

# Rapport

---

Overordnet vurdering af variation i indikatorbaserede resultater i sygehussystemerne i Danmark, Sverige, Norge og Skotland – med udgangspunkt i udvalgte indikatorer

**DANSKE  
REGIONER**



Januar 2015

# Indholdsfortegnelse

---

1.	Indledning .....	1
2.	Resumé – væsentlige fund og vurderinger .....	2
2.1	Indikator- og dataanalyser.....	3
3.	Metoder og data.....	3
3.1	Indhentning af data .....	4
3.2	De udvalgte indikatorer .....	5
3.3	Anvendt metode til at afbilde forskelle i resultater .....	8
3.4	Væsentlige opmærksomhedspunkter.....	9
3.5	Kvalitativ validering .....	10
4.	Overordnede resultater .....	12
4.1	Resultater mellem Danmark og Sverige.....	12
4.2	Resultater ind mellem Danmark og Norge .....	13
4.3	Resultater mellem Danmark og Skotland.....	14
5.	Specifikke resultater.....	15
5.1	Resultater ved behandling af apopleksi .....	15
5.2	Resultater ved behandling af diabetes.....	20
5.3	Resultater ved behandling inden for kirurgiske specialer .....	22
5.4	Resultater ved behandling i psykiatrien.....	26
5.5	Resultater ved behandling på hjerteområdet .....	27
5.6	Resultater ved behandling på cancerområdet.....	29
5.7	Resultater på øvrige indikatorområder .....	31
6.	Bilag.....	44
6.1	Datadefinitioner, apopleksiområdet.....	44
6.2	Datadefinitioner, diabetesområdet .....	45
6.3	Datadefinitioner, kirurgiske specialer .....	46
6.4	Datadefinitioner, psykiatrisk område .....	47
6.5	Datadefinitioner, hjerteområdet.....	47
6.6	Datadefinitioner, cancerområdet .....	48

## 1. Indledning

Implement Consulting Group har i perioden fra ultimo oktober 2014 til ultimo januar 2015 gennemført en overordnet analyse af variation i sygehussystemer – med udgangspunkt i et antal udvalgte indikatorer.

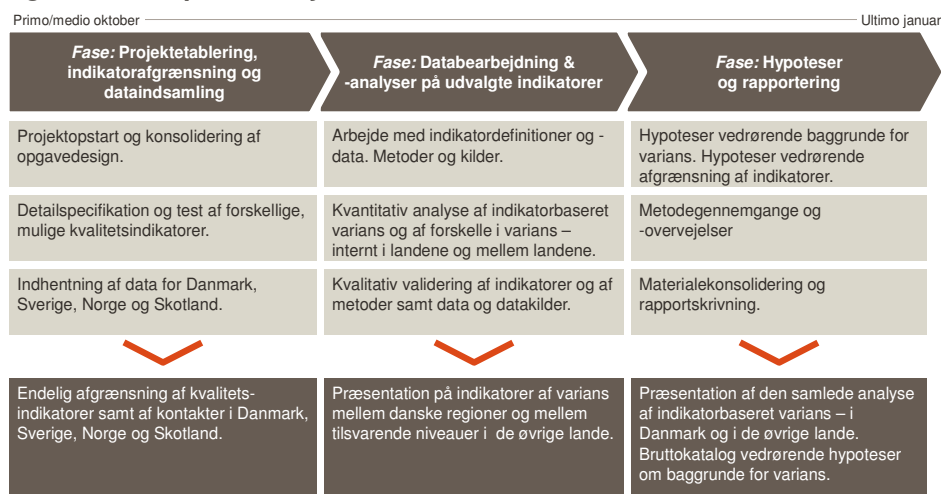
Formålet med analysen har været at identificere eventuelle forskelle i indikatorbaseret kvalitet på tværs af regioner i Danmark og at sammenholde identificerede forskelle i Danmark med tilsvarende forskelle i Norge, Sverige og Skotland.

Analysen kan ses i sammenhæng med de aktuelle tendenser til øget fokus på sygehussystemernes resultater og den udrednings- og behandlingsmæssige kvalitet.

Analyseforløbet er gennemført inden for rammerne af tre delvist integrerede faser, *jf. figur 1 nedenfor*, med projektopstart og indikatorafgrænsning samt dataindsamling, databearbejdning og -analyser og kvalitativ validering af indikatorer samt interviews med udvalgte eksperter og udarbejdelse af et katalog over hypoteser vedrørende baggrunde for variation.

Som en del af sidste fase er de forskellige dele samlet i en overordnet afrapportering.

**Figur 1: Faseopdelt analyseforløb**



Analyseforløbet har haft til formål at give et billede af variationen i indikatorbaseret kvalitet mellem de danske regioner og inden for det tilsvarende niveau i de andre lande.

Analyseforløbet har samtidig haft det formål at opsamle væsentlige og tværgående hypoteser vedrørende baggrunde for identificeret variation.

Disse hypoteser kan det være relevant at arbejde videre og mere dybtgående med – dels i forhold til de udvalgte indikatorer og i relation til dataregistreringer og eksakt afgrænsning af indikatorer, dels i forhold til mulighederne for at reducere variation i sygehussystemets resultater.

Kataloget af hypoteser er samlet med basis i to primære kilder.

For det første er der gennemført interviews med ledende ressourcepersoner med dyb indsigt i og erfaring med arbejde vedrørende kvalitet og resultater. Der er samlet set

gennemført samtaler med i alt 18 eksperter fra de fire involverede lande, *jf. afsnit 3.5 nedenfor*.

For det andet er der som del af grundlaget for hypoteser anvendt udvalgte rapporter og analyser vedrørende kvalitetsstyring og åbenhed i kvalitet.

## 2. Resumé – væsentlige fund og vurderinger

Analysen af variationer i indikatorbaserede resultater er ikke nogen enkel sag. Analysens metodeafsnit (*se afsnit 3*) giver eksempler på, hvordan bl.a. forskelle i afgrænsninger af indikatorer og forskelle i henseende til kompleksitet af data kan spille ind, og hvorfor konklusioner ud fra sammenligninger af indikatorbaserede resultater på tværs af regioner i et land må drages med stor forsigtighed.

På trods af det anførte vurderer Implement alligevel, at der med denne analyse af variationer på tværs af regioner i de fire inkluderede lande – Skotland, Norge, Sverige og Danmark – er klare indikationer i retning af, at variationen på tværs af regioner i Danmark ikke er større end den tilsvarende variation i de tre andre lande.

Ud fra den mere detaljerede gennemgang af de forskellige indikatorområder, der er medtaget i analysen, kan der endda være grundlag for den vurdering, at variationen på tværs af de danske regioner er mindre end variationen på tværs af i hvert fald de skotske regioner og formentlig også mindre end variationen på tværs af de svenske regioner. Denne gennemgang peger samtidig i retning af, at variationen mellem regionerne i Danmark og regionerne i Norge generelt ikke adskiller sig på nogen signifikant måde (*jf. afsnit 4.2*).

Disse vurderinger skal ses i lyset af det grundlag, der er anvendt – det vil sige de inkluderede i alt 30 indikatorer og afgrænsningerne af disse indikatorer, der i mange tilfælde er helt ensartede, men i flere tilfælde også mere eller mindre forskellige.

Der er i det samlede analyseforløb arbejdet med op mod 40 indikatorer, hvor Implement i sidste ende har valgt at udelade de 10, fordi afgrænsningen af indikatorerne eller datagrundlaget for dem er blevet bedømt som problematisk ud over det acceptable.

Implement har haft ca. 20 eksperter involveret i analyseforløbet (4-6 eksperter fra hvert land). Der har været afholdt interviews med disse eksperter, der også har fået den grundlæggende metode samt de foreløbige indikatorbaserede resultater præsenteret.

Formålet med disse interviews har været at få indspil til, i hvilket omfang resultaterne på tværs af de fire lande virker plausible, men interviews har samtidig været anvendt til at opsamle hypoteser omkring baggrunde for variationer i de indikatorbaserede resultater. Ekspertindspil er beskrevet i forbindelse med den detaljerede gennemgang af de indikatorbaserede resultater.

Disse ekspertindspil giver imidlertid anledning til følgende opsummering af problemstillinger og forhold, der kan ligge bag variationer i kvalitetsniveauer – idet problemstillinger og forhold, der kan ligge bag vanskeligheder med at sammenligne variationer i kvalitetsniveauer, er berørt detaljeret nedenfor i afsnit 3 om metoder mv.

De problemstillinger og forhold, der af de involverede eksperter vurderes at være afgørende væsentlige, og som på signifikant vis kan medvirke til at skabe varians, synes i høj grad at være overensstemmende på tværs af landene.

- Specialisering og koncentration af kapacitet til specialiserede indsatser anføres af langt de fleste som et hovedelement i forklaringen af variationer i de indikatorbaserede resultater – og eksempelvis i Danmark anerkendes indsatserne med at samle specialiserede former for behandling på færre enheder og lokaliteter (også af eksperterne i de andre lande) som en væsentlig indsats, der skaber øget bæredygtighed og mindsket variation i kvalitet.
- I forlængelse af det ovenfor anførte nævnes også graden af døgndækning af den kapacitet, der anvendes, som en potentiel vigtig faktor. Hvis der er mangler i døgndækningen af vigtige former for ressourcer og kapacitet, fx radiologisk og klinisk biokemisk eller kardiologisk kapacitet i aften- og/eller natid og i weekender, og dette ikke følges af en tilpasning af opgaver og ansvarsområder, vil der alt andet lige være risiko for reduceret kvalitet.
- Fokus på patientforløbene og standardisering af indsatserne i patientforløb på tværs af specialer og funktioner – jf. tankegangen i de danske pakkeforløb – anføres også som en væsentlig faktor. Men samtidig anfører nogle af eksperterne dog også, at sådanne former for fokus, når det retter sig mod bestemte sygdomme og ikke bliver "globalt", kan påvirke og på uigennemsigtig vis reducere prioriteringen af andre sygdomsområder.

Flertallet af eksperter peger herudover på, at alene arbejdet med øget åbenhed i kvalitet må forventes at føre til mere stringente og ensartede metoder og afgrænsninger – og dermed til forbedring af mulighederne for at analysere og håndtere kvalitetsforskelle samt til øget fokus på variationer, også på tværs af de enkelte sygehuse.

## 2.1 Indikator- og dataanalyser

Nedenfor er teksten struktureret på den måde, at der først (*i afsnit 3*) gives en detaljeret gennemgang af de anvendte metoder og indikatorafgrænsninger samt datakilder – og herunder også anføres de forskellige forhold og problemstillinger, der kan vanskeliggøre analyser af variationer på tværs af regioner i forskellige sygehussystemer.

Derefter gives der (*i afsnit 4*) et helt overordnet billede af forskellene i indikatorbaserede variationer mellem regionerne i Danmark og regionerne i de udvalgte andre lande.

Efterfølgende gennemgås de forskellige indikatorbaserede resultater mere specifikt (*i afsnit 5*), hvor forskelle i variationer mellem regioner i de forskellige sygehussystemer beskrives for hver medtaget indikator.

## 3. Metoder og data

Til at beskrive variation i indikatorbaserede resultater på tværs af sygehusvæsenene i de fire lande er der anvendt 30 udvalgte indikatorer, baseret på tilgængelige data, der er opgjort på regionalt niveau.

Der er valgt en fremgangsmåde, hvor beskrivelserne af variation tager udgangspunkt i det regionale niveau, og hvor der ses på forskelle i indikatorbaserede resultater mellem regioner – det vil sige mellem de fem danske regioner, mellem de fire norske regioner, mellem de 21 svenske regioner (landsting/län) og mellem de 14 skotske regioner (Regional NHS Boards).

Det svenske sygehusvæsen er organiseret i landsting, som varierer betydeligt i bl.a. størrelse. Det samme gælder i relation til de skotske regioner. Af hensyn til sammenlignelighed med de danske og norske sygehussystemer er der for såvel Sverige som Skotland valgt to komplementerende fremgangsmåder.

I den ene fremgangsmåde inkluderes samtlige svenske og skotske regioner. I den anden fremgangsmåde sammenholdes der med fem svenske og fem skotske regioner, der i henseende til befolkningsstørrelse og -sammensætning svarer nogenlunde til de fem danske regioner.<sup>1</sup>

For så vidt angår Norge sammenlignes der i alle sammenhænge med de fire norske regioner.

Dermed afbildes de indikatorbaserede resultater på tværs af de samlede sygehusvæsener i både Danmark og Norge samt Sverige og Skotland, men også på tværs af de samlede sygehusvæsener i Danmark og Norge samt udvalgte dele af sygehusvæsenerne i Sverige og Skotland.

Følgende regionale enheder i de fire lande indgår i analysen:

*Danske regioner:* Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland.

*Norske helseregioner:* Sør-Øst, Vest, Midt-Norge og Nord.

*Svenske landsting:* Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Västra Götalands, Örebro og Östergötland.

*Skotske regioner:* Ayrshire and Arran, Borders, Dumfries and Galloway, Fife, Forth Valley, Grampian, Greater Glasgow and Clyde, Highland, Lanarkshire, Lothian, Orkney, Shetland, Tayside, Western Isles.

### 3.1 Indhentning af data

I det danske sygehussystem er kvalitetsdata hovedsagelig offentliggjort via de statslige og regionale sundhedsmyndigheder. Det samme er tilfældet i de øvrige lande, hvor datatilgængeligheden er styrket betragteligt inden for de senere år. Som eksempler på denne tendens kan nævnes:

- Socialstyrelsen i Sverige, der i samarbejde med SKL (Sveriges Kommuner og Landsting) udgiver "Öppna Jämförelser", som sammenligner hälso- och sjukvårdens kvalitet og effektivitet.

---

<sup>1</sup> Det er ikke muligt at identificere fem regioner i Skotland og Sverige, der giver de eksakt samme balancer, når det gælder befolkningsstørrelse og -sammensætning. Skotland har således færre indbyggere end Danmark, men flere regioner. I Sverige er der tre meget store regioner, og derudover er regionerne generelt små.

I en sammenligning på tværs af landene, hvor der arbejdes med fem regioner, også i Skotland og Sverige, er det valgt at afgrænse fem regioner i disse to lande ved at vælge 5, 25, 50, 75 og 99 percentil regionerne målt på befolkningsmæssig størrelse.

Denne fremgangsmåde indebærer i Skotland følgende regioner: Borders, Fife, Grampian, Lothian og Glasgow and Clyde. Og i Sverige følgende regioner: Kronoberg, Värmland, Jönköping, Västra Götaland og Stockholm.

- Det norske Helsedirektoratet, der løbende publicerer kvalitetsindikatorer på helsenorge.no.
- NHS Scotland, hvor der via ISD Scotland offentliggøres information om sundhedstjenester og bl.a. komparative data mellem de skotske regioner, og hvor en række indikatorbaserede resultater er offentligt tilgængelige (HEAT targets og Medical Profiles mv.).

I Danmark er hovedparten af data baseret på nationale registre som eksempelvis Landspatientregistret og de kliniske kvalitetsdatabaser. Register/databaser administreres af de nationale og regionale sundhedsmyndigheder.<sup>2</sup> En stor del af oplysningerne i Danmark publiceres via de kliniske registres årsrapporter.

### 3.1.1 Periodemæssig afgrænsning

Analysen er så vidt muligt baseret på data og kvalitetsstudier fra 2010 eller senere. Der er dog i den samlede analyse medtaget indikatorbaserede resultater, der har grundlag i data, der er ældre. Der er i de sammenhænge, hvor dette er tilfældet, redegjort specifikt for baggrunden og for de konsekvenser, det vurderes at medføre.

## 3.2 De udvalgte indikatorer

De 30 indikatorer er udvalgt i dialog med Danske Regioner og er i udgangspunktet tænkt som basis for beskrivelse af indsatsers og ydelsers kvalitet i de regionale sygehussystemer.

Indikatorerne er i væsentlig udstrækning identiske med eller har samme karakter som indikatorer, der er anvendt i forbindelse med dels forskellige former for kvalitetsbaseret styring – fx den norske (fra 2014 igangsatte) udgave af kvalitetsbaseret styring samt kvalitetsstyringen i dele af det engelske sygehussystem, herunder det såkaldte Advanced Quality Alliance-samarbejde i Nordengland – dels forskellige former for forsknings- eller udredningsarbejder – fx det europæiske EuroHOPE-projekt.

De indikatorer, der indgår i analysen, kan på samme måde ses anvendt i forbindelse med bestræbelser på øget åbenhed omkring indikatorbaserede resultater, jf. bl.a. det ovenfor nævnte svenske system med "Öppna Jämförelser".

Indikatorerne kan overordnet inddeles i tre grupper:

*Fagligt orienterede indikatorer* – baseret på resultater i relation til sundhedsfaglige kerneydelser, fx blodsukkerværdi ved type 1-diabetes.

*Organisatorisk orienterede indikatorer* – baseret på resultater i relation til patientrettigheder mv. samt produktivitet og effektivitet i forhold til fx ventetids- og behandlingsgarantier eller fx niveau for senge pr. indbygger.

*Indikatorer orienteret mod patienttilfredshed* – baseret på resultater i relation til patientens oplevelse af service og indsatser mv., fx niveau for generel patienttilfredshed eller fx niveau for tilfredshed med information og kommunikation.

---

<sup>2</sup> Den samlede liste med datakilder, fordelt på lande og områder, fremgår af bilagene (afsnit 6).

Det samlede sæt af indikatorer fremgår af tabel 1:

**Tabel 1: Indikatorer, som indgår i variansanalysen**

1	Dødelighed ved apopleksi	16	Overlevelse ved brystcancer
2	Trombolysebehandling ved slagtilfælde	17	Overlevelse ved endetarmscancer
3	Genindlæggelser ved apopleksi	18	Ventetid til operation ved brystcancer
4	Målopfyldelse for diabetes (blodtryk)	19	Standardiseret 30 dages mortalitet
5	Målopfyldelse for diabetes (kolesterol)	20	Dødelighed på hospitalerne (HSMR)
6	Amputationer ved diabetes	21	Hospitalserhvervede infektioner
7	Reoperationer ved total hofteprotese operation	22	Reoperation efter lyskebrok operation
8	Dagkirurgiske aktivitet	23	Lægemiddelforbrug
9	Ventetid fra henvisning til behandling (operation)	24	Perinatal dødelighed
10	Genindlæggelser ved psykiatriske diagnoser	25	Børnevaccinationer (Mæslinger, røde hunde, fåresyge)
11	Genindlæggelse blandt 65+ år (udvalgte diagnoser)	26	Senge per indbyggere
12	Dødelighed ved hjerteinfarkt	27	Belægningsprocent
13	Brug af betablokkere ved hjertesvigtpatienter	28	DRG point ift. udgifter
14	Ventetid til hjerteoperation (bypass)	29	Patientoplevet tilfredshed
15	Overlevelse ved cancerbehandling generelt	30	Klager over behandling

Det er vigtigt at fremhæve, at analysen – på tværs af disse tre kategorier – også anvender en anden form for kategorisering.

Der er for det første inkluderet indikatorbaserede resultater, hvor den definatoriske afgrænsning af indikatorerne er helt ens eller stort set ens på tværs af landene.

Der er for det andet inkluderet indikatorbaserede resultater, hvor den definatoriske afgrænsning af indikatorerne ikke er helt ens på tværs af landene, men hvor det alligevel er valgt at medtage indikatoren – ud fra en betragtning om, at det, trods forskellighed i afgrænsning, alligevel giver mening at sammenholde variation i resultater på tværs af landene.

### 3.2.1 Forskelle i definitioner af indikatorer

De indikatorer, som indgår i undersøgelsen, er udvalgt, fordi de på tværs af landene er tilgængelige og baseret på validerede nationale eller regionale datakilder.

For flere indikatorer vil afgrænsningen være defineret ud fra internationale standarder (eksempelvis WHO, ICD-10), som sikrer, at data opgøres efter samme retningslinjer og med samme formål for øje.

Standardiseringen medfører, at indikatorbaserede resultater i princippet kan sammenlignes på tværs af nationale sygehussystemer.

I nogle tilfælde vil der imidlertid alligevel være relevante forskelle, som i mange tilfælde skyldes den indholdsmæssige afgrænsning – fx hvis en indikator ikke er afgrænset inden for præcis samme diagnoseområde, eller hvis den tidsmæssige afgrænsning er forskellig (der er således flere mortalitetsmål, som varierer i afgrænsning mellem 28 dage og 30 dage).

I relation til alle de indikatorbaserede resultater i analysen er der givet en klar beskrivelse og definition af, hvordan en indikator er afgrænset og resultater opgjort. Samtidig er kilden, udgivelsen og opgørelsesåret anført, jf. nedenstående eksempel, som viser, hvordan indikatoren for 5-års overlevelse ved brystcancer er opgjort på tværs af de fire lande.

Eventuelle forskelle i afgrænsningen af en indikator på tværs af de deltagende lande vil have mindre betydning i den gennemførte analyse, fordi den er orienteret mod at



beskrive variation mellem de regionale sundhedsvæsenet i et land – og ikke forskelle i kvalitetsniveauer mellem lande.

**Tabel 2: Eksempel på forskelle i definitioner (5-års overlevelse ved brystcancer)**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Kræftoverlevelse efter 5 år med brystcancer	5-årsöverlevnad vid bröstcancer	5 års overlevelsesrate brystkræft pr. helseregion	Breast Cancer – Relative Five-year Survival Rates
Beskrivelse	Alderstandardiseret relativ overlevelse, brystkræft. Vitalstatus per 31/12 2013 og evt. dato for død eller udvandring er påført de enkelte kræfttilfælde ved kobling til det Centrale Person Register (CPR). Personer med mere end et kræfttilfælde indgår i beregningerne med en rekord for hvert kræfttilfælde.	Patienter som diagnosticerats med cancer 2005–2011. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnosticerats med cancer.	Relativ overlevelse er overlevelse for brystkreftpasienter delt på forventet overlevelse i normalbefolkningen med tilsvarende alders- og kjønssammensætning i samme periode	Numbers of deaths, with age-specific and age-standardised mortality rates (using ESP20131): period 2009-2013
Kilde	SSI	Socialstyrelsen	Helsedirektoratet	ICD Scotland
Udgivelse	Statistikdata tilgængeligt hos SSI, data fra Cancer og CPR registret	Öppna jämförelser med data fra Cancerregistret, Socialstyrelsen	Kvalitetsbasert finansieringsrapport	Cancer Mortality in Scotland
Opgørelsesår	2010-2012	2005-2011	2014	2013

I tabel 2 vises datagrundlag for 5-årig overlevelse for patienter med brystcancer på tværs af de fire lande. I de tre skandinaviske lande er den relative overlevelse angivet, og patienternes overlevelse i forhold til personer, som ikke er diagnosticeret med cancer, beskrives. Data fra Skotland er beregnet som standard mortalitetsrater og dermed opgjørt i forhold til den forventede dødelighed blandt patienter med cancer. De skotske data er ikke direkte sammenlignelige med de tre øvrige lande. Men fælles for resultaterne gælder, at de på tværs af de fire lande viser, hvordan de regionale resultater varierer i forhold til landsgennemsnittet. Det vil imidlertid ikke være muligt at sammenligne niveauerne mellem de fire lande, fordi de tre skandinaviske lande måler dødelighed i forhold til personer, der ikke er diagnosticerede med cancer, mens de skotske data måler afvigelser til forventet dødelighed blandt personer med cancer.

### 3.2.2 Indikatorbaserede resultater og kvalitet

Det er en generel diskussion, der kan observeres i stort set alle vestlige lande i disse år, hvordan (og om) man kan komme fra hidtidige former for styring og finansiering samt incitamenter til andre former for styring, hvor der i højere grad end nu fokuseres på resultater – og dermed på kvalitet.

Mindst tre problemstillinger kan identificeres i disse sammenhænge – og giver anledning til overvejelser.

For det første: Om der er store, og måske for store, risici forbundet med at forlade fx aktivitetsbaseret styring til fordel for kvalitetsbaseret styring (i henseende til bl.a. produktivitet og ventetider).

For det andet: Om indikatorbaserede resultater reelt eller på fyldestgørende måde afspejler kvalitet i sygehussystemets indsatser og ydelser – et forhold, der jo ikke er uvæsentligt i sammenhænge med kvalitetsbaseret styring, hvor sygehuse belønnes eller straffes økonomisk ud fra indikatorbaserede resultater.

For det tredje: Om åbenhed med indikatorbaserede resultater, der forudsættes at afspejle kvalitet, i sig selv kan danne basis for indsats- og adfærdsmæssige ændringer, der forbedrer sygehusenes resultater og kvalitet.

Også i sammenhæng med variansanalysen er det et helt væsentligt spørgsmål, om de indikatorbaserede resultater reelt afspejler kvalitet og forskelle i kvalitet.

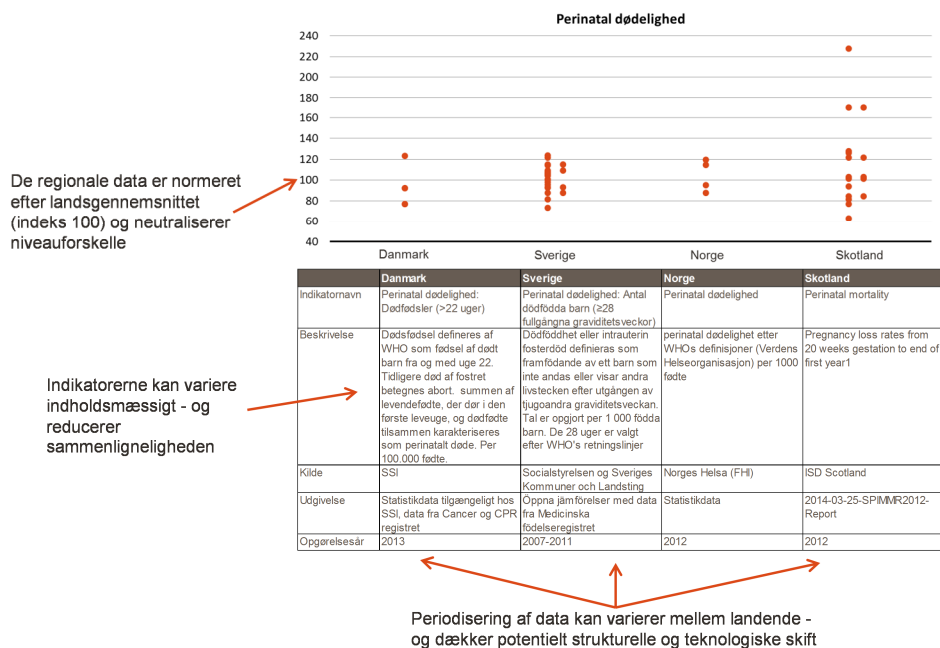
Det ovenfor anførte, at de inkluderede indikatorer langt hen ad vejen er identiske med eller har samme karakter som indikatorer, der anvendes i tilknytning til åbenhed i kvalitet og kvalitetsbaseret styring, kan være et positivt argument.

Resultaterne i variansanalysen kan således tages som udtryk for *indikationer* vedrørende variation i kvalitet – på tværs af regionerne i de enkelte lande, jf. også afsnit 3.4.

### 3.3 Anvendt metode til at afbilde forskelle i resultater

Der anvendes en generel skabelon til at afbilde den regionale variation i kvalitet på tværs af de udvalgte indikatorer. Metoden er eksemplificeret i figur 2 nedenfor.

Figur 2: Grundskabelon til beskrivelse af variation på et indikatorområde



Alle indikatorbaserede resultater afbildes indekseret, så landsgennemsnittet svarer til værdien 100. De regionale resultater viser således variation i forhold til landsgennemsnittet.

I figur 2 er indikatorresultatet for perinatal dødelighed vist. I en af de danske regioner ligger resultatet på 97, som betyder, at regionen ligger tre procent under landsgennemsnittet og har en forholdsvis lav perinatal dødelighed. Jo længere væk fra landsgennemsnittet en observation ligger, jo større vil variationen være. På tværs af de regionale observationer vil spredningen afbilde, hvor store forskelle der er i de registrerede resultater.

Det er væsentligt at understrege, at den valgte opgørelsesmetode muliggør afbildning af regionernes forholdsvis resultater, men at den ikke kan benyttes til at beskrive de absolutte niveauer i resultater.

### 3.4 Væsentlige opmærksomhedspunkter

Der er altid, når det gælder sammenligninger inden for sundhedsvæsenet, grund til at være opmærksom på en række forhold, der kan gøre sammenligninger vanskelige – eller hvor konklusioner med grundlag i forskelle i de indikatorbaserede resultater skal drages med stor forsigtighed, eller hvor konklusioner ikke kan drages uden supplerende og dyberegående analyser.

Nedenfor opsummeres forskellige udvalgte forhold, der kan ligge bag forskelle i indikatorbaserede resultater, og som kan sløre sammenligningsbilleder eller i hvert fald give anledning til, at sammenligningsbilleder ikke blot anvendes ukritisk og umiddelbart.

#### 3.4.1 Strukturelle forhold

Der er væsentlige forskelle på de fire sygehusvæsener, som indgår i denne analyse, og hvorfra de anvendte indikatorbaserede resultater er genereret. Samtidig er der også væsentlige forskelle inden for hvert af de fire nationale sygehusvæsener og dermed på tværs af landenes regioner.

Det er uundgåeligt, at disse forskelle i et eller andet omfang påvirker de indikatorbaserede resultater og dermed graden af variation. Som eksempler på strukturelle forhold, der har betydning, kan nævnes:

- Sygehusstørrelse og antallet af sygehuse i hver region
- Specialefordelinger og grad af koncentration af særligt komplekse former for udredning og behandling
- Grad af døgndækning af bl.a. akutfunktioner og af diagnosticerings-/udredningsfunktioner på fx hjerteområdet
- Afstande til sygehuse samt præhospitale former og beredskaber
- Letheden/vanskeligheden ved at tiltrække specialiserede ressourcer (fx ressourceknaphed inden for speciallægeområder i visse geografier og/eller inden for visse specialer)
- Karakteren af opgave- og funktionsfordeling i forhold til primærsektoren og karakter af samt incitamenter til samarbejde med primærsektoren

Som anført er der her tale om eksemplificerende forhold, og punkterne ovenfor er derfor ikke nødvendigvis udtryk for en udtømmende liste.

#### 3.4.2 Andre relevante forhold

Også andre forhold end de overordnede strukturelle giver imidlertid anledning til forsigtighed med umiddelbare og ukritiske konklusioner med basis i de indikatorbaserede resultater.

De nedenfor inkluderede forhold giver ikke nødvendigvis et udtømmende billede, men er eksempler på, hvorfor og hvordan indikatorbaserede resultater på tværs af regioner og lande kan sløres af bagvedliggende faktorer.

*For det første* er der, som i alle sammenhænge, hvor data samt registre og databaser anvendes som grundlag for analyser, det grundlæggende problem med, om registreringer foretages inden for eksakt samme sæt af retningslinjer og med tilnærmelsesvis ensartet praktik.

I de fire lande er der i væsentligt omfang tale om datakilder, der har fungeret gennem en årrække, hvilket isoleret betragtet kan give formodninger om, at man er ude over startproblemer med at opnå ensartet registreringspraksis.

Samtidig anvendes data fra fx kliniske databaser i flere af landene aktivt, det vil sige i relation til kvalitetsbaseret styring eller i sammenhæng med åbenhed i kvalitet, hvilket erfaringsmæssigt giver mere pres på sikring af ensartet og dækkende registrering.

Selv disse to faktorer er dog ikke tilstrækkelig grund til ikke at være kritisk – og der er reelt eksempler på, at der selv flere år efter start på databaser og registre, også i situationer, hvor data rent faktisk anvendes, identificeres relevante forskelle i registreringspraksis.

*For det andet* er kriteriet med "komplethed" i henseende til fx kliniske databaser og registre forskellig på tværs af landene. I Danmark er det blevet en klar linje, at officielle kliniske databaser anvendes af alle relevante afdelinger i alle regioner. Men i eksempelvis Sverige er det omvendt linjen, at den enkelte afdeling selv vælger, om man vil være med i en klinisk database. Graden af "komplethed" i tilgrundliggende databaser og registre kan på den baggrund være forskellig på tværs af de to lande – i sammenhæng med de indikatorbaserede resultater, der er medtaget i analysen.

*For det tredje* er opfølgningstidspunktet relevant i den henseende, at den medicinske teknologiudvikling og ændringer i behandlingsregimer selv inden for relativt korte tidsperioder kan have betydning for de indikatorbaserede resultater (jf. eksempelvis pakkeforløbene i Danmark). Hvis opfølgningerne mellem landene varierer for meget i tid, risikerer en variansanalyse at undervurdere effekterne af implementerede forbedringer eller ændringer.

I sammenhængen er det også relevant, om de indikatorbaserede resultater opgøres ud fra fx 3-årsperioder eller ud fra fx 1-årsperiode. Her kan der være forskelle både på tværs af landene, men også på tværs af de sygdomsområder, de forskellige indikatorer dækker.

*For det fjerde* bør det erindres, at befolkningssammensætning og socioøkonomiske niveauer mv. kan have indvirkning på indikatorbaserede resultater – og at forskelle i indikatorbaserede resultater netop, i hvert fald i et omfang, kan afspejle forskellig demografi og forskellige uddannelses- og beskæftigelsesniveauer mv. på tværs af regioner.<sup>3</sup>

### 3.5 Kvalitativ validering

For i så stort omfang som muligt at reducere betydningen af strukturelle forhold og for generelt at rette fokus mod de mest relevante opmærksomhedspunkter i relation til de enkelte indikatorer er der gennemført interviews vedrørende resultaterne med udvalgte nationale eksperter i de fire lande.

Formålet med disse interviews har været at følge op på de billeder, dataanalyserne viser, og om disse billeder forekommer plausible og realistiske eller overraskende og urealistiske.

---

<sup>3</sup> Valget af "region" som enhed snarere end "sygehus" medvirker dog i et vist omfang til at dæmpe effekterne af disse forhold i relation til variation.

Formålet har samtidig været i så vid udstrækning som muligt at sikre forklaringer på eller hypoteser vedrørende identificeret variation.

De udvalgte eksperter er således blevet bedt om at forholde sig til, hvad det er for faktorer, der kan skabe variation, og hvordan disse faktorer kan aflæses i forhold til de konkrete indikatorbaserede resultater i variansanalysen.

**Tabel 3: Faglige eksperter i de deltagende lande**

<b>Danmark:</b>	
Paul Bartels	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Poul Erik Hansen	Statens Serum Institut
Henrik Steen Hansen	Formand i Hjerteforeningen og leder af hjerterehabiliteringsprogrammet på Odense Universitetshospital.
Jan Mainz	Vicedirektør, ph.d. med ansvar for patientforløb, kvalitet og patientsikkerhed, Region Nordjylland
Erik Jakobsen	Overlæge og daglig leder af Dansk Lungecancer Register
<b>Sverige:</b>	
Roger Molin	Analytiker, Sveriges Kommuner och Landsting, tidligere den svenske regerings særlige rådgiver for kronikerindsatsen (t.o.m 2014), initiativtager til Öppna jämförelser
Mats Brommels	Professor i Medical Management, Karolinska Institutet
Göran Sternstedt	Den svenske regerings særlige rådgiver vedr. højere effektivitet i sundhedsvæsenet
Frederik Westander	Ekspert i Öppna jämförelser, Sveriges Kommuner och Landsting
Marianne Aggestam	Ekspert i indikatorer og Öppna jämförelser, Socialstyrelsen
Birgitta Lindelius	Ekspert i indikatorer og Öppna jämförelser, Socialstyrelsen
<b>Norge:</b>	
Janne Lind	Helsedirektoratet
Øyvind Bjærtnes	Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Terje P. Hagen	Professor i helseøkonomi, UiO
Jon Helgeland	Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Philip Skau	Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre
<b>Skotland:</b>	
Cathy Johnston	ISD Scotland
Nicola Rigglesford	ISD Scotland
Robert Williams	Directorate for Health Workforce & Performance
Chris Dodds	Directorate for Health Workforce & Performance

Ekspertene er samtidig anmodet om at redegøre for, hvilke yderligere hypoteser (om basis for variation) resultaterne i analysen (eller deres generelle erfaringer vedrørende arbejde med kvalitet) giver anledning til at undersøge – også i et fremadrettet perspektiv.

I forbindelse med analysen af variationer har følgende nationale eksperter deltaget i interviews og korrespondance om de udvalgte indikatorer.

I forlængelse af denne overordnede gennemgang beskrives resultater i dybden i forhold til seks udvalgte behandlingsområder, hvor såvel somatik som psykiatri er inkluderet, og hvor bl.a. hjerteområdet (afsnit 5.5) og cancerområdet (afsnit 5.6) er berørt.

Endelig beskrives resultaterne i forhold til de resterende indikatorer mere summarisk, men med inklusion af grafer vedrørende variation og skemaer vedrørende bl.a. kilder samt konkrete og relevante bemærkninger i forhold til hver enkelt indikator (afsnit 5.7).

## 4. Overordnede resultater

I analysen vedrørende variationer er der udvalgt 30 indikatorer.

Der er dog forskel på, i hvor høj grad det har været muligt at indhente data fra alle landene i tilknytning til disse indikatorer.

Der er på tværs af landene og afhængigt af indikatorer forskel på, hvor offentligt tilgængelige data er på regionalt niveau – og i hvor høj grad det kræver særlige indsatser (programmeringer) at få data ud, der er tilpasset de afgrænsede indikatorer.

For Danmarks vedkommende er det lykkedes at indhente data, for så vidt angår 30 indikatorer, mens det for Sverige og Norge er lykkedes at indhente data i forhold til henholdsvis 28 indikatorer og 26 indikatorer. For Skotlands vedkommende er det lykkedes at indhente data vedrørende 24 indikatorer.

Det er formentlig muligt at indhente data for alle indikatorer for alle lande, men dette vil kræve yderligere arbejde og i flere sammenhænge også yderligere ressourcer, fordi landene i nogen grad er gået ind på en linje, hvor der betales for data i tilknytning til indikatorer, der ikke er dele af mere regelmæssigt opdaterede informationssystemer.

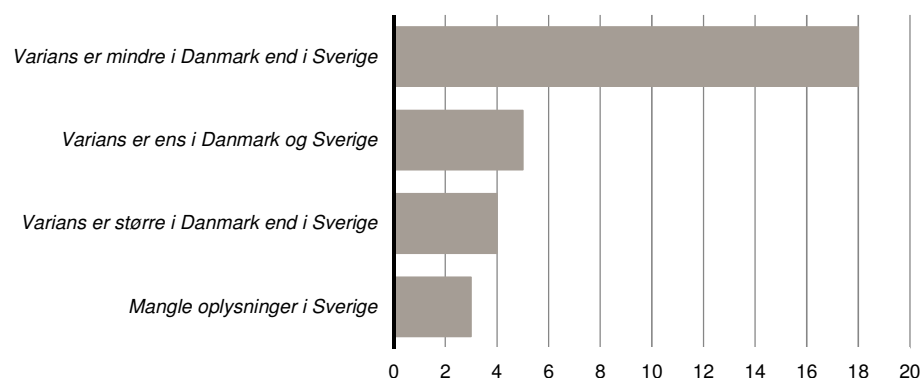
Generelt kan det på baggrund af de udvalgte indikatorområder konstateres, at variationen på tværs af regioner er større i Sverige og Skotland, end den er i Danmark – men at variationen i Norge generelt er sammenlignelig eller mindre på tværs af regioner end i Danmark.

Det bør her erindres, at de fire regioner i Norge, sammenholdt med de fem regioner i Danmark, alt andet lige kan medføre et billede af lidt større variation i Danmark end i Norge. Det samme gør sig gældende for Sverige og Skotland. Det større antal regioner i de to lande kan bidrage til større variation end i Danmark, fordi et større antal målepunkter alt andet lige øger variationen.

### 4.1 Resultater mellem Danmark og Sverige

Der er 28 indikatorområder, hvor resultaterne i variation kan sammenholdes mellem de danske regioner og de svenske landsting. På 18 af de udvalgte områder er variationen mellem de danske regioner mindre end i de svenske landsting. På fem indikatorområder er variationen tilnærmelsesvis ens, mens der er tre områder, hvor resultaterne i de svenske landsting er mindre end i Danmark, *jf. figur 3*.

**Figur 3: Overordnet sammenligning af variation i de danske og svenske sundhedssystemer (antal indikatorområder)**



De områder, hvor der mellem de danske regioner er en mindre variation end mellem de svenske landsting, dækker bredt inden for såvel de faglige, de organisatoriske og de patientoplevede områder.

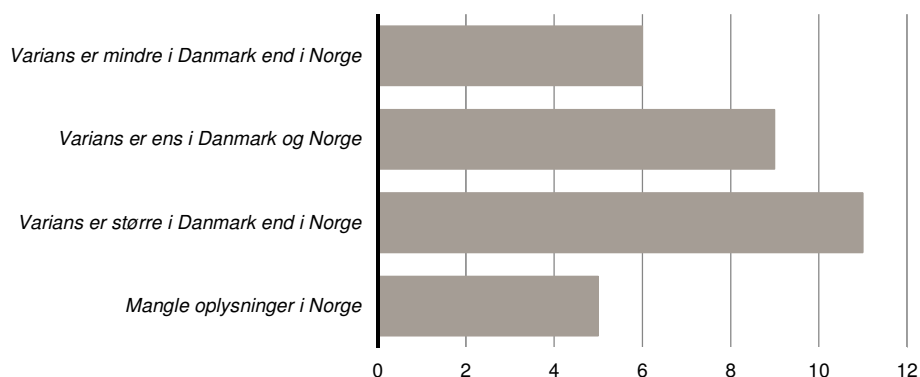
Eksempelvis er variationen mindre i Danmark, når der ses på resultater vedrørende hospitalserhvervede infektioner, dødelighed ved apopleksi, den dagkirurgiske aktivitet og generel patientoplevet tilfredshed.

Under samtalerne med de svenske eksperter bliver antallet og dermed størrelsen på de svenske landsting nævnt som en af de faktorer, som har stor betydning for kvaliteten i det svenske sundhedsvæsen. Roger Molin, som frem til 2014 arbejdede som regeringens særlige rådgiver for kronikerindsatsen, vurderer, at Sverige inden for en årrække vil reducere antallet af landsting til mellem fem og otte regioner – og med den danske regionsmodel som en vigtig inspirationskilde.

## 4.2 Resultater ind mellem Danmark og Norge

Der er 26 indikatorområder, hvor resultaterne i variation kan sammenholdes mellem de danske regioner og de norske regioner. På seks af de udvalgte områder er variationen mellem de danske regioner mindre end mellem de norske regioner. På ni indikatorområder er variationen tilnærmelsesvis ens, mens der er 11 områder, hvor variationen mellem de norske regioner er mindre end den tilsvarende variation i Danmark, jf. figur 4.

**Figur 4: Overordnet sammenligning af variation i de danske og norske sundhedssystemer (antal indikatorområder)**



I de norske opgørelser er der flere eksempler på, at resultatindikatorerne er standardiseret, og dermed reduceres variationerne betragteligt. Det drejer sig om korrektioner for alder, køn, komorbiditet, ekstreme observationer, socioøkonomiske forhold mv. (fx ved opgørelse af 30-dages overlevelse efter sygehusindlæggelse, dødelighed ved apopleksi og hjerteinfarkt, overlevelse efter endetarmskræft og brystkræft).

Der er samtidig eksempler på, særligt ved opgørelse af dødelighed, at de norske data er "vendt om", således at kildedata i stedet for dødelighed giver billeder af overlevelse (det gælder fx dødelighed ved hjerteinfarkt og dødelighed ved apopleksi). I analysen er data vendt om igen, så de viser dødelighed, fordi opgørelse af overlevedesdata over for dødelighedsdata vil reducere variationen, da der typisk er flere, der overlever snarere end dør af behandling. Variationen bliver således mindre ved opgørelse af overlevelse end ved opgørelse af mortalitet.

### 4.3 Resultater mellem Danmark og Skotland

Der er 24 indikatorområder, hvor resultaterne i variation kan sammenholdes mellem de danske regioner og de skotske NHS Boards/regioner. På 21 af de udvalgte områder er variationen mellem de danske regioner mindre end mellem de skotske regioner. På to indikatorområder er variationen tilnærmelsesvis ens, mens der er et område, hvor variationen mellem de skotske regioner er mindre end mellem regionerne i Danmark, jf. figur 5.



**Figur 5: Overordnet sammenligning af variation i de danske og skotske sundhedssystemer (antal indikatorområder)**



## 5. Specifikke resultater

I dette afsnit gennemgås resultaterne af variationsanalysen i forhold til udvalgte indikatorer.

Formålet med denne gennemgang er dels at gøre analysen specifik og dyb (på udvalgte områder), men også at eksemplificere de former for hypoteser og problemstillinger, der i konkrete sammenhænge kan være knyttet til variation ud fra indikatorbaserede resultater.

De seks udvalgte indikatorområder omfatter:

- Resultater ved behandling af apopleksi
- Resultater ved behandling af diabetes
- Resultater ved behandling inden for kirurgiske specialer
- Resultater ved behandling i psykiatrien
- Resultater ved behandling på hjerteområdet
- Resultater ved behandling på cancerområdet

Som anført ovenfor er de resterende indikatorbaserede resultater gennemgået efterfølgende, men mere summarisk og ud fra en fælles skabelon.

### 5.1 Resultater ved behandling af apopleksi

Slagtilfælde (apopleksi) betegner en blødning eller blodprop i hjernen med efterfølgende kortere eller længerevarende tab af funktion.

Området inddeles typisk i to hovedgrupper:

- Hjerneblødning, TCI (10-15 pct.)
- Apopleksi (80-85 pct.)

Diagnostisk er kriterierne defineret ved TCI (som beskriver pludselig indsættende fokale neurologiske udfald forårsaget af forstyrrelser i hjernens blodcirkulation, hvor symptomerne normalt forsvinder inden for 24 timer) samt ved apopleksi (som beskriver pludselig indsættende fokale neurologiske udfald forårsaget af forstyrrelser i hjernens

blodcirkulation, hvor symptomerne består ud over 24 timer). I de følgende afsnit anvendes fællesbetegnelsen apopleksi, som også dækker TCI.

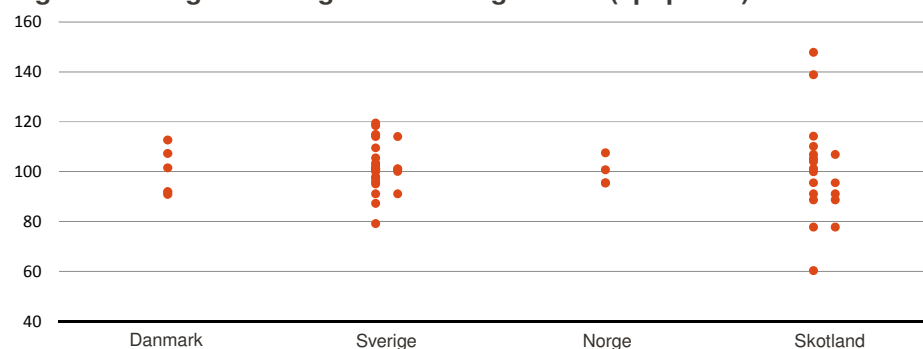
Apopleksi er den sygdom, som kræver flest plejedøgn i den somatiske del af det danske sundhedsvæsen, og sygdommen rammer i Danmark årligt ca. 12.000 mennesker, hvoraf 90 pct. er over 60 år.

### 5.1.1 Resultatindikator: 30-dages mortalitet efter apopleksi

I Danmark indgår 30-dages mortalitet som en af 19 resultatindikatorer, der er defineret i Dansk Apopleksiregister, til at beskrive indsatsen for apopleksipatienter. Registret er etableret i 2003, og der indberettes årligt omkring 11.000 patientforløb med apopleksi. Det administreres af det regionale kompetencecenter for klinisk kvalitet og sundhedsinformatik og er en del af regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram.

I figur 6 er indikatoren for 30-dages dødelighed opgjort for Danmark, Sverige, Norge og Skotland. Variationen i Danmark ligger i indeks 90 til 115. Dette svarer til, at variationen omkring landsgennemsnittet udgør  $\pm 10-15$  pct. Variationen i Sverige er noget større. Blandt de 21 landsting og regioner ligger variationen på  $\pm 20$  pct. I Norge er der kun marginal variation omkring landsgennemsnittet. De regionale resultater ligger mellem 95 og 108.

**Figur 6: 30-dages dødelighed efter slagtilfælde (apopleksi)**



Kilde: Dansk Apopleksiregister (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsenorge.no NO), ISD Scotland (SCO)

De skotske resultater er ikke direkte sammenlignelige med de tre øvrige landes, fordi de baserer sig på den standardiserede dødelighed efter slagtilfælde (dvs. den forventede sandsynlighed for mortalitet efter et år).

Uanset opgørelsesmetoden viser data for Skotland, at det særligt er resultaterne i de mindre regioner (Orkney, Shetland, Western Isles), der giver den store spredning, som ligger på  $\pm 40$  pct. i forhold til landsgennemsnittet. Variationen i resultater kan være forårsaget af den akutte sundhedsfaglige indsats på sygehusene (standard/niveauet for den), men måske mere sandsynligt af regionernes størrelse, der gør dem mere udsatte over for udsving i antallet af hændelser.

Den akutte indsats (herunder hurtig indlæggelse, præcis diagnostik og overvågning på apopleksienhed) har stor betydning for resultater vedrørende funktionstab/funktionsniveau, og optimale akutte indsatser vurderes ofte at kunne reducere dødeligheden med 20-30 pct. Effekter opnås i høj grad ved en kombination af akut medicinsk behandling og tidlig mobilisering samt rehabilitering.

Ved slagtilfælde er tiden forud for den akutte indsats afgørende for behandlingen og resultaterne. Patienter med apopleksi er i overhængende risiko for at dø af sygdommen eller af komplikationer som følge af sygdommen, og den akutte behandling kan derfor have stor betydning for prognosen efter apopleksi.

Patienter har mindre risiko for at dø af sygdommen, hvis de indlægges på en specialiseret apopleksienhed, end hvis de indlægges på et almindeligt medicinsk afsnit.

I Danmark er der i de regionale sundhedsvæsenet oprettet apopleksienheder, som varetager den specialiserede behandling. På landsplan er det samtidig et mål, at 90 pct. af patienter med akut apopleksi indlægges i en specialiseret apopleksienhed senest på anden indlæggelsesdag.

I Sverige er indsætterne oftere organiseret i medicinske afdelinger. Samtidig er der eksempler på reducerede former for dækning, det vil sige ikke-døgndækkede beredskaber for de akutte udredningsindsatser – fx ved CT- eller MRI-scanning.

Mulighederne for (hurtige) udredningsindsatser kan på den måde, i nogle regioner og på nogle sygehuse, være reduceret, fordi ressourcer og apparatur ikke er tilgængelige i fx ydertimer eller på søndage og helligdage. Dette kan i sig selv medvirke til en forlængelse af tiden forud for igangsætning af de akutte behandlingsindsatser.

I Norge er indsætset bygget op efter nogenlunde samme principper som i Danmark, og behandlingen foretages i helt overvejende omfang på specialiserede enheder. Dette forhold angives fra norsk hold at være medvirkende til at forklare den relativt lave variation på tværs af de norske regioner.

Samtidig er det dog vigtigt at påpege, at de norske data er justeret, så ekstreme observationer (outliers) er fjernet fra data (se også nedenfor).<sup>4</sup>

#### 5.1.1.1 Øvrige kommentarer til de anvendte data

Der er flere forskelle i de indikatorafgrænsninger og data, der ligger til grund for sammenligningen på tværs af de fire lande, og som kan have betydning for de indikatorbaserede resultater.

De svenske data er afgrænset ved dødelighed efter 28 dage, mens de danske og norske data er afgrænset ved dødelighed efter 30 dage. De skotske data viser som nævnt ovenfor den standardiserede mortalitet, og resultaterne her er således ikke direkte sammenlignelige med resultaterne fra de andre lande.

I Sverige opgøres data kun for førstegangsapopleksi, idet borgere, der er døde på sygehus eller efterfølgende uden for sygehus, er inkluderet. De danske og norske resultater indeholder tilsvarende observationer både på og uden for sygehus, men de er baseret på data for alle apopleksier og ikke blot førstegangsapopleksier.

De danske og svenske data opgør de faktiske tal og er ikke risikjusterede.

---

<sup>4</sup> Jon Helgeland (Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten) er ansvarlig for HSMR/30 dagers overlevelse og fremhæver omkring de norske tal, at de faktiske tal vil variere mere. Samtidig fremhæver han, at der er tale om et indsatsområde, som har stort fokus i Norge, "og at resultaterne viser, hvor langt vi er kommet i Norge."

Dette er imidlertid tilfældet for de norske data, hvor justeringen medfører, at variationen reduceres – netop fordi data er korrigeret for de generelle risikofaktorer, som karakteriserer befolkningerne i regionerne (fx køn, alder, frekvens af sygehusindlæggelser i de seneste to år, belastningen af kroniske sygdomme mv.).

Ligeledes er observationer fra sygehuse med færre end 100 observationer i perioden fra 2010 til 2013 eller færre end 20 indlæggelser inden for et enkelt år ekskluderet i de norske data.

### 5.1.2 Apopleksipatienter, som modtager trombolysebehandling

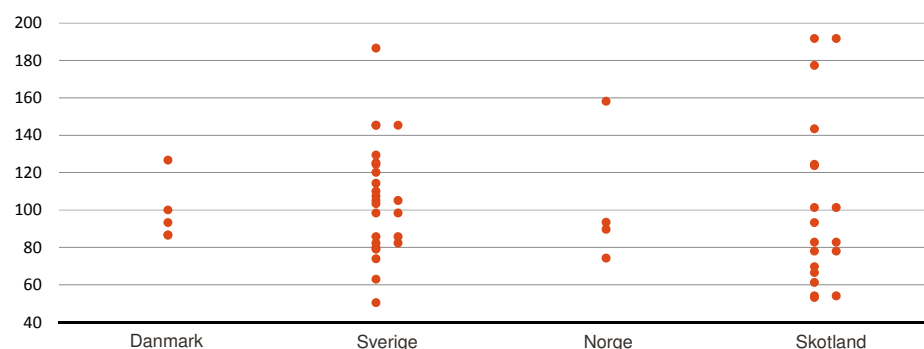
Trombolysebehandling opløser blodproppen medicinsk og ses som en af de vigtigste indsatser eller ydelser, apopleksipatienter kan modtage i den akutte indsats.

I Danmark har alle regioner opfyldt det kliniske mål, at 10 pct. af samtlige akutte iskæmiske apopleksipatienter trombolyseres. De danske data viser, at der samlet set trombolyseres 15 pct. af patienterne. Af samme årsag er målet fra 2015 hævet til 15 pct.

Andelen af patienter, der trombolyseres, er betinget af tiden fra de første symptomer opdages, til behandlingen kan påbegyndes. Og dermed af forhold, som de specialiserede enheder ikke har dominerende indflydelse på, fordi indsatsen forud for indlæggelse i væsentligt omfang – ud over de præhospitale beredskaber og indsatser – afhænger af patienten og dennes pårørende eller netværk.

I Danmark er den specialiserede apopleksiindsats samlet på et antal sygehuse med døgnbemanding og med akut døgnberedskab.

**Figur 7: Patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres**



Kilde: Dansk Apopleksiregister (DK), Socialstyrelsen (SVE), ISD Scotland (SCO)

I Norge er det akutte beredskab organiseret i specialiserede enheder nogenlunde som i Danmark.

Figur 7 viser også, at de to landes variation ligner hinanden. Den norske Helse Vest-region har trombolyseret godt 21 pct. af alle akutte iskæmiske apopleksipatienter og ligger dermed på et niveau, der er væsentligt højere end i de øvrige regioner.

Billederne fra Sverige og Skotland er præget af stor grad af variation, som bl.a. er betinget af, at sygehusenes specialiserede indsatser ikke i samme udstrækning som i Danmark og Norge er koncentreret på færre enheder.

I Sverige viser figur 7, at regionerne varierer mellem 50 pct. til knapt 190 pct. af det landsgennemsnitlige resultat.

Det er oplagt, at afstanden til behandlingssted i Sverige kan spille ind på resultaterne og dermed forklare dele af spredningen. Samme forventning gælder Norge, som har samme geografiske afstande som Sverige. Men fordi antallet af regioner i Norge er mindre end i Sverige, vil variationen i de norske data blive mindre. Det skyldes, at resultaterne på regionsniveau udgør gennemsnittet af de underliggende helseforetag og sygehuse inden for regionen. Dermed er spredningen pr. definition reduceret. Generelt gælder det, at jo færre enheder (som repræsenterer underliggende enheder), jo mindre variation.

I de fem udvalgte svenske og skotske regioner er variationen fortsat større end i Danmark. I det konkrete eksempel er det således ikke kun antallet af regioner, som kan forklare den større variation i de svenske regioner (selvom variationen er mindre i de fem regioner end i alle svenske landsting).

I Skotland dækker de fem udvalgte skotske regioner samme spænd som alle de skotske regioner. Der er ikke forskel i variationen mellem de fem og fjorten regioner. Inden for det konkrete indikatorområde har antallet af regioner derfor ikke betydning for variationen – men viser, at der generelt er større spredning i kvalitetsmålene i de skotske regioner sammenlignet med fx Danmark.

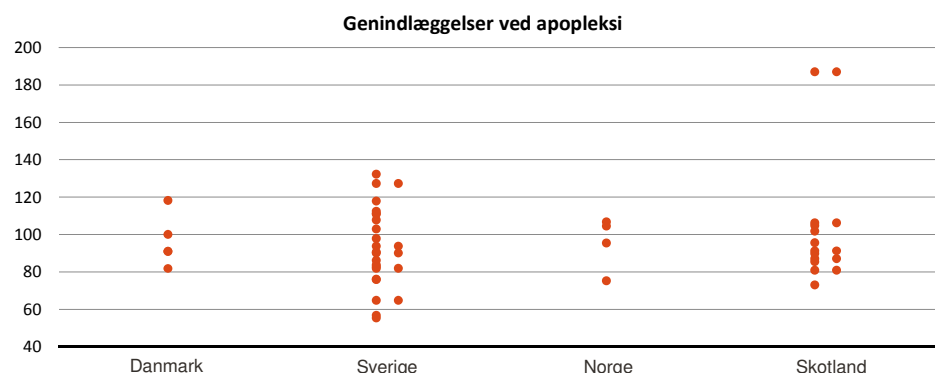
### 5.1.3 Genindlæggelser ved apopleksi

Genindlæggelser er hyppigt forekommende og bekostelige for sundhedsvæsenet og kan skyldes dårlig kvalitet i behandling og pleje i forbindelse med den primære indlæggelse.

Ved udredning og behandling i forbindelse med apopleksi kan for tidlig udskrivelse og mangelfuldt samarbejde mellem hospital, kommune og egen læge være årsag til genindlæggelse.

Danmark har det resultatmål, at maksimalt 15 pct. af patienterne med diagnosen akut apopleksi må genindlægges (uanset årsag) inden for 30 dage efter udskrivelse fra sygehus. På landsplan er målet opfyldt, idet andelen af genindlæggelser udgør 11 pct. Målet bliver overvåget via registreringer i Dansk Apopleksiregister, og variationen mellem regionerne fremgår af figur 8.

**Figur 8: Genindlæggelser ved apopleksi**



Note: Der er regioner i Danmark med tilnærmelsesvis samme resultat, derfor er de afbildet oven i hinanden. Alle regioner er repræsenteret i data.

Kilde: Danmarks Statistik (DK), Socialstyrelsen (SVE), ISD Scotland (SCO)

Det er kun Sverige (af de fire lande), der har et mål, som tilnærmelsesvis ligner det danske resultatmål.

Svenskerne måler genindlæggelser inden for et år efter den primære indlæggelse med apopleksi. De svenske resultater viser en ganske betydelig variation. Den kan forklares med, at genindlæggelsesperioden, der måles på, er længere og giver større risiko for variation.

Samtidig bliver de svenske apopleksiindsatser varetaget af flere enheder, som ikke alle har den samme specialiseringsgrad, som det der kan observeres i Danmark og i væsentlig udstrækning også i Norge.

I de fem svenske og skotske regioner, som er udvalgt, fordi de er repræsentative målt på antal borgere i regionen, er der større variation, end det er tilfældet i Danmark og Norge. Inden for resultatområdet kan antallet af regioner i de to lande således ikke alene forklare, at der er større variation i Sverige og Skotland.

Definitioner og datakilder fremgår af tabel 20-21 i bilag 6.1.

## 5.2 Resultater ved behandling af diabetes

Diabetesforeningen i Danmark vurderer, at der pr. 31. december 2012 er godt 320.000 borgere med diabetes og yderligere 200.000 borgere, som endnu ikke ved, at de har diabetes – idet ukendskabet her især vedrører type 2-diabetes.

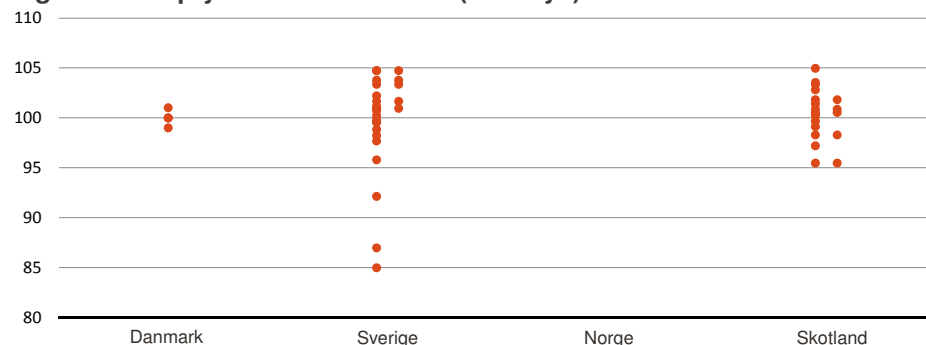
De anførte størrelser svarer til, at 1 ud af 18 danskere har diabetes. Antallet af borgere med diabetes, således som det er estimeret af Patientforeningen, svarer samtidig til en fordobling over de seneste ti år.

### 5.2.1 Metabolisk eller glykæmisk regulering af diabetespatienter

Til diagnosticering og monitorering af diabetespatienter benyttes måling af hæmoglobin (HbA1c), som viser, hvor godt en patient er reguleret, og hvor stabil blodsukkerværdien har været over de sidste 3-4 måneder. Målingen kan dække patienter med type 1- og type 2-diabetes.

I figur 9 er målopfyldelsen for diabetes (HbA1c) opgjort for Danmark, Sverige og Skotland. Det har ikke været muligt at finde data fra Norge for dette indikatorområde.

**Figur 9: Målopfyldelse for diabetes (blodtryk)**



Note: I de danske data er der sammenfald i resultatet på tværs af regioner. Alle regioner er repræsenteret – men afbildet oven i hinanden

Kilde: Dansk Diabetes Database (DK), Socialstyrelsen (SVE), Scottish Diabetes Survey Monitoring Group (SCO)

Variationen i resultater i Danmark er væsentlig lavere end den tilsvarende variation i Sverige og Skotland.

I Danmark varierer resultaterne i forhold til landsgennemsnittet med  $\pm 1$  pct. i Sverige ligger landstingene med en målopfyldelsesgrad på mellem 85 og 105 pct. i forhold til landsgennemsnittet. I Skotland ligger variationen i spændet fra knap 95 til 105 pct.

De fem udvalgte regioner i Sverige har relativt gode resultater, fordi de ligger over indeks 100 og dermed over det nationale landsgennemsnit. Spredningen i de udvalgte regioner er samtidig mindre end for alle regioner. I de svenske regioner er der outliers, som ligger omkring 15 pct. under landsgennemsnittet og er med til at øge variationen væsentligt.

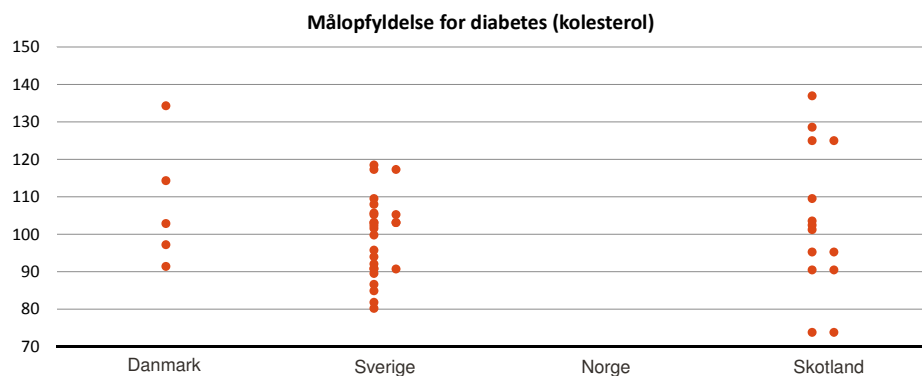
### 5.2.2 Måling af diabetespatienters kolesterolværdier

Måling af kolesterol indgår i Dansk Diabetesregisters indikatorbaserede opfølgning på risikofaktorer for arteriosklerotisk sygdom. Hvis patienter har forhøjet kolesteroltal, bliver de sat i lipidsænkende behandling, som reducerer risici.

I figur 10 fremgår resultatindikatoren, som angiver "andel af type 2-diabetikere, som har en LDL-kolesterol over 2,5, og som ikke er sat i lipidsænkende behandling", dvs. diabetikere, som har forhøjet kolesterolværdi, men ikke er sat i kolesterolreducerende behandling.

Målingen kan også findes i Sverige og Skotland, som det fremgår af figur 10.

**Figur 10: Målopfyldelse for diabetes (kolesterol)**



Kilde: Dansk Diabetes Database (DK), Socialstyrelsen (SVE), Scottish Diabetes Survey Monitoring Group (SCO)

I Danmark er der forholdsvis stor spredning i forhold til landsgennemsnittet.

Af den seneste årsrapport fra 2013 fremgår det endvidere, at omfanget af patienter, som ikke er sat i behandling, er steget i tre af fem regioner siden 2012. Den største afvigelse fra landsgennemsnittet findes i Region Nordjylland, hvor 47 pct. af diabetikere over 40 år, som har en LDL-kolesterolværdi over 2,5, ikke er sat i lipidsænkende behandling.

I Sverige er variationen nogenlunde som i Danmark. Den skotske variation er højere end i Danmark.

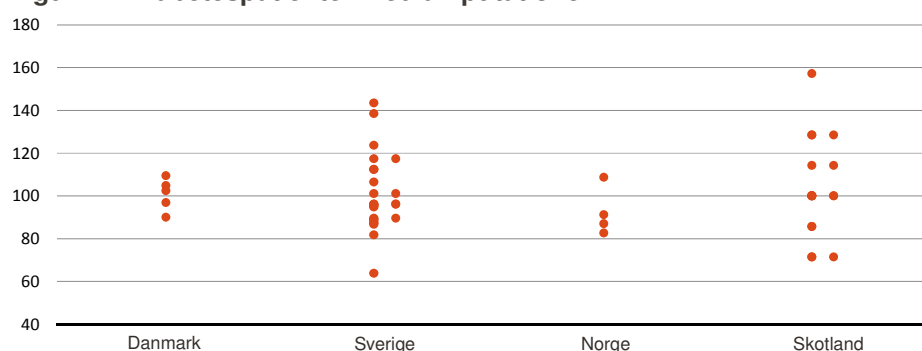
### 5.2.3 Amputationer

Diabetespatienter har øget risiko for diabetisk fodsår som en følge af senkomplikationerne neuropati og arteriosklerose. Sår dannelsen kan medføre amputationer, som gennem kontroller og målrettet behandling kan undgås.

I nedenstående figur 11 er resultatindikatoren for diabetespatienter med amputationer opgjort for de fire landes regionale sundhedsvæsener.

Graden af variation er sammenlignelig på tværs af sundhedsvæsenerne, og som det fremgår, er variationen på tværs af såvel de danske regioner som de norske regioner mindre, end det er tilfældet i de to andre lande.

**Figur 11: Diabetespatienter med amputationer**



Kilde: Dansk Diabetes Database (DK), Socialstyrelsen (SVE), Scottish Diabetes Survey Monitoring Group (SCO)

Definitioner og datakilder fremgår af tabel 22-24 i bilag 6.2.

## 5.3 Resultater ved behandling inden for kirurgiske specialer

### 5.3.1 Reoperationer ved total hofteproteseoperation

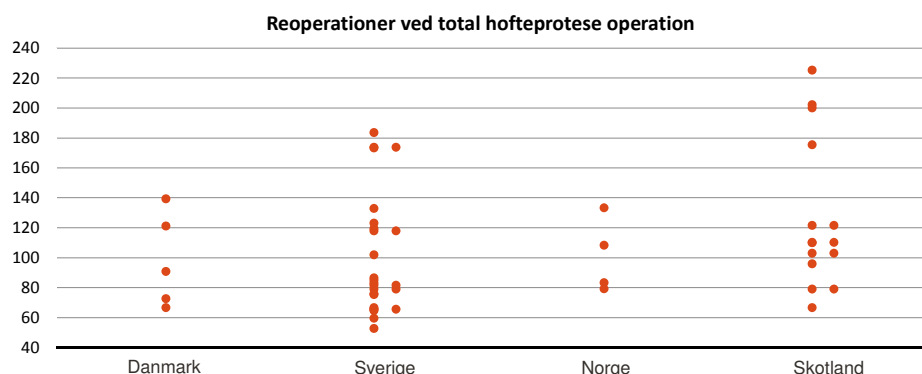
Resultatindikatoren viser andelen af patienter, der er reopereret efter total hoftealloplastik (THA).

Resultaterne angiver andelen af tilfælde, hvor der er opstået en eller flere komplikationer efter operation – idet komplikationerne kan være forårsaget af fx infektion, skred i hoften eller frakturer – og hvor der er behov for reoperation af hele eller dele af totalprotesen i hofteledet.

I figur 12 er resultaterne opgjort. Det fremgår, at variationen i Danmark, på tværs af regionerne, ligger i indeks 65 til 140 omkring landsgennemsnittet. Variationen dækker over, at risikoen for reoperation i regionen med flest reoperationer er mere end dobbelt så stor som risikoen i regionen med færrest reoperationer.



**Figur 12: Reoperation inden for 2 år efter THA (alle diagnoser)**



Kilde: Dansk Hoftealloplastik Register (DK), Socialstyrelsen (SVE), Nasjonalt Register for Leddproteser (NO), ISD Scotland (SCO)

Variationen i Norge minder om den danske. I Skotland er variationen større, primært fordi der er fire regioner, som afviger markant fra resten. Sandsynligheden for en reoperation i den region med flest reoperationer er næsten fire gange så høj som i regionen med færrest reoperationer.

I Sverige ligger variationen omkring landsgennemsnittet i indeks 52 til 183. Dvs. at der er en variation med en faktor på knapt 4 fra det landsting, som har den laveste reoperationsandel, til det landsting, som har den højeste reoperationsandel. Den svenske variation er samtidig dobbelt så stor som den danske.

Frederik Westander, som arbejder med Öppna Jämförelser i SKL, forklarer dele af den store svenske variation med, at der er forskelle i, hvordan landstingene indberetter data til hofteproteseregistret, og at datakvaliteten dermed er en af de forklarende årsager til variation.

Modsat fremhæver Marianne Aggestram og Birgitta Lindelius fra Socialstyrelsen, at netop dette register regnes for at være et af Sveriges bedste – og at det har fungeret længe samt været vigtigt for udviklingen af de svenske Öppna Jämförelser.

I Danmark har Dansk Hoftealloplastik Register publiceret data siden 1995, og også dette register har således fungeret i lang tid. I 2013, som er det seneste år, hvorfra der er publiceret data, indeholder registret over 96 pct. af alle primære THA, som også er indberettet til Landspatientregistret. Det er med andre ord et tæt på fuldt dækkende register.

Indikatoren indgår som et af seks indikatorområder, der følges på lands-, regions-, og afdelingsniveau i Danmark, og hvor der yderligere er fastsat en standard på højst tre pct. for andelen af reoperationer. I Danmark overholder fire af de fem regioner det nationale mål.

I Danmark ligger landsgennemsnittet på 3,3 pct., mens det i Sverige ligger på knap 2 pct. Der bliver således i absolutte mål foretaget flere reoperationer i Danmark, end det er tilfældet i Sverige. Samtidig medfører det lavere gennemsnit, at selv mindre variationer vil medføre større udsving, end det er tilfældet i Danmark, og dette kan i sig selv forklare dele af den relativt store svenske variation (hvis de svenske landsting i stedet for blev målt i forhold til landsgennemsnittet i Danmark, ville variationen ligge i indeks 35 til 108). Dermed har niveauerne stor betydning, når man måler på resultatindikatorer – særligt hvis indikatorerne sammenlignes på tværs af landene.

### 5.3.1.1 Variation på sygehusniveau

Flertallet af de forskellige eksperter, der er blevet interviewet i forbindelse med variansanalysen, har fremhævet, at der under variationen mellem regioner vil være en større variation mellem sygehuse.

Et eksempel er vist i nedenstående tabel 4 vedrørende reoperationer efter THA i Region Syddanmark på sygehusniveau.

**Tabel 4: Reoperationer i Syddanmark, 2011**

	Std. 3% opfyldt?	Tæller/nævner	Pct.	95% CI
OUH Odense Universitetshospital	Ja	5 / 204	2,5	(0.8 - 5.6)
OUH Svendborg Sygehus	Ja	5 / 275	1,8	(0.6 - 4.2)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	7/77	9,1	(3.7 - 17.8)
Sydvestjysk Sygehus, Grindsted	Ja*	10 / 238	4,2	(2.0 - 7.6)
Sygehus Lillebælt Middelfart	Ja	0 / 67	0,0	(0.0 - 5.4)
Sygehus Lillebælt Kolding	Ja*	11 / 254	4,3	(2.2 - 7.6)
Sygehus Lillebælt Vejle	Ja	13 / 460	2,8	(1.5 - 4.8)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	Ja	6 / 348	1,7	(0.6 - 3.7)
Region Syddanmark	Ja*	57 / 1923	3,0	(2.3 - 3.8)

Kilde: Dansk Hoftealloplastik Register 2014

Note (\*) opfylder målet med 95 pct. CI

Tabel 4 viser, at der i 2011 blev gennemført 1.923 primære THA-operationer, og at der inden for to år efter den primære operation blev foretaget 57 reoperationer som følge af komplikationer.

Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg står for det relativt største antal af reoperationer, idet 7 ud af 77 operationer har medført reoperation. Sygehuset er således det eneste i regionen, som med 95 pct. sandsynlighed ikke opfylder, at højst 3 pct. af operationerne medfører komplikationer, som kræver reoperation.

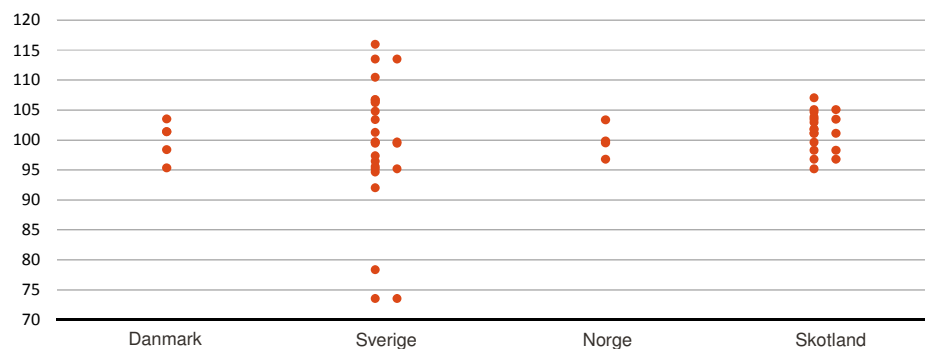
Opgørelsen på sygehus-/afdelingsniveau kan medvirke til at forklare årsager til resultater på regionalt niveau, eksempelvis som følge af enhedens størrelse.

### 5.3.2 Dagkirurgisk aktivitet

Resultatindikatoren for dagkirurgisk aktivitet opgøres i Danmark og Skotland som andelen af kirurgiske indgreb fra en liste af procedurer, der er særligt egnet til dagkirurgi, og hvor patienten kun er i kontakt med sygehusvæsenet én dag. Indsatsen ligger i tråd med at øge effektiviteten i sygehusvæsenet gennem styrket kvalitet og mere hensigtsmæssig brug af ressourcer.

I de svenske og norske regioner er variationen beregnet ud fra andelen af dagkirurgiske procedurer i procent af alle kirurgiske procedurer. De to opgørelsesmetoder er ikke direkte sammenlignelige. I Sverige og Norge er målene endvidere mere påvirket af registreringspraksis, fordi indberettende enheders aktivitet skal tilkendegive, at der er tale om dagkirurgisk aktivitet. Sammenligning af variationen med de to lande skal således fortolkes med større varsomhed end mellem Danmark og Skotland.

**Figur 13: Dagkirurgisk aktivitet**



Kilde: Sundhedsministeriet (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

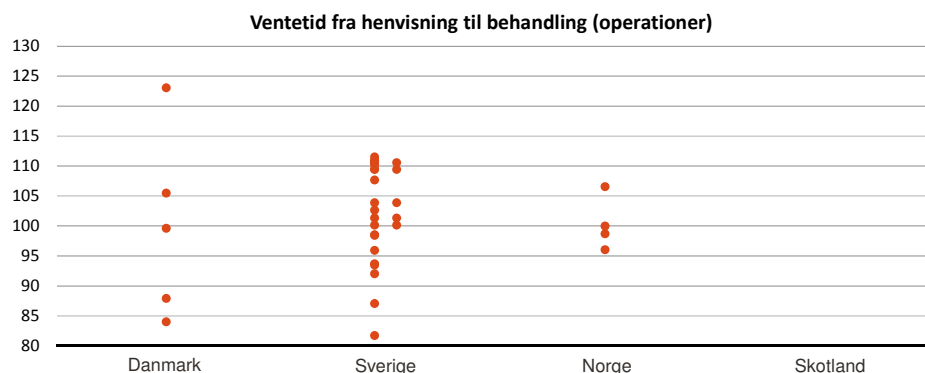
### 5.3.3 Ventetid for alle opererede patienter

I Danmark indhentes ventetider for den forventede (fremadrettede) ventetid og den erfarede (registrerede) ventetid. I figur 14 er de erfarede ventetider i Danmark opgjort i 4. kvartal 2013. Det fremgår, at der på tværs af samtlige gennemførte operationer er en betydelig variation i regionernes overholdelse af ventetider fra henvisning til operation.

Målet kan ikke genfindes i de øvrige lande, som opgør ventetidsstatistik ud fra fastlagte ventetidsmål henholdsvis andelen af patienter, der venter mere end 90 dage på operation (i Sverige) og medianventetid til operation (Norge). På tværs af de tre lande kan variationen ikke sidestilles, hvorfor figuren skal fortolkes varsomt.

Opgørelsen medtager planlagte indlæggelser og ambulante besøg for somatiske patienter. Alle operative behandlinger foretaget under en akut indlæggelse er således ikke medtaget.

**Figur 14: Ventetid for alle opererede patienter**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO)

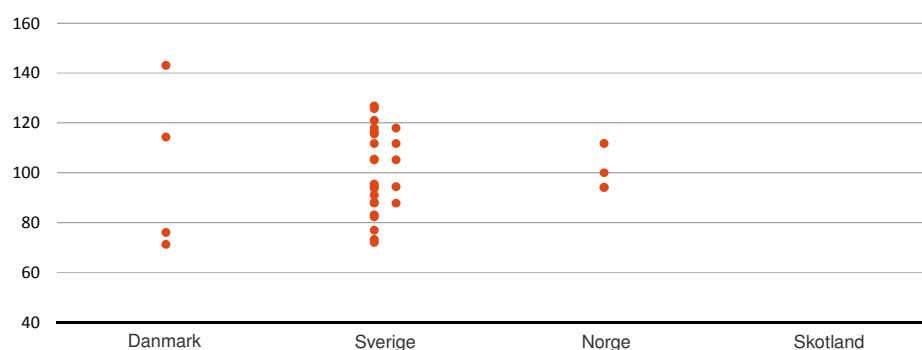
Definitioner og datakilder fremgår af tabel 25-27 i bilag 6.3.

## 5.4 Resultater ved behandling i psykiatrien

### 5.4.1 Genindlæggelser i psykiatrien

Antallet af genindlæggelser i psykiatrien ligger på afdelingsniveau på 6-8 pct., når der opgøres inden for syv dage, mens niveauet er noget højere, omkring 15-20 pct., hvis der opgøres inden for en periode på op til og med 30 dage. Det svarer til niveauet i såvel Sverige som Norge, hvor genindlæggelsesgraden udgør 16 og 17 pct.

**Figur 15: Genindlæggelser i voksenpsykiatrien**



Kilde: Danske Regioner (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO)

Der kan være stor variation i genindlæggelsesniveauer, ikke blot på tværs af regioner, men også og formentlig i endnu større omfang på tværs af center- eller afdelingsniveau, jf. eksemplificerende tabeloversigt nedenfor:

**Tabel 5: Niveau for genindlæggelser i psykiatrien (udvalgte afdelinger)**

Genindlæggelser i % af samlede antal indlæggelser (2013)	Indenfor 7 dage	Indenfor 30 dage
Odense	8	17
Aalborg	8	16
Amager	11	25
Horsens	10	24
Roskilde/Køge	8	21

Der gives mange forklaringer på variationen i genindlæggelsesniveauer – herunder forskelle i befolkningers (geografiske områders) socioøkonomiske forhold, men også forskelle i primærsektor kapacitet og formåen samt antal og karakter af bosteder i nærheden af psykiatriske enheder. Genindlæggelser kan således i nogle sammenhænge ses på forholdsvis højt niveau i forhold til borgere med psykiske lidelser på bosteder.

Der kan i en del tilfælde observeres, at genindlæggelser på center- eller afdelingsniveau vedrører forholdsvis få borgere, og at enkelte borgere (hver med mange genindlæggelser) står for en relativ høj del af det samlede antal genindlæggelser.

Det bemærkes også, at der ikke er enighed i de psykiatriske fagmiljøer, når det gælder genindlæggelser – idet der fra nogle dele af disse fagmiljøer peges på, at genindlæggelser kan være hensigtsmæssige for at sikre stabilisering af borgere med

psykiske lidelser, hvor der uden genindlæggelse kan være risiko for hurtig forværring af tilstand og dermed for et meget længere indlæggelsesforløb.

Definitioner og datakilder fremgår af tabel 28-31 i bilag 6.4.

## 5.5 Resultater ved behandling på hjerteområdet

På hjerteområdet er der indhentet resultatindikatorer på tre områder, som kan afspejle variationen i kvalitet. Det gælder:

- Dødelighed ved hjerteinfarkt (AMI)
- Brug af betablokker ved hjertesvigtpatienter
- Ventetid til bypass

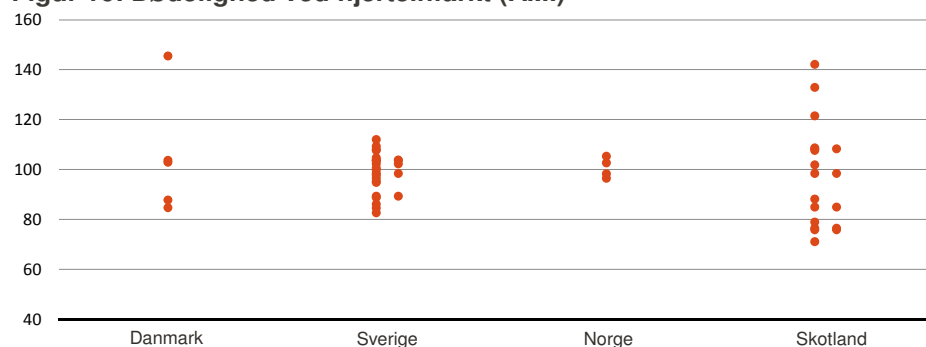
### 5.5.1 Dødelighed efter hjerteinfarkt

Blodpropper i hjertet (akut myokardieinfarkt eller AMI) er en iskæmisk hjertesygdom.

I Danmark er opgørelsen aldersstandardiseret og viser, at der er relativ stor variation mellem de danske regioner. Den laveste dødelighedsrate ses i Region Hovedstaden og Region Sjælland og den højeste i Nordjylland, som ligger 46 pct. over landsgennemsnittet.

Leder af hjerterehabiliteringsprogrammet på OUH og formand for Hjerteforeningen Henrik Steen Hansen vurderer, at behandlingsindsatsen på de danske sygehuse er af høj standard og ensartet på tværs af regionerne. Den høje dødelighed i Nordjylland skyldes først og fremmest, at der er flere, som dør uden for sygehusene i forhold til andre regioner. En forklarende årsag kan være, at, særligt flere ældre borgere i Region Nordjylland, reagerer senere på symptomer og er mindre tilbøjelige til at søge lægehjælp.

**Figur 16: Dødelighed ved hjerteinfarkt (AMI)**



Kilde: Hjerteforeningen (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

Der er ikke forskelle i prævalens baseret på alder, hvorimod uddannelse er afgørende. Kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau har fire gange så høj dødelighedsrate som kvinder med lang videregående uddannelse. Blandt mænd er den aldersstandardiserede dødelighedsrate næsten tre gange så høj for mænd med grundskoleuddannelse som for mænd med en lang videregående uddannelse.

Marianne Aggestam fra Socialstyrelsen i Sverige fremhæver, at målet er et validt og sikkert kvalitetsmål, som beror på de forebyggende folkesundhedsindsatser (særligt

KRAM-faktorerne). Hun bekræfter ligeledes, at uddannelse og øvrige socioøkonomiske forhold har signifikant betydning for udfaldet i de regionale sundhedsvæsener.

Argumentet bekræftes i de skotske data, idet socioøkonomiske forskelle generelt er mere udtalte i Skotland. Samtidig ses en betydelig variation på tværs af det regionale prævalensmål for AMI.

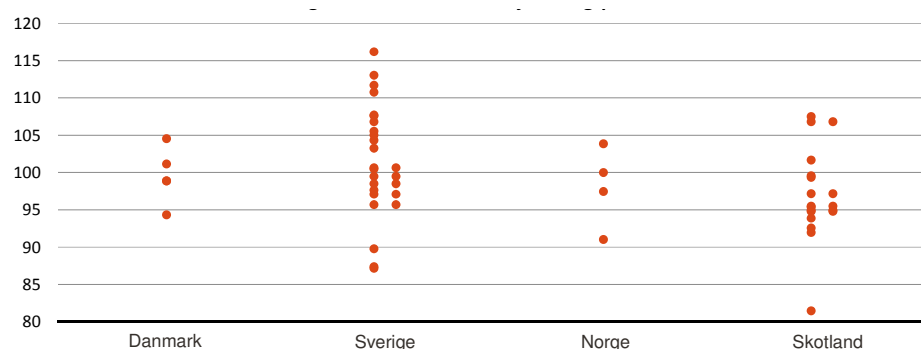
### 5.5.2 Behandling af hjertesvigtpatienter

Betablokker anvendes i behandling af hjertesvigtpatienter til at reducere hjertefrekvensen hos hjertesvigtpatienter. Institut for Rationel Farmakoterapi vurderer, at behandling med betablokker er en hjørnesten i den mortalitetsreducerende indsats.

I Danmark er standarden (der måles på), at mindst 80 pct. af patienter med moderat til svært hjertesvigt bør være i behandling med blodtryksnedsættende medicin (betablokker) inden for tolv uger efter deres første kontakt med behandlingsstedet. På tværs af regionerne er variationen begrænset og ligger på en opfyldelsesgrad på  $\pm 5$  pct. i forhold til landsgennemsnittet.

Målet er sammenligneligt med et skotsk mål. I Skotland er variationen noget større, og særligt de mindre regioner (fx NHS Shetland) bidrager til at skabe stor spredning i forhold til det landsgennemsnitlige niveau.

**Figur 17: Brug af betablokker ved hjertesvigtpatienter**



Kilde: Lægeforeningen (DK), Socialstyrelsen (SVE), Norsk Hjerterefert Register (NO), ISD Scotland (SCO)

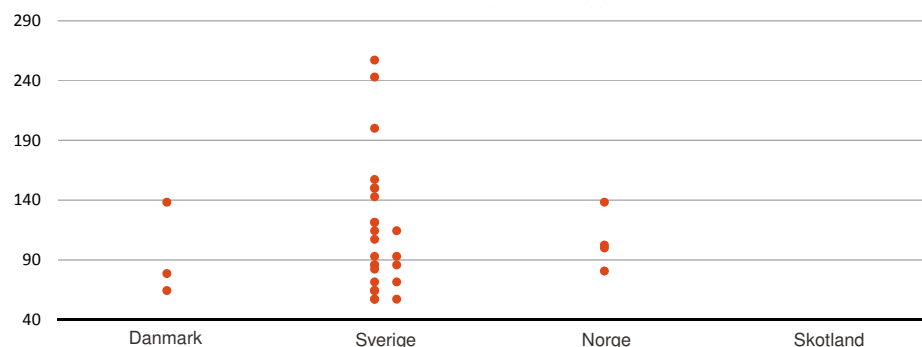
Det svenske mål afviger noget fra det danske, fordi det angiver hjertesvigtpatienter, som seks måneder efter behandling i "primær vård" fortsat er i betablokbehandling.

### 5.5.3 Ventetid til hjerteoperation (bypass)

I det danske sundhedsvæsen udføres bypassoperationer på hjerteområdet i tre af landets regioner (Hovedstaden, Syddanmark og Midtjylland).

Procesindikatoren viser, at der er stor variation mellem de tre regioner. Ventetiden er opgjort for 3. kvartal 2014, og den varierer mellem 27 og 52 kalenderdage.

**Figur 18: Ventetid til bypassoperation**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), ISD Scotland (SCO)

Den svenske variation er betydeligt større end den danske og såvel også den norske ventetid. Data viser, at indgrebet udføres på flere enheder, og er samtidig indhentet i 2007. Begge faktorer kan påvirke de svenske resultater i retning af at øge variationen.

Den norske variation ligner den danske, hvor der er tæt på en dobbelt så lang ventetid i den region, som har den højeste ventetid i forhold til regionen med kortest ventetid.

Definitioner og datakilder fremgår af tabel 28-31 i bilag 6.4.

## 5.6 Resultater ved behandling på cancerområdet

Etableringen af accelererede cancerforløb i starten af 00'erne og de efterfølgende pakkeforløb har etableret nationale retningslinjer for indsats og proces (udredning, diagnose, behandling og efterbehandling).

I de følgende afsnit gennemgås fire indikatorer på kræftområdet, som vedrører:

- Generel overlevelse ved behandling på cancerområdet
- Overlevelse efter 5 år med brystkræft
- Overlevelse efter 5 år med endetarmskræft
- Ventetid til operation ved brystkræft

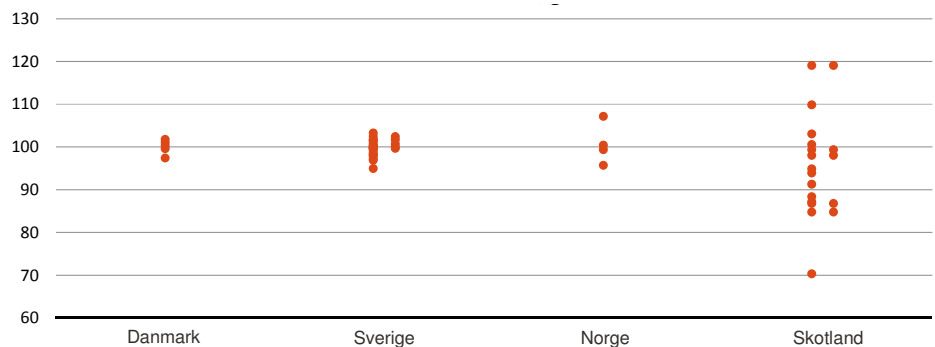
### 5.6.1 Generel overlevelse ved behandling på cancerområdet

Resultatindikatoren, som beskriver 1-årig overlevelse efter kræft (for alle former).

Indikatoren viser, at variationen i overlevelse i Danmark er lavest blandt de fire landes regionale sundhedsvæsener. Generelt er variationen mindre i de nordiske lande end i Skotland.

Ifølge Erik Jakobsen, som er overlæge på Odense Universitetshospital og daglig leder af Dansk Lungecancer Register, kan resultaterne i Danmark tilskrives indsatsen med pakkeforløb, som har højnet kvaliteten væsentligt gennem standardisering og ensartet høj kvalitet i alle delindsatser på tværs af afdelinger og funktioner, og som også har sikret, at enhederne overvåger, om indsatserne lever op til de nationale krav. Ifølge Erik Jakobsen er der således ikke noget overraskende i, at den laveste variation findes i Danmark, jf. figur 19.

**Figur 19: Overlevelse ved cancer, generelt**



Note: Alle regioner indgår i figuren, men der er sammenfald i afbildningen, fordi regionerne har samme værdier.  
Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Norgeshelsa (NO), ISD Scotland (SCO)

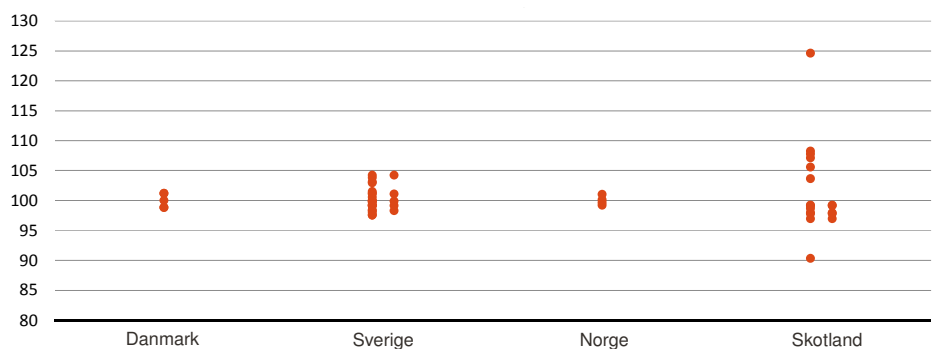
Øget specialisering er (og angives af eksperterne som) en væsentlig forklaring på resultaterne. Inden for eksempelvis lungekræftområdet er antallet af enheder på landsplan reduceret fra 90 i starten af 1990'erne til 13 i 2013. Specialiseringsgraden medfører, at det faglige niveau kan understøttes, og at kapaciteten kan understøtte anvendelse af ny teknologi. I de lægefaglige miljøer er der enighed om at reducere antallet af enheder for at styrke kvaliteten.

### 5.6.2 Overlevelse på cancerområdet

Resultatindikatoren for overlevelse for patienter med brystkræft afspejler, at den specialiserede indsats i Danmark (og Norge, hvor organiseringen minder om den danske) er med til at reducere forskelle i overlevelse mellem regionerne.

I modsætning hertil viser resultaterne fra Sverige og særligt fra Skotland, at forskelle i de decentrale strukturer er med til at øge variationen. Samtidig har størrelsen på de enkelte enheder betydning for, om enhederne kan varetage et bæredygtigt niveau og kvalitativt optimale behandlinger. Roger Molin fra Socialdepartementet i Sverige vurderer, at antallet af enheder i Sverige kan være en begrundelse for variationen, fordi behandlingsfrekvensen (med den svenske struktur) reduceres for den enkelte specialist.

**Figur 20: Overlevelse efter 5 år med brystkræft**



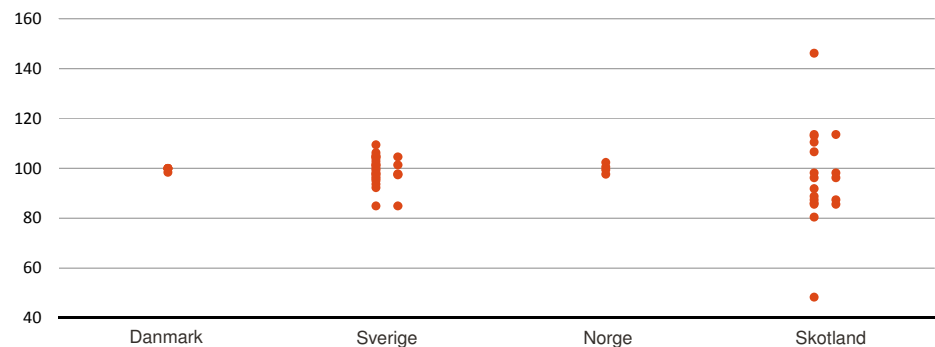
Note: Der er regioner med tilnærmelsesvis samme resultater, som medfører at de tilnærmelsesvis ligger oven i hinanden.

Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)



Indikatorresultaterne i relation til behandling af endetarmscancer peger i samme retning som ovenfor, dvs. at variationen mellem de danske og norske regioner er væsentligt lavere end mellem regionerne i Sverige og Skotland.

**Figur 21: Overlevelse efter 5 år med endetarmskræft**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

### 5.6.3 Ventetider på cancerområdet

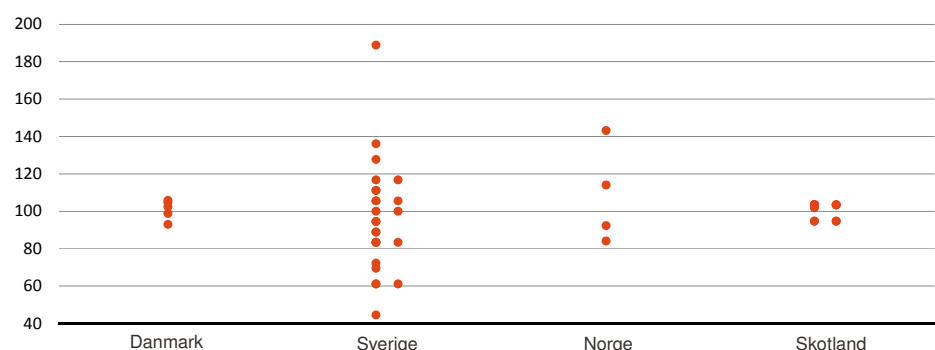
Resultatindikatoren for ventetider viser, at der i Danmark og Skotland er lavere variation på tværs af regionerne end i Sverige og Norge.

Erik Jakobsen vurderer, at de retningsgivende standardforløbstider er årsag til, at alle behandlingsenheder i Danmark følger op på ventetiderne. Han fremhæver samtidig, at den markante prioritering af området siden midten af 00'erne har reduceret ventetiden – men at dette formentlig også er sket på bekostning af andre behandlingsområder. Kapaciteten er således dækkende inden for ventetiderne.

Som et eksempel på det modsatte viser den svenske variation, hvor sygehusenhedernes ventetider i højere grad er betinget af kapaciteten, at spredningen er betragtelig større.

Den skotske ventetidsordning minder i opbygningen om den danske og er etableret i 2004/2005.

**Figur 22: Ventetid til operation ved brystcancer**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsenorge (NO), ISD Scotland (SCO)

Definitioner og datakilder fremgår af tabel 32-35 i bilag 6.5.

## 5.7 Resultater på øvrige indikatorområder

### 5.7.1 30-dages mortalitet på intensivafdelinger

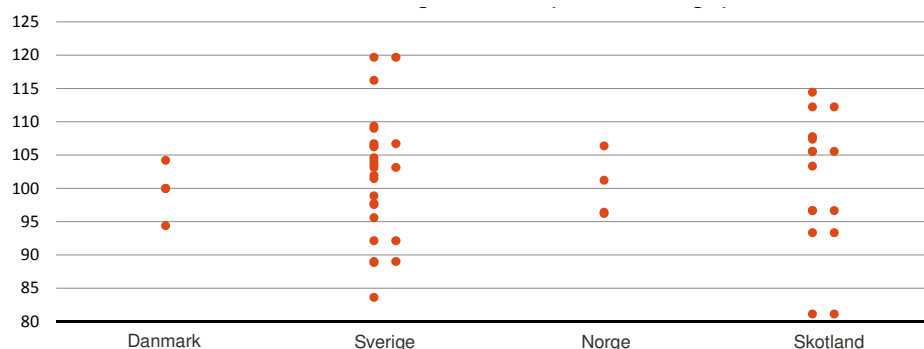
Resultatindikatoren for standardiseret mortalitet på intensivafdelinger beskriver den forventede dødelighed, når sygdomstype og -alvorlighed samt patientens alder og køn er taget i betragtning. Hvis dødeligheden ligger over 100, er den højere end forventet, dvs. at der dør flere end forventet.

Indikatoren viser, om dødeligheden i en region afviger fra det forventede niveau, og den afspejler således sandsynligheden for at dø inden for 30 dage i tilknytning til denne specifikke form for sygehusindsats.

Indikatoren viser, at variationen i Danmark og Norge er væsentligt lavere end i Sverige og Skotland (målt i forhold til såvel alle regioner i de to lande som de udvalgte fem regioner i hvert af landene).

Definitionen er på tværs af tre af landene ikke direkte sammenlignelig, idet de norske resultater er beregnet ud fra overlevelsedata (som her er "vendt om" til resultater vedrørende dødelighed). De norske resultater er heller ikke afgrænset til patienter, som modtager intensivbehandling, men dækker dødelighed ved alle patientbehandlinger.

**Figur 23: Standardiseret 30-dages mortalitet på intensivafdelinger**



Kilde: Danmarks Statistik (DK), Socialstyrelsen (SVE), Kunnskapssenteret (NO), Scottish Intensive Care Society Audit Group (SCO)

Det kan diskuteres, om det på den anførte baggrund giver mening at inkludere de norske resultater i sammenligningen på tværs af de fire lande.

**Tabel 6: Datadefinition, 30-dages mortalitet**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Standardiseret 30 dages mortalitet på intensiv afdelinger	Riskjusteret dødelighed 30 dage efter ankomst till intensivvårdsafdelingen	30-dages overlevelse efter sygehusindlæggelse uanset årsag	Standardised mortality ratios in ICU
Beskrivelse	Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse på intensivafdeling. (Kun beregnet for forløb hvor værdien af SAPS II score er relevant (patienter > 15år, indlagt ≥ 24 timer, og ikke-neurokirurgisk stamafdeling) og registreret. Bemærk at standardiseringen ikke er til landsgennemsnittet, men til populationen anvendt i udviklingen af SAPS II scoren hvorfor landsgennemsnittet væsentligt er under 100%).	Den forventede dødeligheden med hensyn tagen till sygdomens typ och svårighets grad samt patientens ålder och tidigare sjukdomer, efter ankomst till intensivvårdsafdelning	Beregnet ud fra 30 dages totaloverlevelse: $100 \times (1 - 30\text{-dages regional totaloverlevelse}) / (1 - \text{landsgennemsnitlig 30 dages totaloverlevelse})$ .	Recalibrated APACHE II Model (without pre-sedation GCS)
Kilde	Danske Regioner	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Kunnskapssenteret	Scotties Intensive Care Society Audit Group
Udgivelse	Årsrapport fra Dansk Intensiv Database	Öppna Jämförelser med data fra SIR (Svenska Intensivvårdsregistret)	30-dagers overlevelse og reinleggelse ved norske sykehus for 2013	Audit of Critical care in Scotland
Opgørelsesår	2013/2014	2013	2013	2013

### 5.7.2 Dødelighed på hospitalerne (HSMR)

Resultatindikatoren for hospitalsstandardiserede mortalitetsrater viser antallet af dødsfald i en region opgjort som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald.

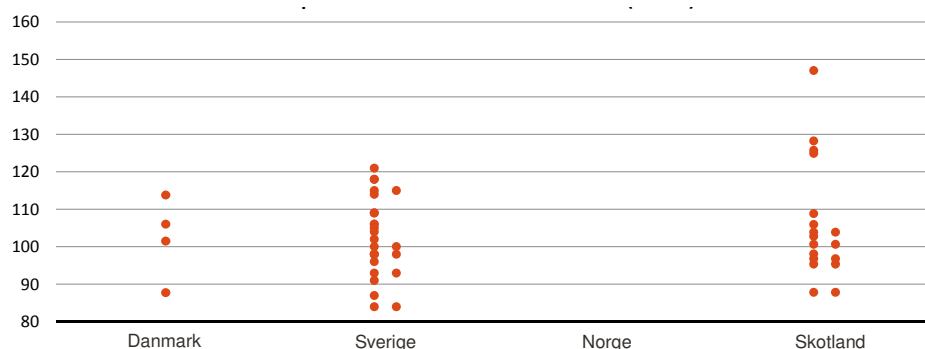
Det nationale niveau for HSMR er pr. definition 100. Hvis HSMR er mindre end 100, er antallet af dødsfald lavere end det nationale niveau, dvs. at der dør færre end forventet. Hvis HSMR er større end 100, dør flere end forventet.

De svenske resultater er indhentet i perioden fra 1994-2004 og afviger dermed markant fra de øvrige landes. Det vurderes, at periodiseringen vil medvirke til at øge variationen på tværs af de svenske regioner, når den generelle teknologiske og medicinske udvikling over de seneste 10-20 år tages i betragtning. Hvis de svenske resultater vedrørte samme tidsrum som de øvrige landes, ville den svenske variation altså forventeligt være mindre.

Resultaterne afspejler for Danmark en begrænset variation, særligt i forhold til det skotske niveau.

Der er ikke offentliggjort mål for den norske HSMR.

**Figur 24: Hospitalsstandardiseret mortalitetsrate (HSMR)**



Kilde: Danske Regioner (DK), The Swedish Hospital Discharge Register (SVE), ISD Scotland (SCO)

Det bemærkes, at der i stigende grad (internationalt) er betænkeligheder ved anvendelsen af HSMR som indikator for kvalitet, fordi der vurderes at være mange faktorer "uden om hospitalerne", der påvirker resultaterne – herunder det stigende fokus på, i hvilket omfang patienter dør i eget hjem, i hvilket omfang det anses for attraktiv/hensigtsmæssigt at dø i eget hjem, og i hvilket omfang der gøres aktive indsatser for at sikre muligheder for og kapacitet til død i eget hjem.

**Table 7: Datadefinition, HSMR**

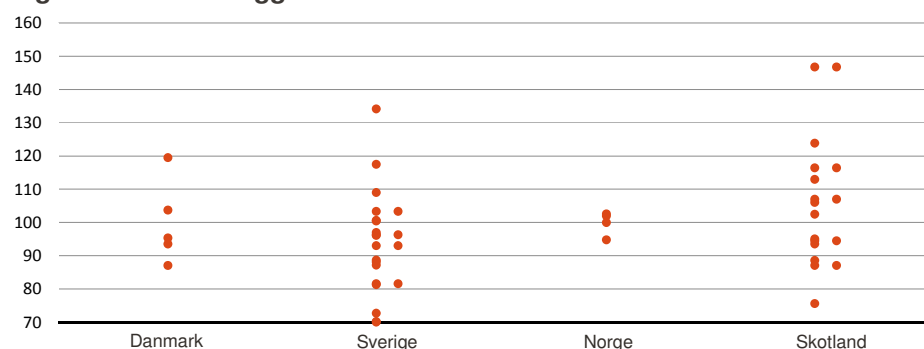
	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	HSMR for hospitaler i region	HSMR (hospitals standardiserad mortalitetsratio SMR)	Afventer	Hospital Standardised Mortality Ratios HSMR
Beskrivelse	HSMR står for hospitals-standardiserede mortalitetsrater og viser antallet af dødsfald på et sygehus – eller en region - som procent af det	HSMR står for hospitals-standardiserede mortalitetsrater og viser antallet af dødsfald på et sygehus – eller en region - som procent af det	Afventer	The HSMR is based on all acute inpatient and day case patients admitted to all specialties in hospital. The calculation takes account of patients who died within 30
Kilde	Danske Regioner	The Swedish Hospital Discharge Register	Afventer	ISD Scotland
Udgivelse	Udgivelse online gennem sundhed.dk		Afventer	Hospital Standardised Mortality Ratios
Opgørelsesår	2014, 2. kvartal	1994-2004	Afventer	2014

### 5.7.3 Genindlæggelser

Procesindikatoren for genindlæggelser viser andelen af indlæggelser, som følger efter et forudgående (indledende) indlæggelsesforløb.

I Danmark dækker data genindlæggelser inden for 30 dage efter initial indlæggelse. Data er ligeledes afgrænset, så de dækker aldersgruppen +65 år. Definitionen er den samme i Sverige og Norge (hvor aldersgruppen dog er +67 år). I Skotland viser data genindlæggelser senest 72 timer efter afsluttet initial indlæggelse.

**Figur 24: Genindlæggelser**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

**Tabel 8: Datadefinition, genindlæggelser**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel genindlæggelser fordelt på sygehusregion	Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning	Unscheduled readmissions to hospital
Beskrivelse	Genindlæggelse blandt 65+ år inden 30 dage efter at have være indlagt med udvalgte diagnoser	Antal oplanerade återinskrivningar för valda sjukdomstillstånd för personer 65 år och äldre där tiden mellan utskrivning från index vårdtillfället och återinläggningens vårdtillfällets start maximalt är 30 dagar	En reinnleggelse defineres som en akutt innleggelse som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivelse (primært innleggesforløp) for pasienter 67 år eller eldre som har vært innlagt på sykehus for tilstander i 11 avgrænsede diagnosegrupper;	Percentage of stays with a readmission to hospital within 72 hours of the initial admission
Kilde	Statens Serum Institut	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet, Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsejenesten	ISD Scotland
Udgivelse	Monitorering af Sundhedsaftalerne	Öppna Jämförelser	Helsenorge.no	Specialkørsel
Opgørelsesår	2013	2013	2013	2013/2014

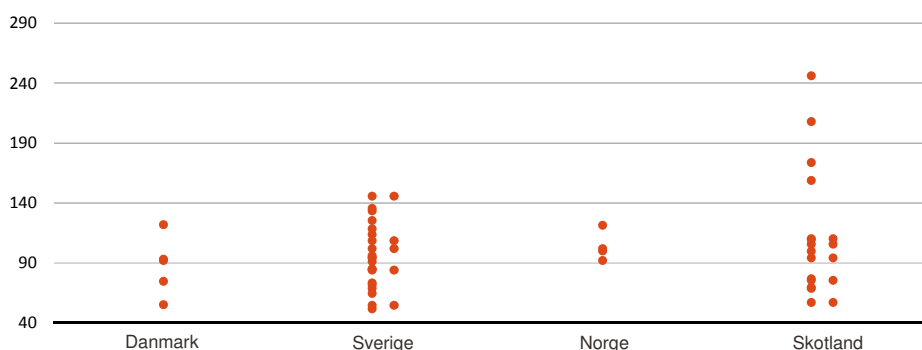
#### 5.7.4 Hospitalserhvervede infektioner

Resultatindikator for hospitalserhvervede infektioner (HAI). Sundhed.dk fremhæver, at HAI er årsag til en betydelig forværring af sygdomsbilledet og potentiel fatal behandling af patienter på såvel medicinske som kirurgiske afdelinger.

I Danmark er indsatsen rettet mod hospitalserhvervet sepsis, infektioner i forbindelse med brug af centralt venekateter, infektioner i forbindelse med brug af urinvejskateter og lungebetændelse opstået i forbindelse med respiratorbehandling. I Region Hovedstaden er HAI højere end i de øvrige regioner. Sammenlignet med de øvrige lande er variationen på niveau med Norge og Sverige, mens Skotlands data viser en væsentlig større spredning. NHS Dumfries and Galloway (som grænser op mod England i Sydvestskotland) og NHS Western Isles (øerne vest for det skotske fastland) har væsentligt højere HAI-scoring end øvrige NHS Boards.

De danske data er fra 2008 og baseret på en stikprøve, som er baseret på godt 2.200 patienter på landsplan. Data skal af samme årsag fortolkes med forbehold for datakvaliteten. Det kan samtidig bemærkes, at der ikke findes en struktureret og offentlig tilgængelig statistik på området, som det er tilfældet i de øvrige lande.

**Figur 25: Hospitalserhvervede infektioner (HAI)**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Nasjonalt folkehelseinstitutt (NO), Health Protection Scotland (SCO)

**Tabel 9: Datadefinition, hospitalserhvervede infektioner (HAI)**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Prævalens af hospitalserhvervede infektioner	Patienter med vårdrelaterad infektion	Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus	Hospital Associated Infections
Beskrivelse	Geografisk fordeling af hospitalserhvervede infektioner. Prævalens er opgjort som infektioner pr. 100 patienter. Data er opgjort i en stikprøve på 2.218 patienter på landsplan.	Varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården	Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus 4. kvartal 2013 etter region, beregnet som andel av antall inneliggende pasienter	Percentage of patients with HAI
Kilde	SSI og Region Midtjylland	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Folkehelseinstituttet, Nasjonalt folkehelseinstitutt	Health Protection Scotland
Udgivelse	Udgivelse fra Landsprævalensundersøgelse med landets hygiejneorganisationer og Det Centrale Afsnit for Sygehushygiejne i samarbejde med SSI	Öppna jämförelser med data fra Sveriges Kommuner och Landsting	Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner – høsten 2013	Scottish National Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infection and Antimicrobial Prescribing 2011
Opgørelsesår	2008	2013, marts	2013, 4. kvartal	2011

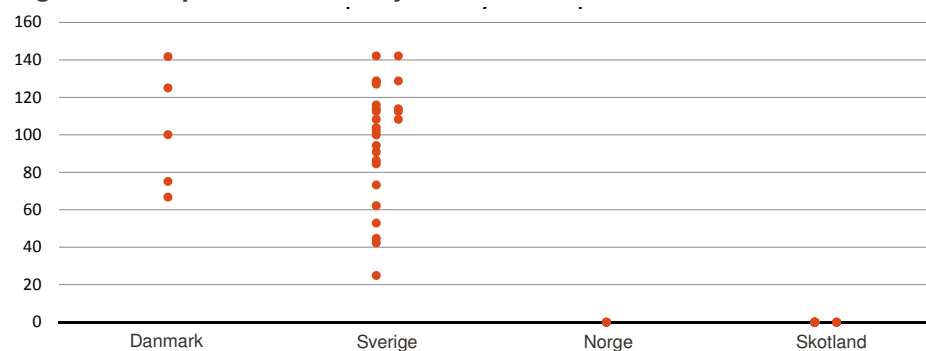
### 5.7.5 Reoperationer efter lyskebrok (hernia inguinalis)

Resultatindikatoren viser andelen af patienter, der efter 1 år (i Danmark) og 5 år (i Sverige) har gennemgået reoperation efter primær hernia-operation.

I begge lande er variationen stor. De danske data viser, at der er en faktor to i forholdet mellem den region, der har lavest andel af reoperationer, og den region, der har størst andel af reoperationer. I Sverige svarer forskellen til en faktor syv.

Der er ikke identificeret sammenlignelige og tilgængelige data for hverken Norge eller Skotland.

**Figur 26: Reoperationer efter lyskebrok**



Kilde: Danske Regioner (DK), Socialstyrelsen (SVE)

**Tabel 10: Datadefinition, reoperationer efter lyskebrok**

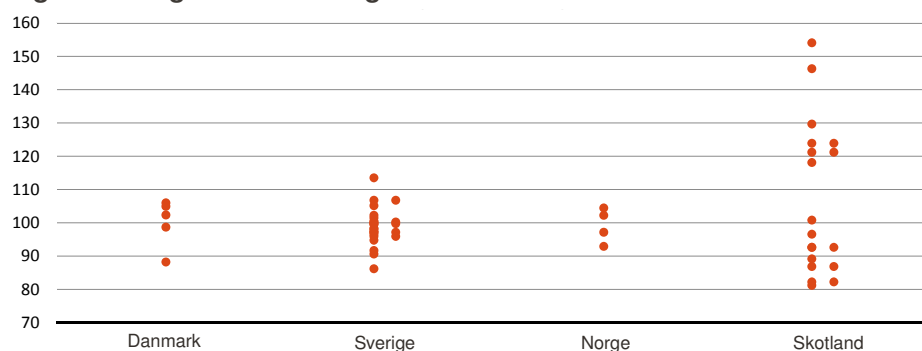
	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Lyskebrok, 1-års-reoperationsrate efter operation	Andel ljumskbråcksopererede som omopereras inom 5 år	Reoperation, lyskebrokk	surgery for inguinal hernia
Beskrivelse	Re-operationsrate efter primært indgreb m. indsættelse af mesh (net) ≤ 12 mdr. efter primært indgreb ved Ingvinalhernie/lyskebrok	Indikatoren viser den skattede "risiken" att drabbas av omoperation inom fem år efter den utförda ljumskbråckoperationen	Afventer	Afventer
Kilde	Danske Regioner og Dansk Herniedatabase	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Afventer	Afventer
Udgivelse	Dansk Hernie Database, årsrapport 2013	Öppna Jämförelser med data fra Svenskt Bräckregister	Afventer	Afventer
Opgørelsesår	2013	2008-2012	Afventer	Afventer

### 5.7.6 Lægemedelforbrug

Procesindikatoren viser udgifter til lægemidler, fordelt på regioner. Definitionen er sammenlignelig på tværs af de fire landes sundhedsvæsen. Samtidig er data indhentet fra 2010 og senere.

Opgørelserne i Danmark, Sverige og Norge viser, at variationen er ensartet og ligger med en spredning omkring landsgennemsnittet på ±10 pct. I Skotland er variationen betydelig større, primært fordi de mindre NHS Orkney og NHS Western Isles har et forbrug pr. indbygger, som ligger omkring indeks 150, dvs. at forbruget pr. person er omkring 50 pct. større end i resten af Skotland.

**Figur 27: Lægemedelforbrug**



Kilde: Amgros (DK), Socialstyrelsen (SVE), Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (NO), ISD Scotland (SCO)

**Tabel 11: Lægemedelforbrug**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	AUP medicin pr. 1.000 sikrede	Justerad läkemedelskostnad per invånare	sykehusenes legemiddelforbrug	Drugs expenditures per 1.000 persons
Beskrivelse	Apotekernes udsagspris på medicin pr. 1000 sikrede	landstingens kostnad för läkemedelsförmånen per invånare för receptförskrivna läkemedel. Kostnader för rekvisitionsläkemedel och handelsvaror som ingår i högkostnadsskyddet (till exempel särskild näring och stomiprodukter) ingår inte i jämförelsen	Legemiddelforbrug per helseregion. Tabellen viser sykehusenes innkjøpskostnad per indbygger	Drug expenditures pr. 1000 persons
Kilde	Region Midtjylland, Amgros og Den nationale Lægemedelkomite	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS)	ISD Scotland and National records of Scotland
Udgivelse	Lægemedelmonitoreringsrapport fra Den regionale lægemiddelkomite	Öppna jämförelser med data fra Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.	Statistikartikel om Utviklingstrekk i sykehusenes legemiddelforbrug 2011	Drugs expenditure, NHS Boards 2013/2014 og Population Projections for Scottish Areas (2012-based)
Opgørelsesår	2010	2013, marts	2014	2013/2014

### 5.7.7 Perinatal dødelighed

Resultatindikatoren beskriver andelen af dødfødte og levendefødte, som dør inden for den første uge. Målet opfattes som væsentligt og internationalt sammenligneligt for indsatsen i relation til graviditet og fødsel.

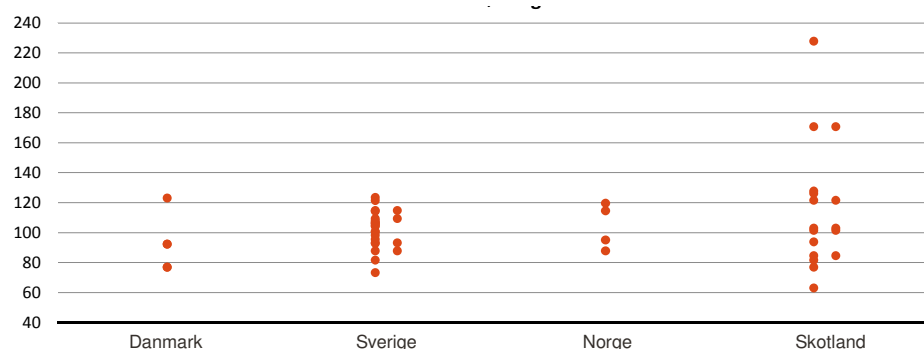
Danmark følger WHO-definitionen, som angiver summen af dødfødte efter 22 uger (indtil 2004 efter 28 uger) og døde inden for de første syv døgn pr. 1.000 fødte.

I Norge arbejdes med samme definition, mens man i Sverige fortsat følger den tidligere WHO-definition, som først inkluderer dødfødsel efter 28 graviditetsuger. Skotland opgør målet fra uge 20 og helt frem til udgangen af første leveår.

Data er på tværs af de fire lande opgjort inden for inklusionsperioden fra 2010.

Variationen er ensartet for de nordiske lande, men betydelig større i Skotland, hvor afvigelserne fra gennemsnittet ligger mellem 40 til 220 pct. fra landsgennemsnittet. Den højeste dødelighed findes på Orkneyøerne, hvor NHS Orkney varetager sundhedsopgaverne. Regionen er den mindste i landet og favner over mindre end 1 pct. af den samlede skotske population.

Figur 28: Perinatal dødelighed



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Norgeshelse (NO), ISD Scotland (SCO)

Tabel 12: Datadefinition, perinatal dødelighed

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Perinatal dødelighed: Dødfødsler (>22 uger)	Perinatal dødelighed: Antal dødfødte børn (≥28 fullgångna graviditetsveckor)	Perinatal dødelighed	Perinatal mortality
Beskrivelse	Dødsfødsel defineres af WHO som fødsel af død barn fra og med uge 22. Tidligere død af fostret betegnes abort. summen af levendefødte, der dør i den første leveuge, og dødfødte tilsammen karakteriseres som perinatal døde. Per 100.000 fødte.	Dødføddhet eller intrauterin fosterdöd definieras som framfödande av ett barn som inte andas eller visar andra livstecken efter utgången av tjugoandra graviditetsveckan. Tal er opgjort per 1 000 födda barn. De 28 uger er valgt efter WHO's retningslinjer	perinatal dødelighet etter WHO's definisjoner (Verdens Helseorganisasjon) per 1000 fødte	Pregnancy loss rates from 20 weeks gestation to end of first year <sup>1</sup>
Kilde	SSI	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Norges Helse (FHI)	ISD Scotland
Udgivelse	Statistikdata tilgængeligt hos SSI, data fra Cancer og CPR registret	Öppna jämförelser med data fra Medicinska födelseregistret	Statistikdata	2014-03-25-SPIMMR2012-Report
Opgørelsesår	2013	2007-2011	2012	2012

### 5.7.8 Børnevaccination (MFR-vaccine)

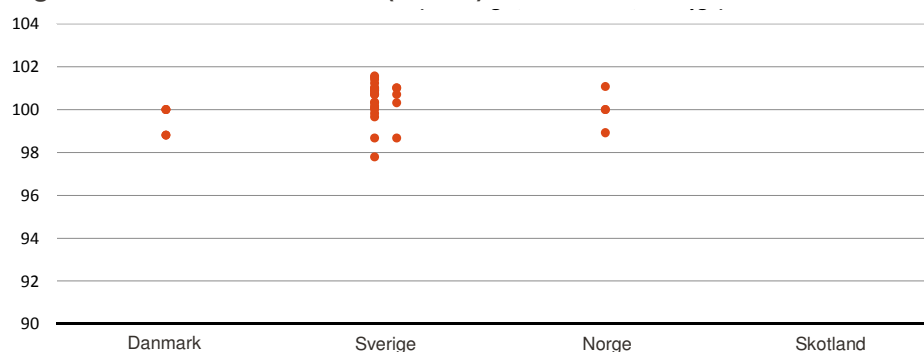
Resultatindikatoren viser, hvor stor en andel børn, der er dækket af MFR-vaccineprogrammet.



I Danmark er målet baseret på børn, der får MFR-1-vaccinen, dvs. den første vaccine, som gives omkring 15 måneders alderen.

Opgørelsen viser, at der er meget lille variation på tværs af de regionale sundhedsvæsenener – og på tværs af de nordiske lande.

**Figur 29: Børnevaccinationer (MFR-1)**



Kilde: Statens Serum Institut (DK), Socialstyrelsen (SVE), Norgeshelse (NO)

Data på tværs af de nordiske lande er sammenlignelige, selvom der er mindre forskelle i opgørelsesmetoden. Herunder måles vaccinationsdækningen blandt toårige i Norge, men i Sverige blandt de treårige, der er indskrevet i vaccinationsprogrammet.

**Tabel 13: Datadefinition, børnevaccine**

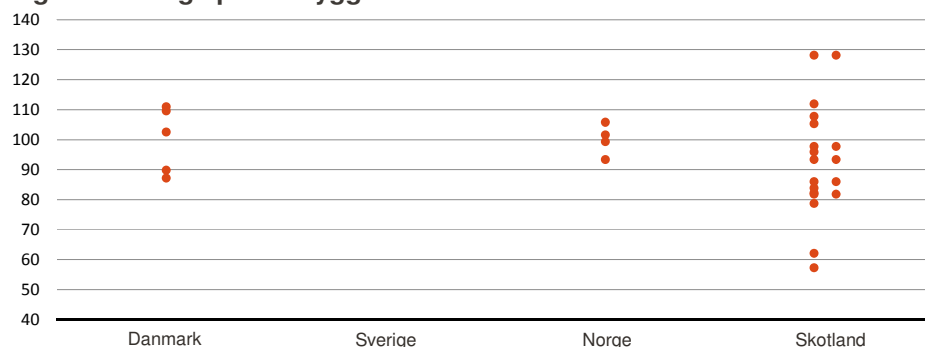
	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel vaccineret med MFR 1	Andel MPR-vaccinerade	LHF Vaccineret, 1. gang	Vaccinations
Beskrivelse	Andel vaccineret med MFR 1, Fødselsår: 1998-2013. Det vil sige fået første vaccine	bland barn födda 2010 och inskrivna på BVC.	For 2 årige, vaccinationsdækningsprocent	Afventer
Kilde	SSI	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Norges Helse (FHI)	Afventer
Udgivelse	Statistikdata tilgængeligt hos SSI	Öppna jämförelser med data fra Smittskyddsinsitutet.	Statistikdata	Afventer
Opgørelsesår	2012	2013, januar	2013	Afventer

### 5.7.9 Indlæggelser pr. senge pr. indbygger

Strukturindikatoren angiver variation i sengekapalet mellem de regionale sundhedsvæsenener. Målet er opgjort for Danmark, Norge og Skotland. Der er betydelig større variation i Skotland end i de to nordiske lande.

Variationen kan formentlig forklares med variation i sundhedsvæsenernes størrelse. Eksempelvis er en region som NHS Orkney (og NSH Shetland) baseret på at varetage den nære behandling af regionens knapt 22.000 (og 23.000) indbyggere, mens de specialiserede funktioner varetages af de større regioner. Dette giver sig udslag i, at det er regionerne omkring Glasgow og Edinburgh, som har den største kapacitet pr. indbygger.

Figur 30: Senge pr. indbygger



Kilde: Sundhedsministeriet (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

Tabel 14: Datadefinition, indlæggelser pr. indbygger

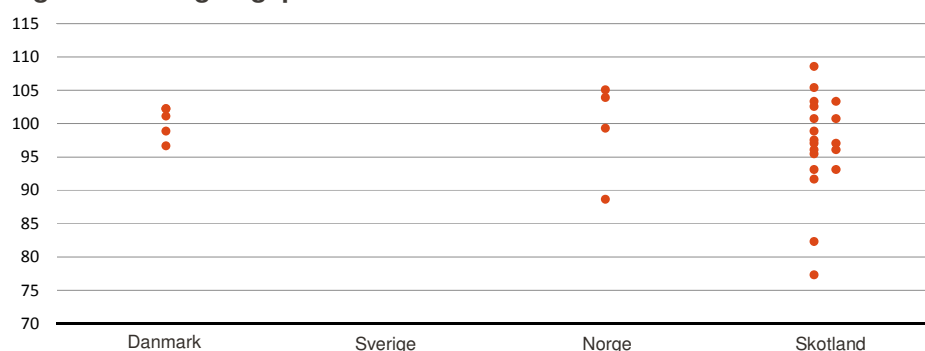
	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Indlæggelser per seng per indbygger	Genomsnittligt disponibla vårdplatser per invånare	Antall effektive senger	Beds per inhabitant, per 1000
Beskrivelse	Antal indlæggelser per seng opdelt på regioner - i forhold til data fra Danmarks Statistik om antal indbygger	Per 1 000 invånare inom specialiserad somatisk vård. Resurstill-gången i slutenvård. En disponibel vårdplats utgörs av: lokaler, utrustning och tillräckligt med personal.	Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året etter helseforetak - i forhold til data fra Norge Helse (SF) om antal indbygger.	Average available staffed bed per 1.000inhabitants, total population mid year
Kilde	Sundhedsministeriet og Danmarks Statistik	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet og Norge Helse (SF)	ISC Scotland and National Records of Scotland
Udgivelse	Analysereport med data fra Landspatientregisteret og Statens Serum Institut	Bilagsrapport til Öppna jämförelser med data fra Sveriges Kommuner och Landsting og Statistiska centralbyrån	Online udgivelse om Samdata	Annual Statistics showing Available Beds by Specialty & NHS Board of Treatment, Mid year population 2013
Opgørelsesår	2011-2014	2012	2011	2013

### 5.7.10 Belægningsprocent

Procesindikatoren for sengebelægning viser, at det danske sundhedsvæsen har en ensartet dækning på tværs af regionerne, og at denne ensartethed ikke kan genfindes i hverken Norge eller Skotland.

Foruden variationen i belægning er belægningsniveauet i Danmark på niveau med Norge, men omkring 10 procentpoint højere end i Skotland. I Danmark ligger den gennemsnitlige belægningsprocent på 90.

Figur 31: Belægningsprocent



Figur: Sundhedsstyrelsen (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

De danske data er fra 2009 og er ligesom de norske (som er fra 2004) noget ældre – og dermed mere usikre end de skotske. Det er forventeligt, at mere opdaterede data vil reducere variationen i belægningsprocenterne på tværs af regionerne og yderligere øge den gennemsnitlige belægning pr. seng.

**Tabel 15: Datadefinition, belægningsprocent**

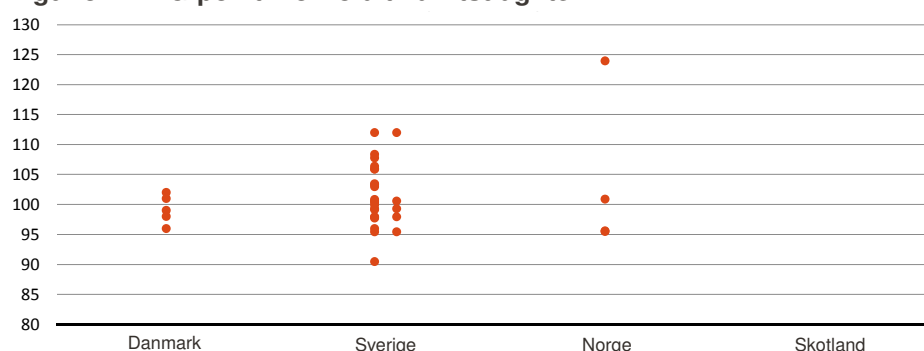
	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Belægningsprocent	Überbelægning	Beleggsprosent (døgnophold)	% occupancy
Beskrivelse	Belægningsprocenten er forholdet, udtrykt i procent, mellem det ydede antal sengedage i året og gennemsnitlig antal disponible sengepladser multipliceret med antal dage i året.	Überbelægning defineres som en hændelse når en indskriven patient vårdas på vårdplads som ikke opfylder kraven på disponibel vårdplads. Rapporteres ind per sygehus og opgøres for region	Gjennomsnittlig beleggsprosent for døgnophold	The percentage of available staffed beds that were occupied by inpatients during the year [derived as: (total occupied bed days / all available staffed beds) x 100], all specialities
Kilde	Sundhedsstyrelsen	SKL og Våntetider.se	Helsedirektoratet og SINTEF (Skandinavias største uafhængige forskningskonsern)	ISD Scotland
Udgivelse	Rapport om Belægningsprocenter ved offentlige sygehuse	Online statistikdata	Online udgivelse om Samdata	Annual Statistics showing Available Beds by Specialty & NHS Board of Treatment
Opgørelsesår	2009	Afventer	2004	2013

#### 5.7.11 Driftsomkostninger pr. DRG-point

Strukturindikatoren viser variationen i produktivitet på tværs af regionerne. I Danmark er resultatet baseret på opgørelse af produktionsværdien opgjort i DRG- og DAGS-takster for henholdsvis behandling foretaget i stationært og ambulans regi, idet der her er sammenlignet med de driftsudgifter, som direkte kan henføres til varetagelse af det somatiske sundhedsvæsen (de såkaldt tilrettede driftsudgifter).

Variationen i det danske sundhedsvæsen er mindre end i det svenske og norske. I de norske regioner afviger niveauet i Region Nord, som ligger knapt 25 pct. over landsgennemsnittet. I Sverige ligger regionernes niveauer fordelt i et spænd mellem 90 og 115 pct. af landsgennemsnittet.

**Figur 32: DRG-point i forhold til driftsudgifter**



Kilde: Danske Regioner (DK), Socialstyrelsen (SVE), Helsedirektoratet (NO)

Metoden til at opgøre produktionsværdien er forskellig i Danmark fra metoderne i Norge og Sverige, fordi det danske sundhedsvæsen anvender en dansk valideret grupperingslogik (DkDRG-grupperingen), som ikke direkte kan sammenlignes med den anvendte grupperingslogik i Norge og Sverige (NordDRG).

**Tabel 16: Datadefinition, produktions- og aktivitetseværdi**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Produktionsværdi: DRG Point ift. udgifter	Kostnader per konsumerad DRG-poäng	Driftskostnader per DRG-poeng	Cost Per Consumed DRG Point
Beskrivelse	Aktiviteten værdisættes og opgøres ved anvendelse af DRG- og DAGS-taksterne, opgøres udgiftssiden på baggrund af regionernes og sygehusenes regnskabsindberetninger	Landstingens kostnader per konsumerad prestation (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård i kronor	Fordelt per helseregion i kroner. Kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift er holdt utenfor	Afventer
Kilde	Danske Regioner, Finansministeriet og SUM	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	Afventer
Udgivelse	Delrapport om sygehusenes produktivitet	Öppna Jämförelser med data fra KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.	Rapport om Nøgletal for helsesektoren med SAMDATA	Afventer
Opgørelsesår	2012	2013	2010	Afventer

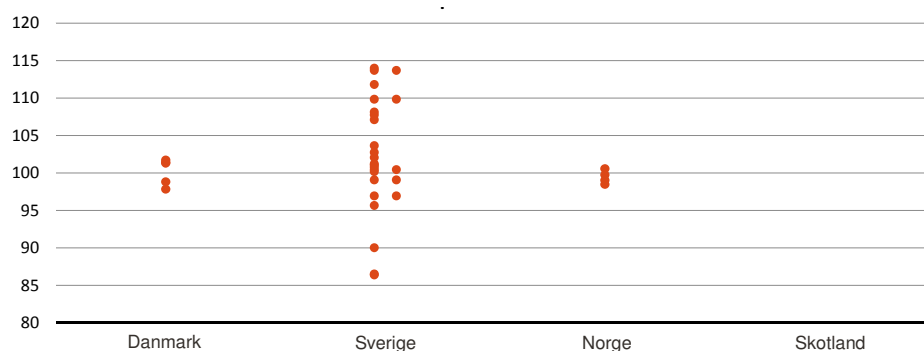
### 5.7.12 Patienttilfredshed

Resultatindikatoren angiver patientens samlede oplevede tilfredshed. I Danmark er resultatet en del af den nationale patienttilfredshedsundersøgelse, som gennemføres årligt.

Målet er sammenligneligt med de svenske og norske målinger på området, og der synes generelt at være en mere ensartet tilfredshed blandt danske og norske patienter end blandt svenske patienter.

Tilfredshedsniveauet i de danske målinger er væsentligt højere end i de to øvrige skandinaviske lande. På landsplan er over 92 pct. af patienterne i det danske sundhedsvæsen tilfreds eller meget tilfreds med det samlede indtryk, mens det tilsvarende niveau i Sverige og Norge ligger på omkring 70 pct.

**Figur 33: Patientoplevet tilfredshed**



Kilde: Danske Regioner (DK), Socialstyrelsen (SVE), Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten (NO)

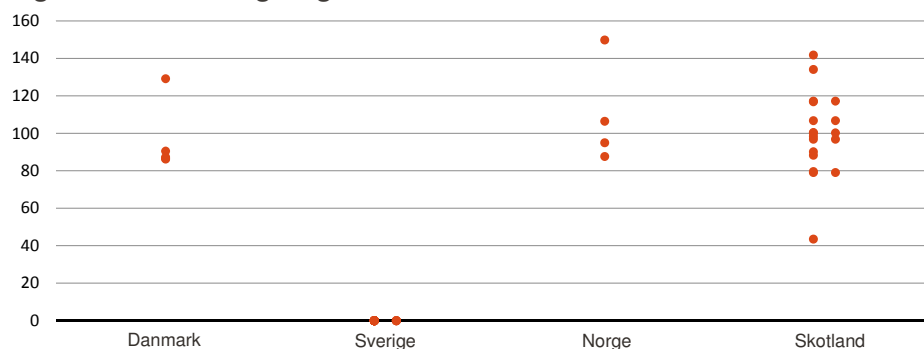
**Tabel 17: Datadefinition, patienttilfredshed**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	dit samlede indtryk af din indlæggelse	Helhetsindtryk	Tilfredshet (gns. for Pleiepersonalet, Information, lægerne, pårørende og organisering)	Patient's overall impression of hospital care
Beskrivelse	Andel der har vurderet det godt/rigtig godt, dvs. dem der er tilfredse, men det er for to svargrupper. For det samlede indtryk af indlæggelse på ens afdelingen	Overordnet generel tilfredshed, målt på et spørgsmål om tilfredshed overordnet	Her er beregnet et gennemsnit for tilfredshedsindikatorer: Pleiepersonalet, Information, lægerne, pårørende og organisering	Åfventer
Kilde	De fem regioner	SKL	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret)	Åfventer
Udgivelse	Online publikation om resultater fra LUP (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser)	Online resultater fra landsdækkende undersøgelse NUP, Nationell Patientenkät og SKL	Online resultater fra Resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelsen	Åfventer
Opgørelsesår	2013	2013	2011	Åfventer

### 5.7.13 Patientklagesager

Procesindikatoren viser antallet af sager til patienterstatningen. Der er opgjort resultater fra Danmark, Norge og Skotland. Størst variation findes i det skotske sygehushvæsen.

**Figur 34: Patientklagesager**



Kilde: Patienterstatningen (DK), Helsedirektoratet (NO), ISD Scotland (SCO)

**Tabel 18: Datadefinition, patientklager**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Modtagne sager, patientskadeerstatningen	Sager, patientskadeerstatning	Antall mottatte saker, pasientskadeerstatning	Complaints against health care professionals or treatment
Beskrivelse	Sager modtaget i patienterstatningen, alle sager pr. 1000 indbygger	Åfventer	Antall mottatte saker i Norsk pasientskadeerstatning etter behandlingstid og tjeneste per 1.000 sikrede	Time Taken to deal with complaints, % within 20 working days
Kilde	Patienterstatningen	Åfventer	Helsedirektoratet	ISD Scotland
Udgivelse	Årsrapport	Åfventer	Rapport om Nøgletal for helsesektoren med data fra Norsk pasientskadeerstatning	NHSScotland Hospital and Community Health Services complaints - number received and response times.
Opgørelsesår	2013	Åfventer	2010	2011/2012

## 6. Bilag

### 6.1 Datadefinitioner, apopleksiområdet

**Table 19: Datadefinition, 30-dages mortalitet for apopleksi**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel af apopleksi patienter der dør indenfor 30 dage efter indlæggelse	Andel døde inom 28 efter förstagångsstroke inklusive døde utanför sjukhus	Sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag	(SMR) Mortality after stroke (I61, I63, I64)
Beskrivelse	Data om patientforløb med oplysninger om indlæggelsesdato og vitalstatus efter 30 dage.	Indikatoren viser andelen patienter som avled inom 28 dagar efter stroke. Som stroke räknas alla fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Her er beregnet et gennemsnit for køn	Estimeret, risikojusteret sannsynlighet	Age-Sex Standardised Mortality Rate per 100,000 Population
Kilde	Hjernesagen og Dansk Apopleksiregister	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Kunnskapscentret	ISD Scotland
Udgivelse	Årsrapport	Öppna jämförelser med data fra Patientregistret och Dödsorsaksregistret	Notatudgivelse	Afventer
Opgørelsesår	2013	2010-2012	2013	Afventer

**Table 20: Datadefinition, trombolysbehandling af patienter med akut iskæmisk apopleksi**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi der trombolyseres	Trombolysbehandling vid stroke	Andel av pasienter med akutt hjerneinfarkt som behandles med intravenøs trombolys	Thrombolysed stroke patients (percentage)
Beskrivelse	Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der trombolyseres	Andel patienter med strokedagnos I63 (iskemisk stroke), ålder 18–80 och som var ADLberoende vid insjuknandet målgruppen som fått trombolys vid stroke, procent	Antall pasienter behandlet med intravenøs trombolys ved akutt hjerneinfarkt i aldersgruppen 18 år til og med 80 år	Thrombolysed patients admitted with stroke
Kilde	Dansk Apopleksiregister	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsenorge.no	ISD Scotland
Udgivelse	Årsrapport 2013	Öppna Jämförelser med data fra Våntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting	Webstatistik	Scottish Stroke Care Audit 2014 National Report
Opgørelsesår	2013	2012	2013	2013

**Table 21: Datadefinition, genindlæggelser ved apopleksi**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Forløb og genindlæggelser for patienter med apopleksi på 67 år og derover	Strokepatienter som återinskrevs för stroke inom 365 dagar	Reinnleggelse ved hjerneslag	Readmissions after stroke (within a specified time period)
Beskrivelse	Data er efter område, enhed og diagnose. Genindlæggelser, i procent af antal forløb	Indikatoren viser andelen strokepatienter som återinskrevs för stroke inom 365 dagar efter den initiala vårdepisoden.	Afventer	Number of patients who have had an admission for stroke and number of patients who have had a readmission within 365 days
Kilde	Danmarks Statistik	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Afventer	ISD Scotland
Udgivelse	Statistikdata	Öppna jämförelser med data fra Patientregistret	Afventer	Specialkørsel
Opgørelsesår	2013	2007-2011	Afventer	2010-2014

## 6.2 Datadefinitioner, diabetesområdet

Tabel 22: Datadefinition, diabetes (blodtryk)

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Diabetespatienter som mindst én gang om året har fået målt HbA1c	Patienter med diabetes i primærvård som når mål for blodtryk	Opnåelse av retningslinjer for diabetes	Percentage of people with diabetes who had a record of HbA1c
Beskrivelse	Andelen af diabetespatienter, som mindst én gang om året har fået målt blodtryk (metabolisk eller glykæmisk regulering)	Mål for blodtryk (<130/80 mmHg). Indikatoren viser andelen patienter med typ 2-diabetes som har et blodtryk lavere end 130/80 mmHg. Bare patienter i primærvården og som er yngre end 80 år indgår.	Afventer	Percentage of people with diabetes who had a record of HbA1c within the previous 15 months, by diabetes type and NHS board, 2012
Kilde	Sundhed.dk og Dansk Diabetes Database	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner og Landsting	Afventer	Scottish Diabetes Survey Monitoring Group
Udgivelse	Årsrapport	Öppna jämförelser med data fra NDR – Nationella Diabetesregistret	Afventer	Scottish Diabetes Survey 2012
Opgørelsesår	2014	2012	Afventer	2012

Tabel 23: Datadefinition, diabetes (kolesterol)

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel af type 2 diabetikere som har en LDL-kolesterol over 2,5 som ikke er sat i lipidsænkende behandling	Patienter med diabetes i primærvård som når mål for LDL-kolesterol	Opnåelse av retningslinjer for diabetes	People with diabetes with cholesterol $\leq 5$ mmol/l
Beskrivelse	Andelen af type 2 diabetikere over 40 år med LDL-kolesterol > 2,5, som ikke er sat i lipidsænkende behandling (måling foretaget i praksis)	Indikatoren viser andelen patienter yngre end 80 år som har LDL-kolesterol lavere end 2,5 mmol/l ved det seneste måttillfælde	Afventer	Percentage of people with diabetes (type 1 and typ+G129e 2 combined) with no record of cholesterol $\leq 5$ mmol/l, by NHS Board (denominator those with recording of cholesterol within the previous 15 months)
Kilde	Sundhed.dk og Dansk Diabetes Database	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner og Landsting	Afventer	Scottish Diabetes Survey Monitoring Group
Udgivelse	Årsrapport	Öppna jämförelser med data fra NDR – Nationella Diabetesregistret	Afventer	Scottish Diabetes Survey 2012
Opgørelsesår	2014	2012	Afventer	2012

Tabel 24: Datadefinition, amputationer for patienter med diabetes

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Diagnostiserede diabetespatienter med amputationer	Antal førstgængs amputerede oven forlæd	Amputationer blandt patienter med diabetes	patients have ever had a lower limb amputation
Beskrivelse	Diabetikere bosat i region ved udgangen af 2008, som har fået foretaget amputation (alle slags) som følge af diabetes	Indikatoren viser antallet diabetespatienter som gennemgået en amputation oven forlæd, per 100 000 lækemedelsbehandlede personer med diabetes. Avser lækemedelsbehandlede diabetikere, 40 år og ældre.	patienter med diabetesdiagnose som bruger blodsukkersenkende medikamenter og som har måttet amputere en tå, fot eller et ben på grunn av diabetes	Percentage of people with diabetes with a record of ever having had a major lower limb amputation, by NHS board and diabetes type
Kilde	SST, NPR og LPR	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner og Landsting	Helsedirektoratet, Norsk Pasientregister, Reseptregisteret	Scottish Diabetes Survey Monitoring Group
Udgivelse	Sundhedsstyrelsens webudgivelse Tal på Diabetes i kommuner	Öppna jämförelser med data fra Patientregistret och Läkemedelsregistret	Helsenorge.no	Scottish Diabetes Survey 2012
Opgørelsesår	2010	2009-2012	2013	2012

### 6.3 Datadefinitioner, kirurgiske specialer

**Tabel 25: Datadefinition, reoperationer inden 2 år efter THA**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel opererede der indenfor 2 år efter THA får reoperation	Andel omoperationer inom 2 år efter total höftproteseoperation	Reoperationer ved total hofteprotese operation	Reoperation within Two Years after Total Hip Arthroplasty
Beskrivelse	angivet i % af andel af opererede, inden for 2 år efter primær THA - alle diagnoser	andelen omoperationer inom två år efter den ursprungliga operationen, oavsett vilken orsaken till dessa är. Omoperation är ett vidare begrepp än utbytesoperation eller revision och innefattar all form av ytterligare kirurgi.	Andel reoperasjoner 2 år etter primæroperasjon	Number of Hip Arthroplasty with Revision within 2 years (percentage)
Kilde	Dansk Hoftealloplastik Register	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Nasjonalt Register for Leddproteser	ISD Scotland
Udgivelse	National årsrapport	Öppna jämförelser med data fra Svenska Höftprotesregistret	Specialkørsel	Specialkørsel
Opgørelsesår	2013	2009-2012	2013	2011/2012

**Tabel 26: Datadefinition, dagkirurgisk aktivitet**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Andel dagkirurgi	Andel dagkirurgi	Planlagt dagkirurgi	Share of surgeries performed as day cases
Beskrivelse	Andelen af dagkirurgi, pct. Andelen af dagkirurgi opgøres som andelen af kirurgiske indgreb fra en liste af procedurer, der er særligt egnede til dagkirurgi, og hvor patienten kun er i kontakt med sygehusvæsenet én dag.	Antal operationer i dagkirurgi av totalt antal operationer	Prosent planlagt dagkirurgi av all planlagt kirurgi	The number of British Association of Day Surgery (BADS) surgical procedures performed in a day case or outpatient setting* expressed as a percentage of the total number of BADS procedures
Kilde	SUM og Danske Regioner	Patientregistret, Socialstyrelsen	Helsedirektoratet	ISD Scotland
Udgivelse	Rapport om Øget fokus på gode resultater på sygehusene	Bilagrapport til Öppna jämförelser med data fra Patientregistret, Socialstyrelsen	Online udgivelse om Utviklingen i dagbehandling og dagkirurgi	Annual BADS data by NHS Board of treatment Download Excel file
Opgørelsesår	2012	2010	2011	2012/2013

**Tabel 27: Datadefinition, ventetid for alle opererede patienter**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Ventetid for alle opererede patienter	Patienter som väntat högst 90 dagar på operation	Ventetid til behandling (dager)	Waiting time for treatment
Beskrivelse	Sæsonkorrigeret erfaret ventetid for alle opererede patienter, gns. ventetid i dage	Indikatoren visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling inom specialiserad vård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation i specialiserad vård	Median i antal dage til behandling for alle patienter	Afventer
Kilde	SSI	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	Afventer
Udgivelse	Webbaseret kvartalsstatistik over registreret ventetid til operation	Öppna Jämförelser med data fra Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting	Rapport om ventetider, Norsk pasientregister	Afventer



## 6.4 Datadefinitioner, psykiatrisk område

**Tabel 28: Datadefinition, genindlæggelse i psykiatrien**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Genindlæggelser indenfor 30 dage i voksenpsykiatrien	Andel personer med schizofreni som återinskrivits i slutenvård inom 28 dagar	Reinnleggelsesrate etter utskrivningssted, 30 dage voksne	Readmissions, psychiatric diagnoses
Beskrivelse	Alle diagnoser. En genindlæggelse defineres som en indlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivning. Diagnosen behøver ikke at være den samme som ved den tidligere indlæggelse. Anm: Voksenpsykiatrien er defineret som patienter på 18 år eller derover	återinskrivning inom 28 dagar syftar till att belysa alltför tidig utskrivning från slutenvården, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt samordnad efter utskrivningen	Alle diagnoser. Den totale reinnleggelsesrate er baseret på, hvorvidt patienten er indlagt på ny, uafhængig af hvor indlæggelsen har fundet sted i løbet af 30 dage.	Ikke tilgængelig
Kilde	Danske Regioner	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	Ikke tilgængelig
Udgivelse	Notat udarbejdet af arbejdsgruppe, med data fra Landspatientregistret	Öppna jämförelser med data fra Patientregistret, Socialstyrelsen	Rapport om Patienter i det psykiske helsevern	Ikke tilgængelig
Opgørelsesår	2011	2009-2012	2009	Ikke tilgængelig

## Datadefinitioner, hjerteområdet

**Tabel 29: Datadefinition, dødelighed ved hjerteinfarkt (AMI)**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Dødsfald af AMI indne for 30 dage	Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt	30-dages dødelighed ved hjerteinfarkt efter sygehusindlæggelse uanset årsag	Mortalityrate, Hearth attack
Beskrivelse	Andelen af dødsfald uanset årsag ud af antal personer indlagt for AMI. Patienter indlagt første gang med AMI i perioden fra 2007 til 2011 med aktionsdiagnose I21-I22.	Död inom 28 dagar efter hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality). Andelen personer med hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar, av alla som drabbades av hjärtinfarkt, oavsett om de sjukhusvårdades eller ej. Som hjärtinfarkt har räknats alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i Dödsorsaksregistret eller Patientregistrets slutenvårdsdel.	Beregnet ud fra 30 dages totaloverlevelse: $100 \times (1 - 30\text{dages regional totaloverlevelse}) / (1 - \text{lands gennemsnitlig 30 dages totaloverlevelse})$ .	Age and sex standardised rate
Kilde	Hjerteforeningen og SFI	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	ISD Scotland
Udgivelse	Akut myokardieinfarkt - dødelighed og overlevelse	Öppna jämförelser med data fra Patientregistret och Dödsorsaksregistret	Helsenorge.no	Heart Disease Statistics Update Year Ending 31 March 2013
Opgørelsesår	2007-2011	2010-2012	2013	2012

**Tabel 30: Datadefinition, brug af betablokker**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Medicinsk behandling - betablokker	Patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt behandlas med betablockerare	Medikamenter ved utskrivning, hjerteinfarkt	Use of beta blockers
Beskrivelse	Standarden (som der måles på) er at mindst 80 % af patienter med moderat til svær hjertesvigt bør være i, opstartes i, forsøges opstartet i, behandling med blodtryksnedsættende medicin (betablokker) indenfor tolv uger efter deres første kontakt med behandlingsstedet	Indikatoren visar andelen hjärtsviktpatienter som sex månader efter utskrivning från sjukhus behandlas med betablockerare	Forskriving av medikamenter (betablokkere) ved utskrivning fra siste registrerende sykehus fordelt etter region til pasienter under 80 år (n=8 317) ved hjerteinfarkt	Use of beta blockers as percentage of overall heart patients in 2013
Kilde	Lægeforeningen	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Norsk hjerteinfarktregister	ISD Scotland
Udgivelse	National rapport til borgere	Öppna jämförelser med data fra Patientregistret och Läkemedelsregistret	Årsrapport	Prescribing Information System
Opgørelsesår	2011-2012	2010-2012	2013	2013

**Tabel 31: Datadefinition, ventetid til bypass**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Samlet tid til invasiv behandling ved hjerteklapsygdom'	Väntetid till bypass-operation. Mån	Fysisk Helse, Hjerteroperationer, Bypass	Waiting times for heart surgery (bypass)
Beskrivelse	Standardforløbstiden for 'Samlet tid til invasiv behandling ved hjerteklapsygdom' for pakkeforløb for hjerteklapsygdom og hjertesvigt er 33 kalenderdage	A:46b. Medianväntetid mellan beslut om operation och utförd bypass-operation 2007. Mån.	Ventetid til tjenestestart angivet i antal uger	Afventer
Kilde	Statens Serum Institut	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	Afventer
Udgivelse	Monitorering af pakkeforløb på hjerteområdet	Öppna Jämförelser 2008	Statistikdata fra Fritt sykehusvalg Norge	Afventer
Opgørelsesår	3. kv. 2014	2007	2013	Afventer

## 6.6 Datadefinitioner, cancerområdet

**Tabel 32: Datadefinition, 1-års overlevelse, alle cancergrupper**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	1 års overlevelse efter kræft (alle former)	Relativ 1-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer	Cancer mortality	Cancer Mortality
Beskrivelse	Angivet i procent af overlevende (kønsspecifikke kræftformer er ekskluderet). Her er beregnet gennemsnit for mænd og kvinder. Alderstandardiseret relativ overlevelse	Relativ 1-årsöverlevnad vid samtliga cancerformer. Åldersstandardiserad enligt International Cancer Survival Standard. Patienter 30-89 år vid diagnos. Referensnivå: riksgenomsnittet.	Dødsårsaker, nøkkeltall (LHF) – 0-74 år (kreft C00-C97)	age- and sex-standardised mortality rate per 100,000 person-years, alle types of cancers. Persons ages under 75 years
Kilde	SSI	Socialstyrelsen	Norges Helsa (FHI)	ISD Scotland
Udgivelse	Publikation om Kræftoverlevelse i Danmark, der angiver data er fra Cancerregisteret og CPR.	rapport om Cancer i Sverige	Statistikdata	Cancer Mortality in Scotland (2013)
Opgørelsesår	2009-2011	2005-2009	2012	2013

**Tabel 33: Datadefinition, 5-årig overlevelse ved brystcancer**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Kræftoverlevelse efter 5 år med brystcancer	5-årsöverlevnad vid bröstcancer	5 års overlevelsrate brystkreft pr. helseregion	Breast Cancer – Relative Five-year Survival Rates
Beskrivelse	Alderstandardiseret relativ overlevelse, brystkræft. Vitalstatus per 31/12 2013 og evt. dato for død eller udvandring er påført de enkelte kræfttilfælde ved kobling til det Centrale Person Register (CPR). Personer med mere end et kræfttilfælde indgår i beregningerne med en rekord for hvert kræfttilfælde.	Patienter som diagnostiserats med cancer 2005-2011. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer.	Relativ overlevelse er overlevelse for brystkreftpasienter delt på forventet overlevelse i normalbefolkningen med tilsvarende alders- og kjønssammensetning i samme periode	Numbers of deaths, with age-specific and age-standardised mortality rates (using ESP20131): period 2009-2013
Kilde	SSI	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	ICD Scotland
Udgivelse	Statistikdata tilgængeligt hos SSI, data fra Cancer og CPR registret	Öppna jämförelser med data fra Cancerregistret, Socialstyrelsen	Kvalitetsbasert finansieringsrapport	Cancer Mortality in Scotland
Opgørelsesår	2010-2012	2005-2011	2014	2013

**Tabel 34: Datadefinition, 5-årig overlevelse ved endetarmscancer**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Kræftoverlevelse efter 5 år	5-årsöverlevnad vid ändarmscancer	5 års overlevelsesrate endetarmskreft pr. helseregion	Rectal Cancer – Relative Five-year Survival Rates
Beskrivelse	Alderstandardiseret relativ overlevelse, endetarmskræft. Vitalstatus per 31/12 2013 og evt. dato for død eller udvandring er påført de enkelte kræfttilfælde ved kobling til det Centrale Person Register (CPR). Personer med mere end et kræfttilfælde indgår i beregningerne med en rekord for hvert kræfttilfælde.	Patienter som diagnosticerats med cancer 2005–2011. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnosticerats med cancer.	Totaloverlevelse på RHF niveau.	Numbers of deaths, with age-specific and age-standardised mortality rates (using ESP20131): period 2009-2013
Kilde	SSI	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsedirektoratet	ICD Scotland
Udgivelse	Statistikdata tilgængeligt hos SSI, data fra Cancer og CPR registret	Öppna jämförelser med data fra Cancerregistret, Socialstyrelsen	Kvalitetsbasert finansieringsrapport	Cancer Mortality in Scotland
Opgørelsesår	2010-2012	2005-2011	2014	2013

**Tabel 35: Datadefinition, ventetid til operation ved brystcancer**

	Danmark	Sverige	Norge	Skotland
Indikatornavn	Ventetid til operation, brystkræft	Tid från beslut om vårdplan till operation vid bröstcancer, mediantid i dagar	Patienter startet i behandling av brystkreft innen 20 dager	Waiting Times for Breast Cancer Surgery
Beskrivelse	Andel patienter, hvor tid fra henvisning er modtaget til operation er gennemført ligger inden for 37 dage	väntetiden från beslut om vårdplan till operation för bröstcancer	andel pasienter hvor behandling er startet innen 20 arbeidsdager etter at sykehuset mottok henvisning for brystkreft. Det er et mål at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 dager	Performance against the 31-day standard of all patients with a decision to treat that then went on to start treatment within 31-days of that decision: for all cancer types*
Kilde	Statens Serum Institut	Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting	Helsenorge.no	ISC Scotland
Udgivelse	Monitorering af pakkeforløb for kræftområdet	Öppna jämförelser med data fra Nationella Bröstcancerregistret	Webstatistik	Cancer Waiting Times in Scotland
Opgørelsesår	2014, 3. kvartal	2011	2014	2012