsförvärd lunginflammation behöver öka. Dessutom behöver användningen av kinoloner minska vid behandling av urinvägsinfektion utan feber. Vi vill stimulera sjukhusen i VGR att arbeta för att nå de rekommenderade målen, ett arbete som är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot livsviktiga antibiotika.

- Kvalitetsutfallet inom psykisk hälsa behöver förbättras och täckningsgraden i berörda register öka

Den medicinska kvaliteten i programområde **Psykisk hälsa** faller ut signifikant sämre än riksnittet och flertalet indikatorer ligger långt ifrån rekommenderad målnivå. Förbättringar rekommenderas i flera

Figur 4. Spridning i resultat och måluppfyllelse för sju olika indikatorer



Kommentar: Figuren visar spridningen av målvärdet för 7 stycken medicinska kvalitetsindikatorer från olika sjukhus i VGR, VGR totalt samt riket, hämtade från *Verksamhetsanalysen 2018*.

Den medicinska kvaliteten i programområde Psykisk hälsa faller ut signifikant sämre än rikssnittet och flertalet indikatorer ligger långt ifrån rekommenderad målnivå. Stor spridning i måluppfyllelse finns också inom regionen.

- Tillgängligheten inom SVF för flertalet cancer-sjukdomar behöver förbättras

Inom programområde Cancersjukdomar jämförs indikatorerna mot riket enbart på VGR-nivå. Här finns flera indikatorer som faller ut statistiskt än rikssnittet men också flertalet som ligger långt målen som angetts inom för Standardiserade vårdförlopp (SVF).

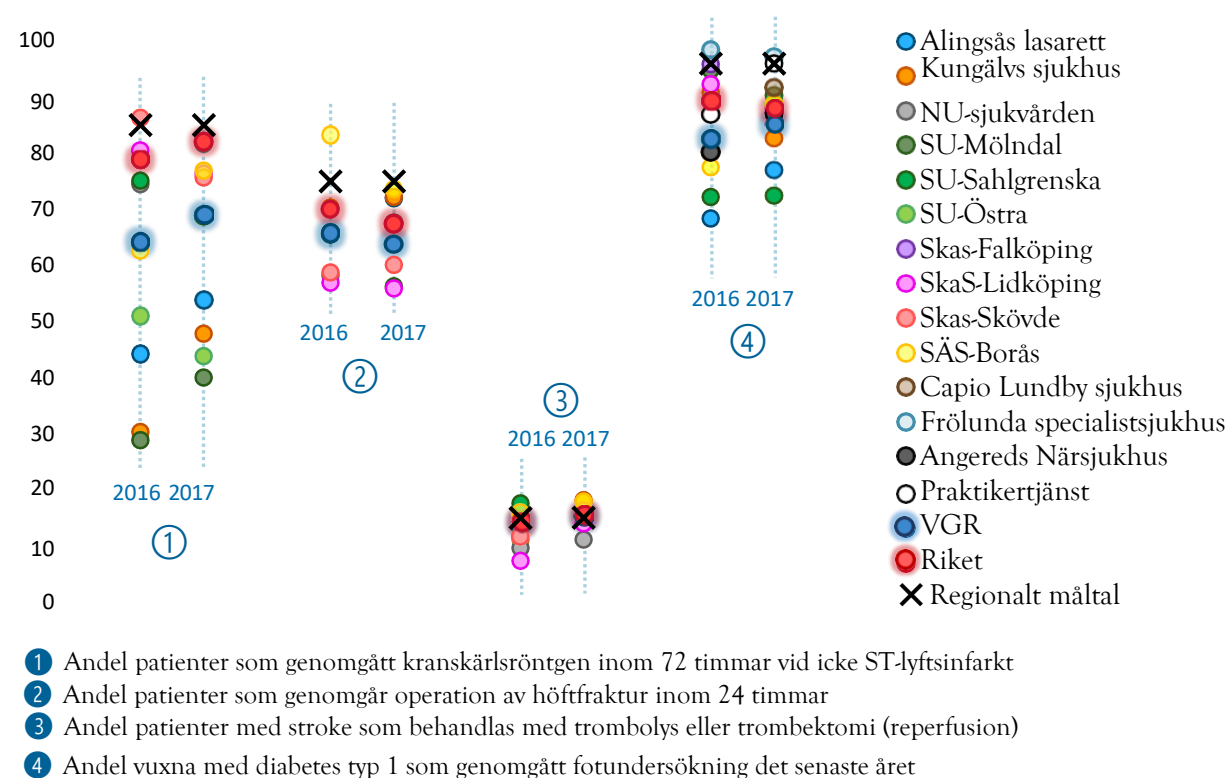
avseenden. Det råder också stor spridning i måluppfyllelse inom regionen och är även stor skillnad mellan förvaltningarna när det gäller täckningsgrad och användning av kvalitetsregister.

I spridningsdiagrammet figur 4 på föregående sida, visas ett exempel på spridningen i måluppfyllnad inom psykisk hälsa genom indikatorn Depressions-skattning efter ECT med skattningsskalor ① – en indikator där det aktuella registret har hög täckningsgrad (över 90%). Sammantaget placerar sig VGR både under riksgenomsnittet och under målnivå.

Inom programområde Cancersjukdomar jämförs indikatorerna enbart mot riket på VGR-nivå. Här finns flera indikatorer som faller ut statistiskt sämre än rikssnittet men också flertalet som ligger långt ifrån målen inom Standardiserade vårdförlopp (SVF).

Det är också stor spridning i måluppfyllnad inom VGR:s sjukhusförvaltningar, där enskilda sjukhusförvaltningar har en betydligt högre måluppfyllelse. Flertalet "flaskhalsar" har identifierats som orsak, exempelvis väntan på PAD-svar, tillgång till specifika undersökningar (t ex PET), tillgång till operationsutrymme och vårdplatser. Det finns också logistik-problem i gränsdragningen mellan olika verksamheter. Lägst måluppfyllnad ses inom Bröstcancer, Prostatacancer, Lungcancer och Ändtarmscancer.

Figur 5. Spridning i resultat och måluppfyllelse för fyra olika indikatorer 2016 och 2017



Kommentar: Figuren visar spridningen av målvärdet för 4 stycken medicinska kvalitetsindikatorer från olika sjukhus i VGR, VGR totalt samt riket, hämtade från Verksamhetsanalysen 2017 och 2018.

I spridningsdiagrammet (figur 4, sidan 13) exemplifieras problematiken med två indikatorer. *Behandlingsstart av lungcancer inom 44 dagar* ⑥, där andelen patienter som startar behandling inom målsatt tid är väldigt låg, runt 10 % och spridningen i VGR ligger mellan 5 – 10 %. Indikatorn *operation av bröstcancer inom 28 dagar* ⑦ visar även den på låg måluppfyllnad och VGR ligger dessutom långt under riksgenomsnittet samtidigt som spridning inom VGR är stor (mellan 10 – 60 %, vilket dock inte går att utläsa i figuren).

- Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke ST-höjningsinfarkt behöver öka och spridningen i måluppfyllelse minska

För *kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningshjärtinfarkt* är spridningen i måluppfyllnad mellan sjukhusen i VGR mycket stor (se figur 4 ②, sidan 13), endast Skaraborgs sjukhus når rekommenderat mål (85 %).

Andelen som når målet varierar mellan 40 % och som bäst 86 %. Sektorsrådet inom Kardiologi har länge samarbetat runt frågan för att försöka förbättra utfallet och under en period i början av 2018 sågs initialt förbättringar.

Indikatorn uppmärksammades även i förra årets rapport. Figuren 5 på föregående sida, visar att spridningen i för kranskärlsröntgen inom målsatt tid vid mindre hjärtinfarkt ① har minskat och att både VGR-snittet och riksgenomsnittet har höjts. Vidare har måluppfyllelsen för de förvaltningar som låg allra sämst, ökat något.

- Andelen patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar behöver öka

En akut *höftfraktur* ska i de flesta fall opereras inom 24 timmar, annars ökar risken för komplikationer. Indikatorn illustreras som punkt ③ i spridningsdiagrammet (figur 4, sidan 13). *Operation av höftfraktur inom 24 timmar* lyftes också i förra årets rapport, som ett problemområde och förbättringsarbete vid flera sjukhusförvaltningar har gett resultat. Men fortfarande nås inte målet vid flera förvaltningar. I figur 5 på föregående sida, ser vi en försämring av både VGR-snittet och riksgenomsnittet då vi

jämför årets resultat med föregående års. Samtidigt ligger flera sjukhus i VGR precis på målnivån.

- Förbättrad strokesjukvård vid NU-sjukvården

Vid *stroke* är det mycket viktigt att patienten snabbt kommer till vård, att blodcirkulationen till hjärnan när det är möjligt, återställs (reperfusion) och att vården redan från början sker på strokeavdelning. Strokevården vid sjukhusen i VGR håller i allmänhet hög kvalitet, men behöver fortfarande förbättras vid NU-sjukvården.

För stroke lyfter vi i spridningsdiagrammet (figur 4, sidan 13) särskilt fram två indikatorer (*andelen patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenheten* ④ *respektive andelen patienter med stroke som behandlas med trombolyt eller trombektomi* ⑤). Spridningen är framförallt som störst inom den förra. När det gäller *andel strokepatienter som genomgår trombolyt*, d v s när cirkulationen i hjärnan återställs, har spridningen minskat från föregående år och de flesta förvaltningar når målet (se figur 5 ③, sidan 14). Från och med år 2019 är målnivån höjd från 15 till 20 %.

Metod för urval av förbättringsområden

Indikatorer som listas i rapporten bygger på data ur *Verksamhetsanalysen 2018* och *Kvartalen*. De flesta indikatorer i *Kvartalen* är de samma som dem som visas i *Verksamhetsanalysen*. Skillnaden står att finna i de redovisade mätperioderna samt de olika referenspunkterna som det VGR-specifika värdet jämförs med.

Resultaten visar om de jämförda mätpunkterna avviker statistiskt signifikant sämre eller bättre än riksgenomsnittet (*Verksamhetsanalys*) och/eller om indikatorn uppnår eller ligger långt ifrån uppsatt målvärde (*Kvartalen*). Detta innebär att en och samma 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* (VGR-värdet ligger över riksgenomsnittet). I sådana fall innebär det att både VGR-värdet och rikssvärdet ligger långt ifrån målnivån även om VGR 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 VGR uppnår målvärdet för den specifika indikatorn, men att riksgenomsnittet gör det i än större utsträckning eftersom VGR faller sämre ut än riket i genomsnitt.

Den medicinska kvaliteten som är baserad på resultaten i avsnittet *Medicinsk kvalitet* i *Verksamhetsanalys 2018*, har mätts med 144 indikatorer för VGR varav 129 har jämförts mot riket. För de enskilda sjukhusförvaltningarna jämförs mellan 12 och 164 mätpunkter. För vissa sjukhusförvaltningar blir mätpunkterna fler än antalet indikatorer beroende på att en indikator kan mätas vid fler enheter inom den aktuella förvaltningen, t ex diabetesindikatorer som mäts vid tre enheter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

I *Kvartalen* har den medicinska kvaliteten mätts med 38 indikatorer för sjukhusen i VGR med varierande antal mätpunkter för de olika sjukhusförvaltningarna. De utfall som gäller läkemedel kommer

uteslutande från *Kvartalen* och uppgift om hur utfallet förhåller sig till riket saknas därför.

I denna rapport ligger tyngdpunkten på indikator-redovisningen från *Verksamhetsanalysen* <http://analys.vgregion.se/2018/>. Det är uteslutande dessa resultat som presenteras i figurer i rapporten. Detaljerad information om såväl *Verksamhetsanalysens* indikatorer som indikatorerna i *Kvartalen* finns dock redovisade i Tabellbilagan.

I figurerna i rapporten samt i tabellbilagan som gäller utfall från *Verksamhetsanalys* är avvikelser från riksgenomsnittet markerade i tabellerna som rött (statistiskt signifikant sämre) och grönt (statistiskt signifikant bättre), grå färg innebär att resultatet inte är statistiskt signifikant skilt från riket. I en separat kolumn i tabellbilagan markeras även ranking gentemot riket, det vill säga om värdet är bättre eller sämre oavsett statistisk signifikans, de markeras då som ljusgrönt respektive ljusrött.

I tabellbilagan som gäller utfall från *Kvartalen* visas hur varje förvaltning och sjukhus når regionalt fastställda mål. I denna sammanställning redovisas indikatorer där måluppfyllnad klart avviker, det vill säga "röda" indikatorer, oftast är avvikelsen 20 % eller mer. Uppfylls rekommenderad målnivå är indikatorn "grön" och resultat som avviker mindre än 20 % från målvärdet markeras som "gul". Se *Kvartalen*, <http://www.registercentrum.se/sv/kvartalen>, för definition.

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

Rekommendationer till sjukhusförvaltningarna baseras på en syntes av avvikelsernas storlek, hur utvecklingen varit 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.

Alingsås lasarett (AL)

Alingsås lasarett: Resultat

Den medicinska kvaliteten för Alingsås lasarett håller god kvalitet och flertalet förbättringar har gjorts sedan föregående rapport skrevs.

Operation av höftfrakturer sker nu till 100 procent inom målsatt tid. Särskilt hög kvalitet noteras generellt inom ortopedin och inom strokesjukvården, vilket också uppmärksammas nationellt med fina utmärkelser.

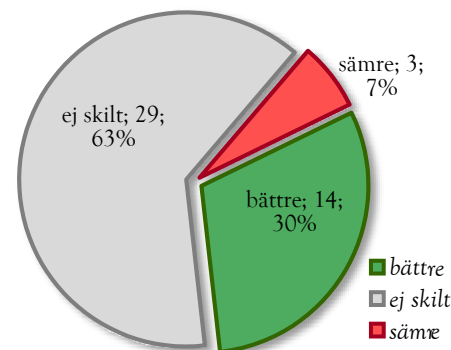
Även om resultaten för Alingsås lasarett är goda, finns områden som kan förbättras. Under senare delen av 2018 ses till exempel en försämring vad det gäller tiderna för kranskärlsröntgen vid mindre hjärtinfarkt. Förslag på åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Alingsås lasarett* på sidan 19.

Tre stycken mätpunkter, vilket motsvarar 7 procent av de jämförda mätpunkterna, faller sämre ut än riksgenomsnittet för Alingsås lasarett. Samtliga indikatorer som statistiskt signifikant avviker negativt från riksgenomsnittet och/eller VGR:s uppsatta måltal för Alingsås lasarett specificeras i avsnittet *Resultat Alingsås lasarett - indikatorer som avviker negativt* på nästa sida.

Figur 6 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Alingsås lasarett faller ut i förhållande till riksgenomsnittet. För Alingsås lasarett finns 46 jämförbara mätpunkter inom sex olika medicinska programområden. Av indikatorerna där en statistisk jämförelse kan göras, är 93 % bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet.

Särskilt hög kvalitet noteras generellt inom ortopedin och inom strokesjukvården, vilket också uppmärksammas nationellt med fina utmärkelser.

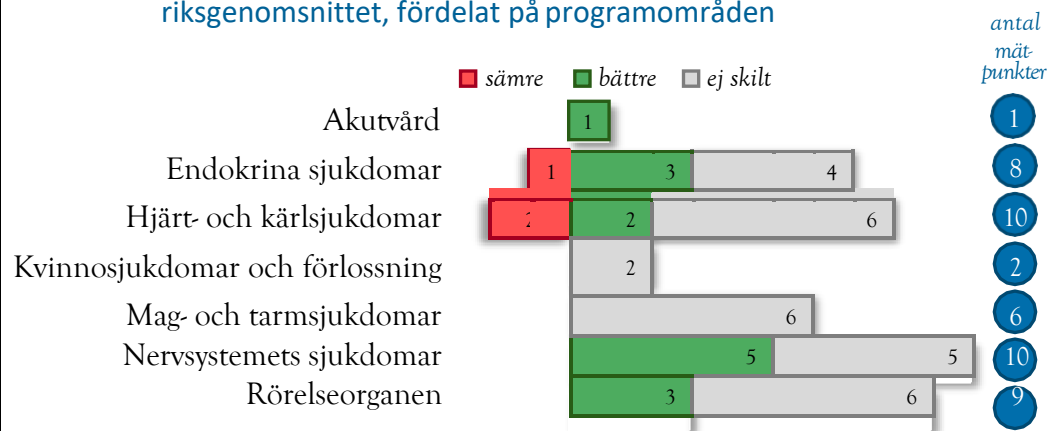
Figur 6. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Alingsås lasarett



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Alingsås lasarett redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Totalt ingår 46 mätpunkter.

Figur 7 visar hur den medicinska kvaliteten vid Alingsås lasarett faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområde *Endokrina sjukdomar* och *Hjärt- och kärlsjukdomar* som det finns indikatorer som faller ut sämre än riket. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 7. Medicinsk kvalitet på Alingsås lasarett jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Alingsås lasarett, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 46 mätpunkter.

Resultat Alingsås lasarett

- indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Endokrina sjukdomar:

- Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året.

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST-lyftsinfarkt.
- Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt.

Läkemedel:

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

Rekommendationer

- Alingsås lasarett

Endokrina sjukdomar

- Andelen diabetespatienter som gör fotundersökning varje år bör öka till att nå rekommenderad målnivå.

Kommentar: Det pågår ett intensivt förbättringsarbete inom diabetes som gett resultat. En ytterligare diabetessköterska är anställd.

Hjärt- och kärlsjukdomar

- Andelen patienter med mindre hjärtinfarkt som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar behöver öka. Frågan är i stora delar regional och behöver lösas på regional nivå.
- Andelen patienter med mindre hjärtinfarkt som genomgår kranskärlsröntgen inom 30 dagar är färre vid Alingsås lasarett, än vid övriga sjukhus. Granskning rekommenderas för att se om det beror på patientsammansättningen.

Kommentar: Ett förbättringsarbete pågår inom kranskärlssjukdom, en specialist i Kardiologi är ansvarig för utvecklingen. Sekundärprevention har förbättrats sedan förra året.

Läkemedel

- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner behöver minska.

Angereds Närsjukhus (ANS)

Angereds Närsjukhus: Resultat

Den medicinska kvaliteten vid Angereds 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 Angereds Närsjukhus baseras således

på relativt få indikatorer. I samband med att den dagkirurgiska verksamheten ska öka, finns sannolikt en utvecklingspotential att arbeta med fler kvalitetsregister. Det finns verksamhet vid Angereds Närsjukhus inom fler områden än vad som redovisas i denna rapport.

Även om resultaten för Angereds Närsjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Angereds Närsjukhus* på sidan 22.

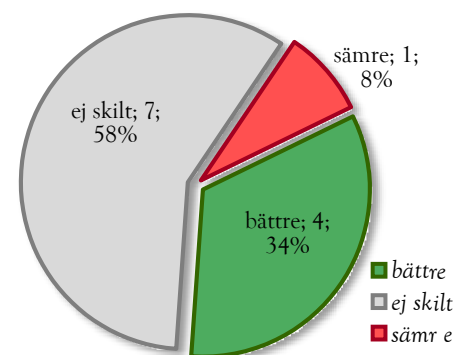
Endast en mät punkt är sämre än riksgenomsnittet, vilket motsvarar 8 % av de jämförda mätpunkterna. Denna specificeras i avsnittet *Resultat Angereds Närsjukhus - indikatorer som avviker negativt* på nästa sida. Där redovisas även negativa avvikelser från VGR:s uppsatta måltal från *Kvartalen* avseende Angereds Närsjukhus.

Figur 8 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Angereds Närsjukhus faller ut i förhållande till riksgenomsnittet. För Angereds Närsjukhus finns 12 jämförbara mätpunkter inom två olika medicinska programområden. Av indikatorerna där en statistisk jämförelse kan göras, är 92 % bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet.



Eftersom verksamheten inte har stora volymer per enhet, har man valt att satsa på ett fåtal register. Kvaliteteten av det som finns i register är god.

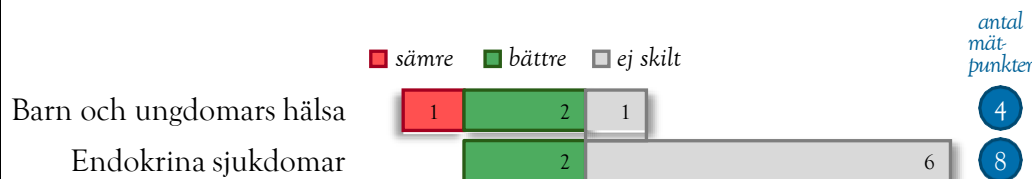
Figur 8. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Angereds Närsjukhus



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Angereds Närsjukhus redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Totalt ingår 12 mätpunkter.

Figur 9 visar hur den medicinska kvaliteten vid Angereds Närsjukhus utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Av dessa är det inom programområde *Barn och ungdomars hälsa* där en indikator innehåller utfall som är signifikant sämre än riket, enligt Verksamhetsanalys 2018. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 9. Medicinsk kvalitet på Angereds Närsjukhus jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Angereds Närsjukhus, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 12 mätpunkter.

Resultat Angereds Närsjukhus - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Barn och ungdomars hälsa:

- Andel barn med astma som har normal lungfunktion

Endokrina sjukdomar:

- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck $<140/85$ mm Hg

Läkemedel:

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

Rekommendationer - Angereds Närsjukhus

Barn och ungdomars hälsa

- Anledningen till att det är färre andel barn med astma som har normal lungfunktion vid Angereds Närsjukhus, behöver klargöras.

Endokrina sjukdomar

- Andelen typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck $<140/85$ mm Hg behöver öka. Det är viktigt att andelen diabetespatienter som når målvärdet för blodtryck ökar, inte minst med tanke på patientsammansättningen.

Kommentar: Teambesök med olika proffesioner pågår. Ofta komplicerade långa besök med tolk. Andelen diabetiker som fotundersöks har ökat.

Läkemedel

- Användningen av vanliga penicillinpreparat, vid lunginflammation behöver öka.

Capio Lundby sjukhus (CLS)

Capio Lundby sjukhus: Resultat

Den medicinska kvaliteten vid Capio Lundby sjukhus baseras på relativt få indikatorer. Även om flera resultat för Capio Lundby sjukhus är relativt goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i [Rekommendationer Capio Lundby sjukhus](#) på sidan 25.

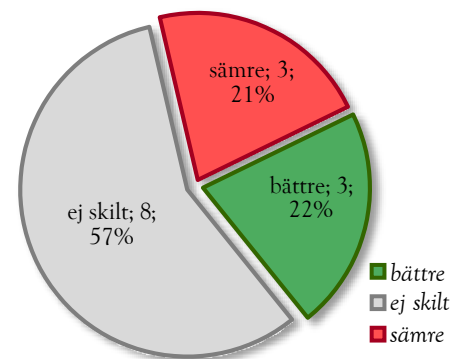
Tre stycken mätpunkter, vilket motsvarar 21 % av de jämförda mätpunkterna, faller ut sämre än riksgenomsnittet för Capio Lundby sjukhus. Samtliga indikatorer som med statistisk säkerhet avviker negativt från riksgenomsnittet för Capio Lundby sjukhus specificeras vidare i avsnittet [Resultat Capio Lundby sjukhus - indikatorer som avviker negativt](#) på nästa sida. I listan redovisas även negativa avvikelser från VGR:s uppsatta måltal från [Kvartalen](#).

Figur 10 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Capio Lundby sjukhus står sig i förhållande till riksgenomsnittet. Resultatet för Capio Lundby sjukhus baseras på 14 indikatorer som jämförs mot riksgenomsnittet. Av indikatorerna är 78 % bättre eller ej säkert sämre än riksgenomsnittet. Tjugoen procent av de jämförda indikatorerna, vilket motsvarar 3 indikatorer, faller emellertid ut sämre än riksgenomsnittet.

Figur 11 visar hur den medicinska kvaliteten vid Capio Lundby sjukhus faller ut jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Resultaten från Verksamhetsanalys 2018 för Capio Lundby sjukhus visar att det är inom programområde [Endokrina sjukdomar](#) och [Mag- och tarmsjukdomar](#) som det finns indikatorer som faller ut signifikant sämre än riket. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

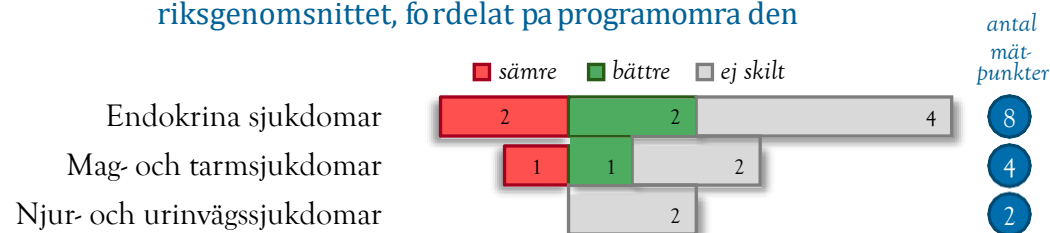
Den medicinska kvaliteten vid Capio Lundby sjukhus baseras på relativt få indikatorer. Även om flera resultat för Capio Lundby sjukhus är övervägande goda, finns områden som kan förbättras.

Figur 10. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Capio Lundby sjukhus



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Capio Lundby sjukhus redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Totalt ingår 14 mätpunkter.

Figur 11. Medicinsk kvalitet på Capio Lundby sjukhus jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Capio Lundby sjukhus, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 14 mätpunkter.

Sjukhuset drivs i privat regi. Eftersom VGR endast genomför kontrollering på de offentligt drivna sjukhusen, har vi inga uppgifter om huruvida eventuella förbättringsåtgärder redan är vidtagna. Undantaget är ljumskbräckoperationer, där verksamheten varit föremål för en revision som resulterat i åtgärder med positiv effekt på utfallet.

Resultat Capio Lundby sjukhus - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Endokrina sjukdomar:

- Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året
- Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol <2,5 mmol/L
- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck <140/85 mm Hg

Mag- och tarmsjukdomar:

- Andel patienter som ljunskbräcksoopererats och som inte om-opereras inom 5 år

Rekommendationer - Capio Lundby sjukhus

Endokrina sjukdomar

- Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året behöver öka.
- Andelen vuxna med diabetes typ 1 med blodtryck <140/85 mm Hg behöver öka.
- Behandlingen av höga blodfetter (högt LDL-kolesterol) behöver förbättras så att fler når rekommenderat mål.

Mag- och tarmsjukdomar

- Andelen patienter som behöver omopereras inom 5 år efter ljunskbräcksoperation är fortfarande något högre vid Capio Lundby.

Kommentar: Verksamheten är medveten om problemet och har gjort en genomlysning, varefter åtgärder har vidtagits. Fördröjningen efter att åtgärd sats in är 5 år, dvs innan resultat kan ses.

Frölunda specialistsjukhus (FSS)

Frölunda specialistsjukhus: Resultat

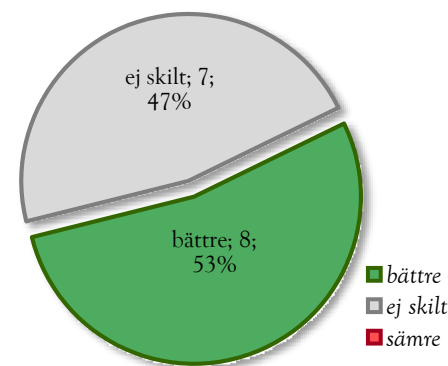
Resultaten för Frölunda specialistsjukhus är mycket goda. I *Verksamhetsanalysen 2018* framkom ingen indikator med signifikant sämre utfall än riket. Inte heller i *Kvartalen* finns indikatorer som inte når eller nästan når mål. Mot denna bakgrund publiceras här inga *Rekommendationer Frölunda Specialistsjukhus* eller lista över *Indikationer som avviker negativt för Frölunda Specialistsjukhus*. Det kan förstås finnas områden som kan förbättras ytterligare som dock inte framkommer här. All verksamhet kvalitetsgranskas inte.

Diabetesvården vid Frölunda Specialistsjukhus håller hög kvalitet och uppvisar bäst utfall i regionen. Bland annat är man den enda förvaltning i regionen, som når målet; blodtryck under 140/85 mm Hg hos patienter med typ 1 diabetes. I föregående rapport noterades för hög användning av antibiotika i samband med planerade gall-operationer. Ett förbättringsarbete som gjorts har resulterat i en lägre antibiotikaanvändning och förbättringen håller i sig över tid.

Figur 12 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Frölunda Specialistsjukhus faller ut i förhållande till riksgenomsnittet. Vid en statistisk jämförelse är resultaten för samtliga indikatorer bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet.

» Resultaten för Frölunda specialistsjukhus är mycket goda. I *Verksamhetsanalysen 2018* framkom ingen indikator med signifikant sämre utfall än riket. Inte heller i *Kvartalen* finns indikatorer som inte når eller nästan når mål.

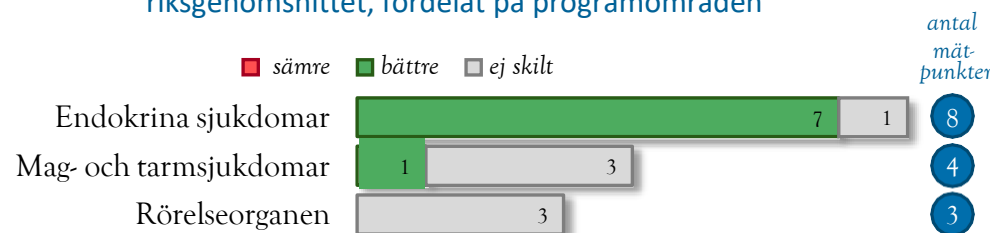
Figur 12. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Frölunda Specialistsjukhus



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Frölunda Specialistsjukhus redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Totalt ingår 15 mätpunkter.

Figur 13 visar hur den medicinska kvaliteten vid Frölunda Specialistsjukhus utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Ingen av de 15 indikatorerna har utfall som är signifikant sämre än riksgenomsnittet, enligt *Verksamhetsanalys 2018*. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 13. Medicinsk kvalitet på Frölunda Specialistsjukhus jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Frölunda Specialistsjukhus, redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Alla programområden redovisas ej i *Verksamhetsanalysen*. Totalt ingår 15 mätpunkter.

Kungälv's sjukhus (KS)

Kungälv's sjukhus: Resultat

De resultat som redovisas för Kungälv's sjukhus håller god kvalitet. Förbättringar har skett sedan föregående rapport skrevs, trots en betydande utmaning i den beläggningsproblematik som råder. Till exempel opereras nu höftfrakturer inom målsatt tid. Däremot ses fortsatta bekymmer med tiden till kranskärslsröntgen för patienter med mindre hjärtinfarkt.

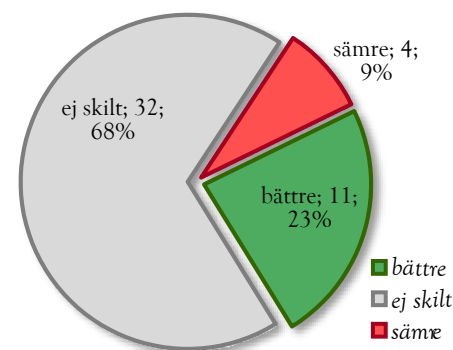
Även om resultaten för Kungälv's sjukhus är goda finns det områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet [Rekommendationer Kungälv's sjukhus](#) på sidan 31.

Figur 14 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Kungälv's sjukhus faller ut i förhållande till riksgenomsnittet. Av de indikatorerna där en statistisk jämförelse kan göras, är 91 % bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet och antalet gröna är fler än antalet röda.

Fyra mätpunkter (9%) uppvisar värden som är sämre än riksgenomsnittet och i *Kvartalen* pekas ytterligare ett par indikatorer ut som inte når upp till målvärdet. Samtliga dessa indikatorer specificeras i avsnittet [Resultat Kungälv's sjukhus - indikatorer som avviker negativt](#) på nästa sida.

*Förbättringar
har skett sedan
föregående
rapport skrevs,
trots en betydande
utmaning i den
beläggnings-
problematik som
råder*

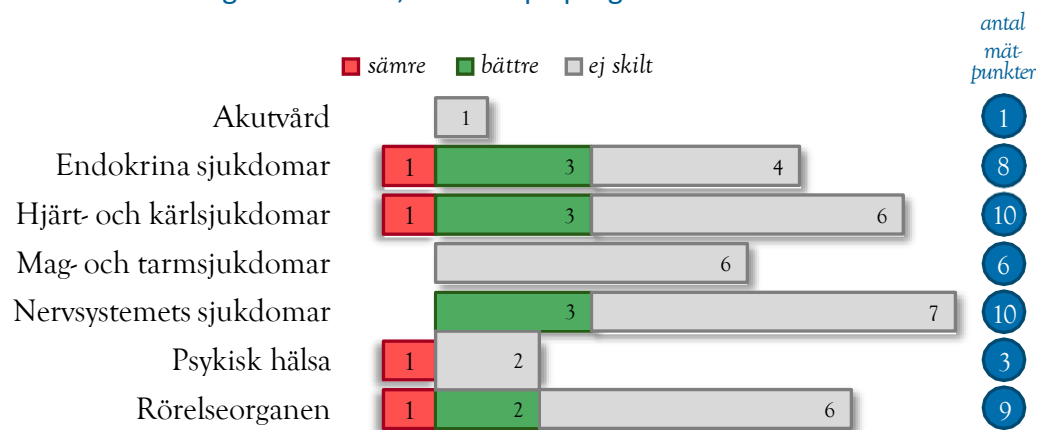
Figur 14. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Kungälv's sjukhus



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Kungälv's sjukhus redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Totalt ingår 47 mätpunkter.

Figur 15 på nästa sida, visar hur den medicinska kvaliteten vid Kungälv's sjukhus utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Resultaten för Kungälv's sjukhus visar att det är inom programområde [Endokrina sjukdomar](#), [Hjärt- och kärlsjukdomar](#), [Psykisk hälsa](#) och [Rörelseorganens sjukdomar](#) som det finns indikatorer som faller ut signifikant sämre än för riket, enligt *Verksamhetsanalys 2018*. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 15. Medicinsk kvalitet på Kungälv's sjukhus jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Kungälv's sjukhus, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 47 mätpunkter.

Resultat Kungälv's sjukhus - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Akutsjukvård:

- Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar

Endokrina sjukdomar:

- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året
- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck $<140/85$ mm Hg

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt
- Andel rökande patienter som slutat röka 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter <75 år

Psykisk hälsa:

- Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år
- Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D

Rörelseorganens sjukdomar:

- Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation.

Läkemedel:

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

Rekommendationer

- Kungälv's sjukhus

Akutsjukvård

- Andelen patienter som bedöms av läkare inom 1 timma på akutmottagningen behöver öka.

Endokrina sjukdomar

- Andelen diabetespatienter som gör fotundersökning varje år bör öka till att nå rekommenderad målnivå.
- Andel vuxna diabetespatienter med blodtryck <140/85 mm Hg behöver öka.

Kommentar: Förbättringsarbete pågår. Sjuksköterskor titrerar upp mediciner. Måluppfyllelsen för flera indikatorer har ökat.

Hjärt- och kärlsjukdomar

- Andelen som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar behöver öka. Frågan är i stora delar regional och behöver lösas på regional nivå.
- Andel rökande patienter som slutat röka 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt behöver öka. Sekundär prevention efter hjärtinfarkt är i övrigt väldigt välfungerande vid Kungälv's sjukhus.

Kommentar: Tidigare rökavvänjnings-sköterska slutade, ny är rekryterad.

Psykisk hälsa

- Depressionsskattning efter ECT behöver öka och eventuella registreringsproblem om utförd skattning bör lösas.

Ortopedi

- Knäprotesoperationer. Kontroll bör göras för att undersöka varför relativa revisionsrisken är högre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelser beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Läkemedel

- Användningen av vanliga penicillinpreparat, vid lunginflammation behöver öka.

Generella kommentarer: Inom intensivvården har andelen återinskrivningar minskat.

Strokesjukvården har förbättrats.

Inom ortopedin ses bättre resultat när det gäller höftproteser.

NU-sjukvården (NU)

NU-sjukvården: Resultat

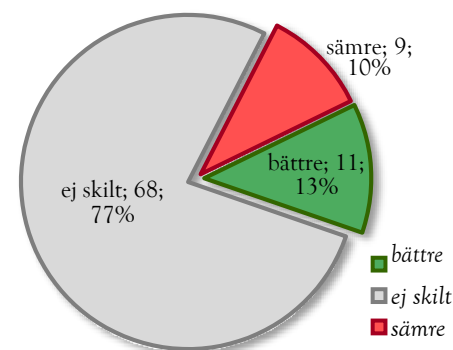
De resultat som visas för NU-sjukvården håller god kvalitet. Sedan föregående rapport skrevs har flera förbättringar gjorts. Inom strokesjukvården pågår förbättringsarbete, även om man ännu inte når målnivåer. När det gäller operation av höftfraktur inom 24 timmar, pågår det arbete för att nå målet.

För kvalitetsindikatorerna inom SVF som gäller bröst och urologi, uppvisar NU-sjukvården förhållandevis bra resultat, när det gäller tid till åtgärd. Framgångsfaktorn inom bröstkirurgin och urologin 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 förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer NU-sjukvården* på sidan 35.

Figur 16 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid NU-sjukvården faller ut i förhållande till riksgenomsnittet när 88 indikatorer/mätpunkter jämförs mot riksgenomsnittet. Av de indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 90 % bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet.

» För kvalitetsindikatorerna inom SVF som gäller bröst och urologi, uppvisar NU-sjukvården bra resultat, när det gäller tid till åtgärd.

Figur 16. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på NU-sjukvården

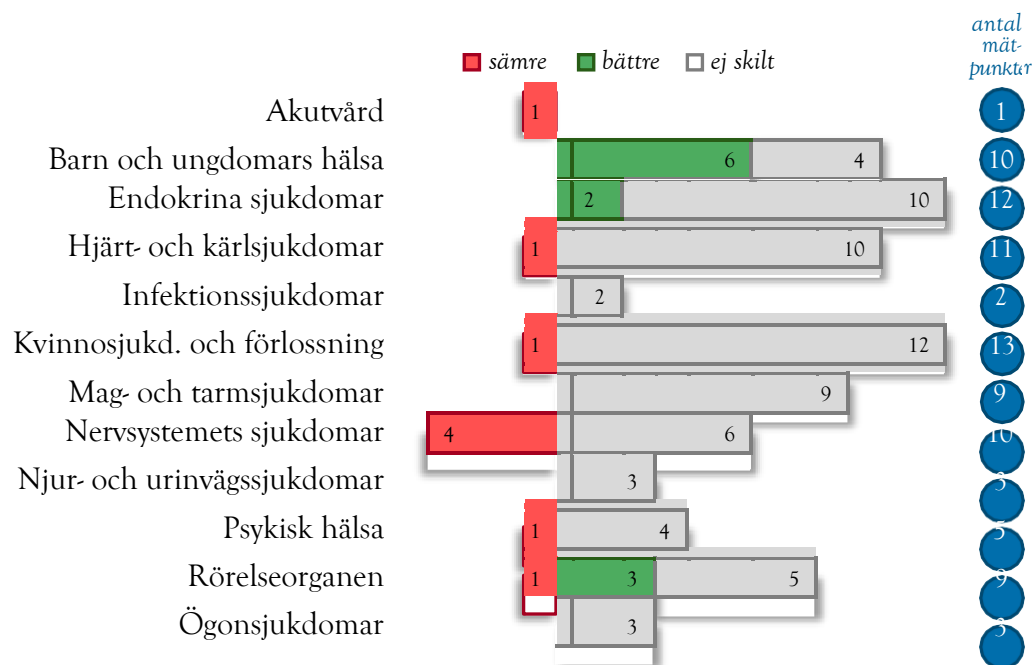


Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för NU-sjukvården redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Totalt ingår 88 mätpunkter.

Nio mätpunkter (10%) uppvisar värden som är sämre än riksgenomsnittet och i *Kvartalen* framkommer ytterligare indikatorer som inte når upp till målvärdet. Samtliga dessa indikatorer specificeras i avsnittet *Resultat NU-sjukvården - indikatorer som avviker negativt* på sidan 34.

Figur 17, på nästa sida, visar hur den medicinska kvaliteten vid NU-sjukvården utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Resultaten för NU-sjukvården visar att det är inom programområde *Akutsjukvård, Hjärt- och kärlsjukdomar, Kvinnosjukdomar och förlossning, Nervsystemets sjukdomar, Psykisk hälsa* och *Rörelseorganens sjukdomar* som det finns indikatorer med signifikant sämre utfall än riket, enligt Verksamhetsanalys 2018. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 17. Medicinsk kvalitet på NU-sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för NU-sjukvården, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 88 mätpunkter.

Resultat NU-sjukvården - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Akutsjukvård:

- Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar
- Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning

Barn och ungdomars hälsa:

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

Endokrina sjukdomar:

- Andel typ 1 diabetespatienter <18 år med HbA1c <52 mmol/mol
- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck <140/85 mm Hg

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram
- Andel rökande patienter som slutat röka 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter <75 år

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30 - 32

Nervsystemets sjukdomar:

- Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad
- Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)
- Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA

- Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet

Psykisk hälsa:

- Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D
- Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år

Rörelseorganens sjukdomar:

- Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)
- Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar

Läkemedel:

- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner
- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner

Rekommendationer - NU-sjukvården

Akutsjukvård

- Andelen patienter som bedöms av läkare inom 1 timma på akutmottagningen behöver öka.
- Oplanerad återinskrivning på intensivvården är högre än riket och överstiger rekommenderad nivå på 3 %. Granskning rekommenderas.

Barn och ungdomars hälsa

- Andel barn med välreglerad diabetes typ 1 ($\text{HbA}_{1c} < 52$ mmol/mol) behöver öka. Måluppfyllelsen skiljer mellan enheterna inom NU-sjukvården.

Kommentar: Samarbete mellan enheterna pågår liksom riktade satsningar mot de barn som inte ligger bra. Andelen barn som kontrollerar blodtryck, albumin och ögon har ökat.

Endokrina sjukdomar

- Även om diabetesvården vid NU är mycket god, nås ännu inte blodtrycksmålet.

Kommentar: Arbete pågår och man ser en succesivt förbättrad måluppfyllelse. Bl a har andelen diabetiker med dåligt reglerat blodsocker minskat.

Hjärt- och kärlsjukdomar

- Sekundär prevention efter hjärtinfarkt behöver förbättras. Gäller andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram respektive andel som slutat röka. Sjukhuset bör säkerställa att samarbetet med primärvården fungerar så att fler patienter når mål efter hjärtinfarkt.

Kommentar: uppmärksammandes även förra året.

Kvinnosjukdomar och förlossning

- Andel kvinnor som röker under graviditeten bör minska.

Nervsystemets sjukdomar

- Strokeprocessen, särskilt reperfusion och direktinläggning, behöver förbättras. Strokesjukvården bedöms vara den största utmaningen för NU-sjukvården.

Kommentar: Ett intensivt förbättringsarbete har pågått med extern processledare. Förbättrade resultat ses men processen är inte stabil. Ett hot är bekymmersamt bemanningsläge.

Psykisk hälsa

- Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom som återfaller i affektivt skov senaste 12 månaderna är högt och behöver minskas.

Kommentar: Sammanfattningsvis är återfall i skov svårvärderat, det är många olika enheter som sköter patienter med psykossjukdom och täckningsgraden i kvalitetsregister är mkt låg.

Rörelseorganens sjukdomar

- Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalprotes) är lågt. Kontroll bör göras för att undersöka varför resultaten för implantatöverlevnad och reoperation är sämre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelser beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.
- Andel med akut höftfraktur som opereras inom 24 timmar behöver öka.

Kommentar: Förbättring av måluppfyllelsen, när det gäller operation av höftfrakturer, har skett sedan föregående år, men verksamheten når ännu inte målet. Två konkreta åtgärder pågår, dels processarbete kring höftfrakturer, dels överförande av "akutplanerad" ortopedi (operation inom 2 veckor) från NÄL till Uddevalla.

Läkemedel

- Användningen av penicilliner vid lunginflammation behöver öka och användningen av kinoloner minska.

Generella kommentarer: Flera indikatorer som pekades ut förra året har förbättrats. Förbyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi har minskat. Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar har ökat.

Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU)

Sahlgrenska universitetssjukhuset: Resultat

Den medicinska kvaliteten vid Sahlgrenska universitetssjukhuset som redovisas med 164 mätpunkter håller god kvalitet. Sedan föregående rapport skrevs har förbättringar gjorts och det pågår flertalet

förbättringsarbeten inom områden som tidigare har uppmärksammats, till exempel pågår arbete med att förbättra tiderna för operation av höftfrakturer. Det pågår också ett processarbete inom Kardiologin.

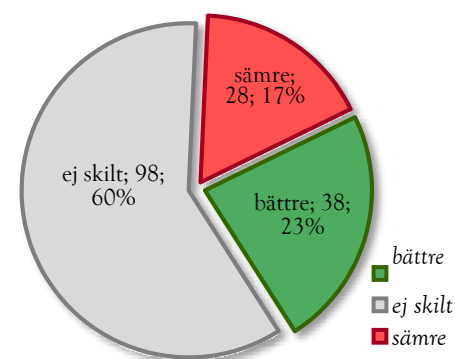
Även om resultaten för Sahlgrenska universitetssjukhuset är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet [Rekommendationer Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#) på sidan 41.

Figur 18 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset faller ut i förhållande till riksgenomsnittet när totalt 164 jämförbara mätpunkter ställs i relation till riksgenomsnittet. Åttiotre % av indikatorerna faller ut bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet och antalet gröna är fler än antalet röda indikatorer.

Tjugoåtta mätpunkter, vilket motsvarar 17 %, ligger statistiskt signifikant under riksgenomsnittet. Dessa specificeras i avsnittet [Resultat Sahlgrenska Universitetssjukhuset som avviker negativt](#) på nästa sida, tillsammans med ytterligare indikatorer som inte når upp till målvärdet från Kvartalen.

Sedan föregående rapport skrevs har förbättringar gjorts och det pågår flertalet förbättringsarbeten inom områden som tidigare har uppmärksammats, till exempel pågår arbete med att förbättra tiderna för operation av höftfrakturer.

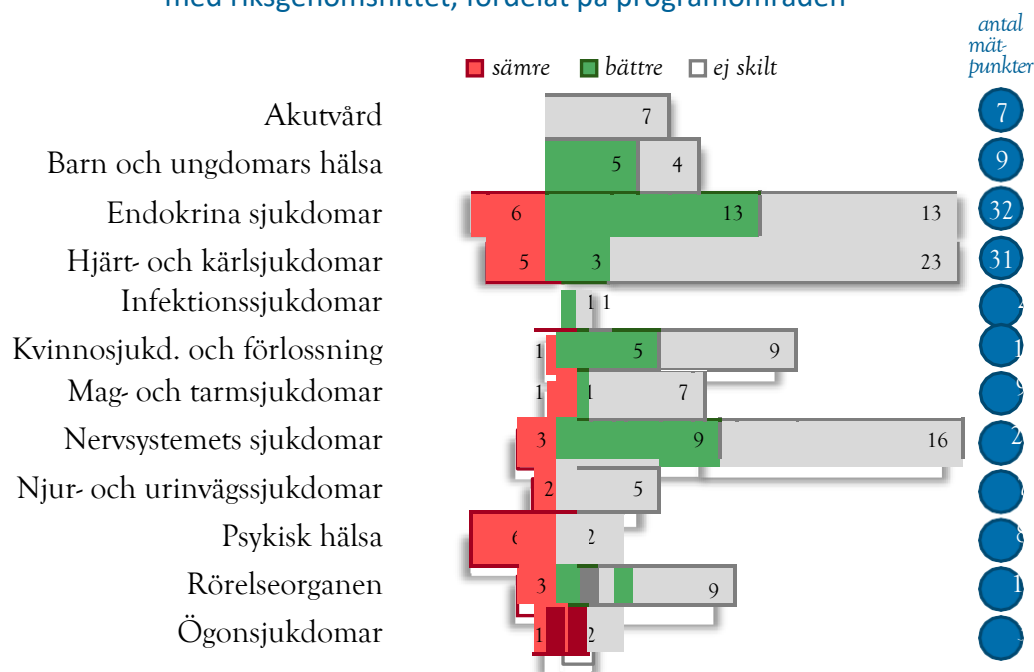
Figur 18. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Totalt ingår 164 mätpunkter.

Figur 19, på nästa sida, visar hur den medicinska kvaliteten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområdena [Endokrina sjukdomar](#), [Hjärt- och kärlsjukdomar](#), [Kvinnosjukdomar](#) och [förlossning](#), [Nervsystemets sjukdomar](#), [Njur- och urinvägssjukdomar](#), [Psykisk hälsa](#), [Rörelseorganens sjukdomar](#) och [Ögonsjukdomar](#) som det finns indikatorer som utfaller signifikant sämre än riksgenomsnittet, enligt Verksamhetsanalys 2018. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 19. Medicinsk kvalitet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 164 mätpunkter.

Resultat Sahlgrenska Universitetssjukhuset - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Akutsjukvård:

- Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar.

Barn och ungdomars hälsa:

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

Endokrina sjukdomar:

- Andel patienter med uppföljning 2 år efter obesitasoperation
- Andel patienter med viktminskning 1 år efter obesitasoperation
- Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren (gäller Östra)
- Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året (gäller Sahlgrenska)
- Andel typ 1 diabetespatienter <18 år med HbA1c <52 mmol/mol

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion (gäller Mölndal)
- Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt (gäller Mölndal)
- Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST-lyftsinfarkt (gäller Östra)
- Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt (gäller Östra och Mölndal)
- Andel rökande patienter som slutat röka 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter <75 år (gäller SU)

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall (gäller Östra)
- Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning

Mag- och tarmsjukdomar:

- Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi (gäller Östra)

Nervsystemets sjukdomar:

- Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift (gäller Sahlgrenska)
- Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda (gäller Mölndal och Sahlgrenska)

Njur- och urinvägssjukdomar:

- Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft

Psykisk hälsa:

- Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D (gäller Mölndal och Sahlgrenska)
- Andel patienter med depression som behandlas med ECT (gäller Sahlgrenska)
- Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S (gäller hela SU)
- Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år (gäller hela SU)

Rörelseorganens sjukdomar:

- Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)
- Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar

- Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur

Ögonsjukdomar:

- Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration

Läkemedel:

- Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker
- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner
- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner

Rekommendationer

- Sahlgrenska universitetssjukhuset

Akutsjukvård

- Andelen patienter som bedöms av läkare inom 1 timma på akutmottagningen behöver öka.

Kommentar: Förbättringar ses och mycket arbete pågår för att förbättra flödet vid akutmottagningen.

Barn och ungdomars hälsa

- Andel barn med välreglerad typ 1 diabetes behöver öka (HbA1c <52 mmol/mol).

Kommentar: Andelen barn som är välreglerade i sin diabetes har ökat över tid.

Endokrina sjukdomar

- Andelen fotundersökta behöver öka vid SU-Sahlgrenska. Även om diabetesvården vid SU är mycket god, och olika patientsammansättningar kan skilja mellan olika sjukhus, bör samtliga enheter vid SU sträva efter att så många som möjligt skall nå mål för blodtryck.

Kommentar: Vårderna har förbättrats över tid. Andel fot- och ögonundersökta har ökat vid Mölndal och Östra. Mkt arbete pågår.

- Andel patienter med viktninskning 1 år efter obesitasoperation behöver öka. Uppföljning 2 år efter obesitaskirurgi är vid SU lägre än i riket. SU bör säkerställa att uppföljning efter obesitaskirurgi är välfungerande så att alla som behöver följas upp får sådan uppföljning.

Hjärt- och kärlsjukdomar

- Vid icke ST-höjningsinfarkt behöver samtliga enheter inom SU nå mål för kranskärlsröntgen inom 72 timmar. Problemet är dock inte enbart begränsat till SU. Frågan är i stora delar regional och kan behöva lösas på regional nivå. Vid Östra är andelen patienter som genomgår kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid mindre hjärtinfarkt lägre än vid övriga enheter. Granskning bör göras för att säkerställa att vården är jämlik utifrån patientsammansättning och individuella förutsättningar.
- Vid SU-Mölndal är andelen som behandlas med RAAS-hämmare, efter hjärtinfarkt lägre och andelen patienter som genomgår reperfusion i samband med ST-lyfts infarkt lägre. Annan patientsammansättning kan förklara skillnaderna men granskning bör göras för att säkerställa att vården är jämlik utifrån patientsammansättning och individuella förutsättningar.
- Andel rökande patienter som slutat röka 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt behöver öka (gäller SU).

Kommentar: Det pågår ett övergripande processarbete vid SU med mål att förbättra processen runt kranskärslssjukdomen. Intensivt arbete pågår kring logistik och har ökat tillgängligheten. Under 2019 byggs ett nytt Angiolab på Östra i direkt anslutning till Kardiologavdelning vilket innebär bättre förutsättningar för mer effektiv logistik. Östra och Sahlgrenska har sedan en tid, en fungerande rökavvänjningsverksamhet.

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- Andelen kvinnor som är komplikationsfria och symtomfria efter framfallskirurgi var lägre vid SU-Östra än i riket. En granskning bör göras för att se om skillnaden gentemot tidigare resultat är en tillfällighet eller ett rapporteringsproblem, eller om en reell försämring skett.
- Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning är högre vid SU.

Kommentar: 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

- Vid SU-Östra är andelen som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi högre än rekommenderat mål. Det inte är självklart vad som avses med *förebyggande* antibiotika vid planerad gallkirurgi, eller vilka komplikationer som skall registreras. Skillnader i resultat kan till delar bero på skillnader i hur man registrerar.

Nervsystemets sjukdomar

- Skillnader finns mellan de olika Strokeenheterna inom SU, även om skillnaderna har minskat. Andelen med blodtryckssänkande behandling är lägre vid SU-Sahlgrenska än i riket, tillgodosedda behov av stöd och hjälp är lägre vid SU-Sahlgrenska och SU-Mölndal. Även om SU kan ses som ett sammanhållet system för delar av strokesjukvården, där olika patientgrupper vårdas/flyttas till olika enheter, bör SU säkerställa att vården är jämlik. Andelen patienter med tillgodosedda behov av stöd och hjälp borde t ex vara lika hög oavsett var man vårdas.

Njur- och urinvägssjukdomar

- Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft är lägre vid SU. Anledning behöver klargöras.

Psykisk hälsa

- Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom som återfaller i affektivt skov senaste 12 månaderna är högt och behöver minskas. Granskning rekommenderas.
- Andel patienter med depression som behandlas med ECT är lägre vid SU, där också användningen av depressionsskattning efter ECT är lägre. Granskning rekommenderas.

Rörelseorganens sjukdomar

- Höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar behöver öka så att rekommenderat mål nås.

Kommentar: Förbättringsarbete pågår, där ett projekt tillsammans med geriatrik och ortopedi pågår för att öka andelen som blir opererade inom målsatt tid. En viss förbättring har skett.

- Andel patienter som är nöjda efter höftprotesoperation är lägre vid SU. Kontroll bör göras för att undersöka varför. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Ögonsjukdomar

- Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration är betydligt lägre vid SU. Anledningen till detta behöver klargöras.

Kommentar: Enligt verksamheten är det eftersläpning med registrering, vilket gör utfallet svårtolkat. Frågan runt gemensam hantering av kroniskt ögonsjuka är lyft till regionen.

Läkemedel

- Användningen av penicilliner vid lunginflammation behöver öka och användningen av kinoloner minska.

Generella kommentarer: Förvaltningen har byggt upp en struktur i linjen för att följa kvalitetsarbetet, där utfall och resultat efterfrågas återkommande, vilket sannolikt kommer att underlätta förbättringsarbetet.

Skaraborgs sjukhus (SkaS)

Skaraborgs sjukhus: Resultat

Den medicinska kvaliteten vid Skaraborgs sjukhus som redovisas med 150 mätpunkter håller god kvalitet, men det finns områden, som uppmärksammats tidigare, som fortfarande har bekymmer. Strokesjukvården saknar läkare och vårdplatser och prognosen bedöms som osäker. Även när det gäller andel höftfrakturer som opereras inom 24 timmar är prognosen fortsatt bekymmersam. Även om resultaten för Skaraborgs sjukhus till

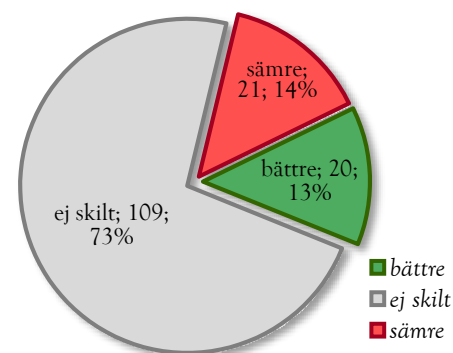
stor del är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet [Rekommendationer Skaraborgs sjukhus](#) på sidan 48.

Figur 20 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Skaraborgs sjukhus faller ut i förhållande till riksgenomsnittet när de 150 mätpunkterna jämförs mot riksgenomsnittet. Av indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 86 % bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet. Antalet röda indikatorer är något fler än antalet gröna, vilket är en försämring jämfört med föregående år.

Tjugoen mätpunkter (14%) faller sämre ut än riksgenomsnittet på Skaraborgs sjukhus och i *Kvartalen* finns ytterligare några indikatorer som inte uppfyller målvärdena inom VGR. Samtliga dessa indikatorer specificeras i avsnittet [Resultat Skaraborgs sjukhus som avviker negativt](#) på sidan 46.

» *Den medicinska kvaliteten vid Skaraborgs sjukhus som redovisas med 150 mätpunkter håller god kvalitet, men det finns områden, som uppmärksammats tidigare, som fortfarande har bekymmer.*

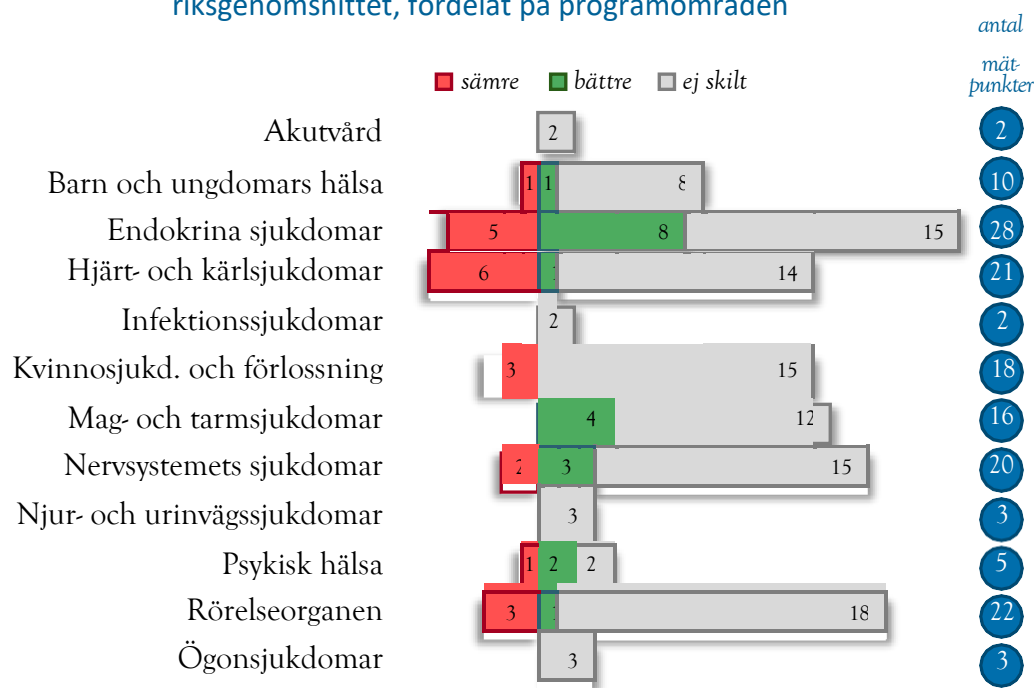
Figur 20. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Skaraborgs sjukhus



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Skaraborgs sjukhus redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Totalt ingår 150 mätpunkter.

Figur 21, på nästa sida, visar hur den medicinska kvaliteten vid Skaraborgs sjukhus står sig i förhållande till riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområdena [Barn- och ungdomars hälsa](#), [Endokrina sjukdomar](#), [Hjärt- och kärlsjukdomar](#), [Kvinnosjukdomar](#) och [förlossning](#), [Nervsystemets sjukdomar](#), [Psykisk hälsa](#) och [Rörelseorganens sjukdomar](#) som det finns indikatorer som utfaller signifikant sämre än riksgenomsnittet, enligt *Verksamhetsanalys 2018*. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 21. Medicinsk kvalitet på Skaraborgs sjukhus jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Skaraborgs sjukhus, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 150 mätpunkter.

Resultat Skaraborgs sjukhus - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Barn och ungdomars hälsa:

- Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <57 mmol/mol (gäller Skövde)
- Andel typ 1 diabetespatienter <18 år med HbA1c <52 mmol/mol
- Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit. Gäller barn 0 - 6 år

Endokrina sjukdomar:

- Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c <57 mmol/mol (gäller Skövde)
- Andel typ 1 diabetespatienter <18 år med HbA1c <52 mmol/mol
- Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck <140/85 mm Hg
- Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren (främst Skövde och Lidköping)
- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året
- Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol <2,5 mmol/L (gäller Lidköping)
- Andel patienter med viktnedgång 1 år efter obesitasoperation

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck <140 mm Hg 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt (gäller Skövde)

- Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL-kolesterol (gäller Lidköping och Skövde)
- Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram (gäller Lidköping och Skövde)
- Andel rökande patienter som slutat röka 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter <75 år

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30 - 34
- Andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter inkontinensoperation (gäller Skövde)
- Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik

Nervsystemets sjukdomar:

- Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift (gäller Skövde)
- Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA (gäller Skövde)
- Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år

Psykisk hälsa:

- Andel patienter med depression som behandlas med ECT (gäller Falköping)
- Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år
- Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år

Rörelseorganens sjukdomar:

- Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar (gäller Lidköping och Skövde)

- Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur (gäller Lidköping)

Läkemedel:

- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner
- Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner

Rekommendationer

- Skaraborgs sjukhus

Barn och ungdomars hälsa

- Andel barn med välreglerad typ 1 diabetes behöver öka (HbA1c <52 mmol/mol).

Kommentar: Måluppfyllelsen har ökat betydligt över tid och skillnaderna mellan enheterna har minskat. Mkt arbete pågår.

- Andel barn som återinskrivs i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit är högre vid SkaS. Bör följas för att se om det är en tillfällighet.

Endokrina sjukdomar

- Andelen fotundersökta och andelen ögonundersökta diabetiker behöver öka. Även andelen som når målvärde för LDL och blodtryck behöver öka.

Kommentar: Andel patienter som når mål skiljer mellan de olika enheterna inom förvaltningen. Olika patient-sammansättningar kan skilja mellan de olika sjukhusen, men samtliga enheter bör sträva efter att så många som möjligt skall nå mål för blodtryck och LDL.

- Andel patienter som minskar i vikt, 1 år efter obesitasoperation behöver öka.

Hjärt- och kärlsjukdomar

- Sekundär prevention efter hjärtinfarkt behöver förbättras. Gäller andel patienter som når målblodtryck, LDL-mål samt patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram respektive andel som slutat röka. Sjukhuset bör säkerställa att samarbetet med primärvården fungerar så att fler patienter når mål efter hjärtinfarkt.

Kvinnosjukdomar och förlossning

- Andel kvinnor som röker under graviditeten behöver minska.
- Vid inkontinensoperation är det färre andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter operationen jämfört övriga i VGR.

Kommentar: Verksamheten har vid controlling-möte under 2018 redovisat att skillnaderna beror på patient-sammansättningen. Fortsatt granskning rekommenderas.

- Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik är lägre vid SkaS och behöver öka. Granskning rekommenderas.

Nervsystemets sjukdomar

- Strokeprocessen behöver förbättras, främst när det gäller initial vård på strokeenhet. Även andel patienter som får blodtryckssänkande behandling efter stroke, behöver öka.

Kommentar: En orsak är vårdplatsbrist och brist på specialister. Osäker prognos.

Psykisk hälsa

- SkaS-Falköping: Andelen patienter med depression som behandlas med ECT är lägre jämfört övriga. Granskning rekommenderas.
- Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom som återfaller i affektivt skov senaste 12 månaderna är högre än målet. Granskning rekommenderas.
- Läkemedelsgenomgång för patienter med psykosjukdom behöver öka.

Kommentar: SkaS använder Bipolärskolan som gör patienten uppmärksam på tidiga varningstecken. Planen är att utöka till samtliga fyra öppenvårdsmottagningar.

Rörelseorganens sjukdomar

- Andelen patienter med akut höftfraktur som opereras inom 24 behöver öka.

Kommentar: Flera orsaker vårdplatsbrist, operationsutrymme saknas, skör bemanning. Prognosen enligt controlling-mötet, bedömdes som mörk.

Läkemedel

- Användningen av penicilliner vid lunginflammation behöver öka och användningen av kinoloner minska.

Kommentar: Det pågår arbete med att få följsamhet till rutinerna för STRAMA.

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)

Södra Älvsborgs sjukhus: Resultat

Den medicinska kvaliteten vid Södra Älvsborgs sjukhus håller god kvalitet 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

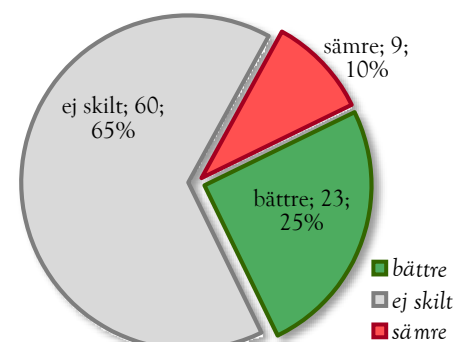
regionen när det gäller patientsäkerhetsarbete och särskilt framgångsrik när det gäller STRAMA-arbetet. Även om resultaten för Södra Älvsborgs sjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i avsnittet *Rekommendationer Södra Älvsborgs sjukhus* på sidan 53.

Sjukhuset är ledande i regionen när det gäller patient-säkerhetsarbete och särskilt framgångsrik när det gäller STRAMA-arbetet.

Figur 22 visar hur den medicinska kvaliteten i sjukvården vid Södra Älvsborgs sjukhus respektive VGR (sammantaget) utfaller i förhållande till riksgenomsnittet när de 92 mätpunkterna jämförs mot riksgenomsnittet. Av indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 90 % bättre (gröna) eller inte säkert skilt (grå) från riksgenomsnittet och andelen gröna är större än röda.

Nio mätpunkter faller ut sämre än riksgenomsnittet, vilket motsvarar 10 % av de jämförbara mätpunkterna för Södra Älvsborgs sjukhus. Samtliga indikatorer som med statistisk säkerhet avviker negativt från riksgenomsnittet för Södra Älvsborgs sjukhus specificeras i avsnittet *Resultat Södra Älvsborgs sjukhus - indikatorer som avviker negativt* på sidan 52. I listan redovisas även negativa avvikelser från VGR:s uppsatta måltal ur Kvartalen.

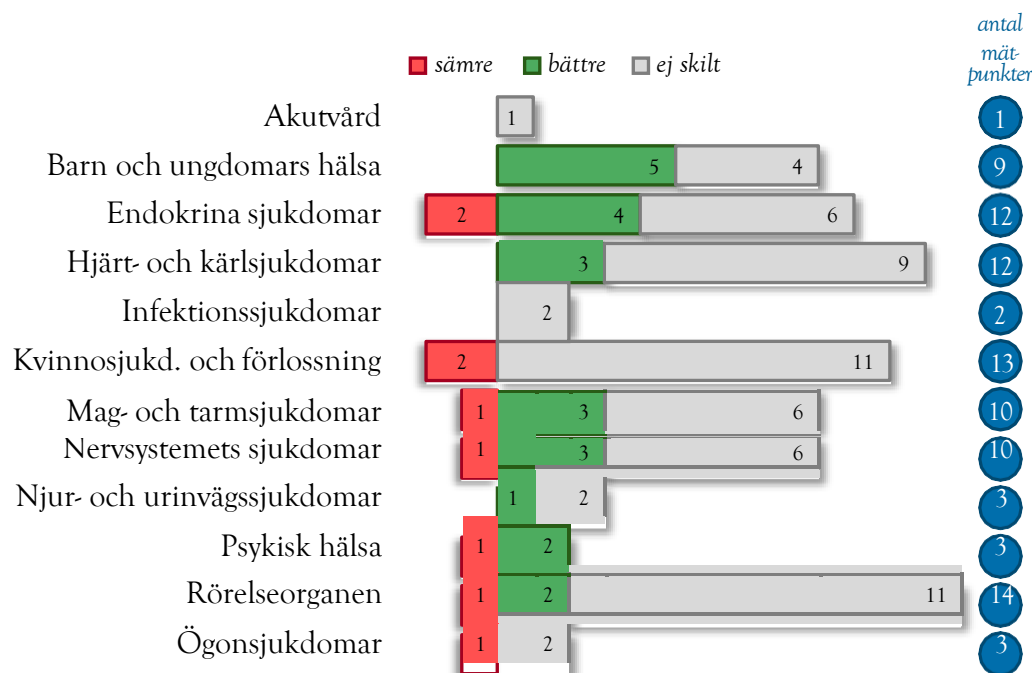
Figur 22. Medicinsk kvalitet i sjukvården jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på Södra Älvsborgs Sjukhus



Kommentar: Figuren visar andelen mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Södra Älvsborgs Sjukhus redovisade i *Verksamhetsanalys 2018*. Totalt ingår 92 mätpunkter.

Figur 23, på nästa sida, visar hur den medicinska kvaliteten vid Södra Älvsborgs sjukhus utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområdena *Endokrina sjukdomar*, *Kvinnosjukdomar och förlossning*, *Mag- och tarmsjukdomar*, *Nervsystemets sjukdomar*, *Psykisk hälsa*, *Rörelseorganens sjukdomar* och *Ögonsjukdomar* som det finns indikatorer som utfaller signifikant sämre än riksgenomsnittet, enligt *Verksamhetsanalys 2018*. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 23. Medicinsk kvalitet på Södra Älvsborgs Sjukhus jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. Figuren visar mätpunkter för Södra Älvsborgs Sjukhus, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. Totalt ingår 92 mätpunkter.

Resultat Södra Älvsborgs sjukhus - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen) och/eller VGR:s uppsatta måltal (redovisas i Kvartalen)

Akutsjukvård:

- Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar

Barn och ungdomars hälsa:

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

Endokrina sjukdomar:

- Andel patienter med viktnedgång 1 år efter obesitasoperation
- Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck <140/85 mm Hg
- Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol <2,5 mmol/L
- Andel typ 1 diabetespatienter <18 år med HbA1c <52 mmol/mol

Hjärt- och kärlsjukdomar:

- Andel rökande patienter som slutat röka 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter <75 år

Kvinnosjukdomar och förlossning:

- Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30 - 35
- Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik

Mag- och tarmsjukdomar:

- Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi

Nervsystemets sjukdomar:

- Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad

Psykisk hälsa:

- Andel patienter med depression som behandlas med ECT

Rörelseorganens sjukdomar:

- Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser) (gäller Skene)

Ögonsjukdomar:

- Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation

Rekommendationer - Södra Älvsborgs sjukhus

Akutsjukvård

- Andelen patienter som bedöms av läkare inom 1 timma på akutmottagningen behöver öka.

Barn och ungdomars hälsa

- Andel barn med välreglerad typ 1 diabetes behöver öka (HbA1c <52 mmol/mol).

Kommentar: Riktade insatser pågår mot de barn som ligger dåligt.

Endokrina sjukdomar

- Andelen diabetespatienter som når mål för LDL och blodtryck behöver öka.
- Andel patienter som minskar i vikt 1 år efter obesitasoperation behöver öka.

Kommentar: Workshifting från läkare till sjuksköterska pågår vid diabetesmottagningen. Sjuksköterskor titrerar mediciner.

Hjärt- och kärlsjukdomar

- Andelen patienter som slutat röka efter hjärtinfarkt behöver öka.

Kommentarer: det är väldigt få patienter, vilket gör att värden svänger mkt.

Kvinnosjukdomar och förlossning

- Andelen kvinnor som röker under graviditeten bör minska.
- Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik är lägre vid SÄS och behöver öka. Fortsatt granskning rekommenderas.

Mag- och tarmsjukdomar

- Vid SÄS-Borås är andelen som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi högre än i riket. Det är inte självklart vad som avses med *förebyggande* antibiotika vid planerad gallkirurgi, eller vilka komplikationer som skall registreras. Skillnader i resultat kan bero på skillnader i hur man registrerar.

Nervsystemets sjukdomar

- Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad behöver öka.

Psykisk hälsa

- Andelen patienter med depression som behandlas med ECT behöver öka. Granskning rekommenderas.

Rörelseorganens sjukdomar

- Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser) är lägre (gäller Skene). SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelserna beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Ögonsjukdomar

- Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation är lägre än riksgenomsnittet. Granskning rekommenderas för att finna orsaken.



VGR-baserade

VGR-baserade: Resultat

Utfall för de VGR-baserade indikatorer mäts endast på övergripande nivå och utfall för respektive sjukhusförvaltning saknas. Det rör sig om 43 unika indikatorer. Ofta rör indikatorerna VGR-övergripande processer, men inte alltid. Utfallet för VGR-baserade indikatorer jämförs enbart med riksgenomsnittet och resultat för hur utfallet förhåller sig till målvärdet i Kvartalen saknas, när denna rapport skrivs.

De flesta indikatorerna av de VGR-baserade indikatorer gäller cancersjukdomar (26 stycken). Det kan vara värt att notera att i förhållande till målvärdet ligger de flesta indikatorer som gäller cancer långt under målnivån. För flera av dessa är dessutom spridningen i måluppfyllelse stor inom VGR. Cancerindikatorerna faller emellertid inte ut som signifikant sämre eftersom även utfallet för riksgenomsnittet ligger långt ifrån mål.

Samtliga av de VGR-baserade indikatorerna som med statistisk säkerhet avviker negativt från riksgenomsnittet specificeras i avsnittet

Resultat VGR-baserade indikatorer - indikatorer som avviker negativt på sidan 57.

I redovisningen nästa år kommer utfallet att följas uppdelat på aktuella sjukhusförvaltningar.

Det kan vara värt att notera att i förhållande till målvärdet ligger de flesta indikatorer som gäller cancer långt under målnivån. För flera av dessa är dessutom spridningen i måluppfyllelse stor inom VGR.

Figur 24 visar hur den medicinska kvaliteten för de VGR-baserade, utfaller jämfört med riksgenomsnittet, uppdelat på programområden. Det är inom programområdena **Cancersjukdomar** och **Psykisk hälsa** som det finns indikatorer som utfaller signifikant sämre än riksgenomsnittet, enligt Verksamhetsanalys 2018. I tabellbilagan finns utfallet för samtliga indikatorer listade.

Figur 24. Medicinsk kvalitet för VGR-baserade indikatorer, jämfört med riksgenomsnittet, fördelat på programområden



Kommentar: Figuren visar antal mätpunkter som är statistiskt signifikant sämre (röd), statistiskt signifikant bättre (grön) respektive ej statistiskt signifikant bättre eller sämre (grå) än riksgenomsnittet. VGR-baserade indikatorer, redovisade i Verksamhetsanalys 2018. Alla programområden redovisas ej i Verksamhetsanalysen. VGR-baserade indikatorer är indikatorer som inte redovisas för respektive sjukhusförvaltning utan endast på VGR-nivå. Totalt ingår 43 mätpunkter.

Resultat VGR-baserade - indikatorer som avviker negativt

Statistiskt signifikant negativ avvikelse från riksgenomsnittet (redovisas i Verksamhetsanalysen).

Cancersjukdomar:

- Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart är senast 44 dagar efter utfärdande av remiss till utredande klinik
- Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dagar efter utfärdande av remisstill utredande klink
- Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi
- Andel patienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om bröstcancer

Psykisk hälsa:

- Andel vuxna med ADHD där systematisk skattningsskala används för att värdera patientens tillstånd

Rekommendationer - VGR baserade

Se "Viktiga förbättringsåtgärder i Västra Götalandsregionen"

Cancersjukdomar

- Tillgängligheten inom SVF för flertalet cancersjukdomar behöver förbättras och spridningen i måluppfyllnad mellan sjukhusförvaltningarna i VGR behöver minska.

Psykisk hälsa

- Kvalitetsutfallet inom psykisk hälsa behöver förbättras. Täckningsgraden i kvalitetsregister inom psykiatri behöver öka.

Tabellbilaga

Tabellförklaring

Verksamhetsanalys

Medicinsk kvalitet – programområden Det medicinska område som indikatorn delats in i utifrån regionala programområden.

Indikator	Den medicinska indikator som redovisas i Verksamhetsanalys 2018
Sjukhus/förvaltning	Den förvaltning/sjukhus som indikatorn avser.
År/period	Tidpunkt för registrering av indikatorn. Vanligen avses år 2017
XX-Värde	Indikatorns värde för VGR respektive aktuellt sjukhus/förvaltning
Önskad riktning	Om högt eller lågt värde eftersträvas
Riksgenomsnitt	Indikatorns värde för riket totalt sett (sammanslaget)
Differens	Skillnaden mellan värdet för VGR eller respektive sjukhus/förvaltning i jämförelse med riks-genomsnittet, dvs aktuellt värde minus värdet för riket
Diff. procent	Den procentuella skillnaden mellan värdet för VGR eller respektive sjukhus/förvaltning i jämförelse med riksgenomsnittet
**Jämför. ranking	Anger om det aktuella värdet är bättre eller sämre än riksgenomsnittet oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Anges med färgsättning:  = bättre än riksgenomsnittet,  = sämre än riksgenomsnittet

*Stat.sig. jämför.

Anger om det aktuella värdet är statistiskt signifikant bättre eller sämre än riksgenomsnittet.

Anges med färgsättning:

-  = bättre än riksgenomsnittet,
-  = samma som/ej statistiskt signifikant skilt från riksgenomsnittet,
-  = sämre än riksgenomsnittet

Kvartalen

Medicinskt område	Det medicinska område som indikatorn tillhör.
Indikator	Den medicinska indikator som redovisas i Kvartalen, kvartal 2, 2018
XX-Värde	Indikatorns värde för VGR respektive aktuellt sjukhus/förvaltning
Önskad riktning	Om högt eller lågt värde eftersträvas
Måltal	Det uppsatta måttalet för respektive indikator. Måltalen är oftast nationella, men kan också vara regionala.
Differens	Skillnaden mellan värdet för VGR eller respektive sjukhus/förvaltning i jämförelse med måttalet, dvs aktuellt värde minus värdet för måttalet
Diff. procent	Den procentuella skillnaden mellan värdet för VGR eller respektive sjukhus/förvaltning i jämförelse med måttalet
Måluppfyllelse	Visar genom färgsättning huruvida måttalet är uppnått eller inte. Anges med färgkodning:  = uppnått målvärde,  = nästan uppnått målvärde,  = ej uppnått målvärde

Alingsås lasarett (AL)

Tabell 1. Verksamhetsanalys, AL

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/Period	AL-värde	Önskad riktning	Riksgenomsnitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	2017	0,52 %	↓	2,39 %	-1,87	-78,2%	○	●
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	2017	79,6 %	↑	74,8 %	+4,8	+6,4%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	2017	92,8 %	↑	92,5 %	+0,3	+0,3%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	2017	99,5 %	↑	79,2 %	+20,3	+25,6%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	2017	98,3 %	↑	94,9 %	+3,4	+3,6%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	2017	77,1 %	↑	87,8 %	-10,7	-12,2%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	2017	20,5 %	↓	20 %	+0,5	+2,5%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	2017	25,7 %	↑	21,9 %	+3,8	+17,4%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	2017	52,3 %	↑	57,5 %	-5,2	-9,0%	○	○
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	2017	100 %	↑	92,3 %	+7,7	+8,3%	○	●
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	2017	56,5 %	↑	76,6 %	-20,1	-26,2%	○	○
	Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	2017	85,1 %	↑	86,2 %	-1,1	-1,3%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	AL- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärtsjukdomar	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	2017	97,4 %	↑	97 %	+0,4	+0,4%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST-lyftsinfarkt	2017	73,1 %	↑	92,3 %	-19,2	-20,8%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt	2017	53,8 %	↑	82,1 %	-28,3	-34,5%		
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	2017	65,2 %	↑	78,7 %	-13,5	-17,2%		
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	2017	38,5 %	↑	56,2 %	-17,7	-31,5%		
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL-kolesterol	2017	52 %	↑	65 %	-13	-20,0%		
	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	2017	91,3 %	↑	53,7 %	37,6	70,0%		
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	2017	81,8 %	↑	65,1 %	16,7	25,7%		
	Andel kvinnor som är symtomfria ett år efter operation av framfall	2017	83,3 %	↑	72,8 %	10,5	14,4%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	2017	10,3 %	↓	6,4 %	3,9	60,9%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	2017	8,3 %	↓	3,8 %	4,5	118,4%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	2017	8,3 %	↓	14,1 %	-5,8	-41,1%		
	Andel patienter som lumskräckopererats och som inte om-opereras inom 5 år	2017	97,3 %	↑	97,3 %	0	0,0%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid akut galloperation	2017	86,2 %	↑	88,7 %	-2,5	-2,8%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	2017	95,8 %	↑	96,3 %	-0,5	-0,5%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljformågan är testad	2017	98,6 %	↑	85,2 %	13,4	15,7%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	2017	82,4 %	↑	79,1 %	3,3	4,2%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)	2017	15,2 %	↑	15,3 %	-0,1	-0,7%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	AL- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	2017	87,8 %	↑	79,4 %	8,4	10,6%		
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	2017	89,8 %	↑	78,2 %	11,6	14,8%		
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	2016	94 %	↑	86,4 %	7,6	8,8%		
	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	2017	69,5 %	↑	58,5 %	11	18,8%		
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	2016	47,4 %	↑	44,6 %	2,8	6,3%		
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	2017	10,6 %	↓	16,7 %	-6,1	-36,5%		
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	2017	82,8 %	↑	76,6 %	6,2	8,1%		
Rörelseorganen	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola	2017	67 %	↑	43,6 %	23,4	53,7%		
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotesoperation (halvproteser)	2017	95,2 %	↑	97,2 %	-2,0	-2,1%		
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2007	98,4 %	↑	94,8 %	3,6	3,8%		
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2017	77,2 %	↑	82,1 %	-4,9	-6,0%		
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	2017	72 %	↑	67,4 %	4,6	6,8%		
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	2017	65,2 %	↑	69,2 %	-4,0	-5,8%		
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation	2017	2,1 %	↓	1,9 %	0,2	10,5%		
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	2017	22,2 tim	↓	23,8 tim	-1,6	-6,7%		
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	2017	0,39 rr	↓	1,0 rr	-0,61	-61,0%		

Tabell 2. Kvartalen, AL

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	AL-värde	Önskad riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Akutmottagning	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	46,6%	↑	≥ 55%	-8,4	-15,3%	●
	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	5,2%	↓	≤ 5%	0,2	4,0%	●
Barnsjukvård	Andel astmapatienter < 18 år med AKT, astma kontroll test > 19 poäng senaste 15 månaderna	83,8%	↑	≥ 80%	3,8	4,8%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	77,6%	↑	≥ 96%	-18,4	-19,2%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	14,7%	↓	< 20%	-5,3	-26,5%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	81,3%	↑	≥ 90%	-8,7	-9,7%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	56,7%	↑	≥ 60%	-3,3	-5,5%	●
Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST- höjning. Gäller patienter < 80 år.	100%	↑	≥ 88%	12	13,6%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST- höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	45,3%	↑	≥ 85%	-39,7	-46,7%	●
	Andel behandlade med ACE- hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	90,9%	↑	≥ 90%	0,9	1,0%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	81,4%	↑	≥ 80%	1,4	1,8%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	87,5%	↑	≥ 60%	27,5	45,8%	●
	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	66,7%	↑	≥ 75%	-8,3	-11,1%	●
Kirurgi	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	8,5%	↓	≤ 12%	-3,5	-29,2%	●
	Andel elektiva ljumskbråckoperationer som sker i öppenvård	80,6%	↑	≥ 80%	0,6	0,7%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	68,5%	↑	≥ 70%*	-1,5	-2,1%	●

Medicinskt område	Indikator	AL-värde	Önskad riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Läkemedel	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	49,2%	↑	≥ 55%*	-5,8	-10,5%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	14,3%	↓	< 10%*	4,3	43,0%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	80,5%	↑	≥ 75%	5,5	7,3%	●
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	4,8%	↓	< 5,5%	-0,7	-12,7%	●
Stroke	Blodförtunnande behandling efter ischemisk stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	90,9%	↑	≥ 80%	10,9	13,6%	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	88,4%	↑	≥ 90%	-1,6	-1,8%	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperusionsbehandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	19,3%	↑	≥ 15%	4,3	28,7%	●
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	96,3%	↑	≥ 90%	6,3	7,0%	●
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	81,6%	↑	≥ 80%	1,6	2,0%	●

Angereds närsjukhus (ANS)

Tabell 3. Verksamhetsanalys, ANS

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	ANS-värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn 0 - 17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	ANS - BUM Gaml	2017	97,1 %	↑	44,7 %	-52,4	-117,2%	○	●
	Andel barn med astma där uppgift om AKT, astma kontroll test finns	ANS - BUM Gaml	2017	94,2 %	↑	45,3 %	-48,9	-107,9%	○	●
	Andel barn med astma som har normal lungfunktion	ANS - BUM Gaml	2017	63,8 %	↑	78,3 %	-14,5	-18,5%	○	●
	Andel barn, 4 - 17 år med god astmakontroll enligt AKT, astma kontroll test	ANS - BUM Gaml	2017	75,4 %	↑	73,0 %	2,4	3,3%	○	○
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	Angereds Närsjukhus	2017	77,1 %	↑	74,8 %	2,3	3,1%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	Angereds Närsjukhus	2017	96,2 %	↑	92,5 %	3,7	4,0%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	Angereds Närsjukhus	2017	95,4 %	↑	79,2 %	16,2	20,5%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	Angereds Närsjukhus	2017	99,0 %	↑	94,9 %	4,1	4,3%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	Angereds Närsjukhus	2017	87,1 %	↑	87,8 %	-0,7	-0,8%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	Angereds Närsjukhus	2017	13,1 %	↓	20,0 %	-6,9	-34,5%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	Angereds Närsjukhus	2017	29,9 %	↑	21,9 %	8,0	36,5%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	Angereds Närsjukhus	2017	73,6 %	↑	57,5 %	16,1	28,0%	○	●

Tabell 4. Kvartalen, ANS

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	ANS-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Jämförelse: bättre/sämre*
Barnsjukvård	Andel astmapatienter < 18 år med AKT, astma kontroll test > 19 poäng senaste 15 månaderna	70,2%	↑	≥ 80%	-9,8	-12,3%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	94,5%	↑	≥ 96%	-1,5	-1,6%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	19,1%	↓	< 20%	-0,9	-4,5%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	73,1%	↑	≥ 90%	-16,9	-18,8%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	80,5%	↑	≥ 60%	20,5	34,2%	●
Hjärtsjukvård	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	80,8%	↑	≥ 80%	0,8	1,0%	●
Lungsjukvård	Andel personer 18 år eller äldre som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.	93,1%	↑	≥ 95%	-1,9	-2,0%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	96,5%	↑	≥ 70%*	26,5	37,9%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	19,5%	↑	≥ 55%*	-35,5	-64,5%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	5,4%	↓	< 10%*	-4,6	-46,0%	●

Capio Lundby sjukhus (CLS)

Tabell 5. Verksamhetsanalys, CLS

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/Period	CLS-värde	Önskad riktning	Riksgenomsnitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	2017	71,9 %	↑	74,8 %	-2,9	-3,9%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	2017	90,6 %	↑	92,5 %	-1,9	-2,1%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	2017	37,5 %	↑	79,2 %	-41,7	-52,7%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	2017	96,2 %	↑	94,9 %	1,3	1,4%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	2017	91,7 %	↑	87,8 %	3,9	4,4%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	2017	13,9 %	↓	20 %	-6,1	-30,5%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	2017	31,5 %	↑	21,9 %	9,6	43,8%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	2017	44,7 %	↑	57,5 %	-12,8	-22,3%	○	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	2017	1,8 %	↓	3,8 %	-2,0	-52,6%	○	○
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	2017	0 %	↓	14,1 %	-14,1	-100%	○	●
	Andel patienter som ljumskräcksoopererats och som inte om-opereras inom 5 år	2017	94,5 %	↑	97,3 %	-2,8	-2,9%	○	●
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	2017	100 %	↑	96,3 %	3,7	3,8%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	CLS- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft	2017	72,7 %	↑	68,7 %	4,0	5,8%		
	Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	2017	81,8 %	↑	74,8 %	7,0	9,4%		

Tabell 6. Kvartalen, CLS

Färgkodning: = uppnått målvärde, = nästan uppnått målvärde, = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	CL- värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	97,1%	↑	≥ 96%	1,1	1,1%	
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	9,7%	↓	< 20%	-10,3	-51,5%	
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	71,7%	↑	≥ 90%	-18,3	-20,3%	
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	46,8%	↑	≥ 60%	-13,2	-22,0%	
Hjärtsjukvård	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	86,1%	↑	≥ 80%	6,1	7,6%	
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbråcksoperationer som sker i öppenvård	87,8%	↑	≥ 80%	7,8	9,8%	
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	96,6%	↑	≥ 70%,	26,6	38,0%	

Frölunda Specialistsjukhus (FSS)

Tabell 7. Verksamhetsanalys, FSS

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/Period	FSS-värde	Önskad riktning	Riksgenomsnitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	2017	93,8 %	↑	74,8 %	19	25,4%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	2017	97,6 %	↑	92,5 %	5,1	5,5%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	2017	99,7 %	↑	79,2 %	20,5	25,9%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	2017	99,7 %	↑	94,9 %	4,8	5,1%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	2017	97,1 %	↑	87,8 %	9,3	10,6%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	2017	12,2 %	↓	20 %	-7,8	-39,0%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	2017	28,8 %	↑	21,9 %	6,9	31,5%	○	●
Mag- och tarmsjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	2017	61 %	↑	57,5 %	3,5	6,1%	○	○
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	2017	0 %	↓	3,8 %	-3,8	-100%	○	○
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	2017	12,6 %	↓	14,1 %	-1,5	-10,6%	○	○
	Andel patienter som ljumskräckopererats och som inte omopereras inom 5 år	2017	99,2 %	↑	97,3 %	1,9	2,0%	○	●
Rörelseorganen	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	2017	100 %	↑	96,3 %	3,7	3,8%	○	○
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2017	87,2 %	↑	94,8 %	-7,6	-8,0%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	FSS- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Rörelseorganen	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation	2017	2,4 %	↓	1,9 %	0,5	26,3%		
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotosoperation	2017	1,03 rr	↓	1 rr	0,03	3,0%		

Tabell 8. Kvartalen, FSS

Färgkodning: = uppnått målvärde, = nästan uppnått målvärde, = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	FSS- värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	96,7%	↑	≥ 96%	0,7	0,7%	
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	12,5%	↓	< 20 %	-7,5	-37,5%	
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	90,4%	↑	≥ 90%	0,4	0,4%	
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	71,2%	↑	≥ 60%	11,2	18,7%	
Hjärtsjukvård	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	84,7%	↑	≥ 80%	4,7	5,9%	
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbråcksoperationer som sker i öppenvård	83,1%	↑	≥ 80%	3,1	3,9%	
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	8,9%	↓	≤ 12%	-3,1	-25,8%	
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	95,3%	↑	≥ 70%,	25,3	36,1%	
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	42,9%	↑	≥ 55%,	-12,1	-22,0%	
Läkemedel	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	2,8%	↓	< 10%	-7,2	-72,0%	
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	1,0%	↓	< 5,5%	-4,5	-81,8%	

Kungälv's sjukhus (KS)

Tabell 9. Verksamhetsanalys, KS

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/Period	KS-värde	Önskad riktning	Riksgenomsnitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	2017	1,75 %	↓	2,39 %	-0,64	-26,8%	○	○
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	2017	73,0 %	↑	74,8 %	-1,8	-2,4%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	2017	92,8 %	↑	92,5 %	0,3	0,3%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	2017	100 %	↑	79,2 %	20,8	26,3%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	2017	99,7 %	↑	94,9 %	4,8	5,1%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	2017	82,7 %	↑	87,8 %	-5,1	-5,8%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	2017	18,8 %	↓	20 %	-1,2	-6,0%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	2017	23,3 %	↑	21,9 %	1,4	6,4%	○	○
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	2017	68,5 %	↑	57,5 %	11	19,1%	○	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	2017	90,9 %	↑	92,3 %	-1,4	-1,5%	○	○
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	2017	83,3 %	↑	76,6 %	6,7	8,7%	○	○
	Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	2017	94,1 %	↑	86,2 %	7,9	9,2%	○	●
	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	2017	93,0 %	↑	97 %	-4,0	-4,1%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	KS- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärtsjukdomar	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST-lyftsinfarkt	2017	95,6 %	↑	92,3 %	3,3	3,6%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt	2017	47,8 %	↑	82,1 %	-34,3	-41,8%		
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	2017	82 %	↑	78,7 %	3,3	4,2%		
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	2017	61,3 %	↑	56,2 %	5,1	9,1%		
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL-kolesterol	2017	78,9 %	↑	65 %	13,9	21,4%		
	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	2017	75,0 %	↑	53,7 %	21,3	39,7%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	2017	5,4 %	↓	6,4 %	-1,0	-15,6%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	2017	2,4 %	↓	3,8 %	-1,4	-36,8%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	2017	10,4 %	↓	14,1 %	-3,7	-26,2%		
	Andel patienter som lumskräckopererats och som inte omopereras inom 5 år	2017	97,1 %	↑	97,3 %	-0,2	-0,2%		
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid akut galloperation	2017	80,4 %	↑	88,7 %	-8,3	-9,4%		
	Andel patienter som opererats med miniinvasiv teknik vid elektiv galloperation	2017	95,2 %	↑	96,3 %	-1,1	-1,1%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad	2017	90,1 %	↑	85,2 %	4,9	5,8%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	2017	78,7 %	↑	79,1 %	-0,4	-0,5%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)	2017	18,1 %	↑	15,3 %	2,8	18,3%		
	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	2017	88,8 %	↑	79,4 %	9,4	11,8%		
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	2017	95,8 %	↑	78,2 %	17,6	22,5%		
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	2016	90,4 %	↑	86,4 %	4,0	4,6%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	KS- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	2017	66,3 %	↑	58,5 %	7,8	13,3%		
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	2016	33,3 %	↑	44,6 %	-11,3	-25,3%		
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	2017	13,8 %	↓	16,7 %	-2,9	-17,4%		
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	2017	80,3 %	↑	76,6 %	3,7	4,8%		
Psykisk hälsa	Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D	2017	2,7 %	↑	47 %	-44,3	-94,3%		
	Andel patienter med depression som behandlas med ECT	2017	33,9 %	↑	38 %	-4,1	-10,8%		
	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S	2017	44,8 %	↑	58 %	-13,2	-22,8%		
Rörelseorganen	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola	2017	49,3 %	↑	43,6 %	5,7	13,1%		
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotesoperation (halvproteser)	2017	98,1 %	↑	97,2 %	0,9	0,9%		
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2007	94,4 %	↑	94,8 %	-0,4	-0,4%		
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2017	75,5 %	↑	82,1 %	-6,6	-8,0%		
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	2017	72,2 %	↑	67,4 %	4,8	7,1%		
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	2017	80,0 %	↑	69,2 %	10,8	15,6%		
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation	2017	3,6 %	↓	1,9 %	1,7	89,5%		
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	2017	19,9 tim	↓	23,8 tim	-3,9	-16,4%		
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	2017	2,01 rr	↓	1 rr	1,01	101,0%		

Tabell 10. Kvartalen, KS

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	KS-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Akutmottagning	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	36,6%	↑	≥ 55%	-18,4	-33,5%	●
	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	5,4%	↓	≤ 5%	0,4	8,0%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	75,5%	↑	≥ 96%	-20,5	-21,4%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	18,0%	↓	< 20%	-2,0	-10,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	75,7%	↑	≥ 90%	-14,3	-15,9%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	74,7%	↑	≥ 60%	14,7	24,5%	●
Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST- höjning. Gäller patienter < 80 år.	87,3%	↑	≥ 88%	-0,7	-0,8%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST- höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	53,6%	↑	≥ 85%	-31,4	-36,9%	●
	Andel behandlade med ACE- hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	90,8%	↑	≥ 90%	0,8	0,9%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	81,3%	↑	≥ 80%	1,3	1,6%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	82,5%	↑	≥ 60%	22,5	37,5%	●
	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	58,1%	↑	≥ 75%	-16,9	-22,5%	●
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbräckoperationer som sker i öppenvård	71,2%	↑	≥ 80%	-8,8	-11,0%	●
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	14,3%	↓	≤ 12%	2,3	19,2%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	60,5%	↑	≥ 70%,	-9,5	-13,6%	●

Medicinskt område	Indikator	KS-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Läkemedel	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	48,8%	↑	≥ 55%,	-6,2	-11,3%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	13,0%	↓	< 10%	3,0	30,0%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	72,9%	↑	≥ 75%	-2,1	-2,8%	●
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	5,8%	↓	< 5,5%	0,3	5,5%	●
Psykiatri	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	86,2%	↑	≥ 90%	-3,8	-4,2%	●
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	40,7%	↓	≤ 40%	0,7	1,8%	●
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år.	44,2%	↑	≥ 60%	-15,8	-26,3%	●
Stroke	Blodförtunnande behandling efter ischemisk stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	77,5%	↑	≥ 80%	-2,5	-3,1%	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	87,8%	↑	≥ 90%	-2,2	-2,4%	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperusionsbehandling. Gäller	16,3%	↑	≥ 15%	1,3	8,7%	●
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	92,0%	↑	≥ 90%	2,0	2,2%	●
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	82,2%	↑	≥ 80%	2,2	2,8%	●

NU-sjukvården (NU)

Tabell 11. Verksamhetsanalys, NU

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	NU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	NU-sjukvården	2017	3,89 %	↓	2,39 %	1,5	62,8%	○	●
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning senaste två åren	NU - NÄL	2017	90,5 %	↑	75,8 %	14,7	19,4%	○	●
	"	NU - Uddevalla	2017	77,5 %	↑	75,8 %	1,7	2,2%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 57 mmol/mol	NU - NÄL	2017	48,6 %	↑	54,9 %	-6,3	-11,5%	○	○
	"	NU - Uddevalla	2017	70,5 %	↑	54,9 %	15,6	28,4%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som har medelgod blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 70 mmol/mol	NU - NÄL	2017	88,9 %	↑	88,8 %	0,1	0,1%	○	○
	"	NU - Uddevalla	2017	93,7 %	↑	88,8 %	4,9	5,5%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat albumin i urin det senaste året	NU - NÄL	2017	77,1 %	↑	56,7 %	20,4	36,0%	○	●
	"	NU - Uddevalla	2017	78,9 %	↑	56,7 %	22,2	39,2%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat blodtrycket det senaste året	NU - NÄL	2017	86,7 %	↑	73,6 %	13,1	17,8%	○	●
	"	NU - Uddevalla	2017	87,3 %	↑	73,6 %	13,7	18,6%	○	●
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med uppföljning 1 år efter obesitas-operation	NU-sjukvården	2017	83,9 %	↑	79,7 %	4,2	5,3%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	NU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med uppföljning 2 år efter obesitas-operation	NU-sjukvården	2017	51,7 %	↑	54,4 %	-2,7	-5,0%		
	Andel patienter med viktninskning 1 år efter obesitas-operation	NU-sjukvården	2017	75,3 %	↑	81,4 %	-6,1	-7,5%		
	Andel patienter med viktninskning 2 år efter obesitas-operation	NU-sjukvården	2017	87,2 %	↑	79,6 %	7,6	9,5%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	NU-sjukvården	2017	76,5 %	↑	74,8 %	1,7	2,3%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	NU-sjukvården	2017	93,8 %	↑	92,5 %	1,3	1,4%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	NU-sjukvården	2017	97,2 %	↑	79,2 %	18	22,7%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	NU-sjukvården	2017	93,4 %	↑	94,9 %	-1,5	-1,6%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	NU-sjukvården	2017	88,6 %	↑	87,8 %	0,8	0,9%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	NU-sjukvården	2017	20,7 %	↓	20 %	0,7	3,5%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	NU-sjukvården	2017	25,1 %	↑	21,9 %	3,2	14,6%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	NU-sjukvården	2017	59,6 %	↑	57,5 %	2,1	3,7%		
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	NU - NÄL	2017	89,4 %	↑	92,3 %	-2,9	-3,1%		
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	NU - NÄL	2017	68,6 %	↑	76,6 %	-8	-10,4%		
	Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	NU - NÄL	2017	89,5 %	↑	86,2 %	3,3	3,8%		
	Andel patienter som dör eller amputeras ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben	NU-sjukvården	2017	3,8 %	↓	3,4 %	0,4	11,8%		
	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	NU - NÄL	2017	96,6 %	↑	97 %	-0,4	-0,4%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	NU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST- lyftsinfarkt	NU - NÄL	2017	90,6 %	↑	92,3 %	-1,7	-1,8%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt	NU - NÄL	2017	81,7 %	↑	82,1 %	-0,4	-0,5%		
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	NU - NÄL	2017	72,5 %	↑	78,7 %	-6,2	-7,9%		
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	NU - NÄL	2017	52,4 %	↑	56,2 %	-3,8	-6,8%		
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL- kolesterol	NU - NÄL	2017	65,2 %	↑	65 %	0,2	0,3%		
	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	NU - NÄL	2017	17 %	↑	53,7 %	-36,7	-68,3%		
Infektionssjukdomar	Andel patienter med Hepatit-C som uppnår virusfrihet efter behandling med direktverkande antivirala läkemedel (DAA)	NU - NÄL	2017	86,4 %	↑	93,8 %	-7,4	-7,9%		
	Andel patienter med HIV-infektion som behandlas med antivirala läkemedel och som har god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)	NU - NÄL	2017	93,3 %	↑	93,8 %	-0,5	-0,5%		
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt vid inducerad förlossningsstart	NU-sjukvården	2016	23,5 %	↓	21,5 %	2,0	9,3%		
	Andel kejsarsnitt vid spontan förlossningsstart	NU-sjukvården	2016	7,1 %	↓	6,5 %	0,6	9,2%		
	Andel kvinnor med perineal-bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning, totalt	NU-sjukvården	2017	3,5 %	↓	4,1 %	-0,5	-12,4%		
	Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30-32	NU-sjukvården	2017	3,3 %	↓	2,4 %	0,9	37,5%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	NU - NÄL	2017	66,9 %	↑	65,1 %	1,8	2,8%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter inkontinensoperation	NU-sjukvården	2017	76,2 %	↑	69,9 %	6,3	9,0%		
	Andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter inkontinensoperation	NU - NÄL	2017	73 %	↑	69 %	4,0	5,8%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	NU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kvinnor som är symtomfria ett år efter operation av framfall	NU - NÄL	2017	72,3 %	↑	72,8 %	-0,5	-0,7%		
	Andel nyfödda barn med låg Apgar	NU-sjukvården	2017	1,08 %	↓	1,23 %	-0,15	-12,2%		
	Andel patienter som genomgår hysterektomi med miniinvasiv teknik	NU-sjukvården	2017	59,5 %	↑	62,8 %	-3,3	-5,3%		
	Andel patienter som inom 28 dagar återinskrivs för oönskade händelser efter hysterektomi	NU-sjukvården	2017	1,7 %	↓	2,8 %	-1,1	-39,3%		
	Andel patienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter hysterektomi	NU-sjukvården	2017	70,5 %	↑	62,3 %	8,2	13,2%		
	Andel patienter som är kontinenta 2 månader efter inkontinensoperation	NU-sjukvården	2017	76,2 %	↑	69,9 %	6,3	9,0%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	NU - NÄL	2017	5,3 %	↓	6,4 %	-1,1	-17,2%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	NU - NÄL	2017	7,1 %	↓	3,8 %	3,3	86,8%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	NU - Uddevalla	2017	3 %	↓	3,8 %	-0,8	-21,1%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	NU - NÄL	2017	17,9 %	↓	14,1 %	3,8	27,0%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	NU - Uddevalla	2017	3,1 %	↓	14,1 %	-11	-78,0%		
	Andel patienter som ljunskbråcksopererats och som inte om-opereras inom 5 år	NU - NÄL	2017	97,8 %	↑	97,3 %	0,5	0,5%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid akut galloperation	NU - NÄL	2017	88,2 %	↑	88,7 %	-	-0,5%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	NU - NÄL	2017	94,9 %	↑	96,3 %	-1,4	-1,5%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	NU - Uddevalla	2017	96,9 %	↑	96,3 %	0,6	0,6%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad	NU-sjukvården	2017	78,2 %	↑	85,2 %	-7	-8,2%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	NU-sjukvården	2017	77,1 %	↑	79,1 %	-2	-2,5%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	NU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)	NU-sjukvården	2017	11,1 %	↑	15,3 %	-4,2	-27,5%	○	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	NU-sjukvården	2017	70,5 %	↑	79,4 %	-8,9	-11,2%	○	●
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	NU-sjukvården	2017	49,6 %	↑	78,2 %	-28,6	-36,6%	○	●
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	NU-sjukvården	2016	85,7 %	↑	86,4 %	-0,7	-0,8%	○	●
	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	NU-sjukvården	2017	56 %	↑	58,5 %	-2,5	-4,3%	○	●
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	NU-sjukvården	2016	45,5 %	↑	44,6 %	0,9	2,0%	○	●
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	NU-sjukvården	2017	16 %	↓	16,7 %	-0,7	-4,2%	○	●
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	NU-sjukvården	2017	77,1 %	↑	76,6 %	0,5	0,7%	○	●
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel dialyspatienter som får dialys i hemmet (hemodialys eller peritonealdialys)	NU - NÄL	2017	33,8 %	↑	25,6 %	8,2	32,0%	○	●
	Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft	NU - NÄL	2017	61,8 %	↑	68,7 %	-6,9	-10,0%	○	●
	Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	NU - NÄL	2017	74,5 %	↑	74,8 %	-0,3	-0,4%	○	●
Psykisk hälsa	Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D	NU-sjukvården	2017	11,4 %	↑	47 %	-35,6	-75,7%	○	●
	Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI > 30	NU - RPV Vänersborg		37,1 %	↓	45,2 %	-8,1	-17,9%	○	●
	Andel patienter med depression som behandlas med ECT	NU-sjukvården		29,9 %	↑	38 %	-8,1	-21,3%	○	●
	Andel patienter som vårdas inom rättspsyki och som återfaller i brott under vårdtiden	NU - RPV Vänersborg		13,2 %	↓	10 %	3,2	32,0%	○	●
	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S			64,6 %	↑	58 %	6,6	11,4%	○	●

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	NU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Rörelseorganen	Andel höftprotosopererade patienter som genomgått artrosskola	NU - Uddevalla	2017	59,1 %	↑	43,6 %	15,5	35,6%		
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotosoperation (halvproteser)	NU - NÄL	2017	98,8 %	↑	97,2 %	1,6	1,6%		
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotosoperation (totalproteser)	NU - Uddevalla	2007	98,1 %	↑	94,8 %	3,3	3,5%		
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotosoperation (totalproteser)	NU - Uddevalla	2017	76,7 %	↑	82,1 %	-5,4	-6,6%		
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	NU-sjukvården	2017	67,5 %	↑	67,4 %	0,1	0,1%		
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	NU-sjukvården	2017	75,1 %	↑	69,2 %	5,9	8,5%		
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation	NU - Uddevalla	2017	2,4 %	↓	1,9 %	0,5	26,3%		
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	NU-sjukvården	2017	23,3 tim	↓	23,8 tim	-0,5	-2,1%		
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	NU - Uddevalla	2017	1,25 rr	↓	1 rr	0,25	25,0%		
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	NU-sjukvården	2017	94,1 %	↑	91,7 %	2,4	2,6%		
	Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration	NU - Uddevalla	2016	41,1 %	↑	49 %	-7,9	-16,1%		
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	NU-sjukvården	2017	94,9 %	↑	92,4 %	2,5	2,7%		

Tabell 12. Kvartalen, NU

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	NU-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Akutmottagning	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	4,0%	↓	≤ 5 %	-1,0	-20,0%	●
	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	38,0%	↑	≥ 55 %	-17	-30,9%	●
Barnsjukvård	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit. Gäller barn 0-6 år	1,2%	↓	≤ 3 %	-1,8	-60,0%	●
	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit. Gäller barn 0-6 år	1,8%	↓	≤ 5 %	-3,2	-64,0%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	7,8%	↓	< 10 %	-2,2	-22,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	77,1%	↑	≥ 90 %	-12,9	-14,3%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	20,6%	↓	< 20 %	0,6	3,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	69,6%	↑	≥ 60 %	9,6	16,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol	46,9%	↑	≥ 60 %	-13,1	-21,8%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	88,4%	↑	≥ 96 %	-7,6	-7,9%	●
Hjärtsjukvård	Andel behandlade med ACE- hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	92,9%	↑	≥ 90 %	2,9	3,2%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST-höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	80,5%	↑	≥ 85 %	-4,5	-5,3%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	83,3%	↑	≥ 80 %	3,3	4,1%	●
	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST- höjning. Gäller patienter < 80 år.	86,8%	↑	≥ 88 %	-1,2	-1,4%	●
	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	47,7%	↑	≥ 75 %	-27,3	-36,4%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	13,7%	↑	≥ 60 %	-46,3	-77,2%	●

Medicinskt område	Indikator	NU-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Infektion	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	98,4%	↑	≥ 95 %	3,4	3,6%	●
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbräckoperationer som sker i öppenvård	96,5%	↑	≥ 80 %	16,5	20,6%	●
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	13,3%	↓	≤ 12 %	1,3	10,8%	●
Kvinnosjukvård	Bristning vid förlossning bland förstföderskor	5,0%	↓	< 5 %	0	0,0%	●
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.	6,9%	↓	< 5 %	1,9	38,0%	●
Lungsjukvård	Andel personer 18 år eller äldre som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.	96,1%	↑	≥ 95 %	1,1	1,2%	●
Läkemedel	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	16,3%	↓	< 10 %	6,3	63,0%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	43,5%	↑	≥ 55 %	-11,5	-20,9%	●
	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	61,0%	↑	≥ 70 %	-9,0	-12,9%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	60,5%	↑	≥ 75 %	-14,5	-19,3%	●
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	5,4%	↓	< 5,5 %	-0,1	-1,8%	●
Psykiatri	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	52,5%	↓	≤ 40 %	12,5	31,3%	●
	Andel patienter med psykosjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	89,8%	↑	≥ 90 %	-0,2	-0,2%	●
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år.	75,6%	↑	≥ 60 %	15,6	26,0%	●
Stroke	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsterapi. Gäller patienter ≥ 18 år.	13,5%	↑	≥ 15 %	-1,5	-10,0%	●

Medicinskt område	Indikator	NU-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	79,9%	↑	≥ 90 %	-10,1	-11,2%	●
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	83,0%	↑	≥ 80 %	3,0	3,8%	●
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	72,1%	↑	≥ 90 %	-17,9	-19,9%	●
	Blodförtunnande behandling efter ischemisk stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	79,7%	↑	≥ 80 %	-0,3	-0,4%	●

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)

Tabell 13. Verksamhetsanalys, SU

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	SU - BIVA	2017	2,16 %	↓	2,39 %	-0,23	-9,6%	○	○
	"	SU - CIVA	2017	2,5 %	↓	2,39 %	0,11	4,6%	●	○
	"	SU - Infektion	2017	3,36 %	↓	2,39 %	0,97	40,6%	●	○
	"	SU - Mölndal	2017	2,22 %	↓	2,39 %	-0,17	-7,1%	○	○
	"	SU - NIVA	2017	1,56 %	↓	2,39 %	-0,83	-34,7%	○	○
	"	SU - TIVA	2017	2,38 %	↓	2,39 %	-0,01	-0,4%	○	○
	"	SU - Östra	2017	2,23 %	↓	2,39 %	-0,16	-6,7%	○	○
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn 0 - 17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	SU - DSBUS	2017	94,3 %	↑	44,7 %	-49,6	-111%	○	●
	Andel barn med astma där uppgift om AKT, astma kontroll test finns	SU - DSBUS	2017	85 %	↑	45,3 %	-39,7	-87,6%	○	●
	Andel barn med astma som har normal lungfunktion	SU - DSBUS	2017	74,6 %	↑	78,3 %	-3,7	-4,7%	●	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning senaste två åren	SU - DSBUS	2017	86,1 %	↑	75,8 %	10,3	13,6%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 57 mmol/mol	SU - DSBUS	2017	61 %	↑	54,9 %	6,1	11,1%	○	●

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn med diabetes typ 1 som har medelgod blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 70 mmol/mol	SU - DSBUS	2017	89,4 %	↑	88,8 %	0,6	0,7%		
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat albumin i urin det senaste året	SU - DSBUS	2017	70,1 %	↑	56,7 %	13,4	23,6%		
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat blodtrycket det senaste året	SU - DSBUS	2017	73 %	↑	73,6 %	-0,6	-0,8%		
	Andel barn, 4 - 17 år med god astmakontroll enligt AKT, astma kontroll test	SU - DSBUS	2017	79,8 %	↑	73 %	6,8	9,3%		
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med uppföljning 1 år efter obesitas-operation	SU - Sahlgrenska	2017	84 %	↑	79,7 %	4,3	5,4%		
	"	SU - Östra	2017	76,8 %	↑	79,7 %	-2,9	-3,6%		
	Andel patienter med uppföljning 2 år efter obesitas-operation	SU - Sahlgrenska	2017	22,9 %	↑	54,4 %	-31,5	-57,9%		
	"	SU - Östra	2017	38,2 %	↑	54,4 %	-16,2	-29,8%		
	Andel patienter med viktninskning 1 år efter obesitas-operation	SU - Sahlgrenska	2017	66,9 %	↑	81,4 %	-14,5	-17,8%		
	"	SU - Östra	2017	75,2 %	↑	81,4 %	-6,2	-7,6%		
	Andel patienter med viktninskning 2 år efter obesitas-operation	SU - Sahlgrenska	2017	65,2 %	↑	79,6 %	-14,4	-18,1%		
	"	SU - Östra	2017	77,9 %	↑	79,6 %	-1,7	-2,1%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	SU - Mölndal	2017	84 %	↑	74,8 %	9,2	12,3%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	77,2 %	↑	74,8 %	2,4	3,2%		
	"	SU - Östra	2017	82,8 %	↑	74,8 %	8	10,7%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	SU - Mölndal	2017	93,1 %	↑	92,5 %	0,6	0,6%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	93,5 %	↑	92,5 %	1	1,1%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	SU - Östra	2017	94,8 %	↑	92,5 %	2,3	2,5%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	SU - Mölndal	2017	94,7 %	↑	79,2 %	15,5	19,6%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	100 %	↑	79,2 %	20,8	26,3%		
	"	SU - Östra	2017	93,1 %	↑	79,2 %	13,9	17,6%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	SU - Mölndal	2017	96 %	↑	94,9 %	1,1	1,2%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	100 %	↑	94,9 %	5,1	5,4%		
	"	SU - Östra	2017	90,9 %	↑	94,9 %	-4	-4,2%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	SU - Mölndal	2017	90,3 %	↑	87,8 %	2,5	2,8%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	72,6 %	↑	87,8 %	-15,2	-17,3%		
	"	SU - Östra	2017	88,9 %	↑	87,8 %	1,1	1,3%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	SU - Mölndal	2017	17,6 %	↓	20 %	-2,4	-12,0%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	16,3 %	↓	20 %	-3,7	-18,5%		
	"	SU - Östra	2017	16,3 %	↓	20 %	-3,7	-18,5%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	SU - Mölndal	2017	24,3 %	↑	21,9 %	2,4	11,0%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	27,4 %	↑	21,9 %	5,5	25,1%		
	"	SU - Östra	2017	32,6 %	↑	21,9 %	10,7	48,9%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	SU - Mölndal	2017	68 %	↑	57,5 %	10,5	18,3%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	SU - Sahlgrenska	2017	64,7 %	↑	57,5 %	7,2	12,5%		
	"	SU - Östra	2017	71 %	↑	57,5 %	13,5	23,5%		
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med kärlförträngning i halspulsåder som opereras inom 14 dagar	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	81,5 %	↑	85,2 %	-3,7	-4,3%		
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	SU - Mölndal	2017	66,7 %	↑	92,3 %	-25,6	-27,7%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	91,6 %	↑	92,3 %	-0,7	-0,8%		
	"	SU - Östra	2017	89,7 %	↑	92,3 %	-2,6	-2,8%		
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	SU - Mölndal	2017	75 %	↑	76,6 %	-1,6	-2,1%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	75,7 %	↑	76,6 %	-0,9	-1,2%		
	"	SU - Östra	2017	71,4 %	↑	76,6 %	-5,2	-6,8%		
	Andel patienter som behandlas med RAAS- hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	SU - Mölndal	2017	47,7 %	↑	86,2 %	-38,5	-44,7%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	86,8 %	↑	86,2 %	0,6	0,7%		
	"	SU - Östra	2017	83,1 %	↑	86,2 %	-3,1	-3,6%		
	Andel patienter som dör eller amputeras ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	3,6 %	↓	3,4 %	0,2	5,9%		
	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	SU - Mölndal	2017	94,3 %	↑	97 %	-2,7	-2,8%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	95,8 %	↑	97 %	-1,2	-1,2%		
	"	SU - Östra	2017	95,1 %	↑	97 %	-1,9	-2,0%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST- lyftsinfarkt	SU - Mölndal	2017	91,9 %	↑	92,3 %	-0,4	-0,4%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST- lyftsinfarkt	SU - Sahlgrenska	2017	99,1 %	↑	92,3 %	6,8	7,4%		
	"	SU - Östra	2017	85,7 %	↑	92,3 %	-6,6	-7,2%		
	Andel patienter som genomgått kranskärls- röntgen inom 72 timmar vid icke ST- lyftsinfarkt	SU - Mölndal	2017	40 %	↑	82,1 %	-42,1	-51,3%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	68,7 %	↑	82,1 %	-13,4	-16,3%		
	"	SU - Östra	2017	43,8 %	↑	82,1 %	-38,3	-46,7%		
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	SU - Mölndal	2017	67,5 %	↑	78,7 %	-11,2	-14,2%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	78,3 %	↑	78,7 %	-0,4	-0,5%		
	"	SU - Östra	2017	83,3 %	↑	78,7 %	4,6	5,8%		
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	SU - Sahlgrenska	2017	53,7 %	↑	56,2 %	-2,5	-4,4%		
	"	SU - Östra	2017	64,3 %	↑	56,2 %	8,1	14,4%		
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL- kolesterol	SU - Mölndal	2017	66,7 %	↑	65 %	1,7	2,6%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	79,3 %	↑	65 %	14,3	22,0%		
	"	SU - Östra	2017	65,5 %	↑	65 %	0,5	0,8%		
	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	SU - Mölndal	2017	47,2 %	↑	53,7 %	-6,5	-12,1%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	65,1 %	↑	53,7 %	11,4	21,2%		
	"	SU - Östra	2017	49,2 %	↑	53,7 %	-4,5	-8,4%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Infektionssjukdomar	Andel patienter med Hepatit-C som uppnår virusfrihet efter behandling med direktverkande antivirala läkemedel (DAA)	SU - Göteborg	2017	96,6 %	↑	93,8 %	2,8	3,0%		
	Andel patienter med HIV-infektion som behandlas med antivirala läkemedel och som har god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)	SU - Östra	2017	92,9 %	↑	93,8 %	-0,9	-1,0%		
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt vid inducerad förlossningsstart	Sahlgrenska Universitetssjh	2016	21,6 %	↓	21,5 %	0,1	0,5%		
	Andel kejsarsnitt vid spontan förlossningsstart	Sahlgrenska Universitetssjh	2016	5,6 %	↓	6,5 %	-0,9	-13,8%		
	Andel kvinnor med perinea-lbristningar grad III och IV vid vaginal förlossning, totalt	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	2,5 %	↓	4,1 %	-1,6	-39,0%		
	Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30-32	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	1,9 %	↓	2,4 %	-0,5	-20,8%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	SU - Östra	2017	53,4 %	↑	65,1 %	-11,7	-18,0%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter inkontinensoperation	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	68,8 %	↑	69,9 %	-1,1	-1,6%		
	Andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter inkontinensoperation	SU - Östra	2017	68,2 %	↑	69 %	-0,8	-1,2%		
	Andel kvinnor som är symptomfria ett år efter operation av framfall	SU - Östra	2017	68 %	↑	72,8 %	-4,8	-6,6%		
	Andel nyfödda barn med låg Apgar	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	0,83 %	↓	1,23 %	-0,4	-32,5%		
	Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik	SU - Sahlgrenska	2017	75,9 %	↑	62,8 %	13,1	20,9%		
	"	SU - Östra	2017	71,5 %	↑	62,8 %	8,7	13,9%		
	Andel patienter som inom 28 dagar återinskrivs för önskade händelser efter hysterektomi	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	3,4 %	↓	2,8 %	0,6	21,4%		
	Andel patienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter hysterektomi	SU - Sahlgrenska	2017	55,6 %	↑	62,3 %	-6,7	-10,8%		
	"	SU - Östra	2017	60,7 %	↑	62,3 %	-1,6	-2,6%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel patienter som är kontinenta 2 månader efter inkontinensoperation	SU - Östra	2017	68,8 %	↑	69,9 %	-1,1	-1,6%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	SU - Sahlgrenska	2017	9,2 %	↓	6,4 %	2,8	43,8%		
	"	SU - Östra	2017	11,7 %	↓	6,4 %	5,3	82,8%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	SU - Östra	2017	6,3 %	↓	3,8 %	2,5	65,8%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	SU - Östra	2017	25,3 %	↓	14,1 %	11,2	79,4%		
	Andel patienter som ljuvskbråcksopererats och som inte om-opereras inom 5 år	SU - Sahlgrenska	2017	93,7 %	↑	97,3 %	-3,6	-3,7%		
	"	SU - Östra	2017	98,5 %	↑	97,3 %	1,2	1,2%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid akut galloperation	SU - Sahlgrenska	2017	88,8 %	↑	88,7 %	0,1	0,1%		
	"	SU - Östra	2017	95,7 %	↑	88,7 %	7	7,9%		
	"	SU - Östra	2017	97,5 %	↑	96,3 %	1,2	1,2%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad	SU - Mölndal	2017	89,1 %	↑	85,2 %	3,9	4,6%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	97,5 %	↑	85,2 %	12,3	14,4%		
	"	SU - Östra	2017	81 %	↑	85,2 %	-4,2	-4,9%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	SU - Mölndal	2017	85,7 %	↑	79,1 %	6,6	8,3%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	73,1 %	↑	79,1 %	-6	-7,6%		
	"	SU - Östra	2017	80 %	↑	79,1 %	0,9	1,1%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)	SU - Sahlgrenska	2017	15,1 %	↑	15,3 %	-0,2	-1,3%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	SU - Mölndal	2017	86,8 %	↑	79,4 %	7,4	9,3%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	87,3 %	↑	79,4 %	7,9	9,9%		
	"	SU - Östra	2017	86,7 %	↑	79,4 %	7,3	9,2%		
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	SU - Mölndal	2017	87,6 %	↑	78,2 %	9,4	12,0%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	89 %	↑	78,2 %	10,8	13,8%		
	"	SU - Östra	2017	91,6 %	↑	78,2 %	13,4	17,1%		
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	SU - Mölndal	2016	81,8 %	↑	86,4 %	-4,6	-5,3%		
	"	SU - Sahlgrenska	2016	84,4 %	↑	86,4 %	-2	-2,3%		
	"	SU - Östra	2016	85,9 %	↑	86,4 %	-0,5	-0,6%		
	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	SU - Mölndal	2017	46,2 %	↑	58,5 %	-12,3	-21,0%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	44,7 %	↑	58,5 %	-13,8	-23,6%		
	"	SU - Östra	2017	55,2 %	↑	58,5 %	-3,3	-5,6%		
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	SU - Mölndal	2016	39,3 %	↑	44,6 %	-5,3	-11,9%		
	"	SU - Sahlgrenska	2016	46,6 %	↑	44,6 %	2	4,5%		
	"	SU - Östra	2016	38,7 %	↑	44,6 %	-5,9	-13,2%		
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	SU - Mölndal	2017	16,7 %	↓	16,7 %	0	0,0%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	13,6 %	↓	16,7 %	-3,1	-18,6%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	SU - Östra	2017	11 %	↓	16,7 %	-5,7	-34,1%		
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	SU - Mölndal	2017	84,2 %	↑	76,6 %	7,6	9,9%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	88,6 %	↑	76,6 %	12	15,7%		
	"	SU - Östra	2017	85,4 %	↑	76,6 %	8,8	11,5%		
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel dialyspatienter som får dialys i hemmet (hemodialys eller peritonealdialys)	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	22 %	↑	25,6 %	-3,6	-14,1%		
	Andel hemodialyspatienter med arteriovenös- fistel eller arteriovenös-graft	SU - Mölndal	2017	53,3 %	↑	68,7 %	-15,4	-22,4%		
	"	SU - njurmedicin	2017	51,9 %	↑	68,7 %	-16,8	-24,5%		
	"	SU - Östra 305	2017	59,5 %	↑	68,7 %	-9,2	-13,4%		
	Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	SU - Mölndal	2017	77,3 %	↑	74,8 %	2,5	3,3%		
	"	SU - njurmedicin	2017	71,1 %	↑	74,8 %	-3,7	-4,9%		
	"	SU - Östra 305	2017	73,8 %	↑	74,8 %	-1	-1,3%		
Psykisk hälsa	Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D	SU - Mölndal	2017	7,7 %	↑	47 %	-39,3	-83,6%		
	"	SU - Sahlgrenska	2017	33,3 %	↑	47 %	-13,7	-29,1%		
	Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI > 30	SU - RPV Göteborg	2017	38,5 %	↓	45,2 %	-6,7	-14,8%		
	Andel patienter med depression som behandlas med ECT	Sahlgrenska Universitetssjh	2017	28,8 %	↑	38 %	-9,2	-24,2%		
	Andel patienter som vårdas inom rättspsyk och som återfaller i brott under vårdtiden	SU - RPV Göteborg	2017	9,4 %	↓	10 %	-0,6	-6,0%		
	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S	SU - Mölndal	2017	27 %	↑	58 %	-31	-53,4%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Psykisk hälsa	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S	SU - Sahlgrenska	2017	34,1 %	↑	58 %	-23,9	-41,2%	○	●
	"	SU - Östra	2017	3,6 %	↑	58 %	-54,4	-93,8%	○	●
Rörelseorganen	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola	SU - Mölndal	2017	44,7 %	↑	43,6 %	1,1	2,5%	○	○
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotesoperation (halvproteser)	SU - Mölndal	2017	99,3 %	↑	97,2 %	2,1	2,2%	○	●
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	SU - Mölndal	2007	95,3 %	↑	94,8 %	0,5	0,5%	○	○
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	SU - Östra	2007	88,6 %	↑	94,8 %	-6,2	-6,5%	○	○
	Andel patienter med upplevd förbättring av bensmärta 1 år efter diskbråcksoperation	SU - Sahlgrenska	2017	72,7 %	↑	76,6 %	-3,9	-5,1%	○	○
	Andel patienter med upplevd förbättring av bensmärta 1 år efter operation av spinal stenos	SU - Sahlgrenska	2017	47,9 %	↑	56,9 %	-9	-15,8%	○	○
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	SU - Mölndal	2017	77,3 %	↑	82,1 %	-4,8	-5,8%	○	●
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	SU - Mölndal	2017	56,3 %	↑	67,4 %	-11,1	-16,5%	○	●
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	SU - Mölndal	2017	73,1 %	↑	69,2 %	3,9	5,6%	○	○
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation	SU - Mölndal	2017	1,7 %	↓	1,9 %	-0,2	-10,5%	○	○
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	SU - Mölndal	2017	29,2 tim	↓	23,8 tim	5,4	22,7%	○	●
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	SU - Mölndal	2017	1,15 rr	↓	1 rr	0,15	15,0%	○	○
	"	SU - Östra	2017	1,07 rr	↓	1 rr	0,07	7,0%	○	○
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	SU - Mölndal	2017	94,7 %	↑	91,7 %	3	3,3%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SU- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Ögonsjukdomar	Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration	Sahlgrenska Universitetssjh	2016	14,3 %	↑	49 %	-34,7	-70,8%	○	●
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	SU - Mölndal	2017	95,5 %	↑	92,4 %	3,1	3,4%	●	○

Tabell 14. Kvartalen, SU

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	SU- värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Akutmottagning	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	36,9%	↑	≥ 55%	-18,10	-32,9%	●
	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	4,9%	↓	≤ 5%	-0,10	-2,0%	●
Barnsjukvård	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit. Gäller barn 0-6 år	3,0%	↓	≤ 3%	0,00	0,0%	●
	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit. Gäller barn 0-6 år	4,8%	↓	≤ 5%	-0,20	-4,0%	●
	Andel astmapatienter < 18 år med AKT, astma kontroll test > 19 poäng senaste 15 månaderna	79,6%	↑	≥ 80%	-0,40	-0,5%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	81,3%	↑	≥ 96%	-14,70	-15,3%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	15,6%	↓	< 20%	-4,40	-22,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	80,2%	↑	≥ 90%	-9,80	-10,9%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	69,5%	↑	≥ 60%	9,50	15,8%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	7,3%	↓	< 10%	-2,70	-27,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol	49,7%	↑	≥ 60%	-10,30	-17,2%	●

Medicinskt område	Indikator	SU-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Infektion	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	95,7%	↑	≥ 95%	0,70	0,7%	●
Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST- höjning. Gäller patienter < 80 år.	87,3%	↑	≥ 88%	-0,70	-0,8%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST- höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	69,8%	↑	≥ 85%	-15,20	-17,9%	●
	Andel behandlade med ACE- hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	81,7%	↑	≥ 90%	-8,30	-9,2%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	80,2%	↑	≥ 80%	0,20	0,3%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	52,0%	↑	≥ 60%	-8,00	-13,3%	●
	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	57,0%	↑	≥ 75%	-18,00	-24,0%	●
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbräckoperationer som sker i öppenvård	56,3%	↑	≥ 80%	-23,70	-29,6%	●
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	37,7%	↓	≤ 12%	25,70	214,2%	●
Kvinnosjukvård	Bristning vid förlossning bland förstföderskor	3,0%	↓	< 5%	-2,00	-40,0%	●
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.	8,1%	↓	< 5%	3,10	62,0%	●
Lungsjukvård	Andel personer 18 år eller äldre som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.	99,3%	↑	≥ 95%	4,30	4,5%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	54,3%	↑	≥ 70%,	-15,70	-22,4%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	30,0%	↑	≥ 55%,	-25,00	-45,5%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och slutet) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	15,7%	↓	< 10%	5,70	57,0%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	52,9%	↑	≥ 75%	-22,10	-29,5%	●

Medicinskt område	Indikator	SU-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	6,1%	↓	< 5,5%	0,60	10,9%	🟡
Psykiatri	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i allrekvist skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	50,2%	↓	≤ 40%	10,20	25,5%	🔴
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformular eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år.	36,3%	↑	≥ 60%	-23,70	-39,5%	🔴
Stroke	Blodförtunnande behandling efter ischemisk stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	87,0%	↑	≥ 80%	7,00	8,8%	🟢
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	86,9%	↑	≥ 90%	-3,10	-3,4%	🟡
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperusionsbehandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	16,7%	↓	≥ 15%	1,70	11,3%	🟡
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	88,6%	↑	≥ 90%	-1,40	-1,6%	🟡
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	87,0%	↑	≥ 80%	7,00	8,8%	🟢
	Andel opererade inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern	74,2%	↑	≥ 80%	-5,80	-7,3%	🟡

Skaraborgs Sjukhus (Skas)

Tabell 15. Verksamhetsanalys, Skas

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	Skas - Lidköping	2017	4,17 %	↓	2,39 %	1,78	74,5%	○	○
	"	Skas - Skövde	2017	3,69 %	↓	2,39 %	1,3	54,4%	○	○
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning senaste två åren	Skas - Lidköping	2017	82,1 %	↑	75,8 %	6,3	8,3%	○	○
	"	Skas - Skövde	2017	84 %	↑	75,8 %	8,2	10,8%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 57 mmol/mol	Skas - Lidköping	2017	64,9 %	↑	54,9 %	10	18,2%	○	○
	"	Skas - Skövde	2017	43,9 %	↑	54,9 %	-11	-20,0%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som har medelgod blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 70 mmol/mol	Skas - Lidköping	2017	100 %	↑	88,8 %	11,2	12,6%	○	●
	"	Skas - Skövde	2017	84,9 %	↑	88,8 %	-3,9	-4,4%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat albumin i urin det senaste året	Skas - Lidköping	2017	64,3 %	↑	56,7 %	7,6	13,4%	○	○
	"	Skas - Skövde	2017	59,4 %	↑	56,7 %	2,7	4,8%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat blodtrycket det senaste året	Skas - Lidköping	2017	69,6 %	↑	73,6 %	-4	-5,4%	○	○
	"	Skas - Skövde	2017	68,9 %	↑	73,6 %	-4,7	-6,4%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med uppföljning 1 år efter obesitas-operation	Skaraborgs sjukhus	2017	91,1 %	↑	79,7 %	11,4	14,3%		
	Andel patienter med uppföljning 2 år efter obesitas-operation	Skaraborgs sjukhus	2017	80,3 %	↑	54,4 %	25,9	47,6%		
	Andel patienter med viktninskning 1 år efter obesitas-operation	Skaraborgs sjukhus	2017	77 %	↑	81,4 %	-4,4	-5,4%		
	Andel patienter med viktninskning 2 år efter obesitas-operation	Skaraborgs sjukhus	2017	79,7 %	↑	79,6 %	0,1	0,1%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	Skas - Falköping	2017	77,4 %	↑	74,8 %	2,6	3,5%		
	"	Skas - Lidköping	2017	71,8 %	↑	74,8 %	-3	-4,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	69,7 %	↑	74,8 %	-5,1	-6,8%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	Skas - Falköping	2017	94,9 %	↑	92,5 %	2,4	2,6%		
	"	Skas - Lidköping	2017	94,7 %	↑	92,5 %	2,2	2,4%		
	"	Skas - Skövde	2017	91,2 %	↑	92,5 %	-1,3	-1,4%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	Skas - Falköping	2017	98,3 %	↑	79,2 %	19,1	24,1%		
	"	Skas - Lidköping	2017	96 %	↑	79,2 %	16,8	21,2%		
	"	Skas - Skövde	2017	96,1 %	↑	79,2 %	16,9	21,3%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	Skas - Falköping	2017	94,3 %	↑	94,9 %	-0,6	-0,6%		
	"	Skas - Lidköping	2017	89,4 %	↑	94,9 %	-5,5	-5,8%		
	"	Skas - Skövde	2017	86,5 %	↑	94,9 %	-8,4	-8,9%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	Skas - Falköping	2017	86,2 %	↑	87,8 %	-1,6	-1,8%		
	"	Skas - Lidköping	2017	87,3 %	↑	87,8 %	-0,5	-0,6%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	Skas - Skövde	2017	85,5 %	↑	87,8 %	-2,3	-2,6%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	Skas - Falköping	2017	12,4 %	↓	20 %	-7,6	-38,0%		
	"	Skas - Lidköping	2017	12,4 %	↓	20 %	-7,6	-38,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	12,8 %	↓	20 %	-7,2	-36,0%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	Skas - Falköping	2017	23,7 %	↑	21,9 %	1,8	8,2%		
	"	Skas - Lidköping	2017	23 %	↑	21,9 %	1,1	5,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	20,3 %	↑	21,9 %	-1,6	-7,3%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	Skas - Falköping	2017	65,3 %	↑	57,5 %	7,8	13,6%		
	"	Skas - Lidköping	2017	50,2 %	↑	57,5 %	-7,3	-12,7%		
	"	Skas - Skövde	2017	51,7 %	↑	57,5 %	-5,8	-10,1%		
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	Skas - Lidköping	2017	70,6 %	↑	92,3 %	-21,7	-23,5%		
	"	Skas - Skövde	2017	94,9 %	↑	92,3 %	2,6	2,8%		
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	Skas - Lidköping	2017	66,7 %	↑	76,6 %	-9,9	-12,9%		
	"	Skas - Skövde	2017	94,6 %	↑	76,6 %	18	23,5%		
	Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	Skas - Lidköping	2017	88,9 %	↑	86,2 %	2,7	3,1%		
	"	Skas - Skövde	2017	83,6 %	↑	86,2 %	-2,6	-3,0%		
	Andel patienter som dör eller amputeras ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben	Skaraborgs sjukhus	2017	4 %	↓	3,4 %	0,6	17,6%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	Skas - Lidköping	2017	94,7 %	↑	97 %	-2,3	-2,4%		
	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	Skas - Skövde	2017	96,7 %	↑	97 %	-0,3	-0,3%		
	Andel patienter som genomgått kranskärls- röntgen inom 30 dagar vid icke ST-lyftsinfarkt	Skas - Lidköping	2017	85,5 %	↑	92,3 %	-6,8	-7,4%		
	"	Skas - Skövde	2017	89,9 %	↑	92,3 %	-2,4	-2,6%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt	Skas - Lidköping	2017	76,4 %	↑	82,1 %	-5,7	-6,9%		
	"	Skas - Skövde	2017	75,7 %	↑	82,1 %	-6,4	-7,8%		
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	Skas - Lidköping	2017	72,9 %	↑	78,7 %	-5,8	-7,4%		
	"	Skas - Skövde	2017	67,7 %	↑	78,7 %	-11	-14,0%		
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	Skas - Lidköping	2017	59,1 %	↑	56,2 %	2,9	5,2%		
	"	Skas - Skövde	2017	33,3 %	↑	56,2 %	-22,9	-40,7%		
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL- kolesterol	Skas - Lidköping	2017	51,8 %	↑	65 %	-13,2	-20,3%		
	"	Skas - Skövde	2017	52,6 %	↑	65 %	-12,4	-19,1%		
Infektionssjukdomar	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	Skas - Lidköping	2017	39,2 %	↑	53,7 %	-14,5	-27,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	40,2 %	↑	53,7 %	-13,5	-25,1%		
	Andel patienter med Hepatit-C som uppnår virusfrihet efter behandling med direktverkande antivirala läkemedel (DAA)	Skas - Skövde	2017	88,5 %	↑	93,8 %	-5,3	-5,7%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Infektionssjukdomar	Andel patienter med HIV-infektion som behandlas med antivirala läkemedel och som har god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)	Skas - Skövde	2017	87,3 %	↑	93,8 %	-6,5	-6,9%		
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt vid inducerad förlossningsstart	Skaraborgs sjukhus	2016	23,7 %	↓	21,5 %	2,2	10,2%		
	Andel kejsarsnitt vid spontan förlossningsstart	Skaraborgs sjukhus	2016	6,7 %	↓	6,5 %	0,2	3,1%		
	Andel kvinnor med perineal-bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning, totalt	Skaraborgs sjukhus	2017	3,6 %	↓	4,1 %	-0,5	-12,2%		
	Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30-32	Skaraborgs sjukhus	2017	4,2 %	↓	2,4 %	1,8	75,0%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	Skas - Lidköping	2017	58,3 %	↑	65,1 %	-6,8	-10,4%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	Skas - Skövde	2017	66,2 %	↑	65,1 %	1,1	1,7%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter inkontinensoperation	Skas - Lidköping	2017	74 %	↑	69,9 %	4,1	5,9%		
	"	Skas - Skövde	2017	68,8 %	↑	69,9 %	-1,1	-1,6%		
	Andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter inkontinensoperation	Skas - Lidköping	2017	61,8 %	↑	69 %	-7,2	-10,4%		
	"	Skas - Skövde	2017	46,9 %	↑	69 %	-22,1	-32,0%		
	Andel kvinnor som är symtomfria ett år efter operation av framfall	Skas - Lidköping	2017	85,7 %	↑	72,8 %	12,9	17,7%		
	"	Skas - Skövde	2017	72,4 %	↑	72,8 %	-0,4	-0,5%		
	Andel nyfödda barn med låg Apgar	Skaraborgs sjukhus	2017	1,29 %	↓	1,23 %	0,06	4,9%		
	Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik	Skaraborgs sjukhus	2017	49,6 %	↑	62,8 %	-13,2	-21,0%		
	Andel patienter som inom 28 dagar återinskrivs för oönskade händelser efter hysterektomi	Skaraborgs sjukhus	2017	2,2 %	↓	2,8 %	-0,6	-21,4%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel patienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter hysterektomi	Skaraborgs sjukhus	2017	59,4 %	↑	62,3 %	-2,9	-4,7%		
	Andel patienter som är kontinenta 2 månader efter inkontinensoperation	Skas - Lidköping	2017	74 %	↑	69,9 %	4,1	5,9%		
	"	Skas - Skövde	2017	68,8 %	↑	69,9 %	-1,1	-1,6%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	Skas - Lidköping	2017	5,4 %	↓	6,4 %	-1,0	-15,6%		
	"	Skas - Skövde	2017	5,8 %	↓	6,4 %	-0,6	-9,4%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	Skas - Falköping	2017	3,8 %	↓	3,8 %	0	0,0%		
	"	Skas - Lidköping	2017	3,6 %	↓	3,8 %	-0,2	-5,3%		
	"	Skas - Skövde	2017	5,2 %	↓	3,8 %	1,4	36,8%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	Skas - Falköping	2017	5,1 %	↓	14,1 %	-9,0	-63,8%		
	"	Skas - Lidköping	2017	0 %	↓	14,1 %	-14,1	-100%		
	"	Skas - Skövde	2017	8,6 %	↓	14,1 %	-5,5	-39,0%		
	Andel patienter som ljumsnbräcksopererats och som inte om-opereras inom 5 år	Skas - Falköping	2017	98,1 %	↑	97,3 %	0,8	0,8%		
	"	Skas - Lidköping	2017	96,3 %	↑	97,3 %	-1,0	-1,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	99,4 %	↑	97,3 %	2,1	2,2%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid akut galloperation	Skas - Lidköping	2017	83,8 %	↑	88,7 %	-4,9	-5,5%		
	"	Skas - Skövde	2017	98,3 %	↑	88,7 %	9,6	10,8%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	Skas - Falköping	2017	98,7 %	↑	96,3 %	2,4	2,5%		

Medicinsk kvalitet - programområde de	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	Skas - Lidköping	2017	100 %	↑	96,3 %	3,7	3,8%		
	"	Skas - Skövde	2017	98,3 %	↑	96,3 %	2,0	2,1%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad	Skas - Lidköping	2017	88,8 %	↑	85,2 %	3,6	4,2%		
	"	Skas - Skövde	2017	89,8 %	↑	85,2 %	4,6	5,4%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	Skas - Lidköping	2017	79,6 %	↑	79,1 %	0,5	0,6%		
	"	Skas - Skövde	2017	70,6 %	↑	79,1 %	-8,5	-10,7%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)	Skas - Lidköping	2017	14 %	↑	15,3 %	-1,3	-8,5%		
	"	Skas - Skövde	2017	16,3 %	↑	15,3 %	1,0	6,5%		
	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	Skas - Lidköping	2017	89,3 %	↑	79,4 %	9,9	12,5%		
	"	Skas - Skövde	2017	72,5 %	↑	79,4 %	-6,9	-8,7%		
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	Skas - Lidköping	2017	95,5 %	↑	78,2 %	17,3	22,1%		
	"	Skas - Skövde	2017	79,8 %	↑	78,2 %	1,6	2,0%		
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	Skas - Lidköping	2016	84,7 %	↑	86,4 %	-1,7	-2,0%		
	"	Skas - Skövde	2016	90,8 %	↑	86,4 %	4,4	5,1%		
	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	Skas - Lidköping	2017	60,9 %	↑	58,5 %	2,4	4,1%		
	"	Skas - Skövde	2017	64,1 %	↑	58,5 %	5,6	9,6%		
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	Skas - Lidköping	2016	41,7 %	↑	44,6 %	-2,9	-6,5%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	Skas - Skövde	2016	55,9 %	↑	44,6 %	11,3	25,3%		
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	Skas - Lidköping	2017	17,2 %	↓	16,7 %	0,5	3,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	16,6 %	↓	16,7 %	-0,1	-0,6%		
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	Skas - Lidköping	2017	85,7 %	↑	76,6 %	9,1	11,9%		
	"	Skas - Skövde	2017	73,3 %	↑	76,6 %	-3,3	-4,3%		
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel dialyspatienter som får dialys i hemmet (hemodialys eller peritonealdialys)	Skaraborgs sjukhus	2017	32,1 %	↑	25,6 %	6,5	25,4%		
	Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft	Skas - Skövde	2017	80,7 %	↑	68,7 %	12	17,5%		
	Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	Skas - Skövde	2017	86 %	↑	74,8 %	11,2	15,0%		
Psykisk hälsa	Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D	Skas - Falköping	2017	79,4 %	↑	47 %	32,4	68,9%		
	Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI > 30	Skas - RPV Falköping	2017	52,4 %	↓	45,2 %	7,2	15,9%		
	Andel patienter med depression som behandlas med ECT	Skas - Falköping	2017	24,1 %	↑	38 %	-13,9	-36,6%		
	Andel patienter som vårdas inom rättspsyk och som återfaller i brott under vårdtiden	Skas - RPV Falköping	2017	15,4 %	↓	10 %	5,4	54,0%		
	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S	Skas - Falköping	2017	85,4 %	↑	58 %	27,4	47,2%		
Rörelseorganen	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola	Skas - Lidköping	2017	51,3 %	↑	43,6 %	7,7	17,7%		
	"	Skas - Skövde	2017	35 %	↑	43,6 %	-8,6	-19,7%		
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotesoperation (halvproteser)	Skas - Lidköping	2017	96,6 %	↑	97,2 %	-0,6	-0,6%		
	"	Skas - Skövde	2017	93,8 %	↑	97,2 %	-3,4	-3,5%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Rörelseorganen	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	Skas - Falköping	2007	97,2 %	↑	94,8 %	2,4	2,5%		
	"	Skas - Lidköping	2007	95,4 %	↑	94,8 %	0,6	0,6%		
	"	Skas - Skövde	2007	89,9 %	↑	94,8 %	-4,9	-5,2%		
	Andel patienter med upplevd förbättring av bensmärta 1 år efter diskbråcksoperation	Skas - Skövde	2017	71,1 %	↑	76,6 %	-5,5	-7,2%		
	Andel patienter med upplevd förbättring av bensmärta 1 år efter operation av spinal stenosis	Skas - Skövde	2017	54,5 %	↑	56,9 %	-2,4	-4,2%		
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	Skas - Lidköping	2017	83,5 %	↑	82,1 %	1,4	1,7%		
	"	Skas - Skövde	2017	83,2 %	↑	82,1 %	1,1	1,3%		
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	Skas - Lidköping	2017	55,9 %	↑	67,4 %	-11,5	-17,1%		
	"	Skas - Skövde	2017	60,1 %	↑	67,4 %	-7,3	-10,8%		
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	Skas - Lidköping	2017	64,6 %	↑	69,2 %	-4,6	-6,6%		
	"	Skas - Skövde	2017	70,9 %	↑	69,2 %	1,7	2,5%		
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation	Skas - Lidköping	2017	1,9 %	↓	1,9 %	0	0,0%		
	"	Skas - Skövde	2017	6 %	↓	1,9 %	4,1	215,8%		
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	Skas - Lidköping	2017	29,6 tim	↓	23,8 tim	5,8	24,4%		
	"	Skas - Skövde	2017	28 tim	↓	23,8 tim	4,2	17,6%		
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	Skas - Falköping	2017	0,91 rr	↓	1 rr	-0,09	-9,0%		
	"	Skas - Lidköping	2017	0,86 rr	↓	1 rr	-0,14	-14,0%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	Skas- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Rörelseorganen	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	Skas - Skövde	2017	1,21 rr	↓	1 rr	0,21	21,0%	○	○
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	Skas - Skövde	2017	90,9 %	↑	91,7 %	-0,8	-0,9%	○	○
	Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration	Skas - Skövde	2016	40,7 %	↑	49 %	-8,3	-16,9%	○	○
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	Skas - Skövde	2017	92,1 %	↑	92,4 %	-0,3	-0,3%	○	○

Tabell 16. Kvartalen, Skas

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	Skas- värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Akutmottagning	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	49,7%	↑	≥ 55%	-5,3	-10%	●
	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	6,4%	↓	≤ 5%	1,4	28%	●
Barnsiukvård	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit. Gäller barn 0-6 år	4,4%	↓	≤ 3%	1,4	47%	●
	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit. Gäller barn 0-6 år	0%	↓	≤ 5%	-5	-100%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	81,1%	↑	≥ 96%	-14,9	-16%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	9,7%	↓	< 20%	-10,3	-52%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	73,8%	↑	≥ 90%	-16,2	-18%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	58,4%	↑	≥ 60%	-1,6	-3%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	6,3%	↓	< 10%	-3,7	-37%	●

Medicinskt område	Indikator	Skas- värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol	34,8%	↑	≥ 60%	-25,2	-42%	●
Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST- höjning. Gäller patienter < 80 år.	90,3%	↑	≥ 88%	2,3	3%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST- höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	86,1%	↑	≥ 85%	1,1	1%	●
	Andel behandlade med ACE- hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	89,3%	↑	≥ 90%	-0,7	-1%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	81,8%	↑	≥ 80%	1,8	2%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	46,1%	↑	≥ 60%	-13,9	-23%	●
	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	52,1%	↑	≥ 75%	-22,9	-31%	●
Infektion	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	92,9%	↑	≥ 95%	-2,1	-2%	●
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbräckoperationer som sker i öppenvård	95,8%	↑	≥ 80%	15,8	20%	●
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	8,8%	↓	≤ 12%	-3,2	-27%	●
Kvinnosjukvård	Bristning vid förlossning bland förstföderskor	4,1%	↓	< 5%	-0,9	-18%	●
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.	5,5%	↓	< 5%	0,5	10%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	60,8%	↑	≥ 70%	-9,2	-13%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	38,6%	↑	≥ 55%	-16,4	-30%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	19,6%	↓	< 10%	9,6	96%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	51,5%	↑	≥ 75%	-23,5	-31%	●
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	5,4%	↓	< 5,5%	-0,1	-2%	●

Medicinskt område	Indikator	Skas- värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Psykiatri	Andel patienter med psykosjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	79,6%	↑	≥ 90%	-10,4	-12%	●
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	67,3%	↓	≤ 40%	27,3	68%	●
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år.	74,5%	↓	≥ 60%	14,5	24%	●
Stroke	Blodförtunnande behandling efter ischemisk stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	72,0%	↑	≥ 80%	-8	-10%	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på stroke-enhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	77,4%	↑	≥ 90%	-12,6	-14%	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusion-behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	16,4%	↑	≥ 15%	1,4	9%	●
Stroke	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	78,1%	↑	≥ 90%	-11,9	-13%	●
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	80,6%	↑	≥ 80%	0,6	1%	●

Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS)

Tabell 17. Verksamhetsanalys, SÄS

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SÄS- värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	1,73 %	↓	2,39 %	-0,66	-27,6%	○	○
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn 0 - 17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	100 %	↑	44,7 %	55,3	123,7%	○	●
	Andel barn med astma där uppgift om AKT, astma kontroll test finns	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	94,1 %	↑	45,3 %	48,8	107,7%	○	●
	Andel barn med astma som har normal lungfunktion	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	60,6 %	↑	78,3 %	-17,7	-22,6%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning senaste två åren	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	88,1 %	↑	75,8 %	12,3	16,2%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 57 mmol/mol	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	57 %	↑	54,9 %	2,1	3,8%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som har medelgod blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 70 mmol/mol	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	90,2 %	↑	88,8 %	1,4	1,6%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat albumin i urin det senaste året	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	78,1 %	↑	56,7 %	21,4	37,7%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat blodtrycket det senaste året	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	76,2 %	↑	73,6 %	2,6	3,5%	○	○
	Andel barn, 4 - 17 år med god astmakontroll enligt AKT, astma kontroll test	SÄS - Borås	2017	93,8 %	↑	73 %	20,8	28,5%	○	●
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med uppföljning 1 år efter obesitas-operation	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	83,9 %	↑	79,7 %	4,2	5,3%	○	○
	Andel patienter med uppföljning 2 år efter obesitas-operation	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	70,2 %	↑	54,4 %	15,8	29,0%	○	●

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SÄS - värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med viktminskning 1 år efter obesitas-operation	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	74,6 %	↑	81,4 %	-6,8	-8,4%	○	●
	Andel patienter med viktminskning 2 år efter obesitas-operation	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	75,7 %	↑	79,6 %	-3,9	-4,9%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	79,3 %	↑	74,8 %	4,5	6,0%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	93,4 %	↑	92,5 %	0,9	1,0%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	100 %	↑	79,2 %	20,8	26,3%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	100 %	↑	94,9 %	5,1	5,4%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	88,7 %	↑	87,8 %	0,9	1,0%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	19,9 %	↓	20 %	-0,1	-0,5%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	24,2 %	↑	21,9 %	2,3	10,5%	○	●
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	51 %	↑	57,5 %	-6,5	-11,3%	○	●
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med kärlförträngning i halspulsåder som opereras inom 14 dagar	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	100 %	↑	85,2 %	14,8	17,4%	○	●
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	SÄS - Borås	2017	98,5 %	↑	92,3 %	6,2	6,7%	○	●
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	SÄS - Borås	2017	71,9 %	↑	76,6 %	-4,7	-6,1%	○	●
	Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	SÄS - Borås	2017	91,6 %	↑	86,2 %	5,4	6,3%	○	●
	Andel patienter som dör eller amputeras ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	1,3 %	↓	3,4 %	-2,1	-61,8%	○	●
	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	SÄS - Borås	2017	97,9 %	↑	97 %	0,9	0,9%	○	●

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SÄS - värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST- lyftsinfarkt	SÄS - Borås	2017	98,6 %	↑	92,3 %	6,3	6,8%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt	SÄS - Borås	2017	76,9 %	↑	82,1 %	-5,2	-6,3%		
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	SÄS - Borås	2017	78 %	↑	78,7 %	-0,7	-0,9%		
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	SÄS - Borås	2017	52,6 %	↑	56,2 %	-3,6	-6,4%		
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL- kolesterol	SÄS - Borås	2017	60,9 %	↑	65 %	-4,1	-6,3%		
	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	SÄS - Borås	2017	52,2 %	↑	53,7 %	-1,5	-2,8%		
Infektionssjukdomar	Andel patienter med Hepatit-C som uppnår virusfrihet efter behandling med direktverkande antivirala läkemedel (DAA)	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	88,7 %	↑	93,8 %	-5,1	-5,4%		
	Andel patienter med HIV-infektion som behandlas med antivirala läkemedel och som har god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)	SÄS - Borås	2017	93,3 %	↑	93,8 %	-0,5	-0,5%		
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt vid inducerad förlossningsstart	Södra Älvsborgs Sjukhus	2016	26 %	↓	21,5 %	4,5	20,9%		
	Andel kejsarsnitt vid spontan förlossningsstart	Södra Älvsborgs Sjukhus	2016	7,6 %	↓	6,5 %	1,1	16,9%		
	Andel kvinnor med perineal-bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning, totalt	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	3 %	↓	4,1 %	-1,1	-26,8%		
	Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30-32	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	3,3 %	↓	2,4 %	0,9	37,5%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	SÄS - Borås	2017	65,8 %	↑	65,1 %	0,7	1,1%		
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter inkontinensoperation	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	70,4 %	↑	69,9 %	0,5	0,7%		
	Andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter inkontinensoperation	SÄS - Borås	2017	72,6 %	↑	69 %	3,6	5,2%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SÄS - värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kvinnor som är symtomfria ett år efter operation av framfall	SÄS - Borås	2017	74,4 %	↑	72,8 %	1,6	2,2%		
	Andel nyfödda barn med låg Apgar	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	1,05 %	↓	1,23 %	-0,18	-14,6%		
	Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	49,4 %	↑	62,8 %	-13,4	-21,3%		
	Andel patienter som inom 28 dagar återinskrivs för oönskade händelser efter hysterektomi	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	1,8 %	↓	2,8 %	-1	-35,7%		
	Andel patienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter hysterektomi	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	61 %	↑	61 %	0	0,0%		
	Andel patienter som är kontinenta 2 månader efter inkontinensoperation	SÄS - Borås	2017	70,4 %	↑	69,9 %	0,5	0,7%		
	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	SÄS - Borås	2017	9,8 %	↓	6,4 %	3,4	53,1%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	SÄS - Borås	2017	11,6 %	↓	3,8 %	7,8	205,3%		
	"	SÄS - Skene	2017	3,1 %	↓	3,8 %	-0,7	-18,4%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	SÄS - Borås	2017	48,8 %	↓	14,1 %	34,7	246,1%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	SÄS - Skene	2017	0 %	↓	14,1 %	-14,1	-100%		
	Andel patienter som ljumsckbråcksopererats och som inte om-opereras inom 5 år	SÄS - Borås	2017	94,4 %	↑	97,3 %	-2,9	-3,0%		
	"	SÄS - Skene	2017	99,5 %	↑	97,3 %	2,2	2,3%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid akut galloperation	SÄS - Borås	2017	98,4 %	↑	88,7 %	9,7	10,9%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	SÄS - Borås	2017	93 %	↑	96,3 %	-3,3	-3,4%		
	"	SÄS - Skene	2017	100 %	↑	96,3 %	3,7	3,8%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljformågan är testad	SÄS - Borås	2017	77,5 %	↑	85,2 %	-7,7	-9,0%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SÄS - värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	80,7 %	↑	79,1 %	1,6	2,0%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolyt eller trombektomi (reperfusion)	SÄS - Borås	2017	17,9 %	↑	15,3 %	2,6	17,0%		
	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	SÄS - Borås	2017	85,9 %	↑	79,4 %	6,5	8,2%		
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	88,5 %	↑	78,2 %	10,3	13,2%		
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	Södra Älvsborgs Sjukhus	2016	86,6 %	↑	86,4 %	0,2	0,2%		
	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	SÄS - Borås	2017	64,4 %	↑	58,5 %	5,9	10,1%		
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	Södra Älvsborgs Sjukhus	2016	46,8 %	↑	44,6 %	2,2	4,9%		
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	SÄS - Borås	2017	12 %	↓	16,7 %	-4,7	-28,1%		
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	SÄS - Borås	2017	77,5 %	↑	76,6 %	0,9	1,2%		
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel dialyspatienter som får dialys i hemmet (hemodialys eller peritonealdialys)	SÄS - Borås	2017	40,6 %	↑	25,6 %	15	58,6%		
	Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft	SÄS - Borås	2017	78,4 %	↑	68,7 %	9,7	14,1%		
	Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	SÄS - Borås	2017	67,6 %	↑	74,8 %	-7,2	-9,6%		
Psykisk hälsa	Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D	SÄS - Borås	2017	76 %	↑	47 %	29	61,7%		
	Andel patienter med depression som behandlas med ECT	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	26,1 %	↑	38 %	-11,9	-31,3%		
	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S	Södra Älvsborgs Sjukhus	2017	79,5 %	↑	58 %	21,5	37,1%		
Rörelseorganen	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola	SÄS - Borås	2017	33,8 %	↑	43,6 %	-9,8	-22,5%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	Sjukhus/ Förvaltning	År/ Period	SÄS - värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Rörelseorganen	Andel höftprotopererade patienter som genomgått artrosskola	SÄS - Skene	2017	45 %	↑	43,6 %	1,4	3,2%		
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotosoperation (halvproteser)	SÄS - Borås	2017	96,5 %	↑	97,2 %	-0,7	-0,7%		
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotosoperation (totalproteser)	SÄS - Borås	2007	96,6 %	↑	94,8 %	1,8	1,9%		
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotosoperation (totalproteser)	SÄS - Skene	2007	93,4 %	↑	94,8 %	-1,4	-1,5%		
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotosoperation (totalproteser)	SÄS - Borås	2017	87,3 %	↑	82,1 %	5,2	6,3%		
	"	SÄS - Skene	2017	67,6 %	↑	82,1 %	-14,5	-17,7%		
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	SÄS - Borås	2017	73,6 %	↑	67,4 %	6,2	9,2%		
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	SÄS - Borås	2017	71,3 %	↑	69,2 %	2,1	3,0%		
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotosoperation	SÄS - Borås	2017	0,9 %	↓	1,9 %	-1	-52,6%		
	"	SÄS - Skene	2017	1,6 %	↓	1,9 %	-0,3	-15,8%		
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	SÄS - Borås	2017	22,8 tim	↓	23,8 tim	-1	-4,2%		
	Relativ revisionsrisk inom 10 år vid knäprotesoperation	SÄS - Borås	2017	0,88 rr	↓	1 rr	-0,12	-12,0%		
	"	SÄS - Skene	2017	0,58 rr	↓	1 rr	-0,42	-42,0%		
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	SÄS - Borås	2017	85,7 %	↑	91,7 %	-6	-6,5%		
	Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration	SÄS - Borås	2016	56,5 %	↑	49 %	7,5	15,3%		
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	SÄS - Borås	2017	70,3 %	↑	92,4 %	-22,1	-23,9%		

Tabell 18. Kvartalen, SÄS

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	SAS-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Akutmottagning	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	42,2%	↑	≥ 55%	-12,8	-23,3%	●
	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	5,1%	↓	≤ 5%	0,1	2,0%	●
Barnsjukvård	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit. Gäller barn 0-6 år	0%	↓	≤ 3%	-3	-100,0%	●
	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit. Gäller barn 0-6 år	3,6%	↓	≤ 5%	-1,4	-28,0%	●
	Andel astmapatienter < 18 år med AKT, astma kontroll test > 19 poäng senaste 15 månaderna	80,3%	↑	≥ 80%	0,3	0,4%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	87,3%	↑	≥ 96%	-8,7	-9,1%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	18,4%	↓	< 20%	-1,6	-8,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	76,2%	↑	≥ 90%	-13,8	-15,3%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	60,6%	↑	≥ 60%	0,6	1,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	5,9%	↓	< 10%	-4,1	-41,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol	46,2%	↑	≥ 60%	-13,8	-23,0%	●
Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning. Gäller patienter < 80 år.	93,8%	↑	≥ 88%	5,8	6,6%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST-höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	79,6%	↑	≥ 85%	-5,4	-6,4%	●
	Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	91,3%	↑	≥ 90%	1,3	1,4%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	86,4%	↑	≥ 80%	6,4	8,0%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	53,3%	↑	≥ 60%	-6,7	-11,2%	●

Medicinskt område	Indikator	SAS-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Hjärtsjukvård	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	47,4%	↑	≥ 75%	-27,6	-36,8%	●
Infektion	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	94,5%	↑	≥ 95%	-0,5	-0,5%	●
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbråcksoperationer som sker i öppenvård	94,2%	↑	≥ 80%	14,2	17,8%	●
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	14,1%	↓	≤ 12%	2,1	17,5%	●
Kvinnosjukvård	Bristning vid förlossning bland förstföderskor	3,0%	↓	< 5%	-2	-40,0%	●
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.	6,9%	↓	< 5%	1,9	38,0%	●
Lungsjukvård	Andel personer 18 år eller äldre som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.	93,5%	↑	≥ 95%	-1,5	-1,6%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	70,6%	↑	≥ 70%,	0,6	0,9%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	59,9%	↑	≥ 55%,	4,9	8,9%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	13,0%	↓	< 10%	3	30,0%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	76,4%	↑	≥ 75%	1,4	1,9%	●
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	5,8%	↓	< 5,5%	0,3	5,5%	●
Psykiatri	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	89,3%	↑	≥ 90%	-0,7	-0,8%	●
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	45,0%	↓	≤ 40%	5	12,5%	●
	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år.	86,5%	↑	≥ 60%	26,5	44,2%	●

Medicinskt område	Indikator	SÄS-värde	Önskvärd riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Stroke	Blodförtunnande behandling efter ischemisk stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	80,6%	↑	≥ 80%	0,6	0,7%	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	83,2%	↑	≥ 90%	-6,8	-7,6%	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperfusionsbehandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	18,8%	↑	≥ 15%	3,8	25,3%	●
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	90,5%	↑	≥ 90%	0,5	0,6%	●
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	81,6%	↑	≥ 80%	1,6	2,0%	●
	Andel opererade inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern	95,7%	↑	≥ 80%	15,7	19,6%	●

VGR-baserade

Tabell 19. Verksamhetsanalys, VGR-baserade

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/Period	Värde	Önskad riktning	Riksgenomsnitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn födda före v 37 som ammas vid hemgång	2017	72,6 %	↑	72,5 %	0,1	0,1%	○	○
	Andel barn födda i vecka 22 - 27 med behov av syrgas i gestationsvecka 36	2017	67,4 %	↓	64,2 %	3,2	5,0%	○	○
	Andel barn födda i vecka 22 - 27 med blödningar i hjärnan (IVH - intraventrikulära blödningar)	2017	10,9 %	↓	8,1 %	2,8	34,6%	○	○
	Andel barn födda i vecka 22 - 27 med ögonsjukdomen retinopati (ROP - retinopathy of prematurity)	2017	28,3 %	↑	21,4 %	6,9	32,2%	○	○
	Andel barn med cerebral pares som har god rörlighet i knäled	2017	87 %	↑	86 %	1	1,2%	○	○
	Andel barn med cerebral pares som respektive år bedömts av fysioterapeut	2017	86 %	↑	88 %	-2	-2,3%	○	○
	Vårdrelaterade infektioner på nyföddhetsavdelning	2017	1,31 %	↓	1,27 %	0,04	3,1%	○	○
Cancersjukdomar	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök	2017	43,1 %	↑	48,6 %	-5,5	-11,3%	○	○
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion högst 12 dagar efter utfärdande av remiss	2017	23,2 %	↑	19 %	4,2	22,1%	○	○
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	2017	57,8 %	↑	51,6 %	6,2	12,0%	○	○
	Andel patienter med diagnostiserad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats inom högst 18 dagar efter första besök	2014	44,9 %	↑	51,1 %	-6,2	-12,1%	○	○
	Andel patienter med diagnostiserad cancer i huvud-halsregionen som fått sitt första läkarbesök inom högst 5 dagar från remissankomst	2014	57,1 %	↑	55 %	2,1	3,8%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	Värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Cancersjukdomar	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart är senast 44 dagar efter utfärdande av remiss till utredande klinik	2017	5,2 %	↑	11,7 %	-6,5	-55,6%	○	●
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dagar efter utfärdande av remisstill utredande klink	2017	35,8 %	↑	46,2 %	-10,4	-22,5%	○	●
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnostiserats med kirurgisk biopsi	2017	66,1 %	↑	55,9 %	10,2	18,2%	○	●
	Andel patienter med malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dagar efter remissbeslut	2017	59 %	↑	60,5 %	-1,5	-2,5%	○	●
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 6 veckor efter utfärdande av remiss	2017	36,4 %	↑	29,1 %	7,3	25,1%	○	●
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dagar efter behandlingsbeslut	2017	48,3 %	↑	43,6 %	4,7	10,8%	○	●
	Andel patienter med primär högmalign hjärntumör som genomgått operation högst 14 dagar efter MR-undersökning	2017	36 %	↑	44,3 %	-8,3	-18,7%	○	●
	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi	2017	7,3 %	↑	10,1 %	-2,8	-27,7%	○	●
	Andel patienter med prostatacancer som har en namngiven kontaktsjuksköterska	2017	90 %	↑	86 %	4	4,7%	○	●
	Andel patienter med prostatacancer yngre än 75 år med mycket låg risk som får aktiv monitorering	2017	92,1 %	↑	91,8 %	0,3	0,3%	○	●
	Andel patienter med prostatacancer yngre än 81 år med högrisk som diskuterats på MDK	2017	66,5 %	↑	71,8 %	-5,3	-7,4%	○	●
	Andel patienter med tjocktarmscancer som genomgått en komplett stadiindelning	2017	92,5 %	↑	94,9 %	-2,4	-2,5%	○	●
	Andel patienter med tjocktarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos	2017	37,8 %	↑	35,3 %	2,5	7,1%	○	●
	Andel patienter med ändtarmscancer som genomgått en komplett stadiindelning	2017	96,2 %	↑	97 %	-0,8	-0,8%	○	●
	Andel patienter med ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos	2017	8,7 %	↑	10,2 %	-1,5	-14,7%	○	●
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som startat cellgiftsbehandling senast 28 dagar efter datum för primäroperation	2017	48,1 %	↑	30,3 %	17,8	58,7%	○	●
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	2017	77,4 %	↑	83,8 %	-6,4	-7,6%	○	●

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	Värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Cancersjukdomar	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation	2017	48,6 %	↑	51,8 %	-3,2	-6,2%	○	○
	Andel patienter som opererats för högmalign hjärntumör, där komplett PAD är färdigt senast 14 dagar efter operationsdatum	2017	60,8 %	↑	59,6 %	1,2	2,0%	○	○
	Andel patienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om bröstcancer	2017	27,2 %	↑	41,3 %	-14,1	-34,1%	○	●
	Andel patienter som är primärt bröstcanceropererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens	2017	99,8 %	↑	99,6 %	0,2	0,2%	○	○
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med diabetes före obesitasoperation som inte har diabetes 1 år efter operation	2016	51,8	↑	61,5	- 9,7	- 15,8%	○	○
Hjärt- och kärtsjukdomar	Andel patienter som dör inom 90 dagar efter planerad operation av aorta-aneurysm	2017	1,9 %	↓	2,3 %	-0,4	-17,4%	○	○
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kvinnor som opererats för framfall som sker i dagkirurgi	2017	59,8 %	↑	66,7 %	-6,9	-10,3%	○	○
Mag- och tarmsjukdomar	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	2017	81,3 %	↑	83 %	-1,7	-2,0%	○	○
Psykisk hälsa	Andel barn med ADHD där systematisk skattningsskala används för att värdera patientens tillstånd	2017	87,2 %	↑	80,8 %	6,4	7,9%	○	●
	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång med läkare under de senaste 12 månaderna	2017	88,7 %	↑	88,7 %	0	0,0%	○	○
	Andel patienter som återfaller i skov vid bipolär sjukdom	2017	48,1 %	↓	45,9 %	2,2	4,8%	○	○
	Andel vuxna med ADHD där systematisk skattningsskala används för att värdera patientens tillstånd	2017	58,6 %	↑	70 %	-11,4	-16,3%	○	●
	Antal undvikbara somatiska vårdtillfällen hos patienter 20 - 59 år med psykiatrisk diagnos	2016	2000 antal/ 100 000	↓	2033 antal/ 100 000	-33	-1,6%	○	○
Rörelseorganen	Antal nya benskörhetsfrakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter första benskörhetsfraktur	2013	7449 antal/ 100 000	↓	9186 antal/ 100 000	-1737	-18,9%	○	●

Västra Götalandsregionen (VGR)

Tabell 20. Verksamhetsanalys, VGR

*Statistiskt signifikant jämförelse. Färgkodning: ● = statistiskt signifikant bättre värde än riksgenomsnittet, ○ = ej statistiskt signifikant skilt värde från riksgenomsnittet, ● = statistiskt signifikant sämre värde än riksgenomsnittet.

** Ej statistiskt signifikanta jämförelse. Färgkodning: ○ = bättre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad, ○ = sämre värde än riksgenomsnittet men inte nödvändigtvis statistiskt signifikant skillnad

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Akutvård	Andel patienter som återinskrivs till samma IVA inom 72 timmar efter utskrivning	2017	2,62 %	↓	2,39 %	0,23	9,6%	○	○
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn 0 - 17 år med astma där uppgift om rökning finns registrerat	2017	32 %	↑	44,7 %	-12,7	-28,4%	○	●
	Andel barn födda före v 37 som ammas vid hemgång	2017	72,6 %	↑	72,5 %	0,1	0,1%	○	○
	Andel barn födda i vecka 22 - 27 med behov av syrgas i gestations- vecka 36	2017	67,4 %	↓	64,2 %	3,2	5,0%	○	○
	Andel barn födda i vecka 22 - 27 med blödningar i hjärnan (IVH - intraventrikulära blödningar)	2017	10,9 %	↓	8,1 %	2,8	34,6%	○	○
	Andel barn födda i vecka 22 - 27 med ögonsjukdomen retinopati (ROP - retinopathy of prematurity)	2017	28,3 %	↑	21,4 %	6,9	32,2%	○	○
	Andel barn med astma där uppgift om AKT, astma kontroll test finns	2017	17,2 %	↑	45,3 %	-28,1	-62,0%	○	●
	Andel barn med astma som har normal lungfunktion	2017	76,0 %	↑	78,3 %	-2,3	2,9%	○	○
	Andel barn med cerebral pares som har god rörlighet i knäled	2017	87 %	↑	86 %	1,0	1,2%	○	○
	Andel barn med cerebral pares som respektive år bedömts av fysioterapeut	2017	86 %	↑	88 %	-2,0	-2,3%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning senaste två åren	2017	85,8 %	↑	75,8 %	10,0	13,2%	○	●
	Andel barn med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 57 mmol/mol	2017	57,9 %	↑	54,9 %	3,0	5,5%	○	○
	Andel barn med diabetes typ 1 som har medelgod blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 70 mmol/mol	2017	90 %	↑	88,8 %	1,2	1,4%	○	○

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Barn och ungdomars hälsa	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat albumin i urin det senaste året	2017	71,3 %	↑	56,7 %	14,6	25,7%		
	Andel barn med diabetes typ 1 som kontrollerat blodtrycket det senaste året	2017	75,6 %	↑	73,6 %	2,0	2,7%		
	Andel barn, 4 - 17 år med god astmakontroll enligt AKT, astma kontroll test	2017	74,2 %	↑	73 %	1,2	1,6%		
	Vårdrelaterade infektioner på nyföddhetsavdelning	2017	1,31 %	↓	1,27 %	0,04	3,1%		
Cancersjukdomar	Andel patienter med hudmelanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök	2017	43,1 %	↑	48,6 %	-5,5	-11,3%		
	Andel patienter med blåscancer som genomgått transuretral resektion högst 12 dagar efter utfärdande av remiss	2017	23,2 %	↑	19 %	4,2	22,1%		
	Andel patienter med blåscancer stadium T1 som fått intravesikal behandling	2017	57,8 %	↑	51,6 %	6,2	12,0%		
	Andel patienter med diagnostiserad cancer i huvud-halsregionen där behandlingsbeslut fattats inom högst 18 dagar efter första besök	2014	44,9 %	↑	51,1 %	-6,2	-12,1%		
	Andel patienter med diagnostiserad cancer i huvud-halsregionen som fått sitt första läkarbesök inom högst 5 dagar från remissankomst	2014	57,1 %	↑	55 %	2,1	3,8%		
	Andel patienter med lungcancer där datum för behandlingsstart är senast 44 dagar efter utfärdande av remiss till utredande klinik	2017	5,2 %	↑	11,7 %	-6,5	-55,6%		
	Andel patienter med lungcancer som startat behandling med läkemedel senast 40 dagar efter utfärdande av remisstill utredande klink	2017	35,8 %	↑	46,2 %	-10,4	-22,5%		
	Andel patienter med malignt lymfom som diagnostiserats med kirurgisk biopsi	2017	66,1 %	↑	55,9 %	10,2	18,2%		
	Andel patienter med malignt lymfom som startat läkemedelsbehandling högst 18 dagar efter remissbeslut	2017	59 %	↑	60,5 %	-1,5	-2,5%		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 6 veckor efter utfärdande av remiss	2017	36,4 %	↑	29,1 %	7,3	25,1%		
	Andel patienter med njurcancer som genomgått primär operation senast 28 dagar efter behandlingsbeslut	2017	48,3 %	↑	43,6 %	4,7	10,8%		
	Andel patienter med primär högmalign hjärntumör som genomgått operation högst 14 dagar efter MR-undersökning	2017	36 %	↑	44,3 %	-8,3	-18,7%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Cancersjukdomar	Andel patienter med prostatacancer som fått PAD-besked om cancerdiagnos senast 11 dagar efter datum för utförd prostatabiopsi	2017	7,3 %	↑	10,1 %	-2,8	-27,7%		
	Andel patienter med prostatacancer som har en namngiven kontaktsjuksköterska	2017	90 %	↑	86 %	4,0	4,7%		
	Andel patienter med prostatacancer yngre än 75 år med mycket låg risk som får aktiv monitorering	2017	92,1 %	↑	91,8 %	0,3	0,3%		
	Andel patienter med prostatacancer yngre än 81 år med högrisk som diskuterats på MDK	2017	66,5 %	↑	71,8 %	-5,3	-7,4%		
	Andel patienter med tjocktarmscancer som genomgått en komplett stadiindelning	2017	92,5 %	↑	94,9 %	-2,4	-2,5%		
	Andel patienter med tjocktarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos	2017	37,8 %	↑	35,3 %	2,5	7,1%		
	Andel patienter med ändtarmscancer som genomgått en komplett stadiindelning	2017	96,2 %	↑	97 %	-0,8	-0,8%		
	Andel patienter med ändtarmscancer som startat behandling senast 28 dagar efter datum för diagnos	2017	8,7 %	↑	10,2 %	-1,5	-14,7%		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som startat cellgiftsbehandling senast 28 dagar efter datum för primäroperation	2017	48,1 %	↑	30,3 %	17,8	58,7%		
	Andel patienter opererade för äggstockscancer som uppnått tumörfrihet efter primäroperation	2017	77,4 %	↑	83,8 %	-6,4	-7,6%		
	Andel patienter primärt opererade för hudmelanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation	2017	48,6 %	↑	51,8 %	-3,2	-6,2%		
	Andel patienter som opererats för högmalign hjärntumör, där komplett PAD är färdigt senast 14 dagar efter operationsdatum	2017	60,8 %	↑	59,6 %	1,2	2,0%		
	Andel patienter som opererats inom 28 dagar från välgrundad misstanke om cancer	2017	27,2 %	↑	41,3 %	-14,1	-34,1%		
Endokrina sjukdomar	Andel patienter som är primärt opererade och som diskuterats i postoperativ multidisciplinär konferens	2017	99,8 %	↑	99,6 %	0,2	0,2%		
	Andel patienter med diabetes före obesitasoperation som inte har diabetes 1 år efter operation	2016	51,8	↑	61,5	-9,7	-15,8%		
	Andel patienter med uppföljning 1 år efter obesitas-operation	2017	84,7 %	↑	79,7 %	5,0	6,3%		
	Andel patienter med uppföljning 2 år efter obesitas-operation	2017	56,1 %	↑	54,4 %	1,7	3,1%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Endokrina sjukdomar	Andel patienter med viktninskning 1 år efter obesitas-operation	2017	74,7 %	↑	81,4 %	-6,7	-8,2%		
	Andel patienter med viktninskning 2 år efter obesitas-operation	2017	78,4 %	↑	79,6 %	-1,2	-1,5%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 140/85 mm Hg	2017	77,5 %	↑	74,8 %	2,7	3,6%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 och systoliskt blodtryck < 150 mm Hg	2017	93,4 %	↑	92,5 %	0,9	1,0%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått kontroll av albumin i urin senaste året	2017	95,2 %	↑	79,2 %	16,0	20,2%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått ögonbottenundersökning de senaste två åren	2017	95,5 %	↑	94,9 %	0,6	0,6%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som genomgått fotundersökning det senaste året	2017	85,1 %	↑	87,8 %	-2,7	-3,1%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har dålig blodsockerkontroll, dvs HbA1c > 70 mmol/mol	2017	17,2 %	↓	20 %	-2,8	-14,0%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som har god blodsockerkontroll, dvs HbA1c < 52 mmol/mol	2017	25,7 %	↑	21,9 %	3,8	17,4%		
	Andel vuxna med diabetes typ 1 som når målvärde för LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	2017	59,5 %	↑	57,5 %	2,0	3,5%		
Hjärt- och kärlsjukdomar	Andel patienter med kärlförträngning i halspulsåder som opereras inom 14 dagar	2017	85,2 %	↑	85,2 %	0	0,0%		
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion	2017	91,4 %	↑	92,3 %	-0,9	-1,0%		
	Andel patienter med ST-lyftsinfarkt som genomgår reperfusion inom målsatt tid	2017	76,1 %	↑	76,6 %	-0,5	-0,7%		
	Andel patienter som behandlas med RAAS-hämmare vid utskrivning efter hjärtinfarkt	2017	85,8 %	↑	86,2 %	-0,4	-0,5%		
	Andel patienter som dör eller amputeras ovan fotled inom 30 dagar efter operation av kärlförträngning i ben	2017	3,5 %	↓	3,4 %	0,1	2,9%		
	Andel patienter som dör inom 90 dagar efter planerad operation av aorta-aneurysm	2017	1,9 %	↓	2,3 %	-0,4	-17,4%		
	Andel patienter som får blodproppshämmande behandling i samband med hjärtinfarkt	2017	96 %	↑	97 %	-1,0	-1,0%		
	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 30 dagar vid icke ST-lyftsinfarkt	2017	92 %	↑	92,3 %	-0,3	-0,3%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Hjärt- och kärtsjukdomar	Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-lyftsinfarkt	2017	68,9 %	↑	82,1 %	-13,2	-16,1%	○	●
	Andel patienter som når mål för systoliskt blodtryck (< 140 mm Hg) 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	2017	75,8 %	↑	78,7 %	-2,9	-3,7%	○	○
	Andel patienter som slutat röka vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt	2017	53,8 %	↑	56,2 %	-2,4	-4,3%	○	○
	Andel patienter som vid uppföljning efter 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt når mål för LDL-kolesterol	2017	65,5 %	↑	65 %	0,5	0,8%	○	○
	Andel patienter som vid uppföljning 12 - 14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram	2017	48,8 %	↑	53,7 %	-4,9	-9,1%	○	●
Infektionssjukdomar	Andel patienter med Hepatit-C som uppnår virusfrihet efter behandling med direktverkande antivirala läkemedel (DAA)	2017	90,6 %	↑	93,8 %	-3,2	-3,4%	○	○
	Andel patienter med HIV-infektion som behandlas med antivirala läkemedel och som har god viruskontroll (HIV-RNA < 50 kopior/ml)	2017	92,5 %	↑	93,8 %	-1,3	-1,4%	○	○
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel kejsarsnitt vid inducerad förlossningsstart	2016	22,4 %	↓	21,5 %	0,9	4,2%	○	○
	Andel kejsarsnitt vid spontan förlossningsstart	2016	6,2 %	↓	6,5 %	-0,3	-4,6%	○	○
	Andel kvinnor med perineal-bristningar grad III och IV vid vaginal förlossning, totalt	2017	2,9 %	↓	4,1 %	-1,2	-29,3%	○	●
	Andel kvinnor med tobaksbruk i graviditetsvecka 30-32	2017	2,6 %	↓	2,4 %	0,2	9,4%	○	○
	Andel kvinnor som opererats för framfall som sker i dagkirurgi	2017	59,8 %	↑	66,7 %	-6,9	-10,3%	○	○
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan besvär 2 månader efter operation av framfall	2017	61,5 %	↑	65,1 %	-3,6	-5,5%	○	○
	Andel kvinnor som är komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter inkontinensoperation	2017	71,1 %	↑	69,9 %	1,2	1,7%	○	○
	Andel kvinnor som är kontinenta 1 år efter inkontinensoperation	2017	69,2 %	↑	69 %	0,2	0,3%	○	○
	Andel kvinnor som är symptomfria ett år efter operation av framfall	2017	71,8 %	↑	72,8 %	-1,0	-1,4%	○	○
	Andel nyfödda barn med låg Apgar	2017	0,98 %	↓	1,23 %	-0,25	-20,3%	○	●

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Kvinnosjukdomar och förlossning	Andel patienter som genomgår hysterektomi med mini-invasiv teknik	2017	66,2 %	↑	62,8 %	3,4	5,4%		
	Andel patienter som inom 28 dagar återinskrivs för oönskade händelser efter hysterektomi	2017	2,6 %	↓	2,8 %	-0,2	-7,1%		
	Andel patienter som uppger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär 2 månader efter hysterektomi	2017	63,6 %	↑	62,3 %	1,3	2,1%		
	Andel patienter som är kontinenta 2 månader efter inkontinensoperation	2017	71,1 %	↑	69,9 %	1,2	1,7%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	2017	81,3 %	↑	83 %	-1,7	-2,0%		
Mag- och tarmsjukdomar	Andel patienter med komplikationer vid akut gallkirurgi	2017	7,5 %	↓	6,4 %	1,1	17,2%		
	Andel patienter med komplikationer vid planerad gallkirurgi	2017	4,4 %	↓	3,8 %	0,6	15,8%		
	Andel patienter som fått förebyggande antibiotika i samband med planerade gallkirurgi	2017	13,5 %	↓	14,1 %	-0,6	-4,3%		
	Andel patienter som ljumskbråcksopererats och som inte om-opereras inom 5 år	2017	97,4 %	↑	97,3 %	0,1	0,1%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid akut galloperation	2017	91,9 %	↑	88,7 %	3,2	3,6%		
	Andel patienter som opererats med mini-invasiv teknik vid elektiv galloperation	2017	97,2 %	↑	96,3 %	0,9	0,9%		
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter med stroke där sväljförmågan är testad	2017	86,9 %	↑	85,2 %	1,7	2,0%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel vid utskrift	2017	77,8 %	↑	79,1 %	-1,3	-1,6%		
	Andel patienter med stroke som behandlas med trombolys eller trombektomi (reperfusion)	2017	15,1 %	↑	15,3 %	-0,2	-1,3%		
	Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet eller IVA	2017	82,3 %	↑	79,4 %	2,9	3,7%		
	Andel patienter med TIA som initialt vårdas på strokeenhet	2017	80,4 %	↑	78,2 %	2,2	2,8%		
	Andel patienter som 12 månader efter strokeinsjuknandet uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen	2016	87 %	↑	86,4 %	0,6	0,7%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Nervsystemets sjukdomar	Andel patienter som 3 månader efter stroke ansåg sina behov av stöd eller hjälp från sjukvården eller kommunen fullt tillgodosedda	2017	57,6 %	↑	58,5 %	-0,9	-1,5%		
	Andel patienter som slutat röka 3 månader efter stroke	2016	45,1 %	↑	44,6 %	0,5	1,1%		
	Andel patienter som är beroende av personlig ADL 3 månader efter stroke	2017	14,1 %	↓	16,7 %	-2,6	-15,6%		
	Andel patienters med ischemisk stroke och förmaksflimmer behandlas med antikoagulantia vid utskrift	2017	81,1 %	↑	76,6 %	4,5	5,9%		
Njur- och urinvägssjukdomar	Andel dialyspatienter som får dialys i hemmet (hemodialys eller peritonealdialys)	2016	30,1 %	↑	25,6 %	4,5	17,6%		
	Andel hemodialyspatienter med arteriovenös-fistel eller arteriovenös-graft	2017	66,1 %	↑	68,7 %	-2,6	-3,8%		
	Andel patienter i hemodialys som uppnår behandlingsmål för dialysdos	2017	77 %	↑	74,8 %	2,2	2,9%		
Psykisk hälsa	Andel barn med ADHD där systematisk skattningsskala används för att värdera patientens tillstånd	2017	87,2 %	↑	80,8 %	6,4	7,9%		
	Andel patienter som blivit uppföljda avseende upplevd förbättring i hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D	2017	28,5 %	↑	47 %	-18,5	-39,4%		
	Andel patienter i rättspsykiatrisk vård med BMI > 30	2017	39,9 %	↓	45,2 %	-5,3	-11,7%		
	Andel patienter med depression som behandlas med ECT	2017	28,4 %	↑	38 %	-9,6	-25,3%		
	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång med läkare under de senaste 12 månaderna	2017	88,7 %	↑	88,7 %	0	0,0%		
	Andel patienter som vårdas inom rättspsyk och som återfaller i brott under vårdtiden	2017	10,4 %	↓	10 %	0,4	4,0%		
	Andel patienter som återfaller i skov vid bipolär sjukdom	2017	48,1 %	↓	45,9 %	2,2	4,8%		
	Andel vuxna med ADHD där systematisk skattningsskala används för att värdera patientens tillstånd	2017	58,6 %	↑	70 %	-11,4	-16,3%		
	Antal undvikbara somatisk vårdtillfällen hos patienter 20 - 59 år med psykiatrisk diagnos	2016	2000 antal/ 100 000	↓	2033 antal/ 100 000	-33	-1,6%		
	Depressionsskattning efter ECT med MADRS/MADRS-S	2017	46,2 %	↑	58 %	-11,8	-20,3%		

Medicinsk kvalitet - programområde	Indikator	År/ Period	VGR -värde	Önskad riktning	Riks- genom- snitt	Differens	Diff. procent	** Jämför. ranking	* Stat.sig. jämför.
Rörelseorganen	Andel höftprotesopererade patienter som genomgått artrosskola	2017	48,3 %	↑	43,6 %	4,7	10,8%	○	●
	Andel implantatöverlevnad 1 år efter höftprotesoperation (halvproteser)	2017	97,9 %	↑	97,2 %	0,7	0,7%	○	●
	Andel implantatöverlevnad 10 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2007	95,1 %	↑	94,8 %	0,3	0,3%	○	●
	Andel patienter med upplevd förbättring av bensmärta 1 år efter diskbråcksoperation	2017	79,7 %	↑	76,6 %	3,1	4,0%	○	●
	Andel patienter med upplevd förbättring av bensmärta 1 år efter operation av spinal stenosis	2017	58,8 %	↑	56,9 %	1,9	3,3%	○	●
	Andel patienter som anger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation (totalproteser)	2017	79,4 %	↑	82,1 %	-2,7	-3,3%	○	●
	Andel patienter som genomgår operation av höftfraktur inom 24 timmar	2017	63,8 %	↑	67,4 %	-3,6	-5,3%	○	●
	Andel patienter som är åter till ursprungligt boende inom 4 månader efter operation av höftfraktur	2017	72,4 %	↑	69,2 %	3,2	4,6%	○	●
	Andel reoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation	2017	2,1 %	↓	1,9 %	0,2	10,5%	○	●
	Antal nya benskörhetsfrakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter första benskörhetsfraktur	2013	7449 antal /100 001	↓	9186 antal /100 001	-1737	-18,9%	○	●
	Genomsnittlig väntetid (timmar) till operation av höftfraktur	2017	25,8 tim	↓	23,8 tim	2,0	8,4%	○	●
Ögonsjukdomar	Andel patienter med självskattad synförbättring efter kataraktoperation	2017	92,8 %	↑	91,7 %	1,1	1,2%	○	●
	Andel patienter med synförbättring på minst en rad vid makuladegeneration	2016	39,2 %	↑	49 %	-9,8	-20,0%	○	●
	Andel som uppnår planerad synförbättring efter kataraktoperation	2017	91,7 %	↑	92,4 %	-0,7	-0,8%	○	●

Tabell 21. Kvartalen, VGR

Färgkodning: ● = uppnått målvärde, ● = nästan uppnått målvärde, ● = ej uppnått målvärde

Medicinskt område	Indikator	VGR: värde	Onskad riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Akutmottagning	Andel patienter bedömda av läkare inom 1 timme. Gäller alla åldrar	40,4%	↑	≥ 55%	-14,6	-26,5%	●
	Andel oplanerade besök åter inom 72 timmar på akutmottagning. Gäller alla åldrar	5,1%	↓	≤ 5%	0,1	2,0%	●
Barnsjukvård	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit. Gäller barn 0-6 år	2,3%	↓	≤ 3%	-0,7	-23,3%	●
	Andel återinskrivningar i slutenvård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit. Gäller barn 0-6 år	2,5%	↓	≤ 5%	-2,5	-50,0%	●
	Andel astmapatienter < 18 år med AKT, astma kontroll test > 19 poäng senaste 15 månaderna	79,1%	↑	≥ 80%	-0,9	-1,1%	●
Diabetes/sjukhus	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år som genomgått fotundersökning senaste året	84,3%	↑	≥ 96%	-11,7	-12,2%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	15,6%	↓	< 20%	-4,4	-22,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter ≥ 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg	77,8%	↑	≥ 90%	-12,2	-13,6%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L	65,8%	↑	≥ 60%	5,8	9,7%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol	7,0%	↓	< 10%	-3	-30,0%	●
	Andel typ 1 diabetespatienter < 18 år med HbA1c < 52 mmol/mol	45,9%	↑	≥ 60%	-14,1	-23,5%	●
Hjärtsjukvård	Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST- höjning. Gäller patienter < 80 år.	88,7%	↑	≥ 88%	0,7	0,8%	●
	Andel kranskärlsröntgade inom 72 timmar vid icke-ST- höjningsinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	73,2 %	↑	≥ 85%	-11,8	-13,9%	●
	Andel behandlade med ACE- hämmare/A2-antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 80 år.	88,1%	↑	≥ 90%	-1,9	-2,1%	●
	Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia	82,1%	↑	≥ 80%	2,1	2,6%	●
	Andel som deltagit i fysiskt träningsprogram 12 – 14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år	48,5%	↑	≥ 60%	-11,5	-19,2%	●

Medicinskt område	Indikator	VGR: värde	Önskad riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål-uppfyllelse
Hjärtsjukvård	Andel rökande patienter som slutat röka 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Gäller patienter < 75 år.	54,0%	↑	≥ 75%	-21	-28,0%	●
Infektion	Andel HIV-patienter med god viruskontroll (HIV-RNA kopior < 50 kopior/ml) av alla med antiviral behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	95,5%	↑	≥ 95%	0,5	0,5%	●
Kirurgi	Andel elektiva ljumskbråcksoperationer som sker i öppenvård	86,6%	↑	≥ 80%	6,6	8,2%	●
	Andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråcksoperation	62,5%	↑	≥ 90%	-27,5	-30,6%	●
	Andel patienter som får antibiotika vid borttagande av gallblåsa. Avser planerade operationer	15,2%	↓	≤ 12%	3,2	26,7%	●
Kvinnosjukvård	Bristning vid förlossning bland förstföderskor	3,5%	↓	< 5%	-1,5	-30,0%	●
	Andel kvinnor med riklig postpartumblödning (> 1000 ml) vid vaginal förlossning.	7,3%	↓	< 5%	2,3	46,0%	●
Lungsjukvård	Andel personer 18 år eller äldre som vid besök för kontroll av KOL har fått bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär, CAT.	97,2%	↑	≥ 95%	2,2	2,3%	●
Läkemedel	Intravenösa antibiotika – andel penicilliner av penicilliner + cefalosporiner + piperacillin/tazobactam på rekvisition till sjukhuskliniker	60,1%	↑	≥ 70%	-9,9	-14,1%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicilliner	40,3%	↑	≥ 55%	-14,7	-26,7%	●
	Andel patienter inom sjukhusvård (öppen och sluten) med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner	16,0%	↓	< 10%	6	60,0%	●
Ortopedi	Väntetid till operation av höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar	64,3%	↑	≥ 75%	-10,7	-14,3%	●
Patientsäkerhet	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner.	5,7%	↓	< 5,5%	0,2	3,6%	●
Psykiatri	Andel patienter med psykossjukdom som haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	88,9%	↑	≥ 90%	-1,1	-1,2%	●
	Andel patienter med bipolär affektiv sjukdom med återfall i affektivt skov senaste 12 månaderna. Gäller patienter ≥ 18 år.	49,3%	↓	≤ 40%	9,3	23,3%	●

Medicinskt område	Indikator	VGR: värde	Önskad riktning	Måltal	Differens	Differens procent	Mål- uppfyllelse
Psykiatri	Andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju (MADRS). Gäller patienter ≥ 18 år.	56,2%	↑	≥ 60%	-3,8	-6,3%	●
Stroke	Blodförtunnande behandling efter ischemiska stroke med förmaksflimmer. Gäller patienter ≥ 18 år.	81,8%	↑	≥ 80%	1,8	2,3%	●
	Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk avdelning. Gäller patienter ≥ 18 år.	83,7%	↑	≥ 90%	-6,3	-7,0%	●
	Andel patienter med ischemisk stroke som gavs reperusions-behandling. Gäller patienter ≥ 18 år.	16,5%	↓	≥ 15%	1,5	10,0%	●
	Andel TIA-patienter som vårdas på strokeenhet som första vårdenhet. Gäller patienter ≥ 18 år.	84,5%	↑	≥ 90%	-5,5	-6,1%	●
	Andel strokepatienter som var ADL- oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller patienter ≥ 18 år.	83,6%	↑	≥ 80%	3,6	4,5%	●
	Andel opererade inom 14 dagar vid symtom-givande förträngning av halspulsådern	78,6%	↑	≥ 80%	-1,4	-1,8%	●

2019-01-11

Dokumentnamn: *Sjukvård i Västra Götalandsregionen 2018. Med fokus på sjukhusbaserad vård.*

Diarienummer: HS 2019-00033 / RS 2019-00154

Beställd av: HSS, Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Kontaktperson: Maria Telemo Taube

Telefon +46 70 920 6090

E-post: maria.taube@vgregion.se

