

Öppna jämförelser 2016

En god vård?

Övergripande uppföljning utifrån sex frågor
om hälso- och sjukvårdens resultat

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-1-22
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2017

Förord

Detta är den tionde årgången av öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelserna har ökat i omfattning från år till år. Från att ha publicerats som en samlad skriftlig rapport sker nu rapporteringen i flertal olika rapporter och i webbaserade system. Föreliggande rapport fokuserar på att ge en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat. I rapporten presenteras 54 indikatorer utifrån Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Rapporten riktar sig främst till lednings- och styrningsfunktioner i hälso- och sjukvården.

Projektledare har varit Kalle Brandstedt och Martin Lindblom. Birgitta Lindelius har varit ansvarig enhetschef. Flera medarbetare från Socialstyrelsen har medverkat med underlag till rapporten. Socialstyrelsen vill även tacka de externa aktörer som bidragit med underlag till årets rapport.

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Inledning	11
Avgränsning	11
Indikatorurval och indelning	14
Indikatorset	14
Indikatorer	14
Metod och redovisning	15
Om jämförelserna	15
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"	17
1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)	18
Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder	21
"Blir vi friskare och lever längre?"	23
2. Självskattat allmänt hälsotillstånd	24
Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra	27
3. Återstående medellivslängd	28
4. Egenrapporterad tandhälsa	31
5. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	33
Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige med Eurostats mått	35
6. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	36
Stora skillnader i dödlighet i hjärtsjukdom mellan länder	39
7. Åtgärdbar dödlighet i KOL	40
8. Själv mord i befolkningen	44
Skillnader i antal självmord i Europa, Sverige i mitten	47
"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?"	48
9. Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL	48
Sverige är bland de bättre för diabetes, men inte för hjärtsvikt	50
10. Undvikbar slutenvård, äldre personer	51
11. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar bland äldre	52
12. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)	54
13. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes	56
14. Trycksår i slutenvård (grad 2–4)	59
Trycksår på svenska och amerikanska sjukhus	61
15. Vårdrelaterade infektioner	61
Vårdrelaterade infektioner i Europa	63
16. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	64
17. Äldre med läkemedel som bör undvikas	66

18. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre.....	68
19. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur	70
20. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation	72
Protesoperationer är jämförelsevis vanligare i Sverige	73
21. Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke (12 månader) ...	74
22. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)	76
Sverige i jämförelse av dödlighet vid strokesjukvård	78
23. Dödlighet efter hjärtinfarkt	79
Lägre dödlighet vid hjärtinfarkt i Sverige än i Storbritannien	82
24. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	82
Svenska män har högst överlevnad i Norden	84
25. Dödlighet efter höftfraktur	85
26. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom	87
Sverige har lägst överdödlighet vid bipolär sjukdom	89
27. Återkommande slutenvård i livets slutskede	89
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"	92
28. Tobaksvanor under graviditet	92
29. MPR-vaccination av barn	94
30. Fysisk inaktivitet vid diabetes	95
31. Rökning vid diabetes.....	97
32. Antikoagulantia till riskpatienter.....	99
33. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt.....	100
34. Fallskador bland äldre	102
Fallskador är en stor bidragande orsak till sjukdomsburden i Sverige .	104
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"	106
35. Tillgång till sjukvård	106
36. Primärvårdens tillgänglighet per telefon.....	108
37. Läkarpbesök inom sju dagar i primärvård.....	109
Svårt att få tid för besök enligt svarande i Sverige och Kanada.....	110
38. Tandvårdsundersökning de senaste två åren	111
En av fem svarade att de avstod tandvård på grund av kostnaden .	114
39. Responstid för ambulans	114
Responstid för ambulans i Storbritannien	115
40. Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom bup..	116
41. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	117
Väntetid till specialistvård i 11 länder, Sverige långt ifrån toppen.....	119
42. Operation inom 90 dagar	120
43. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	122
Sverige redovisar lägst antal vårdplatser per invånare	125
44. Utskrivningsklara patienter på sjukhus.....	125

45. Väntetid till särskilt boende	126
Låg andel av de äldre på äldreboende i Danmark och i Sverige	129
46. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer	129
47. Kontinuitet och koordinering	130
Sverige visar svaga resultat för koordination i vården	132
48. Delaktighet och involvering.....	133
"Hur bidrar hälso- och sjukvården till hållbart god vård?"	136
49. Förtroende för hälso- och sjukvården	136
Fler än i andra länder svarar att sjukvården behöver förändras	138
50. Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor	139
51. Förekomst av antibiotikabehandling	140
Sverige har låg förskrivning av antibiotika i europeisk jämförelse	143
52. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda.....	144
Hög andel primärvårdsläkare i Sverige uppger att de är stressade	147
53. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar	147
54. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer	150
Redovisning av bakgrundsfaktorer	152
Befolkningsstruktur	153
Levnadsvanor.....	155
Tillgängliga resurser med internationella jämförelser	157
Diskussion.....	162
Referenser	164

Sammanfattning

Syftet med rapporten är att ge en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens resultat genom indikatorbaserade jämförelser över tid, mellan län, utbildningsgrupper samt internationellt. Till skillnad från tidigare öppna jämförelser av hälso- och sjukvården redovisas även bakgrundsfaktorer.

Det är viktigt att utformningen av en rapportering som denna kan diskuteras vidare med alla intressenter; men med de jämförelser som nu valts ut för olika områdena ser vi att:

- Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat kontinuerligt och i jämförelse med andra länder satsar Sverige relativt mycket som andel av de samlade resurserna.
- Flertalet av indikatorerna som avser hälsa och resultat kopplat till medicinsk kvalitet visar på kontinuerliga förbättringar och bra resultat i relation till andra länder.
- Flertalet indikatorer som avser tillgänglighet visar inte på samma goda utveckling eller resultat i förhållande till andra länder.
- Preventiva arbetssätt används i ökande utsträckning men en stor potential kvarstår, vilket exemplifieras av stora skillnader mellan länen.
- Indikatorer som speglar påverkbara förutsättningar för hållbart god vård är ett område som behöver utvecklas vidare.

För enskilda indikatorer framgår bland annat att:

- Förtida dödlighet, genom ett urval orsaker som i hög grad bedömts vara åtgärdbara inom vården och ischemisk hjärtsjukdom, har fortsatt minska.
- Ingen minskning av antalet självmord kan ses för de senaste 15 åren.
- Män har en minskad dödlighet i KOL innan 80 års ålder medan kvinnor haft en ökad dödlighet, framförallt bland kvinnor med kortare utbildning.
- För personer som drabbas av hjärtinfarkt eller stroke har dödligheten fortsatt att minska och för dem som hunnit komma till sjukhus för behandling är överlevnaden bra i jämförelse med andra länder.
- Överlevnaden vid cancersjukdom har ökat och både kvinnor och män har bra resultat i jämförelse med övriga Norden.
- Fallskador ökar bland äldre och innebär en omfattande sjukdomsbörda och stora ekonomiska kostnader.
- Patienter med risk för stroke ges i ökande grad förebyggande behandling samtidigt som skillnaderna mellan län samt kvinnor och män har minskat.
- Det finns stora skillnader i hur vanligt det är att få tänderna undersökta inom en tvåårsperiod. Skillnaderna är tydliga mellan län, kvinnor och män samt grupper med olika utbildningsnivå.

Utöver de resultat som indikatorerna visar ger redovisningen av bakgrundsfaktorer en bild av skillnader i förutsättningar och utmaningar mellan länen för bland annat tillgängliga resurser och en åldrande befolkning, men även förutsättningar för fortsatt förbättring och utveckling.

Inledning

Öppna jämförelser har publicerats sedan 2006. Syftet med denna rapport är att ge en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell och regional nivå samt i kommuner.

Rapporten är tänkt att bidra som underlag till förbättring av vården, till exempel genom att stödja övergripande arbete för att identifiera och prioritera områden där insatser är mer angelägna. Det övergripande syftet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvården och socialtjänst är att:

- skapa öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen
- ge underlag för ledning och styrning
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande.

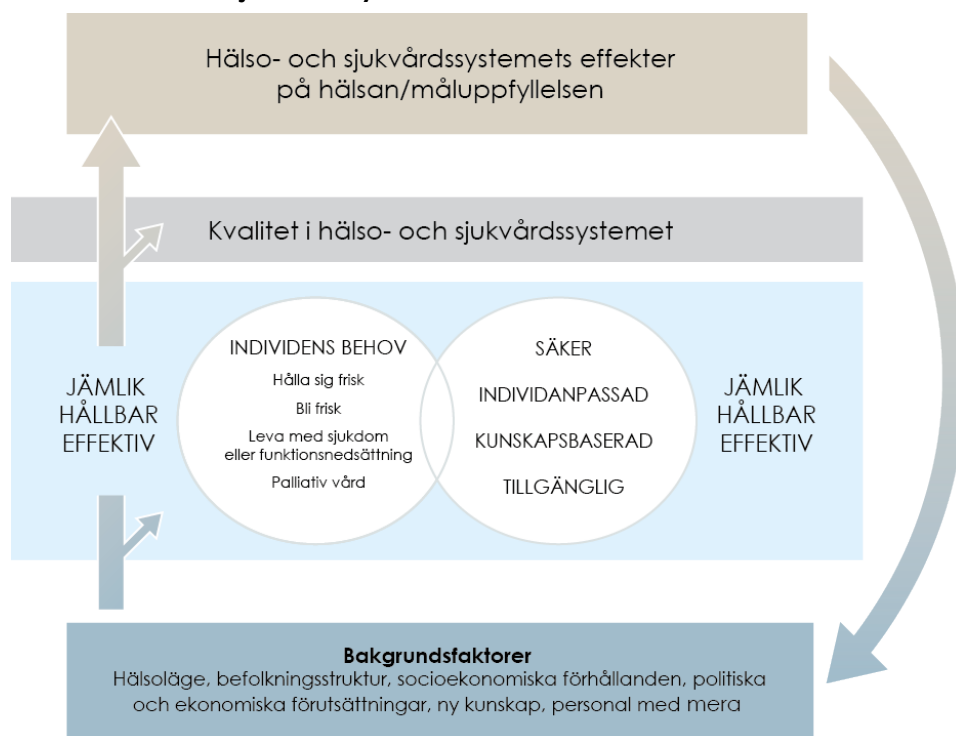
Rapporten är en del i en omfattande redovisning av indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet¹. Fördelen med det stora antal indikatorer som publiceras regelbundet via olika kanaler är att flera sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården kan belysas, även om nationell information om viktiga områden fortsatt saknas. Den stora informationsmängden har lett till ett behov av att paketera indikatorerna i rapporter med olika fokus. Ledning och styrning samt praktiskt förbättringsarbete sker på olika nivåer, vilket gör att olika typer av underlag behövs beroende på syfte.

Avgränsning

Rapporten avser att fånga hälso- och sjukvårdens övergripande resultat. Utgångspunkten för val av indikatorer har därför varit Socialstyrelsens beskrivande ramverk för hälso- och sjukvårdssystemet. Även om indikatorerna här vänder sig till beslutsfattare så går flertalet att använda på lokal nivå i ledningens förbättringsarbete.

¹ I början av 2017 publicerar Socialstyrelsen bland annat rapporter med öppna jämförelser kring *säker vård* och *äldres vård och omsorg*. Ett flertal indikatorer från Socialstyrelsens hälsodataregister utöver de som redovisas i olika rapporter uppdateras också i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* med den nuvarande adressen: oppnajokforelser.socialstyrelsen.se

Figur 1. Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet



Ramverket ska på ett övergripande plan illustrera de dimensioner som utgör hälso- och sjukvårdssystemet. Kärnan i ramverket utgörs av Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg. Beskrivningen av dessa dimensioner utgår från rapporten *Nationella indikatorer för God vård*. Förutom dimensionerna av god vård och omsorg har Socialstyrelsen kompletterat ramverket med ytterligare dimensioner som bedömts som nödvändiga för att beskriva hälso- och sjukvårdssystemet. Nedan presenteras de delar som utgör ramverket.

God vård

- **Säker:** Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rätts-säkerhet.
- **Individanpassad:** Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Kunskapsbaserad:** Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Jämlig:** Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- **Tillgänglig:** Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.
- **Effektiv:** Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

Hållbar

Hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart så att god vård kan fortsätta att ges i framtiden, även vid förändrade förhållanden. I denna dimension ingår exempelvis aspekter som berör legitimitet, kompetensförsörjning, långsiktig finansiering samt utvecklings- och anpassningsförmåga. Det kan även avse inverkan på det ekologiska systemet, speciellt i de fall när konsekvenserna i hög grad rör hälso- och sjukvården. Ett exempel är den nuvarande utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier i samhället.

Individens behov

Denna del av ramverket ska spegla olika delar av en individs liv eller olika möjliga livssituationer. Syftet är att tankemässigt precisera att god vård och omsorg kan innebära olika aspekter beroende på individens förutsättningar. Individens behov är uppdelat i att hålla sig frisk, bli frisk, leva med sjukdom eller funktionsnedsättning samt palliativ vård (vård i livets slutskede).

Kvalitet

Kvalitet i hälso- och sjukvårdssystemet utgörs av strukturer, processer och prestationer inom hälso- och sjukvården, vilka påverkar kvaliteten i utfall och måluppfyllelse. Resultatet i form av utfall och måluppfyllelse påverkas även av bakgrundsfaktorer vilka beskrivs närmare i avsnittet *Redovisning av bakgrundsfaktorer*.

Hälso- och sjukvårdssystemets effekter på hälsan och måluppfyllelsen

Denna del av ramverket utgår från de effekter systemet har för patienten. Grunden för en vård av god kvalitet är att vården är säker, individanpassad, kunskapsbaserad och tillgänglig. Här kan det till exempel handla om patientrapporterade utfallsmått och grad av canceröverlevnad. Vården ska även vara jämlik och effektiv.

Bakgrundsfaktorer

Bakgrundsfaktorerna utgörs av de faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet som kan inverka på utfallet. Även om bakgrundsfaktorerna kan vara svåra att påverka för aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet är de viktiga att ta hänsyn till. Bland annat påverkar hälsoläget i befolkningen hälso- och sjukvårdssystemets måluppfyllelse. I vissa avseenden är det svårt att skilja ut just hälso- och sjukvårdens påverkan och ansvar i förhållande till påverkan av och ansvar för övriga samhällsdelar. Förutom befolkningsstruktur och befolkningens hälsoläge utgörs bakgrundsfaktorerna av olika slags resurser, politiska förutsättningar och ny kunskap. Exempel på bakgrundsfaktorer och mått redovisas i avsnittet *Redovisning av bakgrundsfaktorer*.

Indikatorurval och indelning

Den primära målgruppen för rapporten är beslutsfattare på olika nivåer som har ansvar för att tillhandahålla invånarna en god vård. Indikatorindelningen görs därför utifrån frågeställningar ur ett invånarperspektiv:

1. "Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"
2. "Blir vi friskare och lever längre?"
3. "Hur är kvaliteten i den hälso- och sjukvård vi får?"
4. "Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"
5. "Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"
6. "Hur bidrar hälso- och sjukvården till hållbar god vård?"

Indikatorset

Följande egenskaper eftersträvas för indikatorsetet som helhet:

- **Överskådligt** genom en begränsning av antalet indikatorer.
- **Täckande** vad gäller verksamhetsdelar, större sjukdomsgrupper och relevanta dimensioner.
- **Balanserat**, en indikator kan enbart belysa mer eller mindre begränsade delar av systemet, därför bör de fördelas jämnt och i paritet med storleken på olika delar samt relevansen av olika dimensioner.

Indikatorer

Följande kriterier används som vägledning i urvalet av enskilda indikatorer:

- **Bredd och relevans.** Indikatorn bör gälla stora och gärna flera delar av systemet alternativt stora volymer eller viktiga aspekter. Smalare indikatorer kan motiveras av att viktiga aspekter eller problem annars inte representeras.
- **Resultat.** Både resultatmått och processmått kan användas, men breda resultatmått prioriteras eftersom de i sig kan ses som övergripande mått på flera underliggande processer och prestationer.
- **Internationella referenspunkter.** Indikatorer som har internationella referenspunkter prioriteras, allra helst direkta jämförelser med flera länder.
- **Mätbar och tillgänglig.** Indikatorn ska vara mätbar, och väl definierad. Indikatorn bör återkommande kunna rapporteras på nationell nivå.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn bör vara vedertagen och gärna förekomma i andra etablerade sammanhang. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt som den avser att mäta.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Möjlig att påverka.** Det ska vara möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdsområdet på lokal, regional eller nationell nivå.

Metod och redovisning

Med öppna jämförelser avses en indikatorbaserad uppföljning genom jämförelser, vilket huvudsakligen innebär att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator samt olika redovisningsnivåer [1]. Jämförelserna kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet.

Om jämförelserna

För resultatindikatorer, vilka utgör den största delen i rapporten, är tiden till synbar förändring av utfall oftast längre än för processindikatorer eftersom många samverkande faktorer normalt påverkar resultatet. För att exempelvis följa upp åtgärder för förbättringar kan resultatindikatorer kompletteras med verksamhetsnära delresultat och processindikatorer, vilka bör mätas kontinuerligt.

Det är önskvärt att redovisa så aktuella data som möjligt, men om datamängden är liten bör längre tidsperioder användas. Annars skulle underlaget bli för litet för att jämföra kvaliteten i den verksamhet eller det system som står för utfallet [2-4].

Att tänka på vid tolkning av jämförelser och resultat

Följande aspekter är viktiga att ha i åtanke vid tolkning av jämförelser och resultat:

- Indikatorerna är valda för att tillsammans ge en övergripande bild men det handlar trots allt om nedslag som belyser begränsade delar och aspekter av systemet.
- Jämförelserna ska fungera som utgångspunkt för vidare diskussion och analys.
- Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera de lokala resultaten och hitta förbättringsmöjligheter.
- Ett bättre värde i relation till andra värden behöver inte vara ett bra resultat. I vissa fall har alla ett bra resultat, i andra fall har ingen ett bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga nationella målnivåer, men oftare är det mer otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- För indikatorerna gäller att det är möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdssystemet men även andra faktorer spelar in och variationerna beror inte sällan på skillnader i förutsättningar.
- Utfall är en indikation på kvalitet men innehåller bland annat även en slumpfaktor, som i diagrammen illustreras av konfidensintervall [2-4].
- Jämförelserna har inte utformats för att stödja patienternas val av vårdgivare.

Internationella data

I förhållande till de internationella data som återges i rapporten bör tolkningen vara försiktigt, eftersom flera fallgror kan förekomma vad gäller

jämförbarhet, datakvalitet och tolkning av resultaten. Ofta bygger uppgifterna på olikartade datakällor som har bearbetats och rapporterats från respektive land, och om enkätdata återges finns alltid skillnader i hur frågor och svarsalternativ formuleras och tolkas på olika språk. Tolkningen av vad ett resultat eller en indikator betyder i form av kvalitet och resultat kan också bli väldigt olika beroende på skillnader mellan länderna vad gäller förutsättningar och systemens utformning och funktion [5].

De internationella jämförelserna är inte genomgående indikatorer på kvalitet utan det förekommer även uppgifter som exempelvis speglar resurser, vårdkonsumtion eller sjukdomsförekomst men som ändå bedömts relevanta för den redovisade indikatorn.

Om diagrammen

Diagram som presenterar indikatorvärdet på länsnivå sorteras utifrån en önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering till vänster i ett diagram är ett bättre utfall än en placering till höger.

Beakta att skalan på värdeaxeln kan skilja sig åt mellan olika diagram och ofta inte börjar på 0 eller inte går hela vägen till exempelvis 100 procent.

Konfidensintervall

I flera diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall med svarta streck vid de staplar eller prickar som markerar värdet. Konfidensintervall används ofta för att beskriva osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Flera av jämförelserna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer under en viss tidsperiod. Det gäller exempelvis för uppgifter ur Socialstyrelsens hälsodataregister. Konfidensintervall beräknas även i dessa fall eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som utöver kvaliteten också innehåller en slumpfaktor. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen.

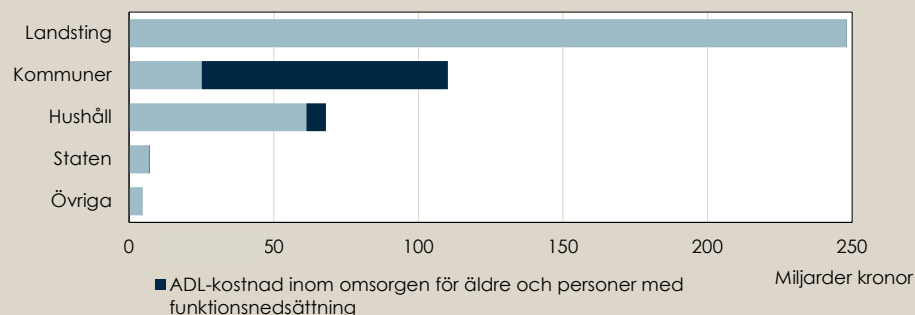
I samband med jämförelser av resultat och utfall som indikationer på kvalitet är det vedertaget att ange den statistiska osäkerheten [2-4].

"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"

Den svenska hälso- och sjukvårdens kostnader beräknades uppgå till cirka 45 000 kronor per invånare 2014 [6]. Finansieringen sker till största delen av landsting² och kommuner, vilka också är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Landsting och kommuner finansieras i sin tur till övervägande del via inkomstskatt. En del av hälso- och sjukvården finansieras också direkt av dem som konsumerar den, exempelvis genom avgifter vid besök i tandvården och köp av läkemedel.

E.1. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter i Sverige

Totala hälso- och sjukvårdsutgifter utifrån finansiärer, miljarder kronor, 2014 (baserat på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



Källa: Hälsoräknenskaperna, Statistiska centralbyrån.

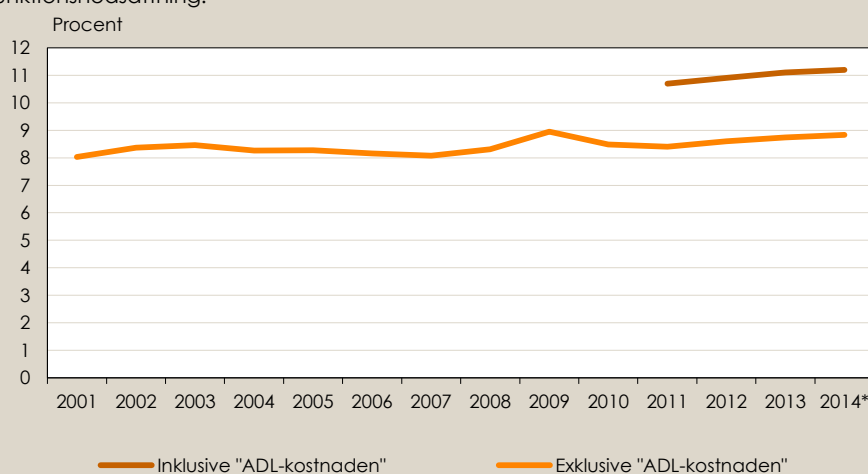
Traditionellt sett har tjänster som gäller personlig omvårdnad³ inom omsorgen om äldre och om personer med funktionsnedsättning i Sverige räknats till omsorgen, inte till hälso- och sjukvården. Hälsoräknenskaperna har anpassats till en ny internationell standard för redovisningen, och därför räknas även denna verksamhet till hälso- och sjukvården, även om verksamheten inte regleras av den svenska hälso- och sjukvårdslagen [7]. Denna verksamhet är stor i Sverige och den nya redovisningen innebär därför även en stor förändring när kostnaderna för hälso- och sjukvården anges som andel av bnp. Denna förändring är också större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder.

² Med landsting avses i denna rapport även regioner.

³ I hälsoräknenskaperna benämns dessa utgifter som ADL-komponenten. ADL är en förkortning av *Activities of daily living*. Kostnaderna avser dock bara grundläggande ADL så som personlig omvårdnad och inte den del som avser exempelvis handling och städning, så kallad IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*).

E.2. Hälso- och sjukvårdens andel av bnp

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP - med och utan de så kallade "ADL-kostnaderna" som avser personlig omvårdnad inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning.



* Baserat på preliminära årsberäkningar av Nationalräkenskaperna

Källa: Hälso- och sjukvårdens kostnader, Statistiska centralbyrån.

Kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården är viktig för att systemet ska kunna finansieras långsiktigt och hållbart, och kostnadsökningen bör ligga på samma nivå som den generella ekonomiska utvecklingen i samhället; annars kan det komma att krävas antingen skatthöjningar eller minskade ambitionsnivåer.

Ett övergripande mål för hälso- och sjukvården är att den ska vara effektiv. Det innebär att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel med mera ska användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till målen om god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.

Det enklaste, och oftast enda tillgängliga, måttet på resursåtgång är kostnader, och genom att relatera måluppfyllelsen till vårdens kostnader får man fram ett mått på effektivitet. Normalt är emellertid kostnadsdata tillgängliga på en mer aggregerad nivå än resultatindikatorerna. Dessutom behöver olika typer av resultatmått vägas samman till ett mått på måluppfyllelse som kan relateras till kostnaderna. I denna rapport görs ingen sådan sammanvägning utan här redovisas en övergripande indikator som rör landstingens kostnader per invånare samt en internationell jämförelse av de totala kostnaderna som andel av bnp. I följande avsnitt redovisas sedan en rad indikatorer som på olika vis har betydelse för hur väl hälso- och sjukvårdssystemet når verksamhetens mångfacetterade mål.

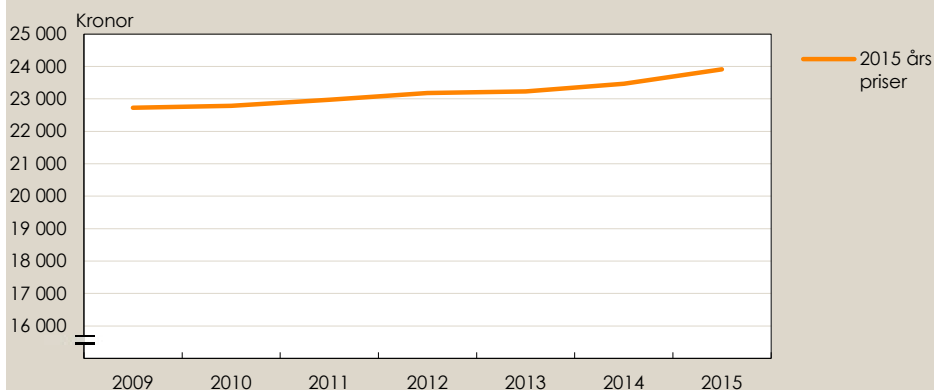
1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

Kostnadsökningarna i den landstingsfinansierade delen av svensk hälso- och sjukvård har varit kontinuerliga sedan 2009. Från år 2009 till 2015 har

kostnaden per invånare ökat med drygt 1 000 kronor, mätt i fasta priser. I den redovisade kostnaden exkluderas tandvård och primärvårdsansluten hem-sjukvård.

1.1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad

Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader per invånare 2009-2015, primärvårdsansluten hemsjukvård och tandvård är exkluderade. 2015 års priser enligt landstingsprisindex (LPIK).



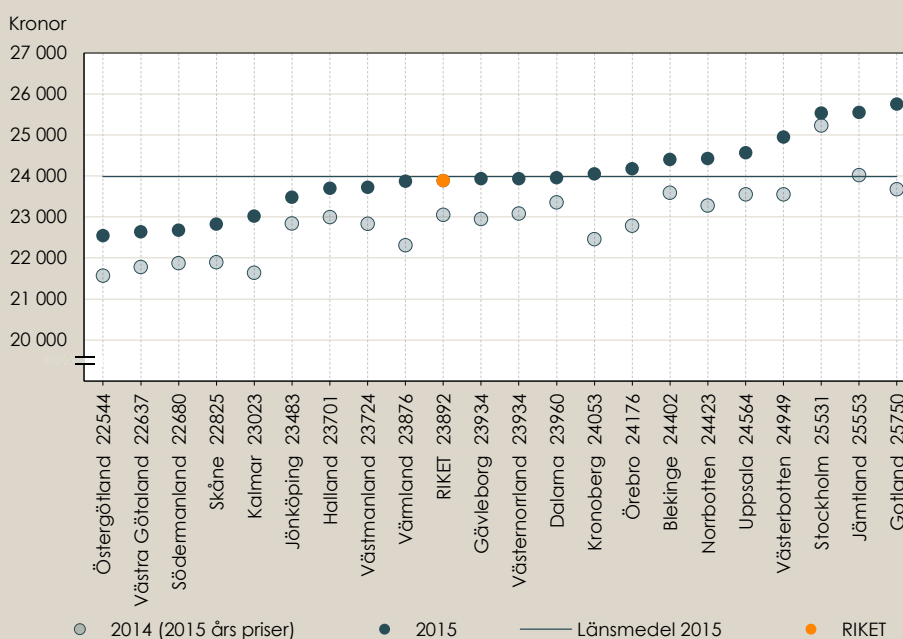
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån.

För att göra jämförelser av kostnadsskillnader mellan olika landsting mer rättvisa beräknas en strukturjusterad kostnad där hänsyn tas till landstingens olika förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård. Det finns dock strukturella faktorer som inte går att påverka, exempelvis befolkningens ålderssammansättning och den socioekonomiska strukturen. Dessutom exkluderas omstruktureringarkostnader i jämförelsen.

Kostnaden mätt i fasta priser har ökat i samtliga landsting mellan 2014 och 2015, stora skillnader i både ökningen och kostnadsnivån föreligger dock mellan landstingen. Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig åt mellan landstingen kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och sjukvården, men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämnningssystemet. Dessutom påverkas kostnadsutfallet av hälso- och sjukvårdens resultat och organisering.

1.2. Landstingens strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader

Landstingens strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån.

Beräkning av den strukturjusterade kostnaden

Årligen beräknas en standardkostnad för hälso- och sjukvården för respektive landsting baserat på uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen utifrån kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Kostnadsuppgifterna kommer från Statistiska centralbyråns ekonomistatistik. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen speglar den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur med mera.

Denna standardkostnad ligger sedan till grund för landstingens kostnadsutjämning i det kommunala utjämningssystemet. En liknande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, vilken ska spegla strukturella skillnader i läkemedelskostnaderna.

Kvoten mellan standardkostnad respektive läkemedelsstatsbidrag per invånare för respektive landsting, och motsvarande för riksgenomsnittet, blir ett mått på hur mycket de strukturella faktorerna betyder. Genom att dividera den faktiska kostnaden med denna kvot erhålls en strukturjusterad kostnadsnivå.

De olika delar i systemet för kostnadsutjämning som ligger till grund för justeringen kan förändras från år till år. Jämförelser med tidigare år kan därför vara problematiska.

Om relaterade mått och data

Det förekommer en rad olika kostnadsått som berör hälso- och sjukvården och som uppdateras kontinuerligt. SCB tillhandahåller räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, även uppdelat efter verksamhetsgrenar.

I databasen *Kolada*⁴ finns många nyckeltal där räkenskapssammandragets kostnader ställs mot exempelvis antalet invånare eller olika prestationer samt finansiella nyckeltal för landstingen.

De flesta landsting har system för att beräkna kostnaderna för enskilda vårdkontakter, så kallade *KPP-system* (kostnad per patient). Genom KPP kan kostnaderna följa verksamheten och brytas ned eller aggregeras på flera olika nivåer. KPP-data samlas också i en nationell databas, och kostnader för ett urval olika åtgärder publiceras öppet sedan ett antal år. I databasen *Vården i siffror*, kan jämförelser av sådana mått göras mellan sjukhus.

Kostnad per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård är en bred produktivitetsindikator som är värd att nämna. DRG är en förkortning av diagnosrelaterade grupper. I måttet kombineras uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med SKL:s KPP-databas och verksamhetsstatistik för att få ett sammanvägt mått på produktionen inom den specialiserade somatiska vården. Den sammanvägda produktionen ställs sedan mot räkenskapssammandragets kostnader för samma verksamhet. Den specialiserade somatiska vården står för cirka hälften av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård.

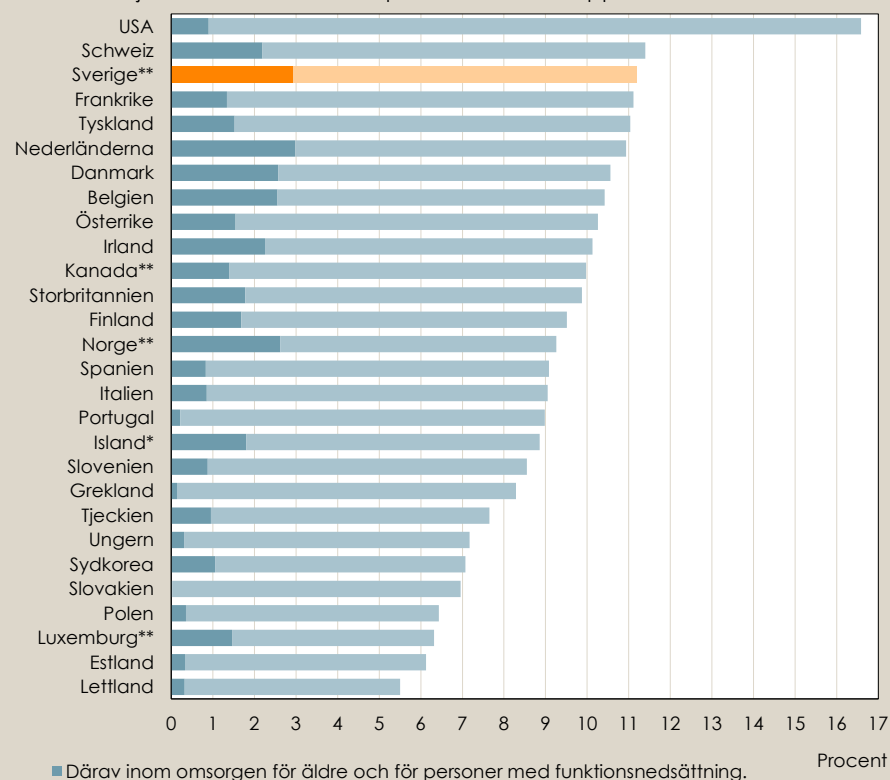
Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder

I en internationell kontext kan kostnaderna för hälso- och sjukvården visas genom områdets andel av bnp. Diagram A.1 visar att hälso- och sjukvårdens andel av bnp för Sverige uppgår till 11 procent (preliminära siffror för 2014) vilket är en av de högsta andelarna bland jämförda länder i OECD. I tidigare mätningar har Sveriges placering legat mer i mitten. Skillnaden i placering ligger dock inte i att Sverige numera lägger mycket mer resurser på hälso- och sjukvården, utan är ett resultat av införandet av den nya redovisningsmetod som länderna ska följa. Denna nya metod innebär att en avsevärt mycket större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård [7]. Denna del är stor och större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder. I diagram A.1 särredovisas delen som avser omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning och av denna kostnad utgjorde 80 procent kostnader för personlig omvårdnad. Skillnader i det offentliga åtagandet kan påverka denna andel. Andra länder med en hög andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Nederländerna, Norge, Danmark och Belgien.

⁴ Kommun- och landstingsdatabasen Kolada drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

A.1. Länder. Hälso- och sjukvårdens andel av bnp

Hälso- och sjukvårdens andel av bnp för länder med rapporterade v rden för 2014.



* Avvikande beräkningssätt. ** Preliminära uppgifter

Källa: Health Statistics, OECD.

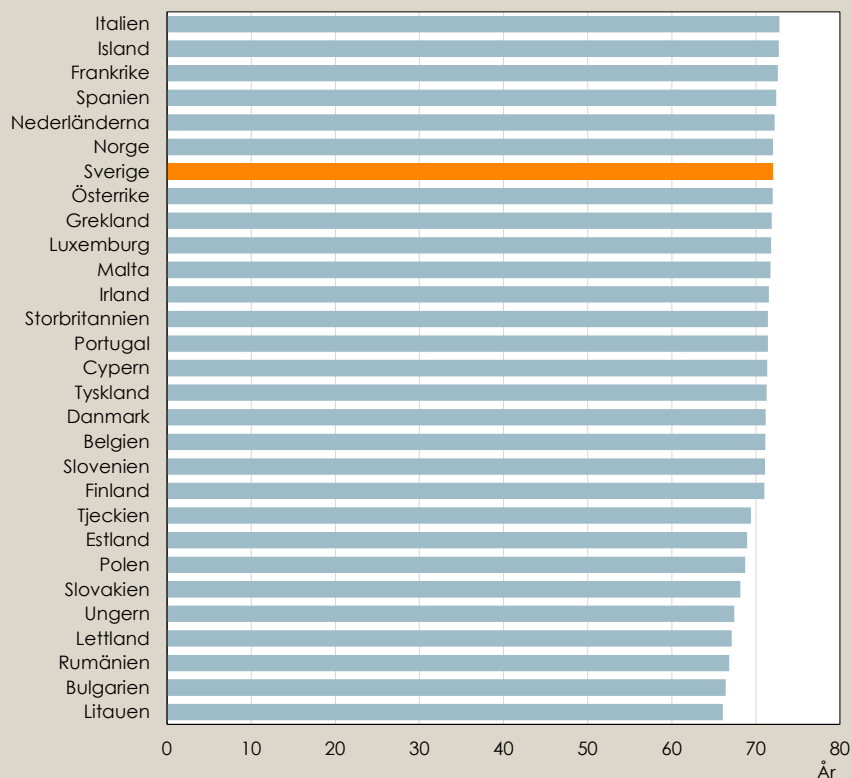
"Blir vi friskare och lever längre?"

Här redovisas breda mått för hälsoutfallet där kvaliteten i hälso- och sjukvården spelar roll men där utfallet även påverkas i hög grad av exogena faktorer så som levnadsvanor, livsvillkor och levnadsförhållanden.

I den vetenskapliga litteraturen förekommer olika uppfattningar om i vilken mån hälso- och sjukvården bidrar till hälsan på befolkningsnivå i förhållande till andra förklaringsfaktorer. Sjukvårdens roll för hälsan är trots allt tydligare än vad motsvarande roll är för övriga politikområden, till exempel boende, arbetsmarknad eller utbildning. Huvuddelen av hälso- och sjukvårdens verksamhet syftar direkt till att förbättra människors livskvalitet genom att minska och förebygga ohälsa, inte minst hos personer med kroniska sjukdomar. Även om fokus ligger på enskilda individer menar flera forskare att hälso- och sjukvårdens aggregerade effekt på folkhälsan är betydande och att det finns en stor potential kvar. För olika medicinska behandlingar har också uppskattningar gjorts av deras påverkan på hälsan i befolkningen, till exempel i form av år med mindre besvär och bättre funktion per 100 000 invånare [8-10].

E.3. Länder. Återstående år med god hälsa från födseln

Antal återstående år med god hälsa från födseln, redovisat för länderna i EU samt Norge och Island exklusive Kroatien, 2015.



Källa: Health statistics, WHO.

Sverige är ett av länderna inom EU där invånarna kan förvänta sig flest antal år med god hälsa. I Sverige kan invånarna förvänta sig drygt 72 år av god hälsa från födseln. I Italien, där invånarna kan förvänta sig flest år med god hälsa, är antalet år av god hälsa från födseln 73.

Under de senaste decennierna har hälsan i befolkningen som helhet förbättrats rejält. Den minskade dödligheten för ett flertal sjukdomar har tillsammans med förbättrade levnadsvanor bidragit till att medellivslängden ökat.

Hälsoutvecklingen i befolkningen har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort och påverkar också behoven av hälso- och sjukvård. Medellivslängd och självskattat allmänt hälsotillstånd är två mått som ofta används för att beskriva hälsa övergripande och måtten ger även en bild av den generella hälsoutvecklingen. Tandhälsa i befolkningen är ett exempel på en indikator som också beskriver det allmänna hälsotillståndet, inte minst med anledning av en stark koppling till levnadsvanor och vårdkonsumtion.

2. Självskattat allmänt hälsotillstånd

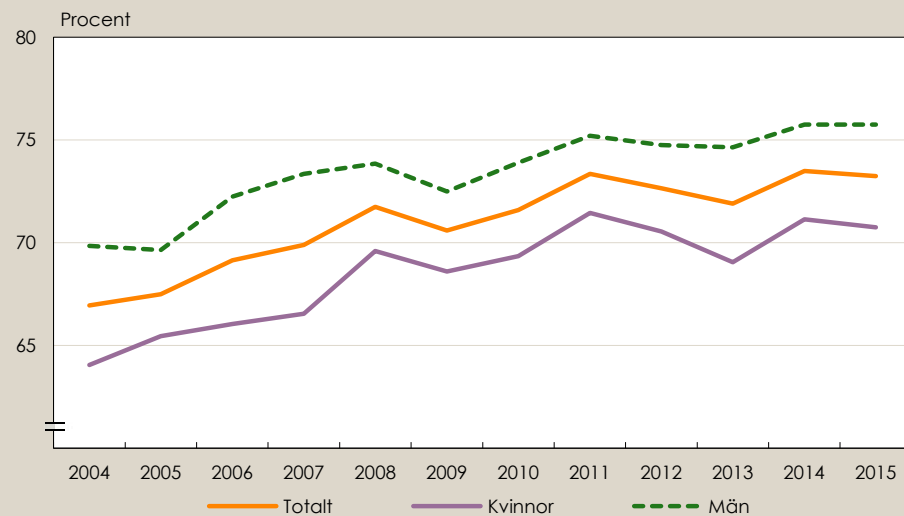
Hälsan är inte jämlikt fördelad i befolkningen. Befolkningens självskattade hälsa har följts sedan 1980 i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Dessa undersökningar har visat att den självskattade hälsan tidigare har försämrats bland kvinnor med kort utbildning [11]. Ingen tydlig förbättring syns heller på senare tid för dem med kortare utbildning i den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*.

I den här rapporten presenteras hur stor andel som svarat ”mycket bra” eller ”bra” på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”.

Andelen med god självskattad hälsa har ökat för både män och kvinnor mellan 2004 och 2015. Män anger oftare än kvinnor att det egna hälsotillståndet är bra eller mycket bra och personer med hög utbildningsnivå anger oftare att de har en god hälsa än vad de med kortare utbildning gör.

2.1. Självskattat allmänt hälsotillstånd

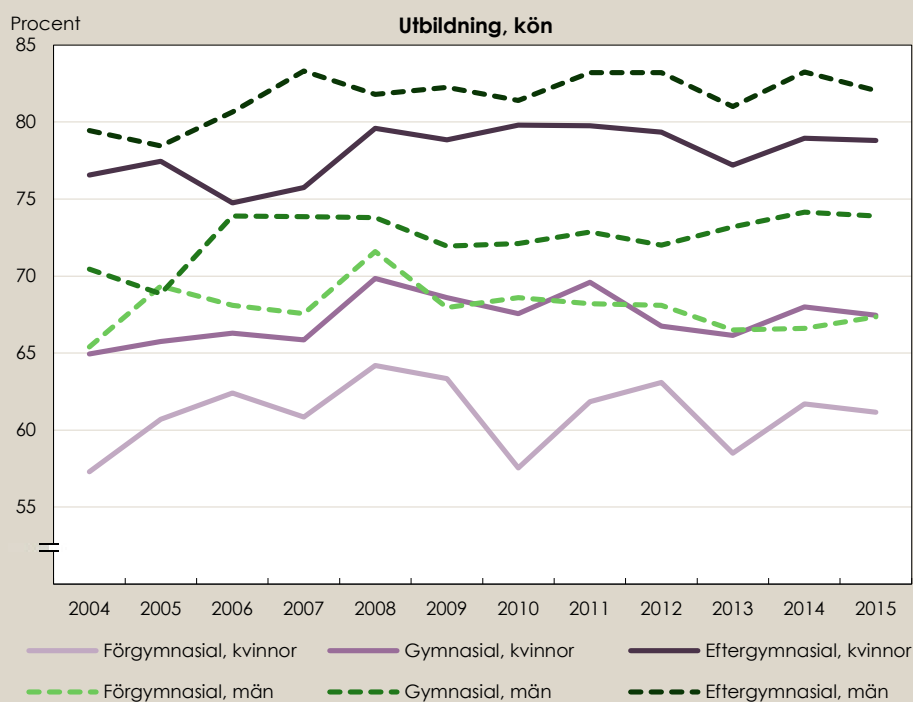
Andel som uppgett att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



Variationerna mellan utbildningsnivåerna är större för kvinnor än för män. Mellan kvinnor med förgymnasial utbildning och män med eftergymnasial utbildning skiljer det 21 procentenheter 2015.

2.2. Utbildning. Självskattat allmänt hälsotillstånd

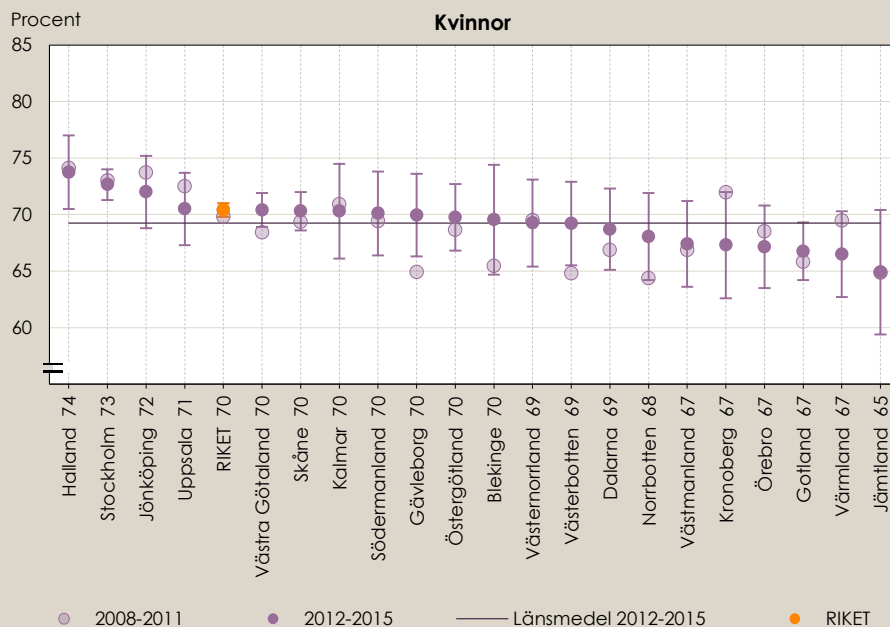
Andel som uppgett att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



Mellan länen skiljer sig andelen kvinnor som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra mellan 74 och 65 procent. Männens värde varierar mellan 78 och 69 procent.

2.3. Län. Självschattat allmänt hälsotillstånd

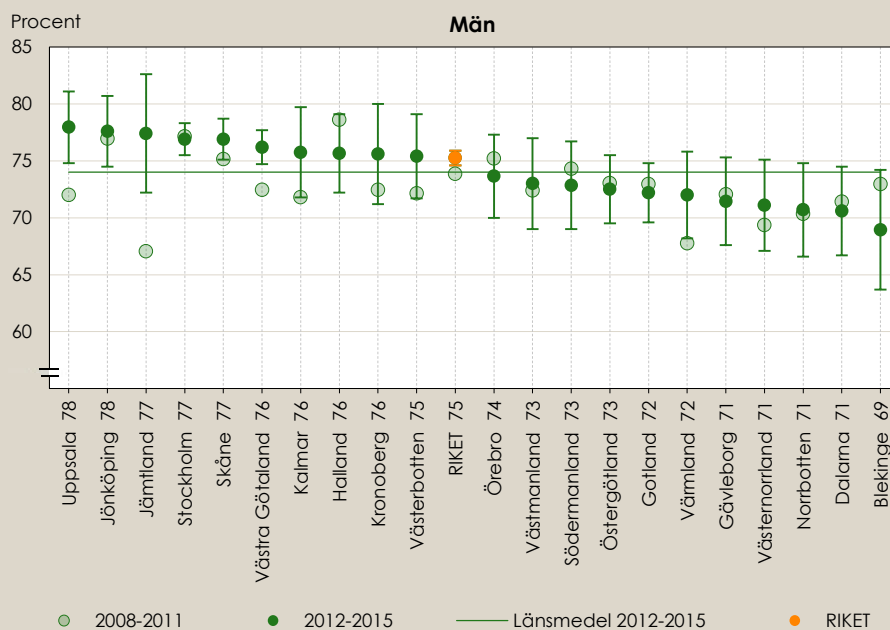
Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

2.4. Län. Självschattat allmänt hälsotillstånd

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Förutsättningarna för hälsofrämjande livsmiljöer formas främst av regionala och lokala aktörer som länsstyrelser, landsting och regioner, kommuner och ideella organisationer [12]. En viktig del i detta är att landsting och kommuner tillser invånarnas behov av sjukvård.

Om relaterade mått och data

Psykisk ohälsa

Kommuner och landsting har även ett särskilt ansvar för invånarnas psykiska hälsa, dels i verksamheter där man har kontakt med invånarna och som arbetsgivare när det gäller arbetsklimat och arbetsrelaterad stress. Den psykiska ohälsan i befolkningen mäts ofta genom enkät- eller intervjuundersökningar. Nedsatt psykiskt välbefinnande är ett omfattande folkhälsoproblem och flera olika undersökningar under 1990-talet visade kraftiga ökning-
ar av den psykiska ohälsan bland unga. Ökningen ser nu ut att ha avstannat men den ligger på en fortsatt hög nivå, i synnerhet bland unga kvinnor mätt som bland annat förekomsten av ängslan, oro och ångest [13].

I landstingen pågår flera insatser för att förbättra ungas psykiska hälsa, men Socialstyrelsen har lyft fram brister inom området när det gäller första linjens sjukvård och att det behövs en tydlighet i uppdragen om hur primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsa, ungdomsmottagning och barnhälsovård ska arbeta med psykisk hälsa [14].

Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra

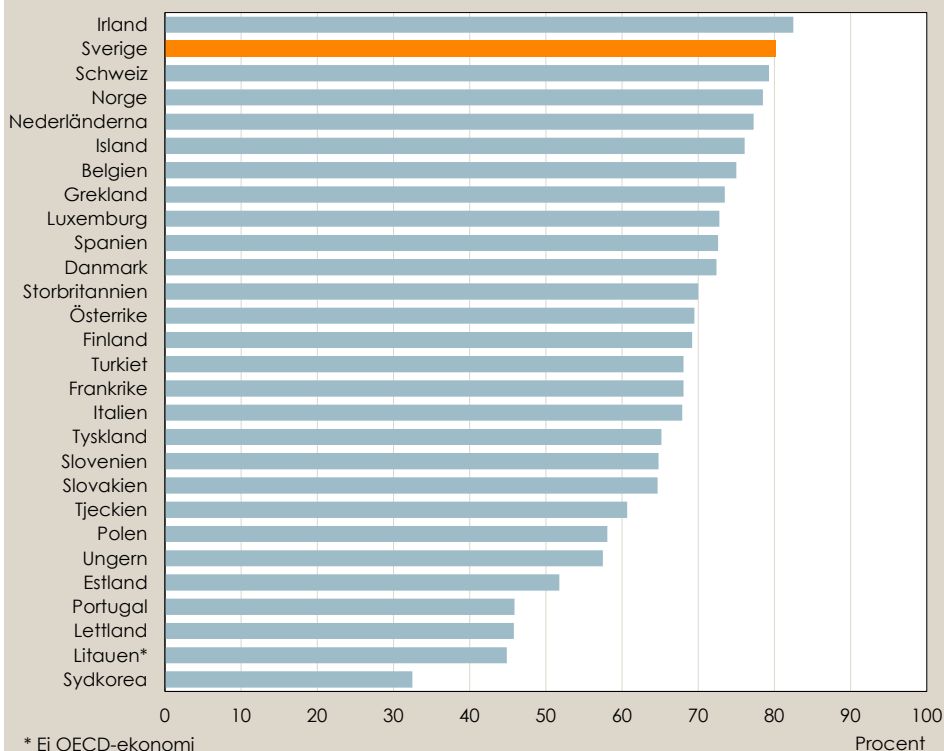
OECD redovisar flera indikatorer för hälsostatus och bland dem självskattad hälsa [15]. Bland de 36 länder som OECD redovisar har 28 länder jämförbar metodologi och redovisas i diagram A.2. Andelen som 2014 svarat att hälsan är bra eller mycket bra varierar från knappt 33 procent i Sydkorea till nära 83 procent i Irland. I Sverige var andelen 80 procent vilket var näst högst bland de redovisade länderna. En del av förklaringen till skillnaderna i självskattad hälsa mellan olika länder är kulturella, sociala och språkliga faktorer gällande hur man tolkar frågan och dess svarsalternativ [16-19], vilket måste beaktas i sammanhanget.

I majoriteten av länderna som jämförts skattar kvinnor i lägre utsträckning än män sin hälsa som bra. En kombination av samhällsfaktorer och biologiska faktorer bidrar till skillnaden i självskattad hälsa mellan könen.

En större andel personer med hög utbildning anger sin hälsa som bra eller mycket bra i jämförelse med andelen lågutbildade, och den femtedel av individerna med högst inkomst svarar i större utsträckning att den egna hälsan är bra eller mycket bra jämfört med den femtedel som har lägst inkomst [15]. Att personer med högre inkomst och utbildning uppger att deras hälsa är bra i högre utsträckning än personer med lägre inkomst och utbildning har även framgått av andra studier [20, 21].

A.2. Länder. Självskattad hälsa

Andel personer 16 år eller äldre som svarat "bra" eller "mycket bra" på frågan "Hur är din hälsa i allmänhet?", 2014. OECD-länder med data och jämförbar metodologi.



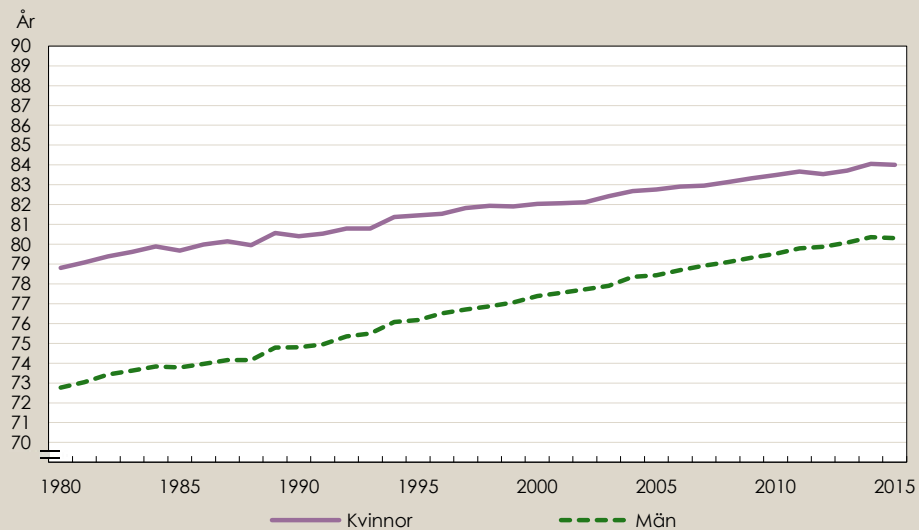
3. Återstående medellivslängd

Medellivslängd är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Den kan ses som ett viktigt mått på hur välfärdsstater lyckats skapa förutsättningar för bättre livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. Det speglar även hur hälso- och sjukvården bidrar till en ökad livslängd för befolkningen genom förebyggande arbete och behandling. Medellivslängden redovisas här som beräknad återstående medellivslängd vid födelsen. Beräkningarna baseras på dödsriskerna för varje åldersår.

Medellivslängden i Sverige har ökat kontinuerligt sedan 1980, även om det senaste året inte följer den trenden. De senaste decennierna har den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (främst hjärtinfarkt och stroke) bidragit mest till ökningen. Förbättrade levnadsvanor (minskad rökning samt lägre blodfetter och längre blodtryck) samt bättre behandlingsmetoder gör därtill att färre insjuknar och dör i dessa sjukdomar [22, 23]. Den höjda utbildningsnivån i befolkningen som helhet bidrar också på olika vis till att medellivslängden har ökat [24]. För personer födda 2015 är den återstående medellivslängden beräknad till 84,0 år för kvinnor och till 80,3 år för män. Skillnaden mellan könen har minskat från cirka 6 år 1980 till 5 år kring millennieskiftet för att vara nere på knappt 4 år 2015.

3.1. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln, 1980-2015.

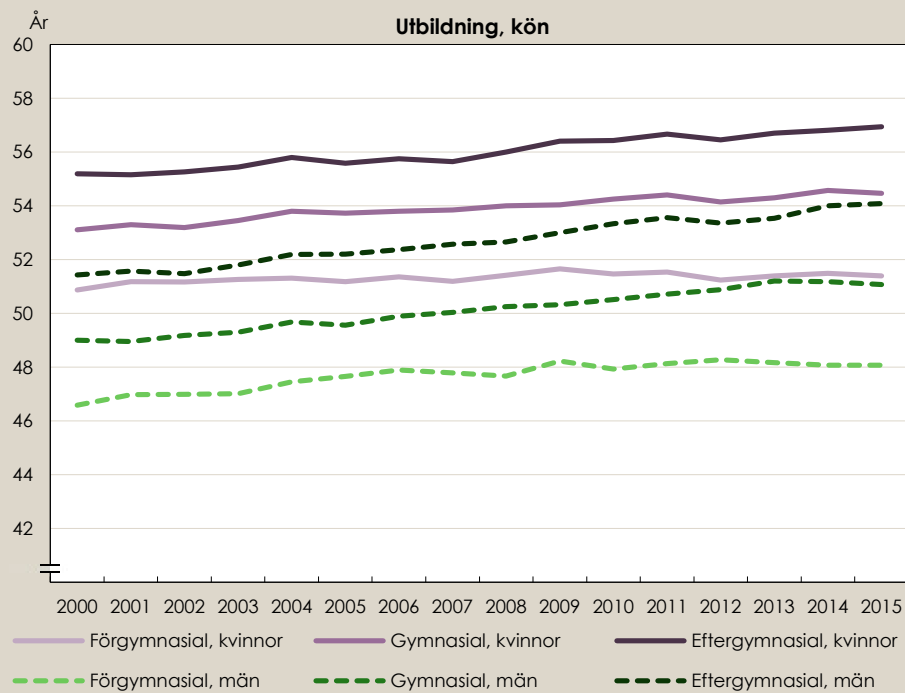


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Medan skillnaderna mellan män och kvinnor minskat har skillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå ökat. Vid jämförelsen som är uppdelad efter utbildning i diagram 3.2, visas den återstående medellivslängden vid 30 år för personer födda i Sverige. Skillnaderna i livslängd mellan grupperna med kort respektive lång utbildning är för 2015 cirka 6 år för både kvinnor och män jämfört med 2000 då skillnaden var drygt 4 år. Män med eftergymnasial utbildning har haft den mest gynnsamma utvecklingen, där den återstående medellivslängden vid 30 års ålder har ökat med 2,5 år mellan 2000 och 2015. För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning syns knappt någon förbättring alls under samma period.

3.2. Utbildning. Återstående medellivslängd (vid 30 år)

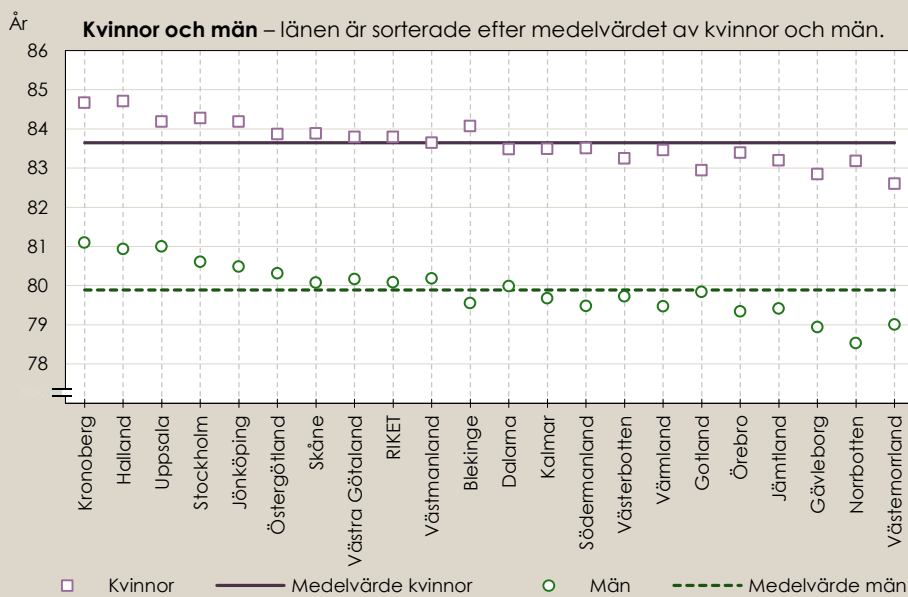
Återstående medellivslängd vid 30 år s ålder (endast personer födda i Sverige).



Det finns också skillnader inom landet. För kvinnor är skillnaderna i medellivslängd mellan länen som mest 2,1 år och för män 2,6 år.

3.3. Län. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln, 2011-2015.



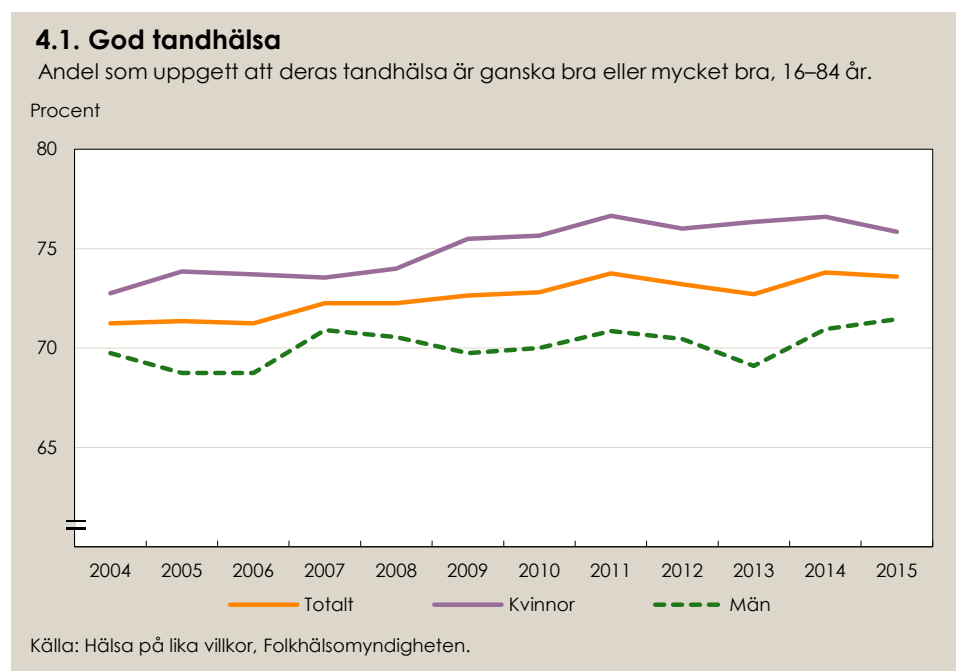
4. Egenrapporterad tandhälsa

Tandhälsan utgör en viktig del av människors livskvalitet och välbefinnande. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med kostvanorna, eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandkvaliteten påverkar kostintaget. Inom det folkhälsopolitiska målområdet *Goda matvanor*, som antagits av riksdagen, framhålls vikten av en god tandhälsa för att människor ska kunna tillgodogöra sig mat. Det finns även sjukdomar där ett direkt samband med tandhälsan misstänks, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar, cancersjukdomar och diabetes. Studier har också visat att tandlossnings-sjukdomar hos gravida kvinnor kan öka risken för att barnet får låg födelsevikt [25].

Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt finns det fortfarande stora socioekonomiska skillnader. I den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* uppger arbetare att de har sämre tandhälsa än tjänstepersoner och arbetare avstår oftare från att söka tandvård trots att de behöver, jämfört med tjänstepersoner i samma situation [11].

Tandhälsan utgör vanligen en god indikator på barns och ungas allmänna hälsotillstånd, eftersom tändernas hälsa är starkt förknippad med levnadsvanor, vårdkonsumtion, ekonomiska förutsättningar och kunskaper för att kunna behålla en god hälsa [26].

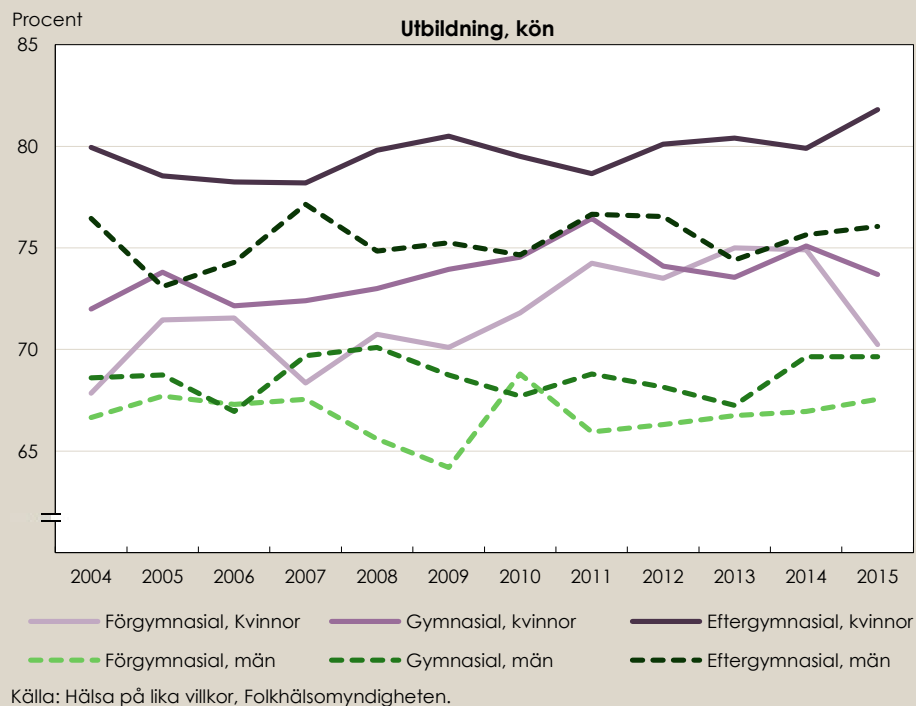
En större andel kvinnor än män uppger att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra och skillnaden mellan könen är drygt 4 procentenheter 2015.



Oavsett kön så angav gruppen med eftergymnasial utbildning oftare att tandhälsan var bra eller mycket bra 2015. Kvinnor har ett högre värde än män inom respektive utbildningsgrupp genomgående för hela perioden 2004 till 2015.

4.2. Utbildning. God tandhälsa

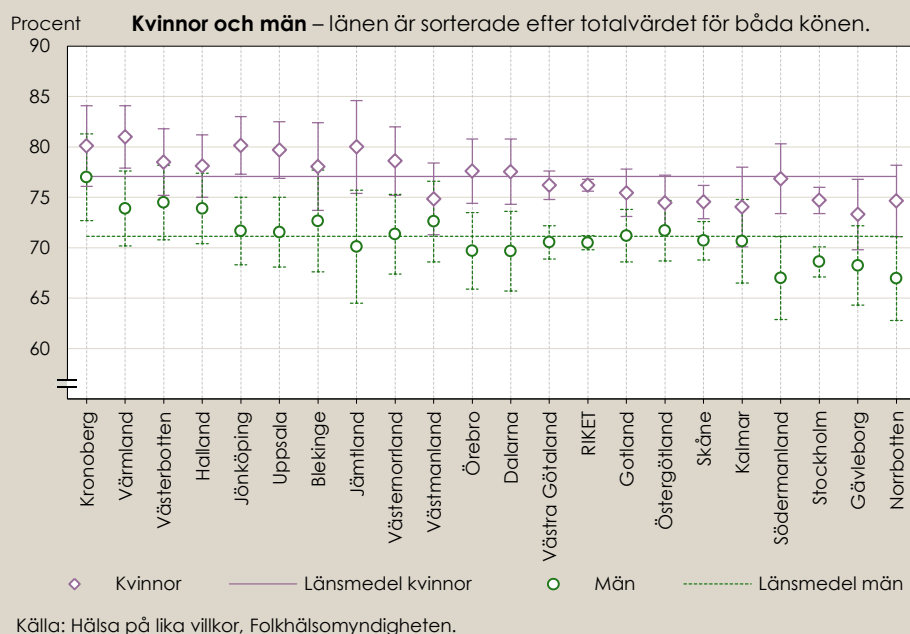
Andel som uppgett att deras tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år.



I samtliga län uppger en större andel av kvinnorna sin tandhälsa som god, jämfört med männen. Totalt sett uppger störst andel av de svarande i Kronoberg att den egna tandhälsan är god för perioden 2012–2015. I Norrbotten uppger lägst andel av de svarande att den egna tandhälsan är god.

4.3. Län. God tandhälsa

Andel som uppgett att deras tandhälsa är ganska bra eller mycket bra, 16–84 år, 2012–2015.



Alla i Sverige bör få en god tandvård. Det innebär bland annat att landstingen har ett särskilt ansvar när det gäller förebyggande arbete för en god mun- och tandhälsa, inte minst bland barn och ungdomar eftersom ungefär 84 procent av alla barn och ungdomar upp till 19 år är patienter inom folktandvården [27].

Om relaterade mått och data

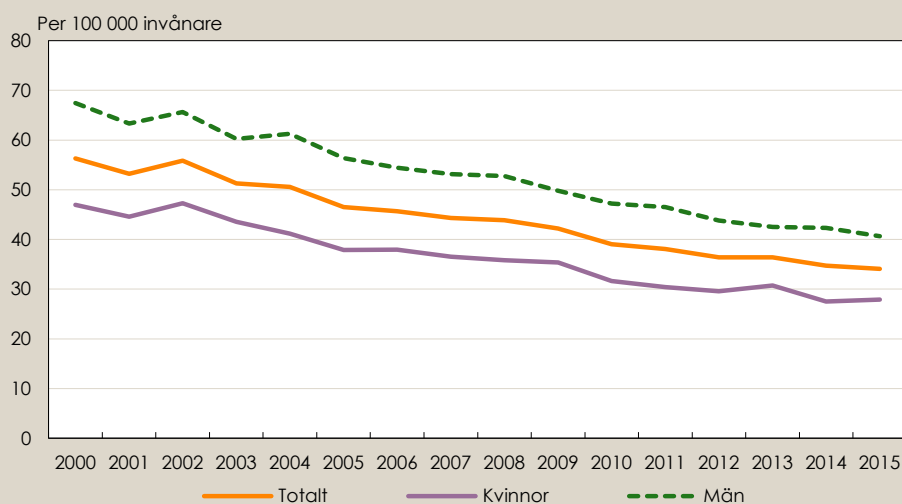
Den redovisade indikatorn innehåller uppgifter för vuxna men för att kunna arbeta förebyggande och med förbättringar är det viktigt att följa uppgifter även om barn och ungdomar. Socialstyrelsen redovisar exempelvis uppgifter om kariesfria barn vid 6 och 12 års ålder.

5. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Indikatorn speglar dödlighet i ett antal diagnoser som valts ut eftersom de bedöms vara möjliga att påverka, speciellt med olika medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallsten och livmoderhalscancer. Den åldersgrupp som ingår är 1–79 år och jämförelsen är åldersstandardiserad. Per 100 000 invånare avled 34 personer i de aktuella diagnoserna 2015. Värdet för män är högre än för kvinnor. Den åldersstandardiserade dödligheten för män var nästan 41 per 100 000, jämfört med knappt 28 för kvinnor. Sedan 2000 har det skett en kontinuerlig minskning av dödligheten i de diagnoser som indikatorn mäter.

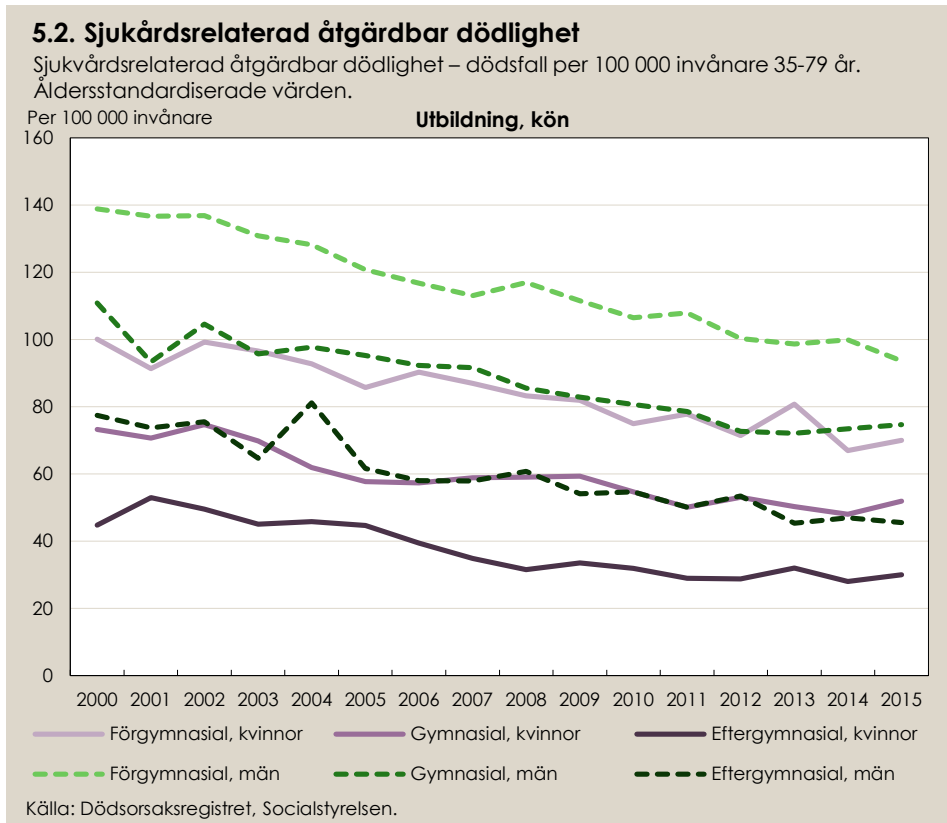
5.1 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För respektive kön finns ett tydligt mönster där den dödlighet som mäts med indikatorn är högre bland dem med kortare utbildning. Den grupp som har sämst värde är män med endast förgymnasial utbildning. Men under perioden 2000–2015 har denna grupp haft störst förbättring.

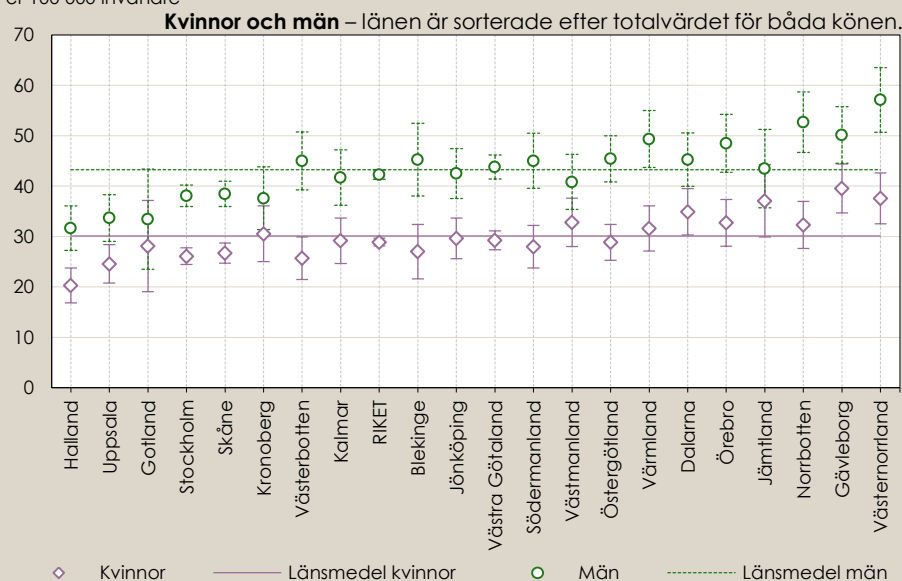


Det är stora skillnader mellan länen. Det län som har lägst totalt värde är Halland. I Hallands län ligger männens värde nästan på samma nivå som för kvinnor i riket.

5.3. Län. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1-79 år.
Åldersstandardiserade värden, 2012-2015.

Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det är möjligt att analysera antalet döda för varje enskild diagnos i indikatorn för att på så sätt exempelvis få kunskap om vilka diagnoser som relativt sett är vanligare regionalt och lokalt. Hälso- och sjukvården kan även analysera de åtgärder som sätts in för personer med dessa diagnoser och utöka det förebyggande arbetet för att minska antalet som drabbas av exempelvis diabeteskomplikationer.

Om relaterade mått och data

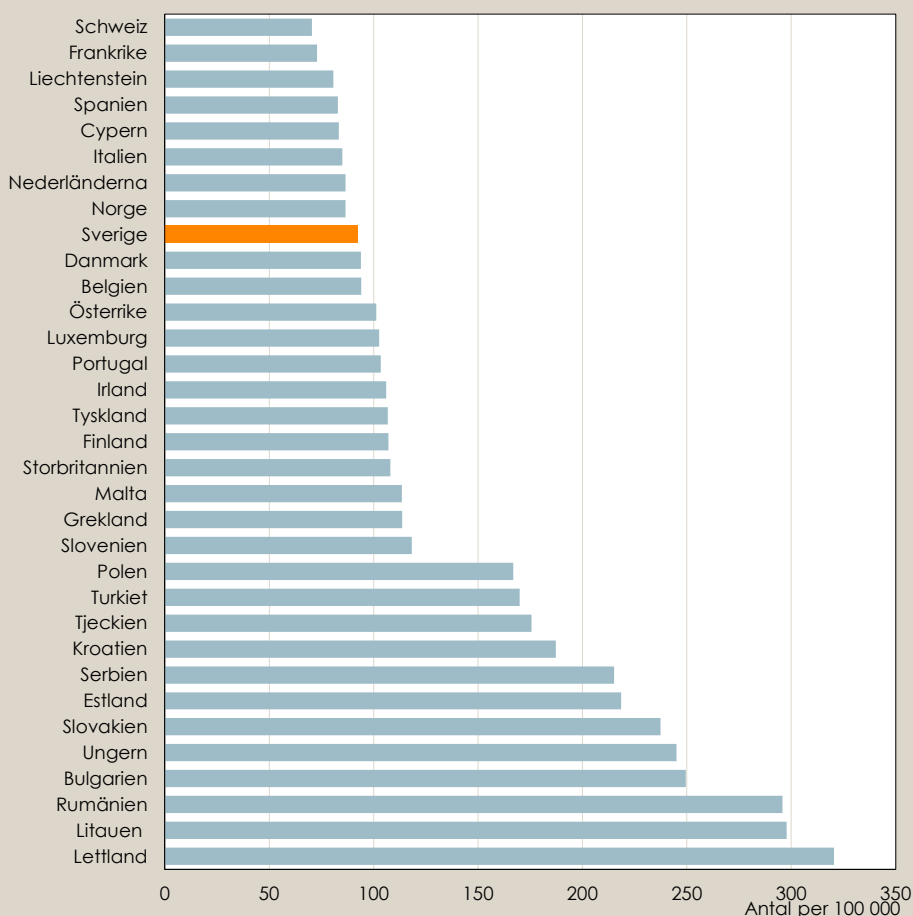
De flesta dödsfall i indikatorn gäller sjukdomar i hjärnans kärl (stroke) samt diabetes. Viktiga relaterade indikatorer är därför sådana som belyser dessa diagnosgrupper. Resultat för indikatorn *Åtgärdbar dödlighet i stroke* finns i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg*.

Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige med Eurostats mått

Eurostat gör jämförelser av åtgärdbara dödsfall mellan i första hand olika länder i EU men även länder som Turkiet och Schweiz ingår. Sverige är ett av de länder som har den lägsta dödligheten av de jämförda länderna för den typ av åtgärdbar dödlighet som relateras till hälso- och sjukvårdens kvalitet (*Amenable mortality*); i Sverige var det åldersstandardiserade värdet 96 per 100 000 invånare. Eurostats mått inkluderar även ischemisk hjärtsjukdom.

A.3. Länder. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Antal dödsfall i sjukvårdsrelaterade åtgärdbara orsaker per 100 000 invånare, redovisat för länder som rapporterat till Eurostat, 2013. (Annat diagnosval jämfört med den indikator som används för jämförelsen över tid och län i Sverige.)



Källa: Eurostat.

6. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Hjärt-kärlsjukdomar är den vanligaste orsaken till död och en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i Sverige [28]. Akut hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt-kärlsjukdomarna.

Under de senaste 30–35 åren har dödligheten i olika hjärtsjukdomar stadigt minskat i Sverige. Under 1980-talet gjordes stora genombrott i behandlingen av hjärtinfarkt, och sedan dess har skillnaderna i överlevnad och insjuknande i hjärtinfarkt mellan olika delar av landet minskat [29].

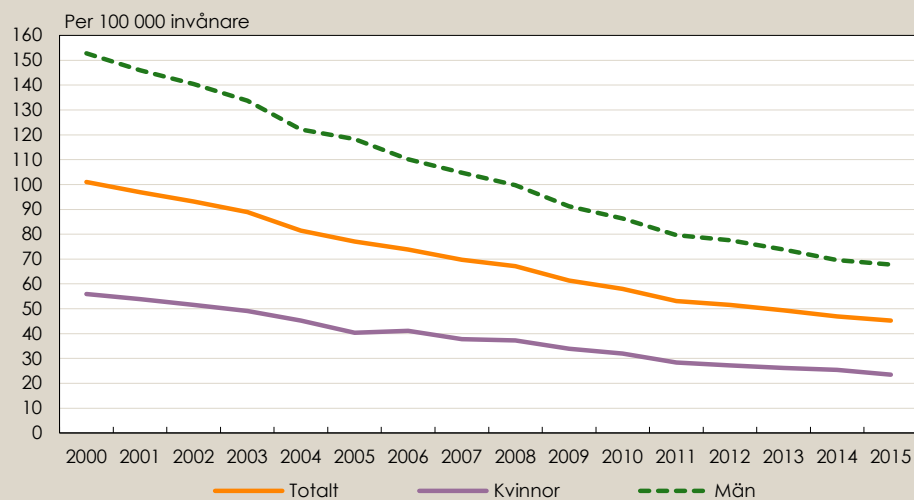
Ischemiska hjärtsjukdomar är sjukdomar som orsakas av en försämrad syretillförsel till hjärtat; akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. Indikatorn visar alla dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom oavsett om personen har dött utanför sjukvården eller inte.

Den åldersstandardiserade dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom har sjunkit stadigt de senaste 15 åren. Det är vanligare att män dör i ischemisk

hjärt sjukdom än kvinnor innan 80 års ålder och indikatorns värde var för 2015 nästan tre gånger så högt bland män som bland kvinnor.

6.1. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

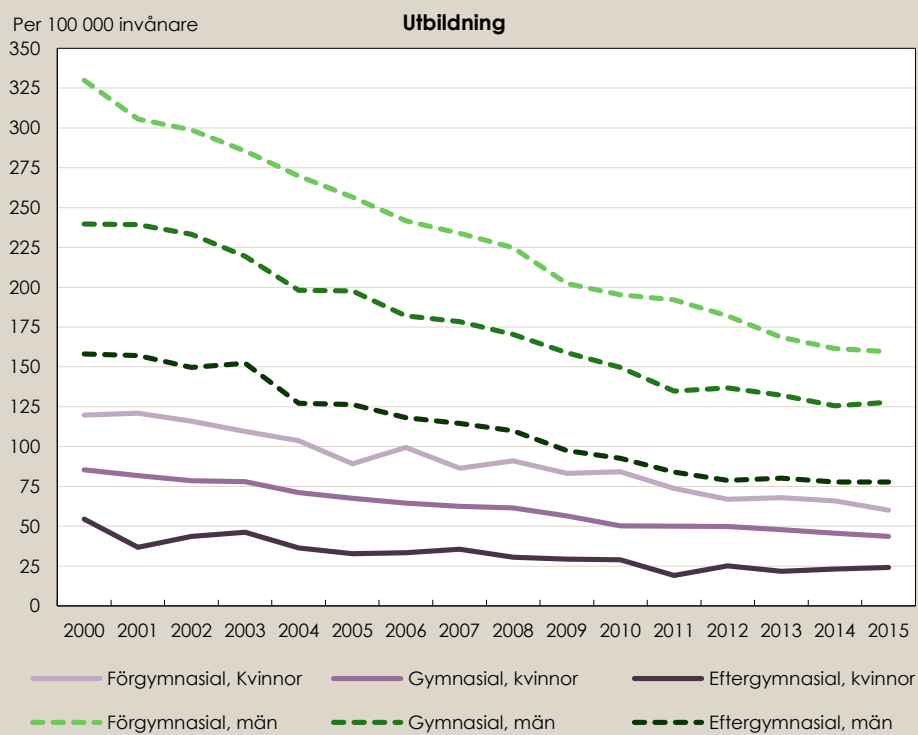
Antal dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 1–79 år.
Åldersstandardiserade värden.



Även oavsett utbildningsnivå har kvinnorna lägre värde än männen. Bland män, 35 till 79 år med enbart förgymnasial utbildning, var det åldersstandardiserade antalet dödsfall per 100 000 nästan 160. Bland kvinnor var motsvarande värde 60. För respektive kön är dock mönstret tydligt att dödligheten är högre bland dem med kortare utbildning.

6.2. Utbildning. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Antal dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 35–79 år.
Åldersstandardiserade värden.

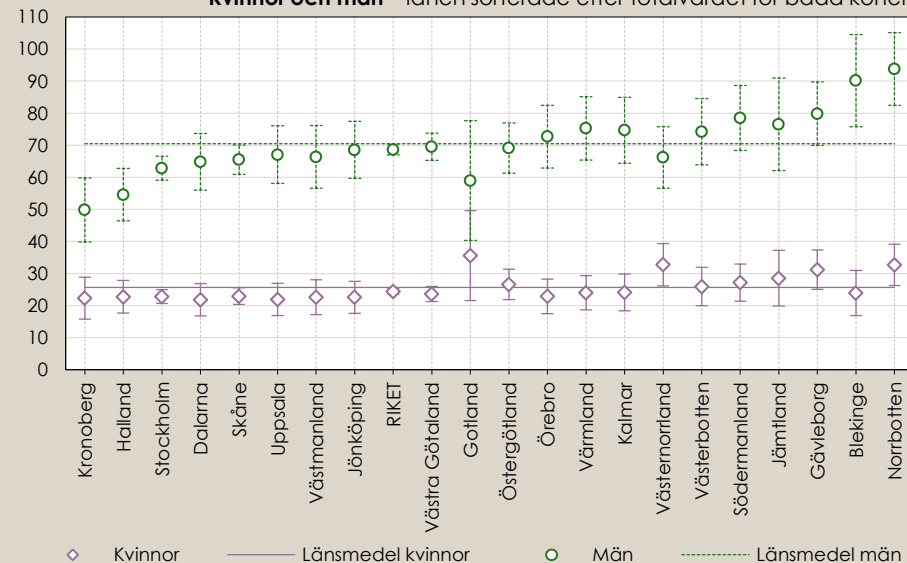


Skillnaden i dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom mellan männen i olika län är större och tydligare än för kvinnorna.

6.3. Län. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Antal dödsfall i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 1–79 år.
Åldersstandardiserade värden, 2014–2015.

Per 100 000 invånare **Kvinnor och män** – länen sorterade efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Trots förbättringar, är hjärt-kärlsjukdomar där ischemisk hjärtsjukdom ingår, fortfarande den största folksjukdomen i Sverige – en allvarlig sjuklighet som i stor utsträckning är påverkbar genom effektiv prevention och behandling. Det är därför viktigt att hjärtsjukvården fortsätter att utvecklas med hjälp av nya effektiva behandlingsmetoder.

Ytterligare förbättringar kan uppnås genom ökad prevention samt diagnostik och behandling av hjärt-kärlsjukdomar i primärvården. För att få en jämlik vård är det också viktigt att redan tillgängliga, effektiva och evidensbaserade metoder kommer alla som har nytta av dem till del. Både nya och redan beprövade åtgärder behöver prioriteras och användas utifrån de nationella riktlinjerna, så att sjukvårdens resurser används på bästa sätt [29].

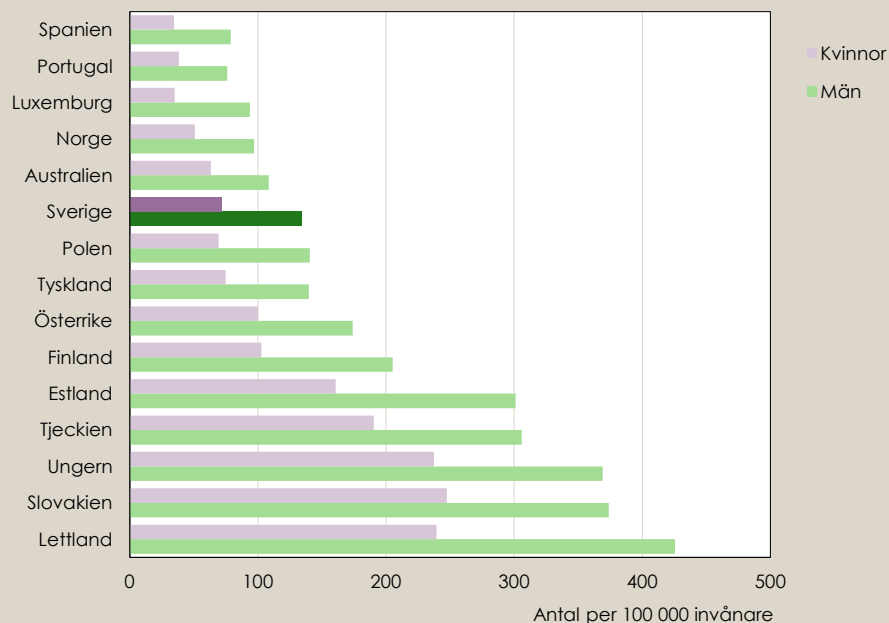
Stora skillnader i dödlighet i hjärtsjukdom mellan länder

För kvinnor hade Luxemburg det lägsta värdet för den åldersstandardiserade dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom bland de jämförda länderna; 35 per 100 000 kvinnor. Slovakien hade det högsta värdet med 248. Sverige hade 71 alltså ungefär dubbelt så högt som Luxemburg men samtidigt mindre än en tredjedel av Slovakiens värde. För män har Sverige värdet 134 vilket är lite mer än dubbelt så mycket som Spanien redovisar. Men bara drygt en tredjedel av Lettlands värde.

Sveriges resultat i förhållande till länderna med lägre dödlighet indikerar att det fortfarande finns utrymme för en fortsatt minskad dödlighet bland både kvinnor och män i Sverige.

A.4. Länder. Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom

Antal dödsfall bland kvinnor och män i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare 1–79 år, 2014. OECD-länder med uppgifter för 2014. Åldersstandardade värden enligt OECD:s standardpopulation, 2014. Sorterat efter totalvärdet för könen tillsammans.

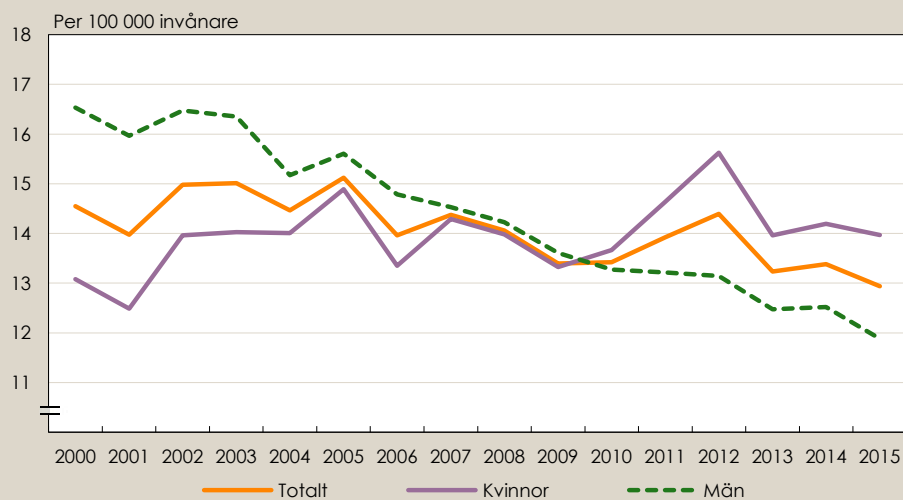


7. Åtgärdbar dödlighet i KOL

Dödligheten i kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) kan påverkas av tidig diagnos, god medicinsk vård och förebyggande insatser, till exempel rök-stopp. Indikatorn visar dödligheten i KOL per 100 000 invånare i åldersgrup-pen 1–79 år. Dödligheten i KOL har sjunkit något de senaste åren. I Sverige var den ålderstandardiserade dödligheten i KOL cirka 13 döda per 100 000 invånare 2015.

7.1. Åtgärdbar dödlighet i KOL

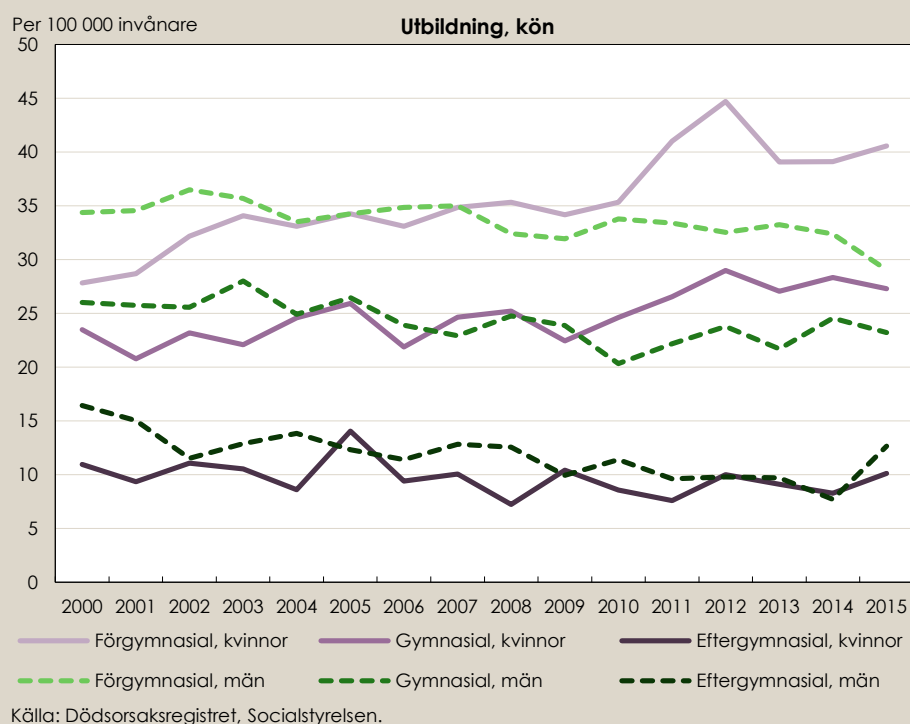
Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Från att dödsfall i KOL före 80 års ålder varit vanligare bland män dör kvinnor numera i högre utsträckning i den åldersgruppen. Rökvanorna har förändrats på samma vis mellan könen och numera röker kvinnorna mer än männen. Skillnaden mellan utbildningsnivåerna är tydliga i diagram 7.2. Här framgår också att kvinnornas ökande andel i förhållande till männen har skett bland dem med kortare utbildning.

7.2. Utbildning. Åtgärdbar dödlighet i KOL

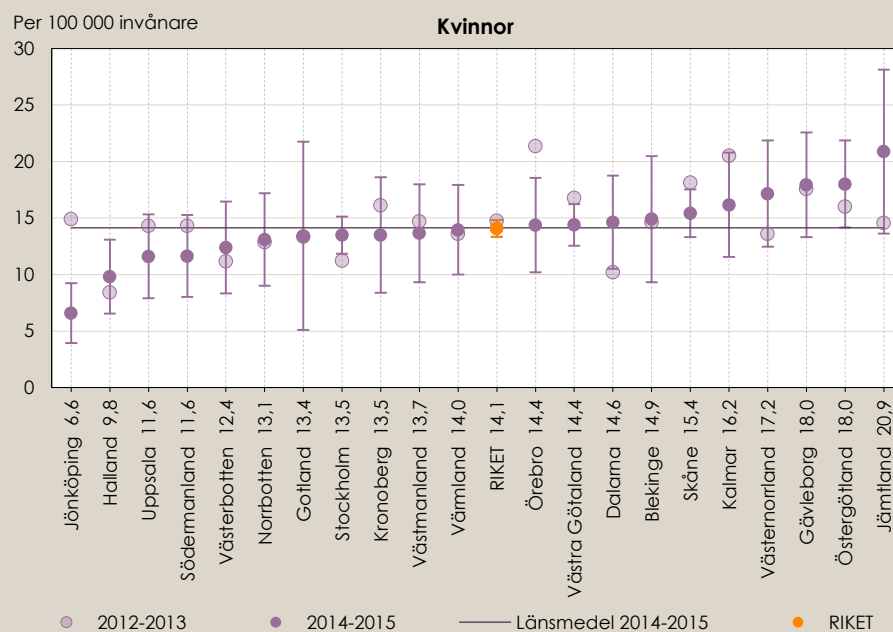
Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Underlaget är i flera län förhållandevis litet för respektive kön vilket gör att värdena blir mer känsliga för tillfälliga och slumpmässiga variationer, vilket också illustreras av att konfidensintervallen ofta överlappar varandra och länsmedelvärdet. Ett par län verkar dock ha ett värde som indikerar lägre åldersstandardiserad dödlighet bland kvinnor än länsmedelvärdet.

7.3. Län. Åtgärdbar dödlighet i KOL

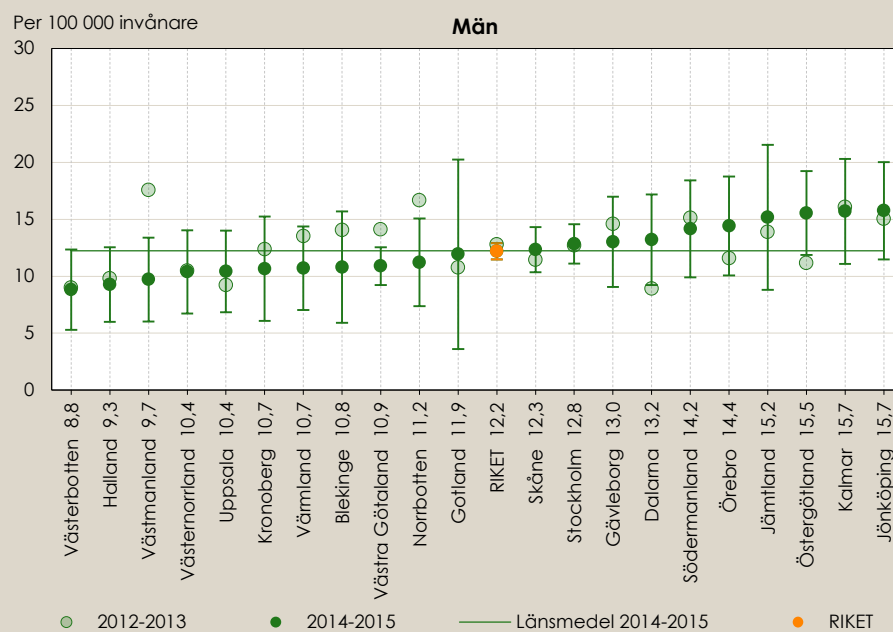
Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

7.4. Län. Åtgärdbar dödlighet i KOL

Dödsfall i KOL per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



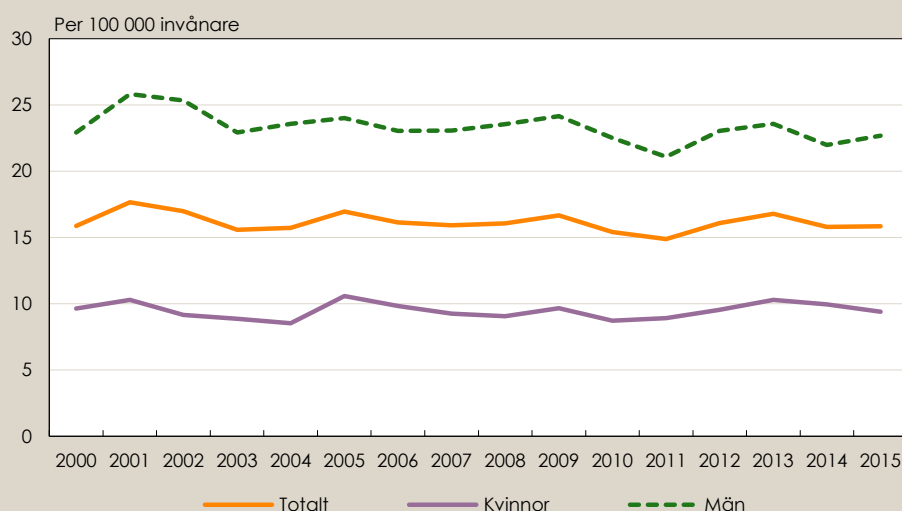
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

8. Själv mord i befolkningen

För indikatorn *själv mord i befolkningen* redovisas åldersstandardiserade värden och antalet själv mord är omräknat till antal per 100 000 invånare. Indikatorn utgörs både av konstaterade själv mord samt dödsfall med oklar avsikt. Värdet för indikatorn är nästan 16 per 100 000 invånare för 2013–2015. För män är antalet per 100 000 invånare nästan 23, jämfört med kvinnor där antalet är drygt 9 per 100 000 invånare. För de senaste 15 åren syns inte någon minskning av dödligheten som det gör för många andra indikatorer som visar dödlighet i befolkningen.

8.1. Själv mord i befolkningen

Antal själv mord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

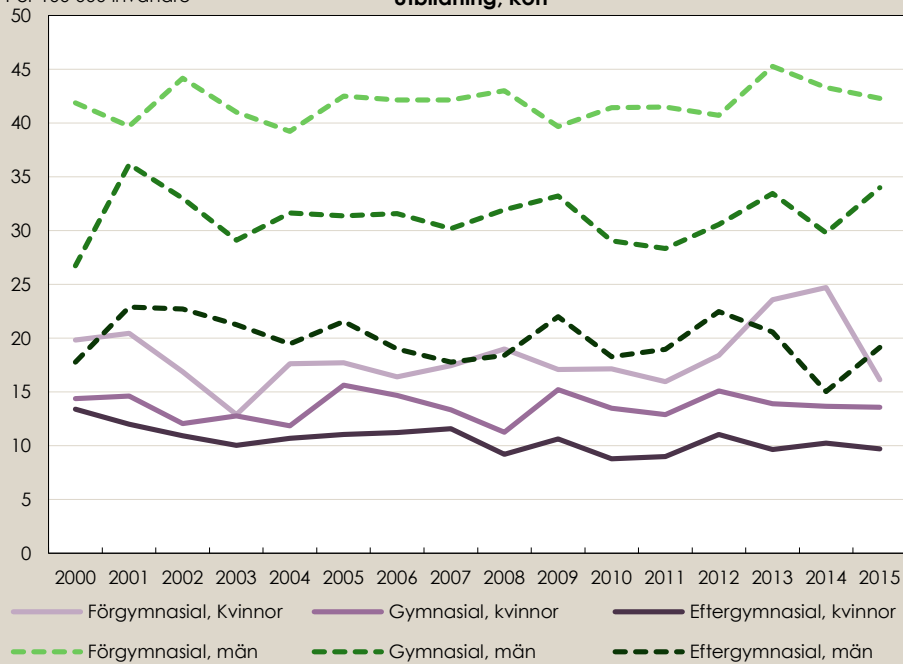
För respektive kön finns ett tydligt mönster som visar att det är vanligare med själv mord bland dem med kortare utbildning. Bland män med enbart förgymnasial utbildning är det ungefär dubbelt så vanligt som bland män med eftergymnasial utbildning.

8.2. Utbildning. Själv mord i befolkningen

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare 35-79 år.
Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare

Utbildning, kön



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

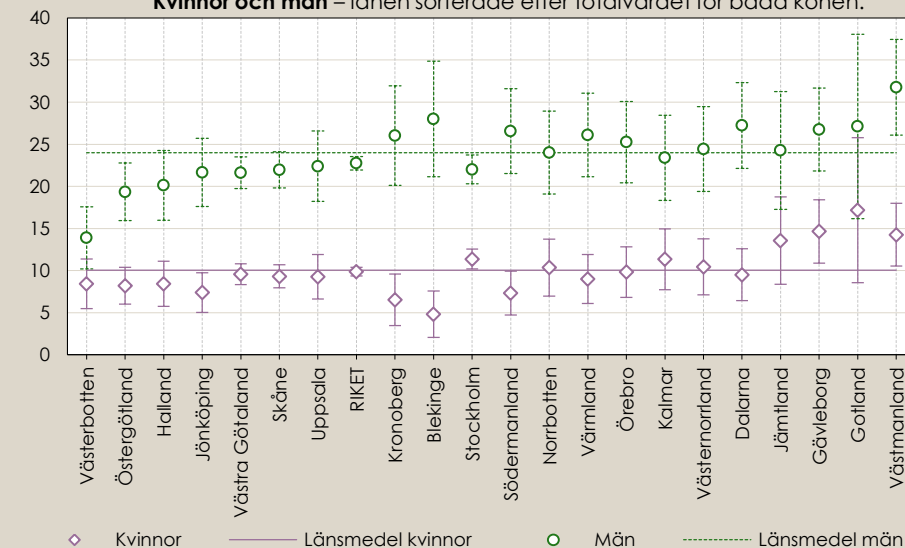
Blekinge län har lägst värde bland kvinnor. Länet har ett värde på knappt 5 självmord per 100 000 invånare. Västerbotten har lägst värde för män, knappt 14 självmord per 100 000 invånare. Västerbotten är också det län med lägst värde totalt bland länen.

8.3. Län. Självmod i befolkningen

Antal självmod och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare.
Åldersstandardiserade värden, 2013-2015.

Per 100 000
invånare

Kvinnor och män – länen sorterade efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De brister som kan kopplas till självmod i befolkningen och som identifierats inom vården är bland annat att det inte har gjorts systematiska självmodsriskbedömningar i tillräckligt hög utsträckning, att dokumentation är ofullständig och att verksamheten inte har följt de egna regionala vårdprogrammen [30].

En bakomliggande orsak till självmod är depression och ångest, och för att hälso- och sjukvården ska kunna bedöma risken för självmod hos personer med depression och ångest bör de genomföra en självmodsriskbedömning, vilket bland annat innebär att man dokumenterar om patienten har självmodstankar och hur ofta dessa tankar förekommer.

Psykologisk behandling, psykosocialt stöd, läkemedelsbehandling och andra åtgärder, till exempel elektrokonvulsiv behandling (ECT-behandling) och fysisk aktivitet, rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [30].

Verksamheter kan även sprida kunskap om de frivilligorganisationer som arbetar preventivt, exempelvis *Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd*, som har en telefonjour.

Nationellt har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten utarbetat ett förslag till nationellt program för suicidprevention, vilket innehåller nio strategier med målet att minska antalet självmod [31].

Om relaterade mått och data

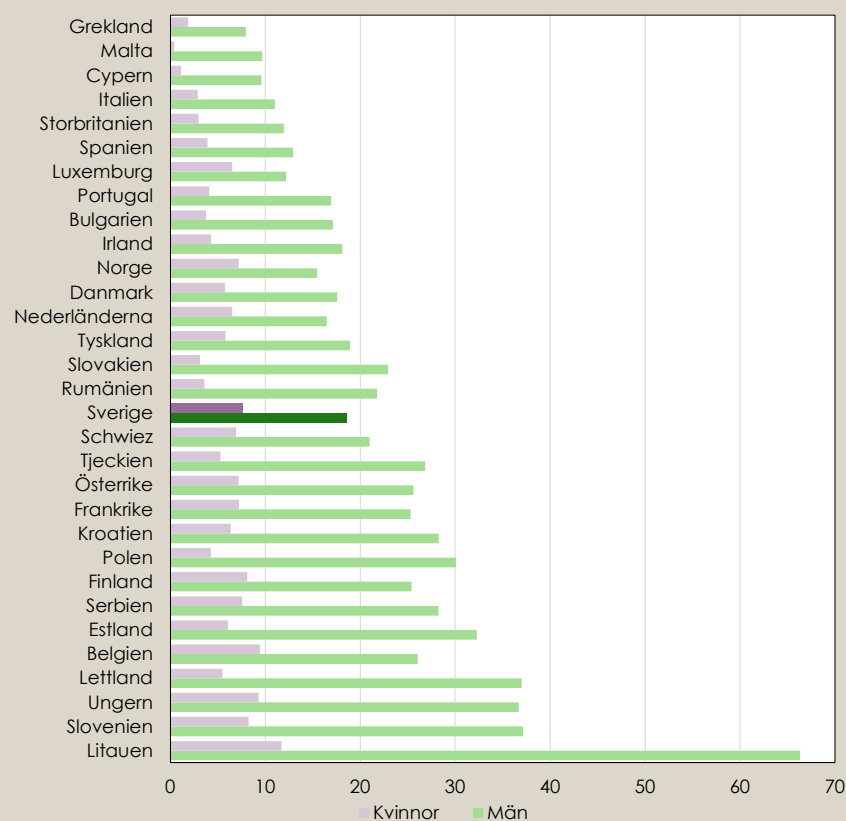
Det finns en rad olika indikatorer som kan relateras till indikatorn *självmod i befolkningen*. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest finns sammanlagt 18 indikatorer. Riktlinjerna ses för närvarande över och en remissversion har publicerats.

Skillnader i antal självmord i Europa, Sverige i mitten

Till skillnad från huvudindikatorn ingår inte dödsfall med oklar avsikt i uppgifterna från Eurostat. Självmord i befolkningen är vanligast i Litauen, både för kvinnor och bland män. Minst vanligt är självmord bland män i Grekland och i Malta för kvinnor. I Sverige begår 18,6 män per 100 000 invånare självmord och bland kvinnor 7,7 per 100 000 invånare, vilket framgår av diagram A.5. Vissa av skillnaderna kan troligvis förklaras av hur bra de olika länderna är på att fastställa dödsorsaken självmord.

A.5. Länder. Självmord i befolkning (oklar avsikt ingår ej)

Antal självmord i befolkning per 100 000 invånare 2013. Länder som redovisat har levererat data till Eurostat för år 2013. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardpopulation. Resultaten är sorterade utifrån totalvärdet.



Källa: Eurostat.

"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?"

Patientsäker, individanpassad, kunskapsbaserad och tillgänglig vård är delar av god kvalitet. De flesta indikatorer som redovisas under detta område är resultatmått på övergripande nivå i förhållande till de mer verksamhetsnära prestationer och processer som bidragit till resultatet. Kvaliteten i systemet utgörs av de strukturer, processer och prestationer inom hälso- och sjukvården som bidrar till kvaliteten i det övergripande resultatet i form av utfall och måluppfyllelse. Resultatindikatorerna kan ses som sammansatta mått på samtliga faktorer som bidragit till resultatet. Resultaten påverkas både av kvaliteten i systemet och av bakgrundsfaktorer som är svåra att påverka inom hälso- och sjukvården. Resultaten varierar även på grund av slumpmässiga faktorer.

9. Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

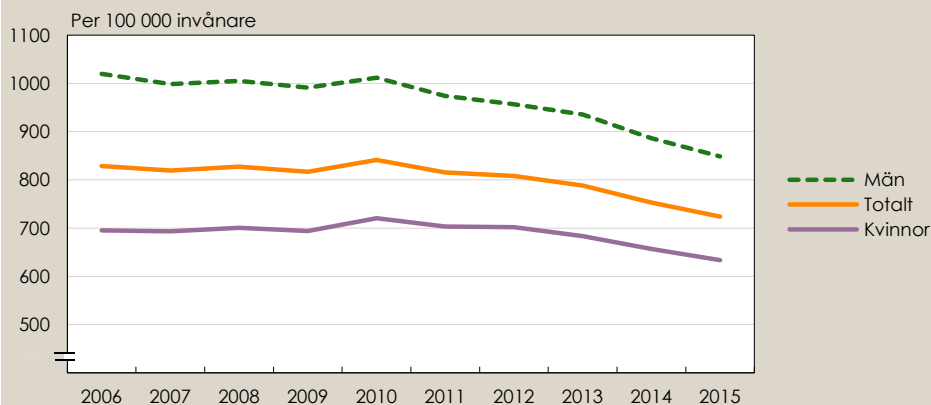
Andelen slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via i den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.

När det gäller primärvård avses här inte enbart den del som landstingen ansvarar för. Exempelvis har Socialstyrelsen noterat att kommunerna kan förbättra diabetesvården genom bland annat höjd utbildningsnivå bland personalen och kontinuerliga riskbedömningar för individer som tillhör socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder per 100 000 invånare, 20 år eller äldre med hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, värdena är åldersstandardiserade. Antalet slutenvårdsperioder 2015 var totalt 724 per 100 000 invånare i hela riket och det faktiska antalet slutenvårdsperioder 2015 var drygt 55 000. Generellt sett vårdas män inom slutenvården i högre utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. Slutenvården har dock minskat vid samtliga sjukdomar över tid, om än inte i lika stor utsträckning när det gäller hjärtsvikt som när det gäller övriga diagnoser.

9.1. Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

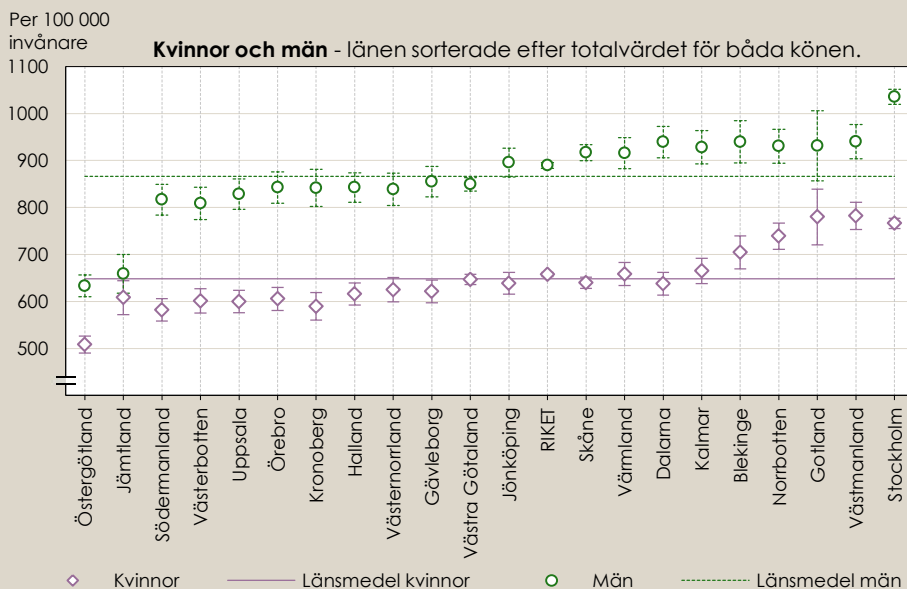


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Mellan länen är variationen stor för mätperioden 2013–2015. För män varierar värdena mellan 633 upp till 1 036 slutenvårdsperioder per 100 000 män. För kvinnor varierar värdena mellan drygt 508 upp till 782. Östergötland och Jämtland utmärker sig med låga värden speciellt för männen som i dessa landsting är i nivå med länsgenomsnittet för kvinnor.

9.2. Län. Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2013–2015.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

I tidigare öppna jämförelser för hälso- och sjukvården har indikatorn *Undvikbar slutenvård* redovisats, denna har nu kompletterats av flera olika mått för detta. Måttet som ingår i den här jämförelsen finns även uppdelat för de

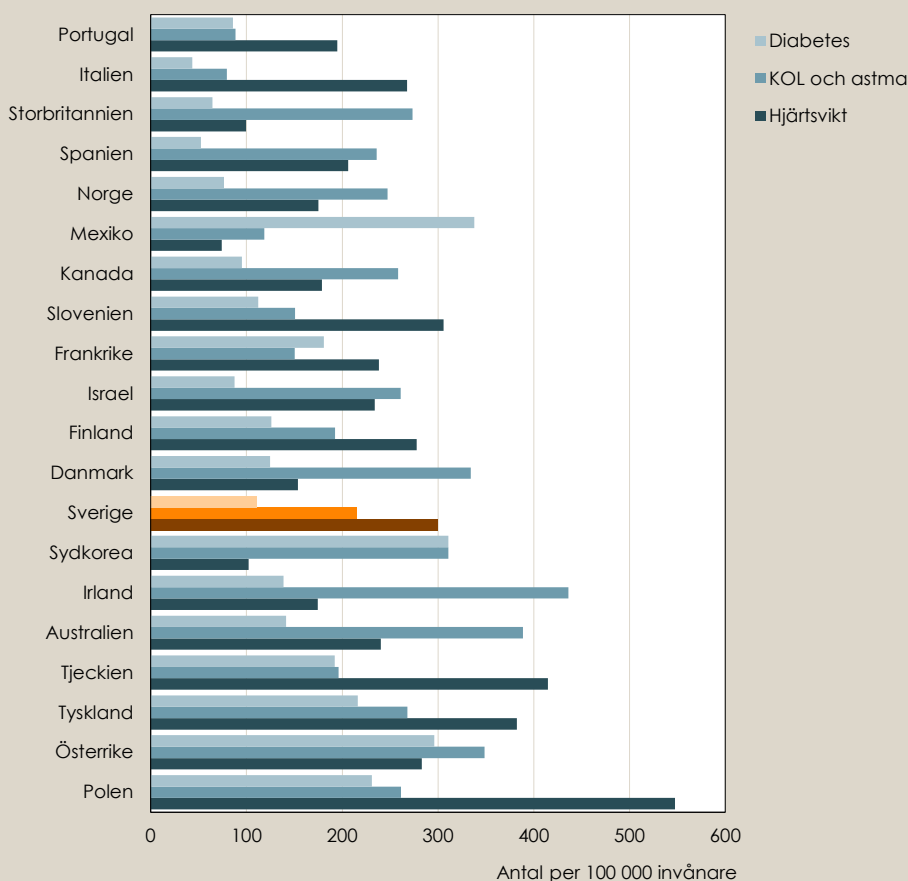
olika sjukdomarna som ingår. Även en indikator anpassad för äldre har tagits fram och redovisas i denna rapport.

Sverige är bland de bättre för diabetes, men inte för hjärtsvikt

Internationellt sett är Sverige bättre bland länderna inom OECD vad gäller nivån med slutenvård vid diabetes men bland de sämre när det gäller hjärtsvikt. Astma och KOL redovisas ofta sammanslaget och då ligger Sverige i nivå med genomsnittet. Den stora skillnaden mellan länderna kan utöver skillnader i sjukvårdens insatser bero på sjukdomsförekomst eller på den övergripande tillgången till hälso- och sjukvård [32].

A.6. Länder. Undvikbar slutenvård diabetes, KOL och astma samt hjärtsvikt

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes, KOL och astma samt hjärtsvikt per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2013. Ålders- och könsstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation. OECD-länder med rapporterade värden för 2013 sorterade efter summan av de tre värdena.



10. Undvikbar slutenvård, äldre personer

Mest sjuka äldre kallas personer 65 år och äldre med stort behov av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Två tredjedelar av de mest sjuka äldre tillhör gruppen med omfattande sjukvårdsbehov och en tredjedel tillhör gruppen med omfattande omsorgsbehov [33]. Det finns möjligheter att påverka utfallet för både landsting och kommuner.

Antalet patienterna som behöver vårdas i slutenvården för diagnoserna som ingår i indikatorn kan minskas om den öppna vården och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar optimalt. Hälso- och sjukvården, inklusive kommunal hälso- och sjukvård, kan i samarbete med socialtjänsten förbygga och minska antalet patienter i slutenvården genom förebyggande insatser, adekvat läkemedelsbehandling och uppföljning av vård och insatser. För riket minskade värdet för både kvinnor och män 2013 och 2014 men minskningen har inte fortsatt under 2015. Det finns en tydlig skillnad mellan könen och för 2015 var värdet för män 4 828 jämfört med 4 114 för kvinnor.

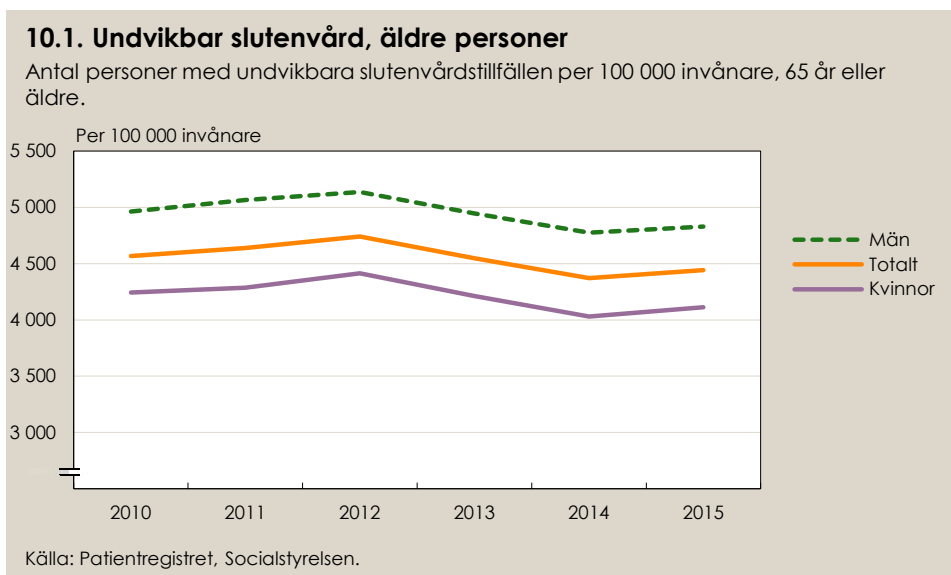


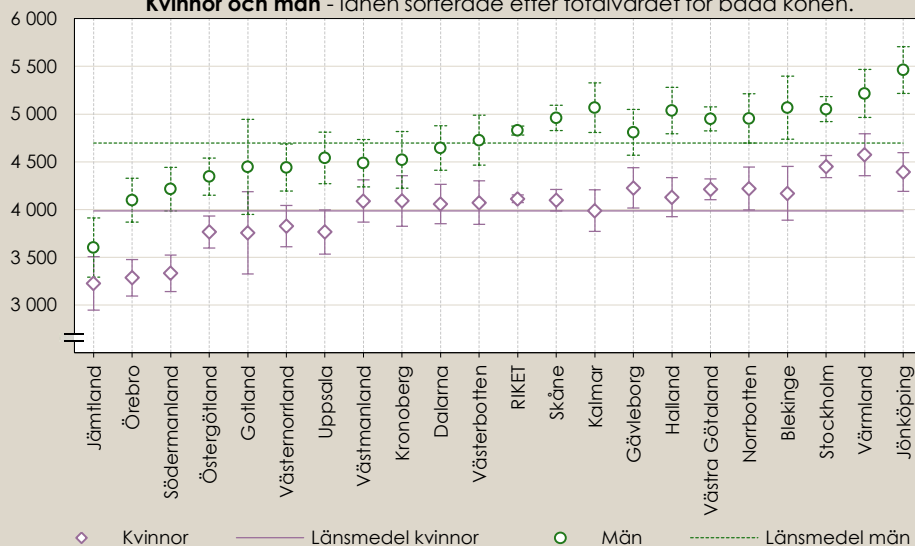
Diagram 10.2 visar att det finns stora variationer mellan landstingen i antalet undvikbara vårdtillfällen per 100 000 invånare 65 år eller äldre. Variationsvidden mellan länen är också större än den mellan könen. För respektive län är mönstret konsekvent så att kvinnor har lägre värde än män. Men i länen med högst värden ligger även kvinnorna över värdet för män i länen med de lägsta värdena.

10.2. Län. Undvikbar slutenvård, äldre personer

Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 65 år eller äldre, 2015.

Per 100 000
invånare

Kvinnor och män - länen sorterade efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

Höft- och lårfrakturer är vanliga hos äldre och är därför en viktig indikator på kommunernas förebyggande arbete. Indikatorn *frakturer på lår och höft för mest sjuka äldre* redovisas i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*.

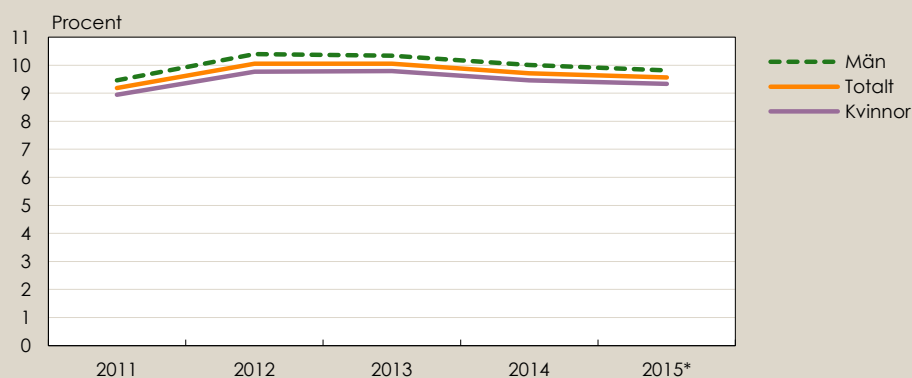
11. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar bland äldre

För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid vårdtillfälle två är valda för att dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid vårdtillfälle ett eller genom primärvårds- eller socialtjänstinsatser [34].

Indikatorn visar att 9,6 procent av patienterna fick en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 2015, vilket framgår av diagram 11.1. Resultatet är ungefär samma som de föregående fyra åren. Andelen män som återinskrivs 2015 var 9,8 procent, jämfört med ungefär 9,3 procent för kvinnor. Även om skillnaden mellan könen är mindre än en procentenhet är den tydlig och konsekvent över hela mätperioden.

11.1. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar bland äldre

Antal patienter 65 år och äldre med utvalda sjukdomstillstånd som återinskrivits inom 30 dagar.



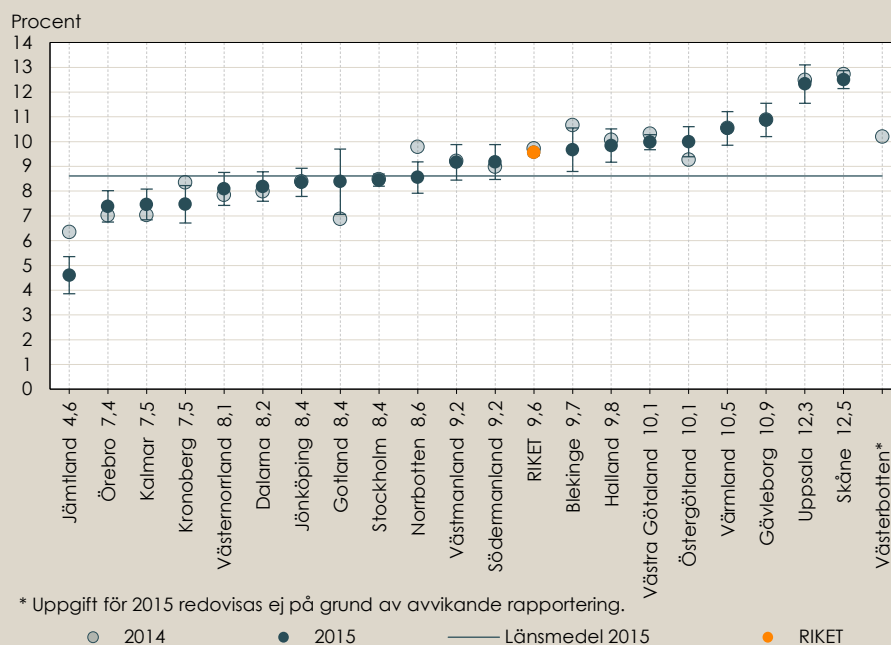
* Exklusive Västerbotten.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan länen 2015 är från 4,6 procent upp till 12,5 procent. För de flesta län gäller också värdena var stabila i förhållande till 2014. Andelen män som återinskrivs inom 30 dagar var större i 15 av de 20 län som redovisas för 2015.

11.2. Län. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar bland äldre

Antal patienter 65 år och äldre med utvalda sjukdomstillstånd som återinskrivits inom 30 dagar.



* Uppgift för 2015 redovisas ej på grund av avvikande rapportering.

● 2014 ● 2015 — Länsmedel 2015 ● RIKET

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Dessutom kan indikatorn påverkas av tillgängliga resurser i primärvård och socialtjänst. Även tillgänglig kompetens, exempelvis gäl-

lande demens, i socialtjänsten och primärvården kan påverka indikatorn. En felkälla kan vara variation i registreringen av vårdtillfällen som planerad eller oplanerad vård.

Om relaterade mått och data

Det finns en rad olika varianter av indikatorer gällande återinskrivningar. Exempelvis finns varianter som ska belysa vissa grupper, exempelvis återinskrivningar inom 28 dagar vid bipolär sjukdom.

12. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga blodsockerkontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla diabeteskomplikationer. HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur en blodsockersänkande behandling lyckas. En god kontroll över blodsockernivån är avgörande för att minska risken för komplikationer hos personer med diabetes av typ 1 och typ 2. Ett högt HbA1c-värde innebär en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer, och indikatorn ska synliggöra högriskgruppen med ett värde över 70 mmol/mol. Denna grupp bör ges, och uppmuntras till, extra insatser som kan minska HbA1c-värdet, vilket i sin tur kan ge markanta förbättringar av prognosen och bidra till bättre hälsa och livskvalitet. Täckningsgraden för denna variabel är hög i det nationella diabetisregistret (NDR), med små skillnader mellan landstingen [35].

Nationell målnivå

För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 10 procent.

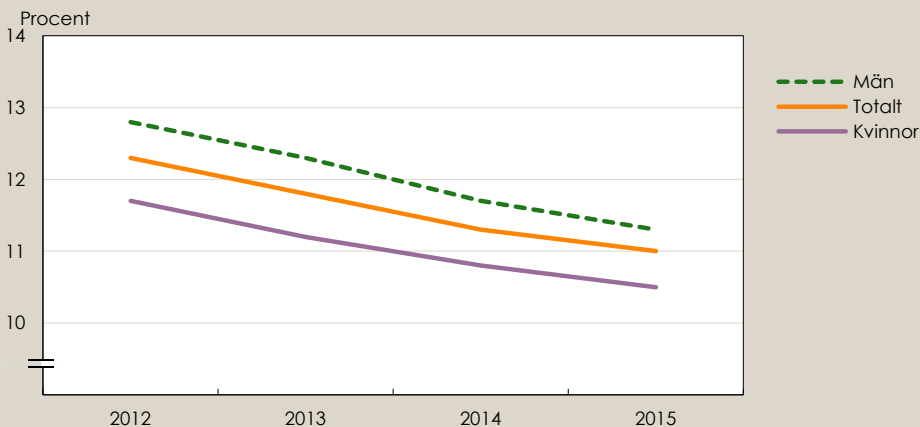
(För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ-1 diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 20 procent.)

I indikatorn ingår personer med typ 2-diabetes. Även motsvarande uppgifter för personer med typ1-diabetes publiceras kontinuerligt på exempelvis NDR:s webbplats. Socialstyrelsens nationella målnivåer är satta för respektive typ av diabetes och därför slås de inte heller samman i denna redovisning, där värdet för diabetes typ 2 har valts som indikator eftersom den rör fler patienter och en större del av verksamheten [35].

Socialstyrelsens målnivå för indikatorn som avser typ-2 diabetes är 10 procent eller lägre. För 2015 var andelen i riket 11,0 procent. Andelen bland männen har stadigt legat ca 1 procentenhet över den bland kvinnorna. Andelarna har minskat kontinuerligt för båda könen sedan 2012 då totalvärdet var 12,3.

12.1. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)

Andel personer som har diabetes typ 2 med HbA1c högre än 70 mmol/mol.

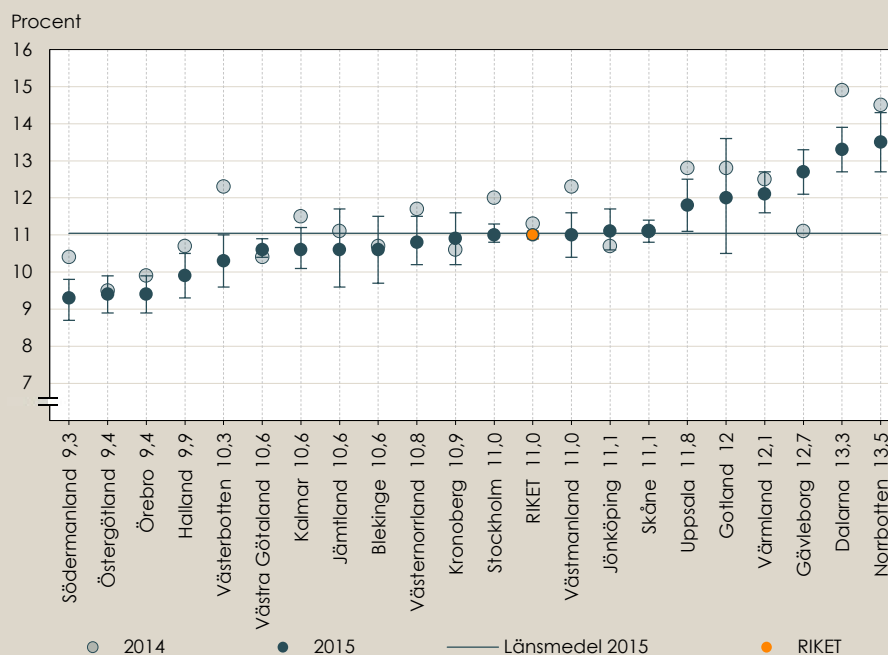


Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

Lägst andel 2015 finns i Sörmland som tillsammans med Östergötland och Örebro hamnar tydligt under 10 procent. Variationsvidden mellan landstingen var 4,2 procentenheter.

12.2. Län. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)

Andel personer som har diabetes typ 2 med HbA1c högre än 70 mmol/mol.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

Otillräcklig blodsockerkontroll kan leda till komplikationer för den enskilda. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger stöd till denna patientgrupp. I hälso- och sjukvården genomförs för närvarande ett antal utvecklingsinsatser för att implementera olika behandlingsstrategier för denna målgrupp. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns skäl att se över

och eventuellt justera målnivån relativt snabbt. Socialstyrelsen bedömer också att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper och med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes [35].

Om relaterade mått och data

Som indikator för ett övergripande perspektiv har vi valt den version av indikatorn som avser typ 2-diabetes då den omfattar en större verksamhet och fler patienter. Diabetestyperna/verksamheterna redovisas inte samlat i en indikator eftersom de har olika målnivåer. Motsvarande indikator redovisas exempelvis i *Vården i siffror* för personer med diabetes typ-1 på medicinklinik. Höga blodsockervärdet ska inte ses som ett sammanfattande mått på diabetessvården utan ett viktigt exempel av flera faktorer och mått som behöver följas i vården för personer med diabetes. I *Vården i siffror* såväl som på NDR:s webbplats redovisas till exempel indikatorer och mått för blodtryck och blodfetter.

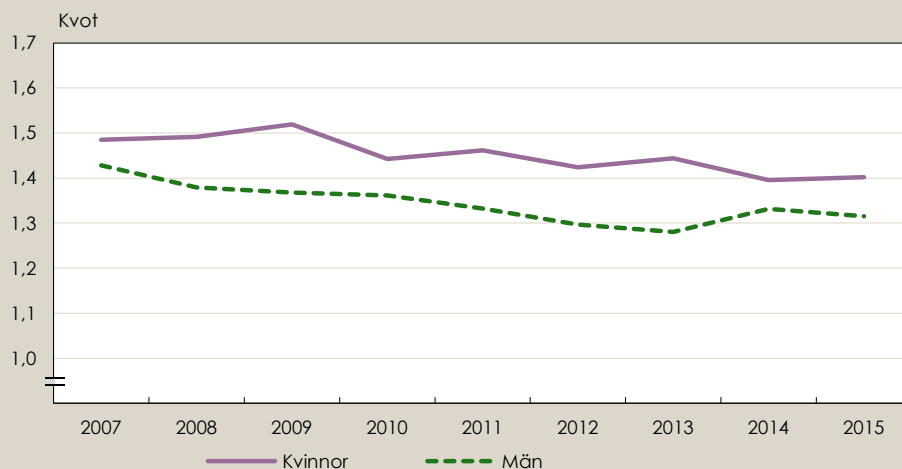
13. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Personer med diabetes löper högre risk att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdom än befolkningen i övrigt, eftersom de stora blodkärlen hos personer med diabetes lättare drabbas av åderförkalkning med snabb utvecklingstakt. Detta leder till fördubblad risk för stroke, hjärtinfarkt och nedsatt cirkulation i benen. Den ökade risken för hjärt-kärlsjukdomar är den största orsaken till att personer med diabetes har högre dödlighet än befolkningen i övrigt, och ett viktigt mål för diabetessvården är att minska den risken. I den kardiovaskulära riskprofilen för personer med diabetes ingår kontroll av blodfetter, blodtryck och blodsocker samt olika sjukdomsförebyggande åtgärder som rökstopp och en strävan efter en bra nivå av fysisk aktivitet.

Indikatorn mäter dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen, och kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns. Värdena är åldersstandardiserade. Överdödligheten har minskat något för både kvinnor och män sedan 2007. Kvinnor har en högre överdödlighet jämfört med män och har ett kvotvärde på 1,4. Männen kvotvärde ligger på drygt 1,3.

13.1. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen, åldersstandardiserade värden, kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns.

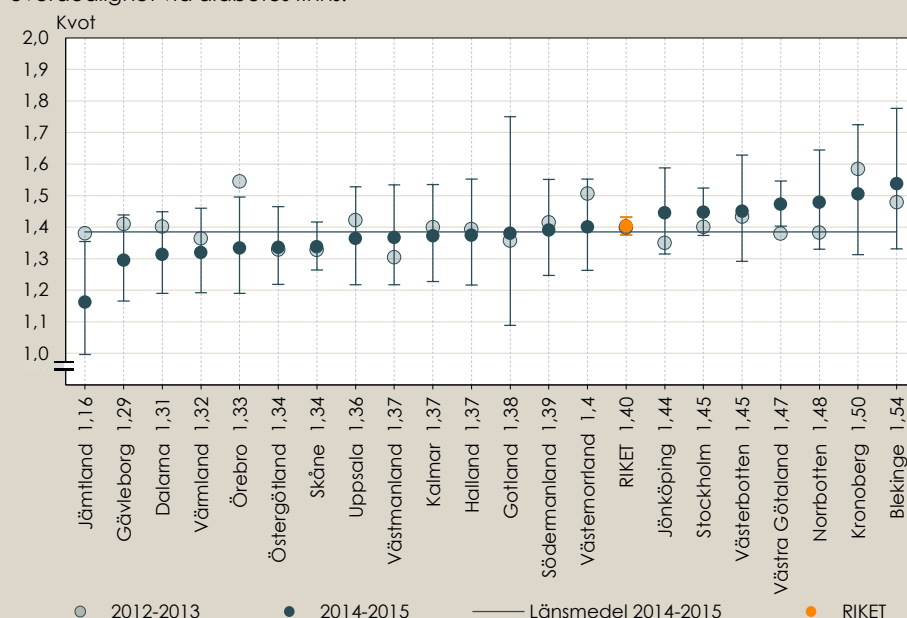


Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kvoten varierar mellan länen från 1,16 till 1,54 för perioden 2014–2015, konfidensintervallen visar dock att jämförelsen inte är en tydlig signal på skillnad i vårdens kvalitet i olika län.

13.2. Län. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen, åldersstandardiserade värden. Kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns.



Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvården behöver lokalisera personer med diabetes och därefter bedöma dessas risk för insjuknande eller förtida död i hjärt-kärlsjukdom, där

man väger samman olika riskfaktorer och ger en uppfattning om sannolikheten att en person med diabetes insjuknar eller dör i hjärtinfarkt eller stroke. Därutöver kan verksamheter inom hälso- och sjukvården erbjuda program för att påverka levnadsvanor med avseende på rökning, fysisk aktivitet och kost [35].

Om relaterade mått och data

Som komplement till överdödlighet förekommer även den faktiska dödligheten i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes som en egen indikator: *dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes*. I tabell 1 framgår exempelvis att Halland har lägst åldersstandardiserad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes trots att Halland för huvudindikatorn ligger i nivå med genomsnittet av länen. Orsaken är att även totalbefolkningen i Halland har en låg åldersstandardiserad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vilket gör att *överdödligheten* bland personer med diabetes i Halland hamnar i nivå med andra län.

Tabell 1. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Antal döda i hjärt- och kärlsjukdomar bland 100 000 personer som behandlas med diabetesläkemedel, 2014–2015. Åldersstandardiserade värden.						
	Värde			Felmarginal 95 %		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Halland	349	423	394	67	74	51
Jämtland	337	485	423	76	96	64
Stockholm	361	477	427	28	36	23
Skåne	367	478	429	31	35	24
Uppsala	397	474	437	66	75	49
Östergötland	366	492	439	48	59	39
Västmanland	400	465	440	65	72	49
Örebro	383	531	460	77	82	55
Riket	390	523	463	13	15	10
Värmland	396	526	468	88	67	56
Västerbotten	389	551	473	82	79	57
Gotland	435	517	473	165	155	109
Gävleborg	428	508	474	68	76	51
Södermanland	393	558	479	66	80	52
Dalarna	445	522	485	67	67	46
Kalmar	384	574	489	61	87	56
Västra Götaland	389	575	493	36	40	27
Kronoberg	370	605	494	73	130	76
Blekinge	361	604	498	83	112	72
Jönköping	484	512	501	81	64	52
Västernorrland	480	580	534	81	87	60
Norrbotten	414	648	545	73	104	69

Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I denna rapport och i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* presenteras flera indikatorer med bäring på vården av personer med diabetes. Dessutom finns flera indikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna för diabetesvården. Exempel på sådana är *amputation ovan fotled* och *statinbehandling vid diabetes efter graden av risk för hjärtkärlsjukdom*.

Därutöver publicerar Nationella Diabetesregistret (NDR) ett stort antal uppgifter, bland annat kvalitetsprofiler för landstingens diabetessjukvård.

14. Trycksår i slutenvård (grad 2–4)

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad – vanligtvis över ett benutskott. Trycksår är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv, det vill säga en förskjutning av huden mot underliggande vävnad. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget, och kroppsdelar där ben ligger nära hud, till exempel hälar och korsben, är speciellt utsatta.

Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person under en längre tid ligger eller sitter i samma ställning. Omkring hälften av de upptäckta trycksåren är lindriga och visar sig som en hudrodnad, och vanligaste trycksåren uppstår i rygglutet och i hälar. Endast en liten del av trycksåren utgörs av fullhuds-skada med sårkavitet eller vävnadsnekros.

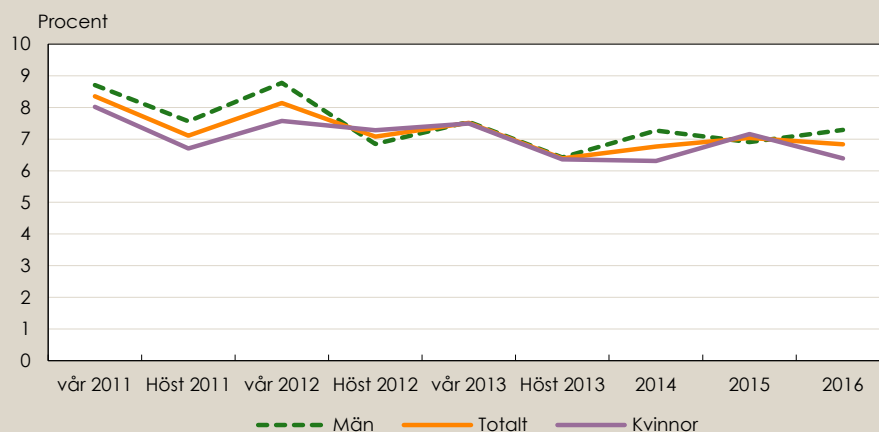
Nationella punktmätningar av trycksårsförekomst har genomförts en till två gånger per år sedan 2011 inom både kommuner och landsting. Vid mätningarna observeras förekomsten av trycksår och förebyggande åtgärder, och samtidigt görs en riskbedömning av de observerade patienterna.

Indikatorn visar andelen patienter med minst ett trycksår i den slutna vården vid tidpunkten för mätningen på sjukhuset. Detta ger dock endast en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. I diagram 14.1 redovisas andelen patienter med trycksår kategori 2–4 från 2011 till 2016.

Andelen patienter med trycksår kategori 2–4 var 2016 nästan 7 procent och det var något vanligare bland män än för kvinnor. Andelen patienter i slutenvård med trycksår enligt kategori 2–4 var något lägre vid mätningen 2016 jämfört med mätningarna 2011 och 2012.

14.1. Trycksår i slutenvård (grad 2-4)

Andel patienter i slutenvård med minst ett trycksår kategori 2-4.

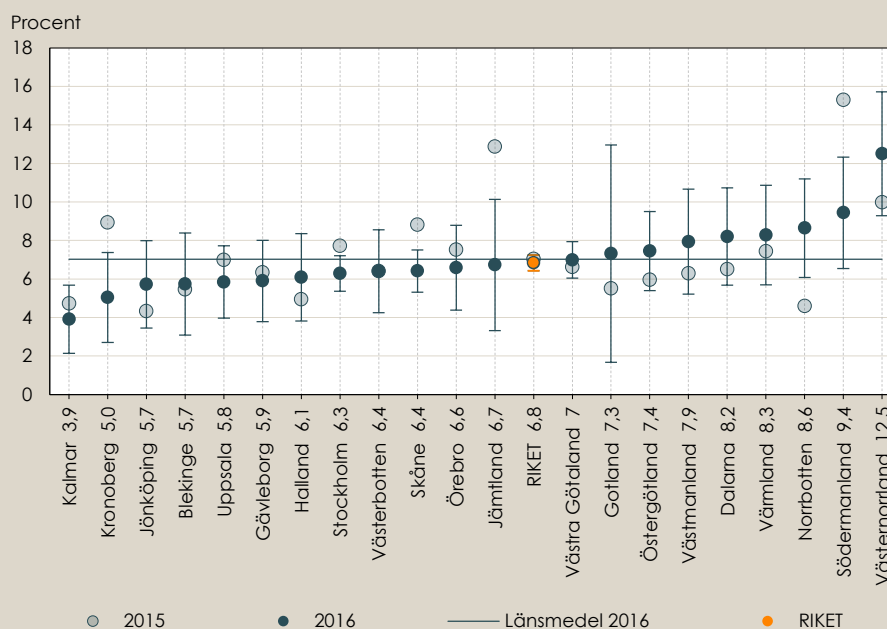


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 14.2 redovisas resultatet uppdelat per landsting, och där kan man se att det fanns stora variationer mellan landstingens värden i den senaste punktprevalensmätningen, dock är utrymmet stort för tillfälliga variationer vilket gör det svårt att se resultatet som tydliga indikationer på varierande kvalitet i olika landsting. Kalmar som har det lägsta värdet 2016 hade även ett relativt sett lågt värde 2015.

14.2. Län. Trycksår i slutenvård (grad 2-4)

Andel patienter i slutenvård med minst ett trycksår kategori 2-4.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Trycksår innebär ett onödigt lidande för patienten och onödiga kostnader för sjukvården. De flesta trycksår går dessutom att undvika med förebyggande

åtgärder. Bland annat bör verksamheterna riskbedöma personer som är 70 år och äldre med hjälp av ett adekvat riskbedömningsinstrument, dokumentera de åtgärder som genomförs samt följa upp och utvärdera åtgärderna [36].

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas processindikatorer för att förebygga risker för trycksår i särskilt och ordinärt boende. Exempel på sådana indikatorer är: *bruk av tryckavlastande underlag, riskförebyggande åtgärder i ordinärt boende* och *riskförebyggande åtgärder i särskilt boende*. I *Öppna jämförelser – Säker vård* redovisas fler relaterade processindikatorer. Svenska palliativregistret redovisar uppgifter för trycksår i den palliativa vården.

Trycksår på svenska och amerikanska sjukhus

Det har genomförts ett antal jämförelser mellan Sverige och andra länder vad gäller förekomsten av trycksår. Exempelvis visar en studie från 2012 skillnader i dels förekomst av trycksår, dels andelen patienter som riskbedöms mellan sjukhus i Sverige och USA. I studien jämfördes ett universitetssjukhus samt ett allmänt sjukhus i Sverige med 207 amerikanska sjukhus. Undersökningen visar att förekomsten av trycksår (kategori 1–4) var 17,6 procent på det svenska universitetssjukhuset och 9,5 procent på det allmänna sjukhuset. För de amerikanska sjukhusen var andelen mellan 6,3 till 6,7 procent. På de amerikanska sjukhusen genomfördes riskbedömningar av patienterna i samtliga fall medan andelen patienter som riskbedömdes varierade mellan 6 och 60 procent på de svenska sjukhusen, vilket troligvis påverkar utfallet [37].

15. Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som ”infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning” [38]. Urinvägsinfektioner, lunginflammation samt olika hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna.

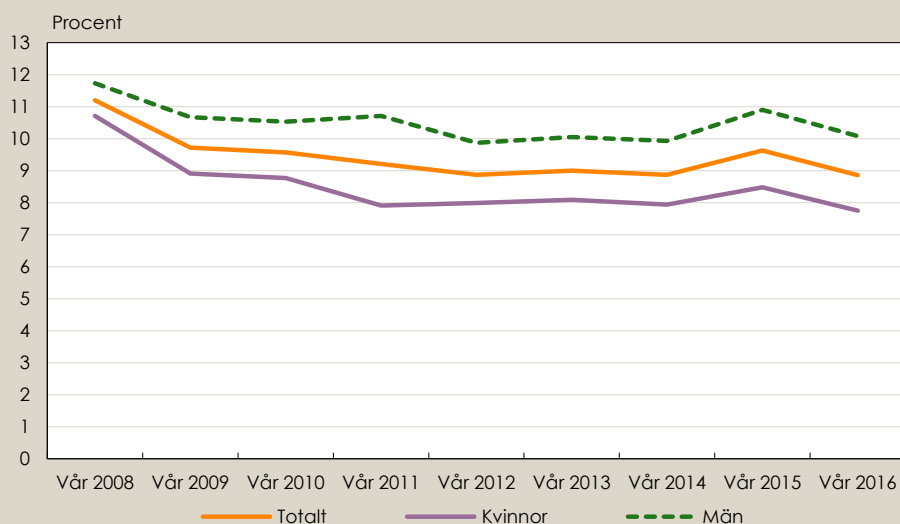
Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården, samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i mätning av VRI. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus, och samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen ingår i rapporteringen. Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen.

I riket hade nästan 9 procent av patienterna i slutenvården drabbats av VRI vid mätningen våren 2016. Av männen drabbades 10,1 procent och bland

kvinnorna 7,7 procent. Alla mätningar har visat på en högre förekomst bland män än bland kvinnor. Jämfört med mätningen våren 2008 är andelen lägre 2016 men skillnaden mellan män och kvinnor är större.

15.1. Vårdrelaterade infektioner

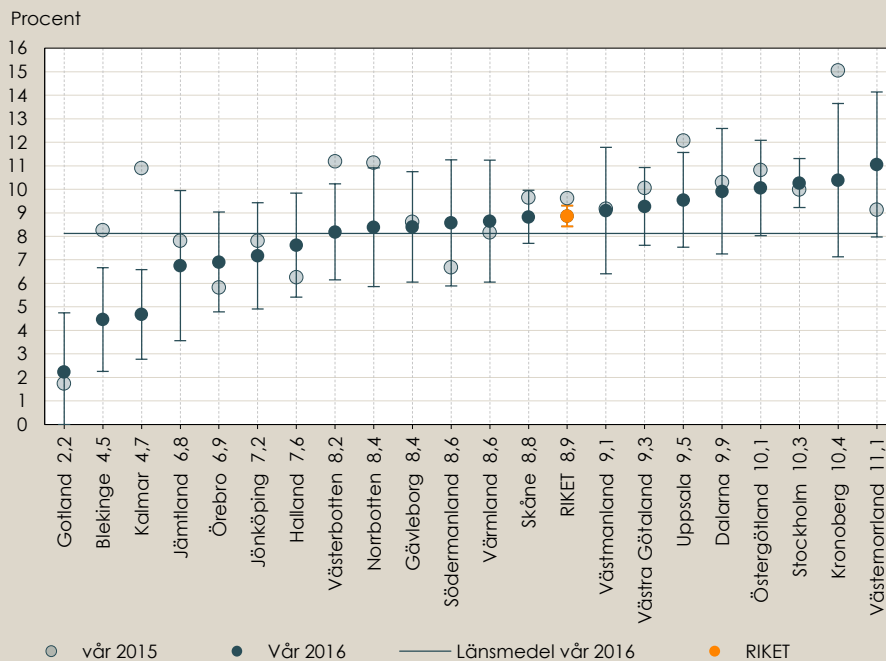
Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.



Resultaten på länsnivå är osäkra, vilket speglas genom de stora konfidensintervallen. I Gotland drabbades 2,2 procent av patienterna av VRI, medan mer än 11 procent av patienterna i länet med högst andel var drabbade av VRI vid den senaste mätningen.

15.2. Län. Vårdrelaterade infektioner

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Om relaterade mått och data

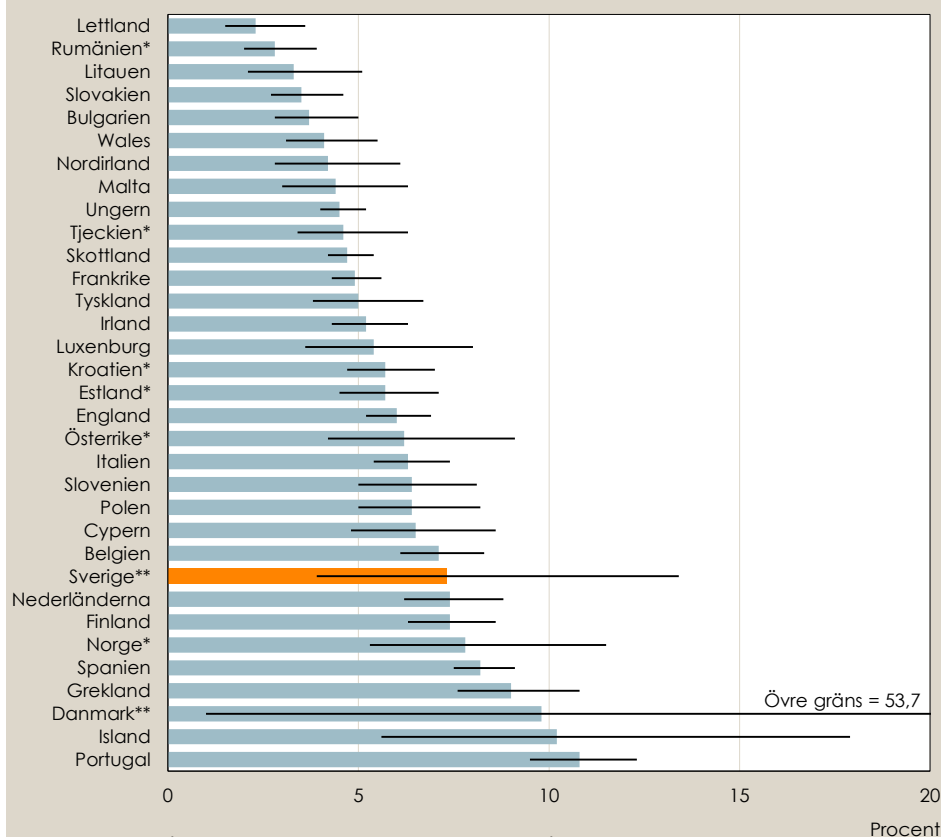
I samband med mätningen av vårdrelaterade infektioner mäts även processer som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler både för kommuner- och för landsting, uppgifterna för landstingen tillgängliggörs bland annat i *Vården i siffror*. I rapporten *Öppna jämförelser – Säker vård* redovisas fler relaterade processindikatorer.

Vårdrelaterade infektioner i Europa

Resultatet från den senaste punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner genomförd av den europeiska smittskyddsmyndigheten visade att 5,7 procent av patienter på akutsjukhus var infekterade med minst en typ av vårdrelaterad infektion [39]. Sveriges värde som i denna mätning representeras av ett fåtal sjukhus i mätningen 2011–2012 var 7,3 procent. Andelen patienter med minst en vårdrelaterad infektion varierade mellan 2,3 procent för Lettland och 10,8 procent för Portugal (diagram A.7).

A.7. Länder. Vårdrelaterade infektioner

Patienter med vårdrelaterade infektioner på akutsjukhus, 2011 2012.



* Länder med få (7-14) deltagande sjukhus och därmed låg representativitet.

** Länder med väldigt få (3-4) deltagande sjukhus och därmed väldigt låg representativitet.

Källa: European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC).

I en punktprevalensmätning i USA 2011 uppskattades att cirka 4 procent av de inlagda patienterna hade en eller flera vårdrelaterade infektioner [40].

Vårdrelaterade infektioner är vanligare i låg- och medelinkomstländer  n i höginkomstländer. Vårdrelaterade infektioner efter operation är vanligast förekommande i låginkomstländer och urinvägsinfektion är vanligast i höginkomstländer [41].

16. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan.

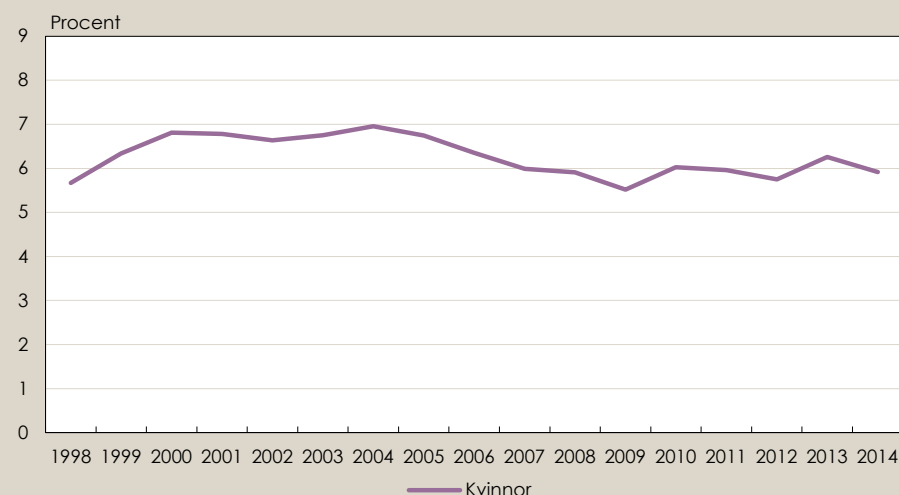
Kända riskfaktorer för grad III- och grad IV-bristningar  r att kvinnan  r förstföderska och f der ett stort barn eller att förlossningen avslutas instru-

mentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse för graden av bristning.

Indikatorn redovisar andel bristningar av grad III och grad IV vid vaginala förlossningar och värdena är åldersstandardiserade. I riket som helhet 2014 medförde 5,9 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och grad IV.

16.1. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.

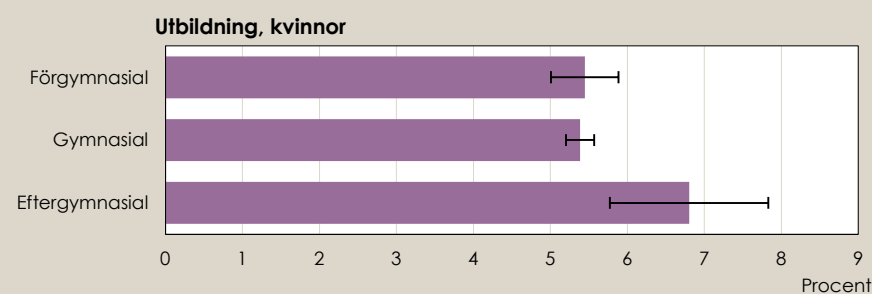


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Bristningar bland förstföderskor var vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning för mätperioden 2010–2014. En möjlig orsak är att kvinnor med eftergymnasial utbildning ofta föder större barn [42].

16.2. Utbildning. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden, 2010-2014.

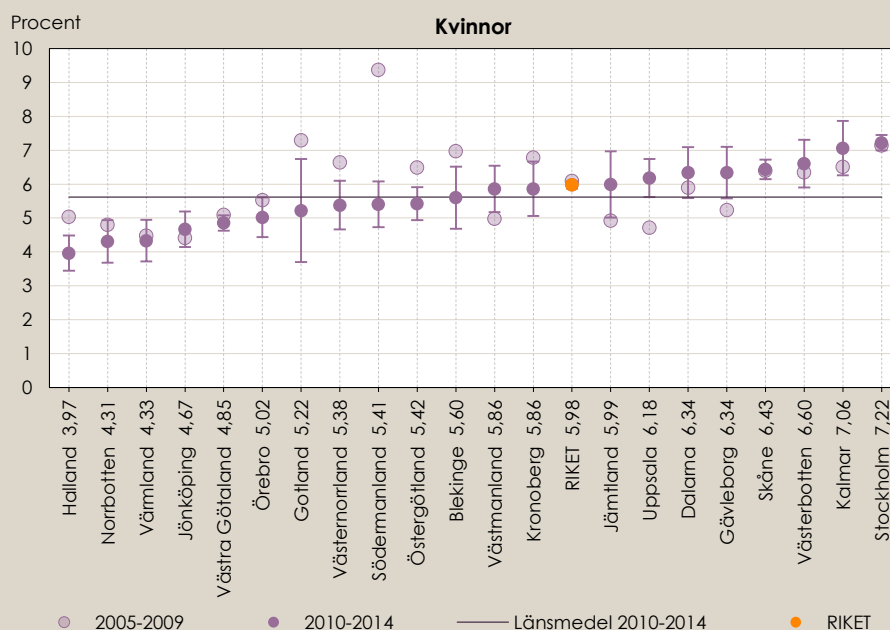


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Den totala andelen grad III- och grad IV-bristningar varierade mellan 4,0 och 7,2 procent mellan olika landsting 2010–2014. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen av grad III- och grad IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

16.3. Län. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

17. Äldre med läkemedel som bör undvikas

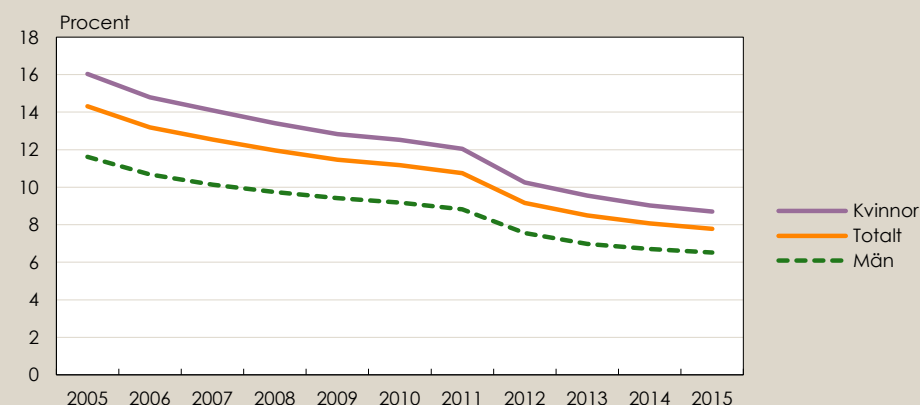
Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Därför kan användning av vissa läkemedel innebära en betydande risk för biverkningar hos äldre, och dessa läkemedel bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl för behandlingen. Förskrivande läkare ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med i intervall. De olämpliga läkemedel som ingår i indikatorn är:

- bensodiazepiner med lång halveringstid (lugnande och sömngivande)
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- tramadol (smärtstillande)
- propiomazin (sömnmedel).

Andelen personer 75 år och äldre i riket med förskrivning av olämpliga läkemedel 2015 var 7,8 procent. Bland kvinnor var andelen 8,7 procent, vilket är drygt två procentenheter mer än för männen, där 6,5 procent hade ett eller flera av dessa läkemedel.

17.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

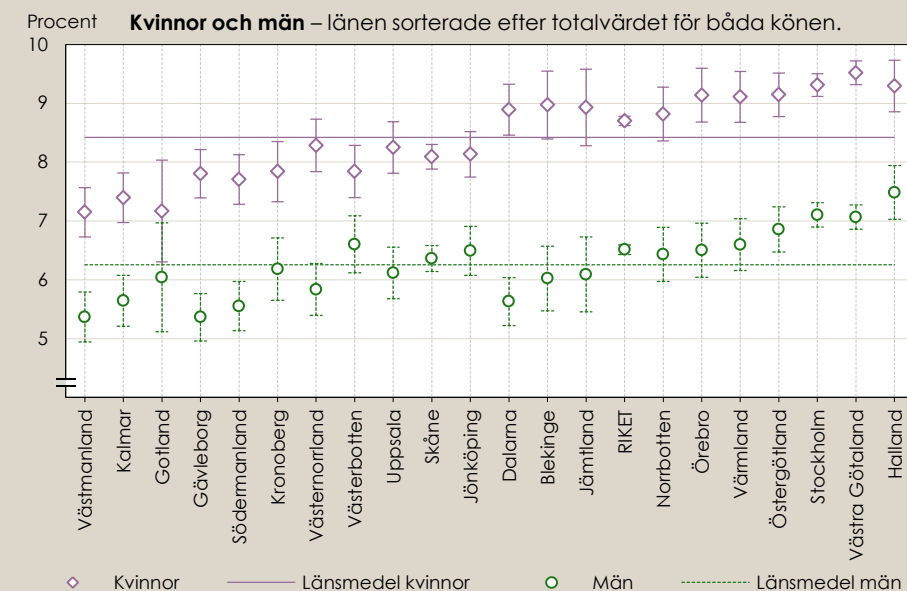


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer 75 år och äldre i Västmanland har lägst andel läkemedel som bör undvikas. Länet har även, tillsammans med Gävleborg, lägst värde för män. Gotland och Västmanland är de län där lägst andel kvinnor har olämpliga läkemedel. Högst andel med olämpliga läkemedel bland män, 75 år och äldre, finns i Halland och för kvinnor i Västra Götaland.

17.2. Län. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2015.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1) ska läkemedelsgenomgångar genomföras. Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och

systematiskt sätt. Genomgångarna involverar den person som använder läkemedlet, den ansvariga läkaren och vid behov farmakologisk expertis samt sjuksköterskor och all den personal som dagligen möter den äldre personen. Syftet med en enkel läkemedelsgenomgång är att kartlägga en persons ordinerade och använda läkemedel, kontrollera att läkemedelslistan är korrekt samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker.

Socialstyrelsen erbjuder en webbutbildning om läkemedelsgenomgångar. Utbildningen vänder sig till läkare, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal.

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas indikatorn uppdelat på personer med hemtjänst eller i särskilt boende.

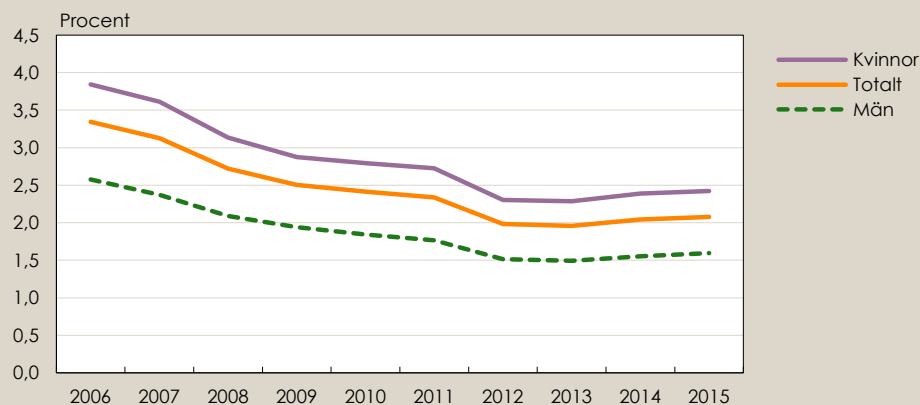
18. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

För antipsykotiska läkemedel finns indikation för förskrivning vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldreomsorgen används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesyntom som motorisk oro samt rop och vandring, dock oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar av olika slag, till exempel passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, samt medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Om behandling bedöms nödvändig bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Behandlingen bör också omprövas med täta intervall för att kunna ta ställning till utsättning eller dosminskning.

Indikatorn visar användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer som är 75 år och äldre. Personer med diagnosen psykossjukdom har inte exkluderats. I riket som helhet behandlades 2,1 procent med antipsykotiska läkemedel 2015. Behandlingen var vanligare hos kvinnor än hos män. Andelen bland kvinnor var 2,4 procent medan andelen bland män var 1,6 procent. Värdena har sjunkit mellan 2006 och 2012 men efter det syns ingen fortsatt minskning.

18.1. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.

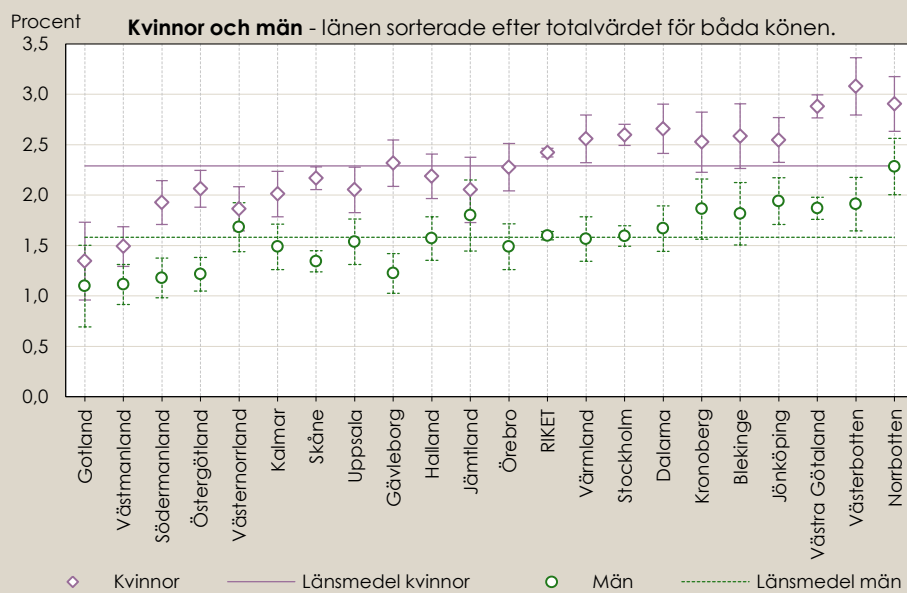


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Gotland är det län med lägst andel antipsykotiska läkemedel bland dem 75 år och äldre för både kvinnor och män. Västerbotten har högst värde för kvinnor, medan högst värde bland män finns i Norrbotten.

18.2. Län. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2015.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Precis som för indikatorn *olämpliga läkemedel* är det viktigt att verksamheterna genomför läkemedelsgenomgångar för att metodiskt följa upp och analysera varje individs läkemedelsanvändning. Dessutom är det viktigt att personer som misstänks lida av demenssjukdomar får en demensutredning.

Om relaterade mått och data

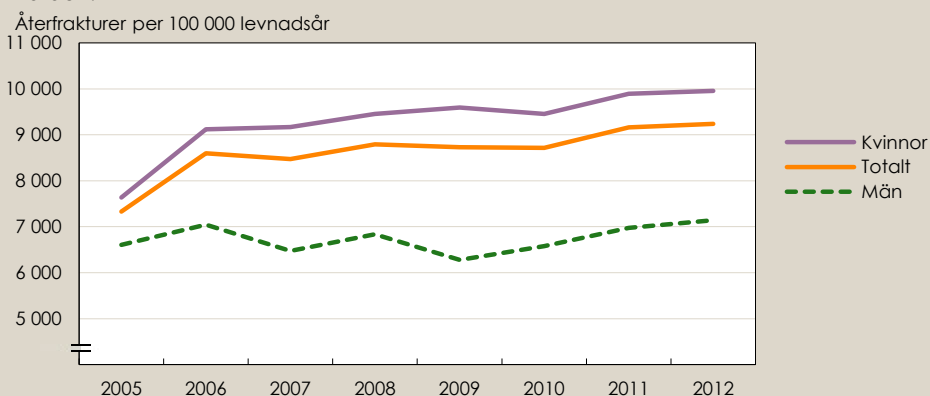
I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas indikatorn uppdelat på personer med hemtjänst eller i särskilt boende.

19. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

Indikatorn visar antalet nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår hos personer som är 50 år och äldre och som under mätperioden haft en första-gångsfragilitetsfraktur som behandlades i slutenvård eller av läkare i öppen specialiserad vård. Förstagångsfragilitetsfraktur betyder här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. Jämförelsen är åldersstandardiserad och mätperioden avser tid för första frakturen, efter vilken uppföljning har skett i 3 år. Socialstyrelsens målnivå är att antalet återfrakturer ska minska med 20 procent i respektive landsting jämfört med utfallet 2003–2007, för riket motsvarar detta mål ganska exakt 6 000 återfrakturer per 100 000 levnadsår [43]. I jämförelsen över tid, med första frakturen för åren från 2005 till 2012, syns istället en ökning av återfrakturerna inom tre år. För 2005 var det åldersstandardiserade värdet 7 329 och för 2012 hade det ökat till 9 238 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Cirka 70 procent av de som får en fragilitetsfraktur och ingår i måttet är kvinnor, kvinnor har dessutom en högre frekvens av återfrakturer än vad män har. Skillnaden var också större 2012 jämfört med 2005 då ökningen varit tydligare bland kvinnor.

19.1. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur. Åldersstandardiserade värden.

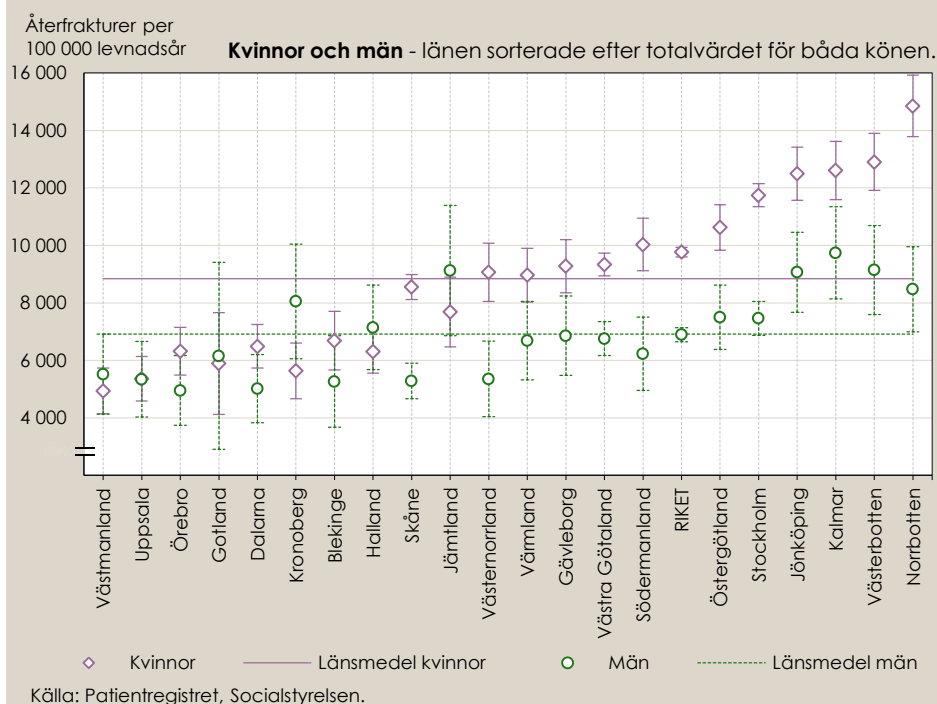


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bland personer med en första fraktur 2010–2012 varierar antalet återfrakturer per 100 000 levnadsår mellan länen från 5 075–13 301 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Mönstret att resultatet för kvinnor är högre än för män var generellt sett tydligare bland länen med högre värden totalt sett. Bland de två länen med bäst totalvärden ligger också värdena för kvinnor och män nära varandra.

19.2. Län. Återfrakturer efter en fragilitetsfraktur

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur. Åldersstandardiserade värden, 2010-2012.



Patientregistret omfattar inte patienter som har fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Diagnossättningen för kotfrakturer är därtill ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

Nationell målnivå

För indikatorn *återfrakturer inom 3 år* har Socialstyrelsen fastställt att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive lands-ting fram till år 2018, jämfört med perioden 2003–2007 (för riket motsvara det värdet 6 002 för indikatorn).

När en person drabbats av en fraktur som kan relateras till benskörhet är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom har en ökad fysisk aktivitet en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur.

Strukturerade vårdkedjor för fragilitetsfrakturer ökar andelen utredningar och behandlingar och vilket kan minska andelen nya frakturer med runt 40

procent. Socialstyrelsen uppdaterade i december 2014 rekommendationen om systematisk riskvärdering, utredning och behandling vid fragilitetsfraktur till en högre prioritet [44].

Om relaterade mått och data

En nära relaterad indikator är *läkemedel efter fragilitetsfraktur*. Indikatorn avser andel patienter 50 år och äldre med förstagångsfraktur som behandlats med läkemedel mot benskörhet 0 till 12 månader efter en fragilitetsfraktur. Till 2017 är den nationella målnivån satt 30 procent eller mer. I denna rapport redovisas även indikatorn *fallskador bland äldre*, vilken också kan relateras till återfrakturer.

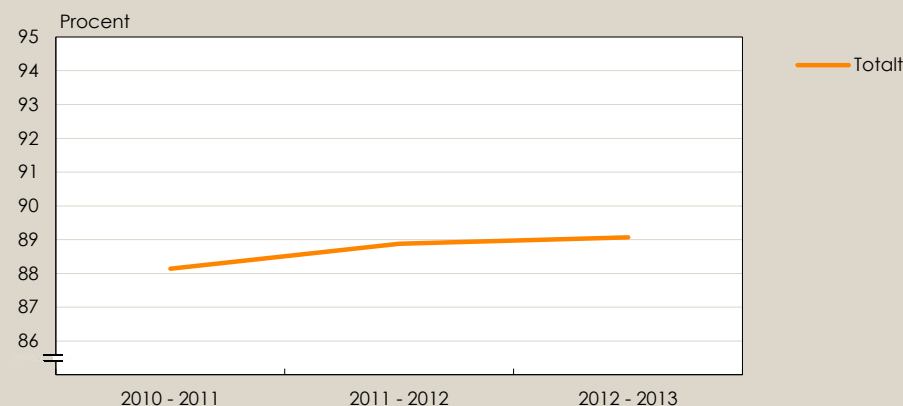
20. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

I Svenska Höftprotesregistrets enkät ingår en fråga om patienttillfredsställelse; frågan ställs vid uppföljningarna 1, 6 och 10 år efter operationen. Frågan kan betraktas som en sjukdomsspecifik utfallsfråga där patienterna på en visuell analog skala (VAS), ska ange hur nöjda de är med operationsresultatet.

Indikatorn visar andelen patienter som 1 år efter operationen anger att de är nöjda med höftprotesoperationen, genom att de har angett värden mellan 0 och 40 på en VAS-skala, där 0 är *nöjd* och 100 är *missnöjd*. Värden mellan 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på om den är nöjd eller att patienten är missnöjd med resultatet. Jämförelsen baseras på 24 425 patienter som opererades 2012 och 2013 och följdes upp 2013 respektive 2014. Utifrån den använda definitionen för nöjdhet angav 89 procent av alla patienter i hela riket att de var nöjda med resultatet, med en variation mellan olika landsting på knappt 78 till 93 procent. Indikatorn visar ett patientrapporterat resultat med förbättringspotential när det gäller vårdprocessen, framförallt utanför operationssalen, för denna stora patientgrupp.

20.1. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

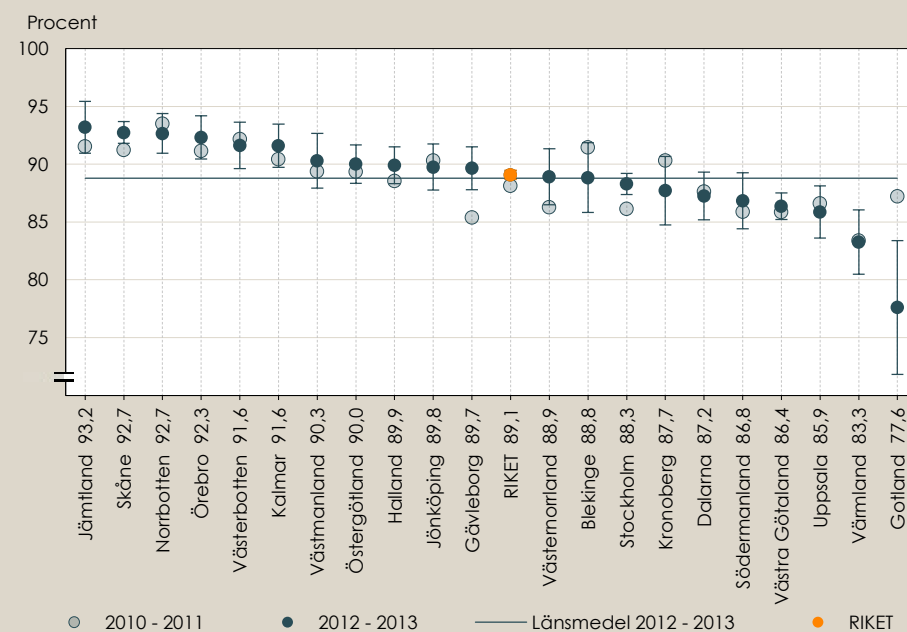
Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

20.2. Län. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar, till exempel tveksam indikation för kirurgi, andra sjukdomar (komorbiditet), socioekonomiska bakgrundsvariabler, födelseland och sammanhängande språksvårigheter, bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt orealistiskt höga förväntningar på slutresultatet [45].

Om relaterade mått och data

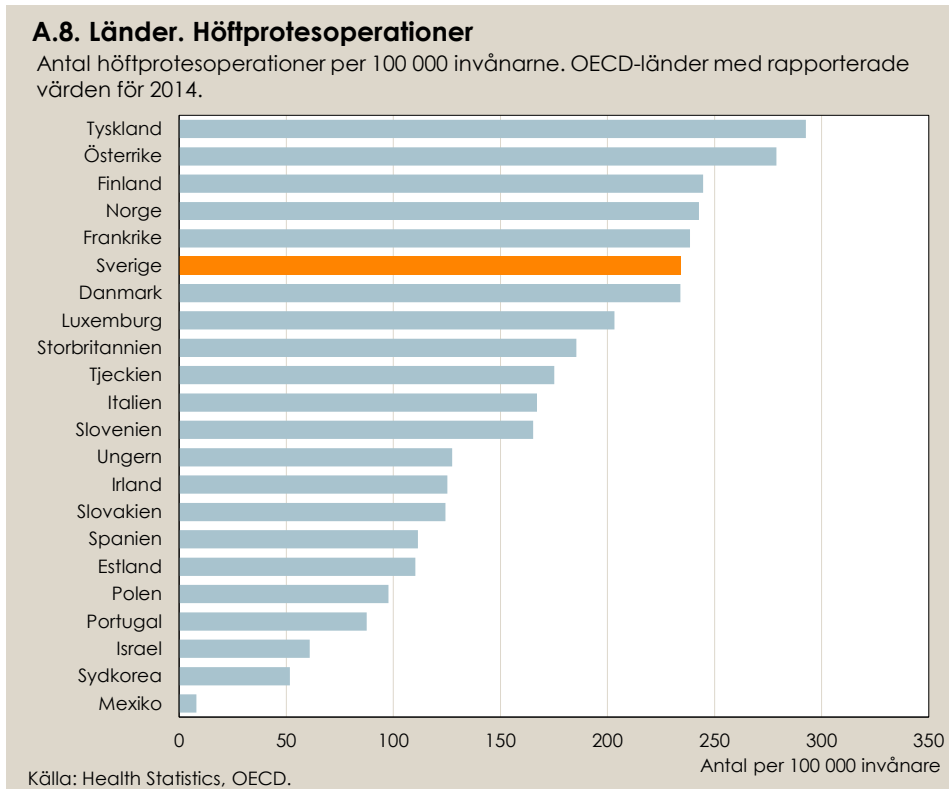
Relaterade indikatorer är exempelvis *frakturer på lår och höft* som presenteras på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. Den relaterade indikatorn *väntetid inför höftfrakturopoperation* presenteras i *Vården i siffror*. Indikatorn *artrosskola före höftprotesoperation* mäts av kvalitetsregistret Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA-registret) [44].

Protesoperationer är jämförelsevis vanligare i Sverige

I en internationell kontext är höftprotesoperationer vanliga i Sverige. Bland de länder i OECD som lämnat data för 2014 ligger Sverige på sjätte plats över flest höftprotesoperationer per invånare med 234 höftprotesoperationer per 100 000 invånare, vilket framgår av diagram A.8.

Behovet av höftproteser varierar sannolikt väsentligt mellan befolkningarna i de olika länderna på grund av exempelvis åldersstruktur och levnadsvanor. Givet en liknande sjukdomsförekomst vad gäller artros och frakturer

mellan länderna skulle dock antalet höftprotesoperationer per invånare kunna ses som en indikation på kvalitet och tillgänglighet. I Sverige har exempelvis andelen äldre som får protes vid höftfraktur, jämfört med spikning (osteosyntes), ökat kraftigt. Bland personer 65 år och äldre har andelen ökat från under 20 procent 1999 till över 70 procent 2014. Höftproteser har många fördelar jämfört med spikning men kräver också mer resurser för vården samtidigt som de visat sig markant mer effektiva ur ett hälsoekonomiskt perspektiv [46-48].



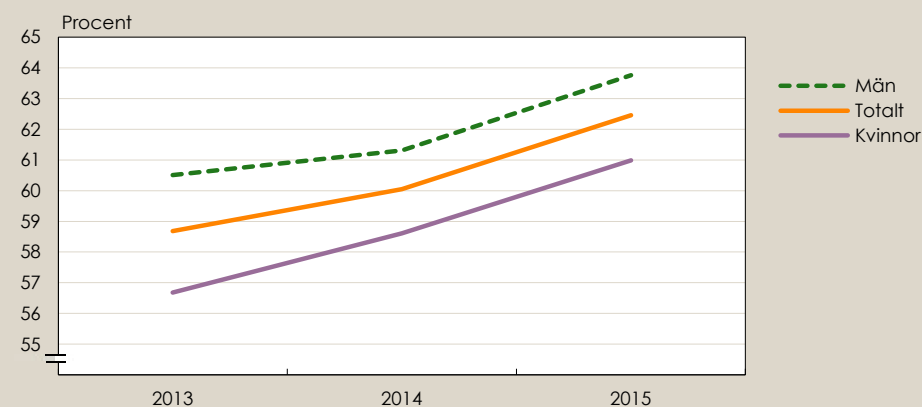
21. Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke (12 månader)

Stroke är en av landets stora folksjukdomar och den kräver insatser från både kommuner och landsting. Indikatorn för tillgodosedda rehabiliteringsbehov visar hur stor andel av de personer som vårdats för stroke som anser att deras rehabiliteringsbehov har blivit tillgodosedda 12 månader efter att de insjuknat. Resultatet rör insatserna till personer som haft stroke och ger en signal om kvaliteten i den sammantagna vården och i omsorgen.

Årets resultat, bygger på material från 2015, och knappt 63 procent uppgav att de var nöjda med sin rehabilitering, vilket indikerar ett något bättre resultat jämfört med 2014 då punktskattningen var 60 procent. Det finns en liten men tydlig skillnad mellan könen för de svarande. Bland männen var det nästan 64 procent som uppgav att de var nöjda jämfört med 61 procent av kvinnorna.

21.1. Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke (12 månader)

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett. Mätperioden avser år för insjuknande.

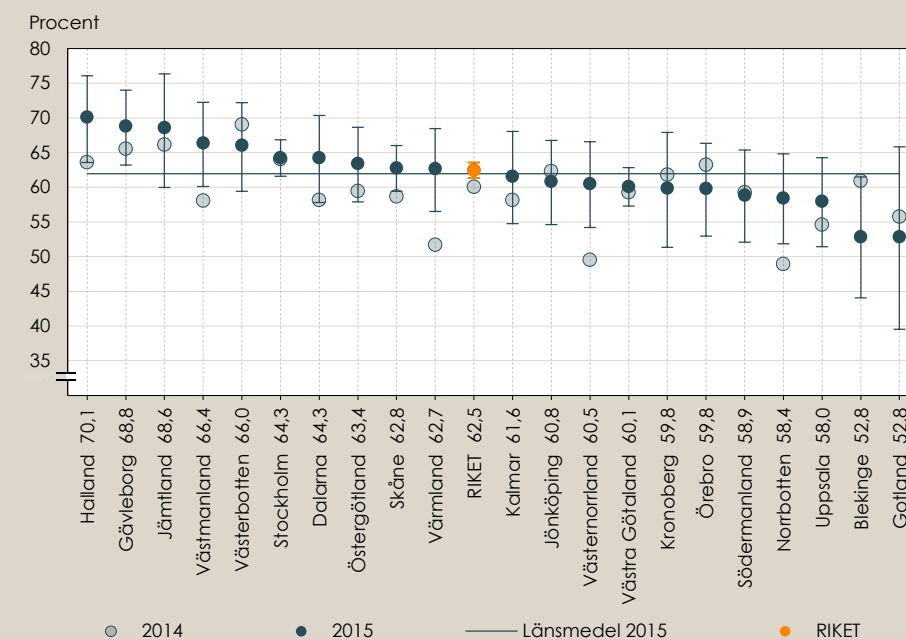


Källa: Riksstroke.

Andelen strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger sitt rehabiliteringsbehov som tillgodosett varierar från 53 procent upp till drygt 70 procent mellan länen i uppföljningen 2015.

21.2. Län. Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke (12 mån.)

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett. Mätperioden avser år för insjuknande.



Källa: Riksstroke.

En av många faktorer som kan påverka utfallet är kvaliteten i en samordnad vårdplanering. En ytterligare aspekt är att upplevelsen av att behoven är tillgodosedda kan påverkas av förväntningar, och det är möjligt att förväntningarna på sjukvårdens och kommunens stöd varierar över landet.

Om relaterade mått och data

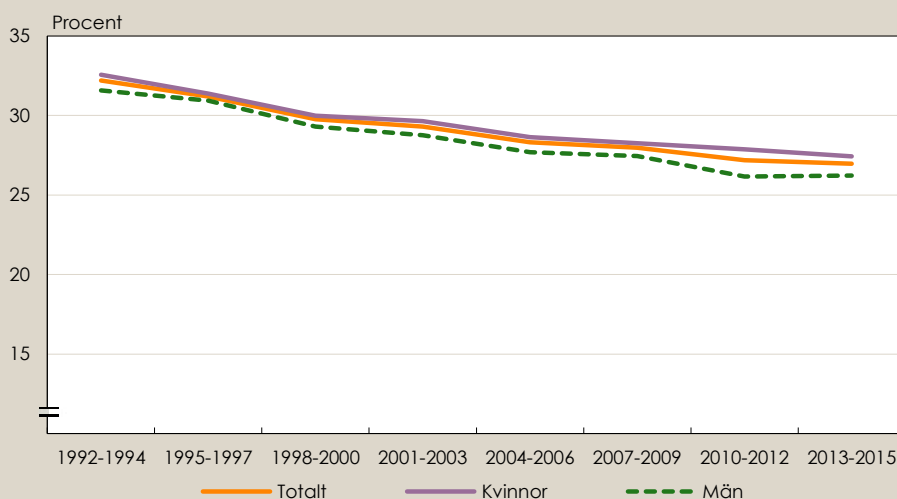
Det finns ett antal relaterade indikatorer från kvalitetsregistrets uppföljningsenkäter vid 3 respektive 12 månader. För indikatorn *tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke efter 3 månader* finns en nationell målnivå på 75 procent. Dessutom finns indikatorn *tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke*. Det finns även två indikatorer som belyser strokepatienternas funktionsförmåga. För indikatorerna som bygger på tolv månadsenkäten finns värden på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*.

22. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Indikatorn visar andelen patienter som dog inom 90 dagar efter en förstagångsstroke. Jämförelsen är åldersstandardiserad. Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i antingen dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår de patienter som dog utan att ha vårdats på sjukhus och de patienter som dog som hade sjukhusvårdats. Som förstagångsfall räknas personer som inte haft någon stroke de 7 föregående åren. Andelen som dör inom 90 dagar var för perioden 2013–2015 knappt 27 procent vilket är en förbättring med drygt 5 procentenheter sedan perioden 1992–1994. För alla perioder så är den åldersstandardiserade andelen som dör inom 90 dagar högre bland kvinnor än bland män, för 2013–2015 var värdet bland kvinnor 1,2 procentenheter högre än bland män.

22.1. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



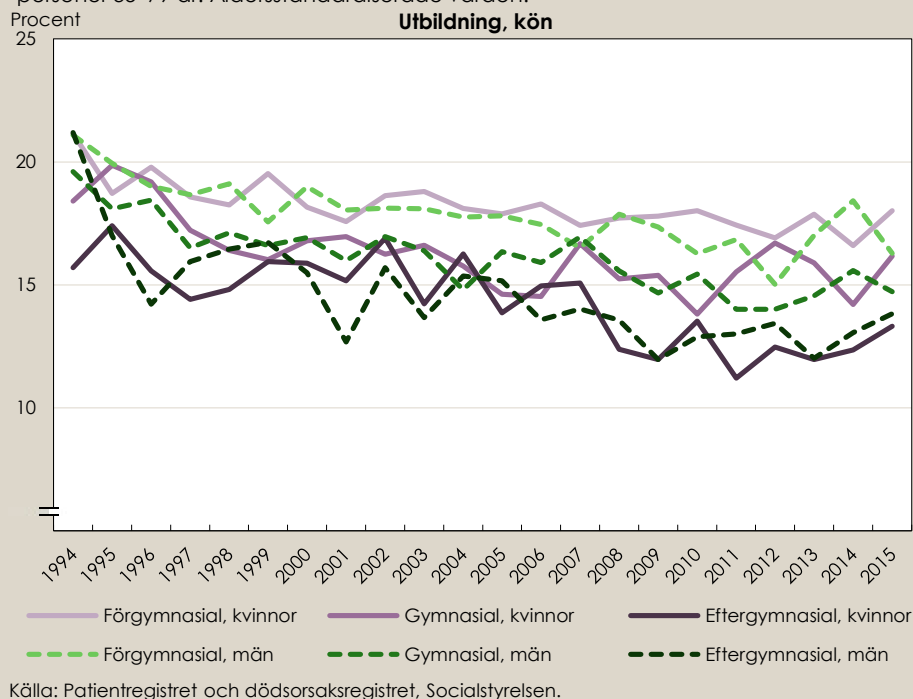
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vid jämförelse av utbildningskategorier avgränsas gruppen till åldrarna från 35 till 79 år, vilket ger generellt lägre nivå för andel döda inom 90 dagar. För

respektive kön så har andelen döda bland dem med kortare utbildning varit genomgående högre för åren från 2008 till 2015. För respektive utbildningsnivå ligger kvinnor oftare högre än män, dock gör den kortare mätperioden och åldersavgränsningen att skillnaden inte blir så tydlig då värdena från år till år kan påverkas relativt mycket av tillfälligheter.

22.2. Utbildning. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

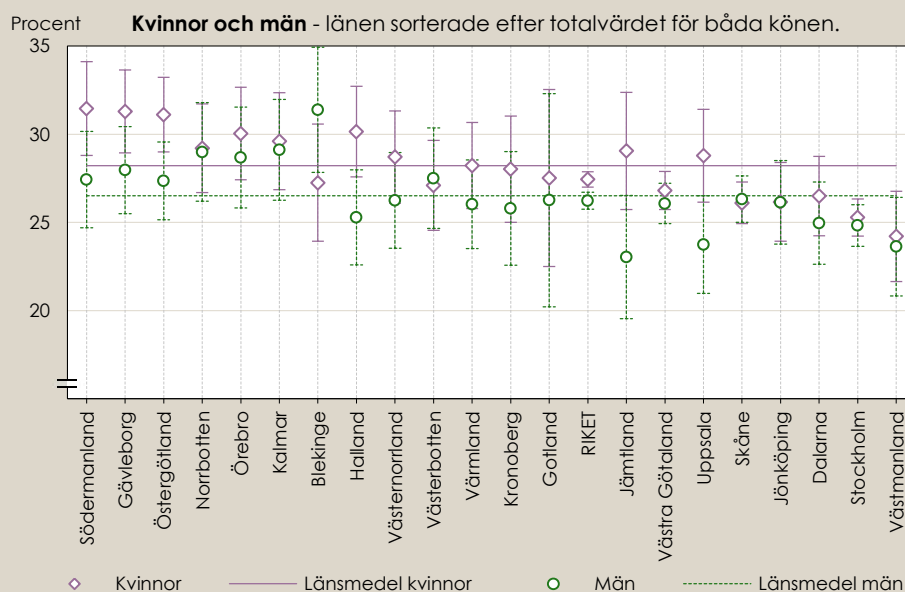
Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus, personer 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Förhållandet med en högre andel bland kvinnor än män syns även på länsnivå under perioden 2013–2015, även om konfidensintervallen ofta är stora är andelen för kvinnor högre än för män i samtliga län med ett fåtal undantag. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Därför fångar den även in effekter av samverkan mellan landstingens olika verksamheter och kommunernas hälso- och sjukvård. Verksamheterna ska utgå från Socialstyrelsens riktlinjer och arbeta utifrån rekommendationerna. Socialstyrelsen reviderar för närvarande riktlinjerna för stroke och de beräknas vara klara våren 2017.

22.3. Län. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden, 2013-2015.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

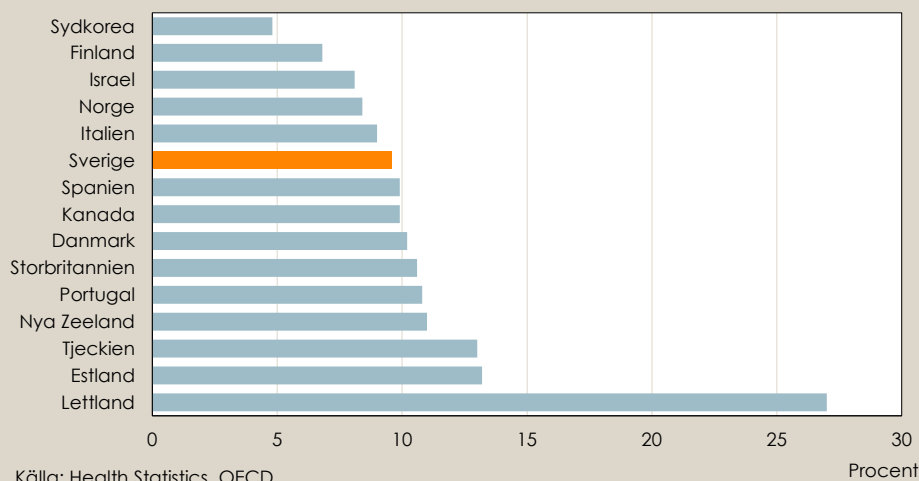
I Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* kan andelen som dör inom 28 dagar jämföras, även enbart för kategorin personer som sjukhusvårdats. I Socialstyrelsens utvärdering av strokevård finns flera indikatorer. Exempel på indikatorer som ska belysa akutskedet är *tidsfördröjning mellan ankomst till sjukhus och start av trombolysbehandling* och *vård på strokeenhet*. Indikatorerna *warfarinbehandling vid förmaksflimmer efter stroke* och *rökstopp efter stroke* belyser sekundärpreventiv behandling, medan effekter på vård och omsorg kan belysas genom indikatorerna *ADL-oberoende* samt *tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning*. Mer information finns även på kvalitetsregistret Riksstrokes hemsida.

Sverige i jämförelse av dödlighet vid strokesjukvård

OECD använder indikatorn *dödlighet efter sjukhusvårdad stroke inom 30 dagar* som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Till skillnad från huvudindikatorn redovisas alltså enbart de patienter som sjukhusvårdats och för en kortare uppföljningsperiod med åldersavgränsningen 45 år och äldre. Resultaten visar att Sverige är ett av de länder som har lägre andel döda av de som rapporterat uppgifter för 2013, även om några länder också visar upp ett bättre resultat än Sverige för perioden, vilket framgår av diagram A.9.

A.9. Länder. Dödlighet vid sjukhusvårdad stroke

Andel patienter som avled inom 30 dagar efter inskrivning för stroke, 45 r eller äldre, 2013. Ålders- och könsstandardiserade vrden enligt OECD-standardpopulation. OECD-länder med rapporterade vrden fr 2013.



23. Dödlighet efter hjärtinfarkt

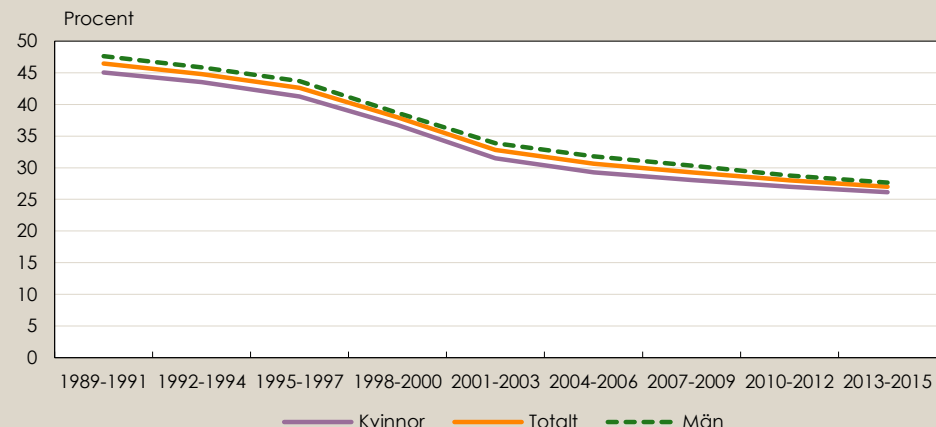
Risken att då inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller *case fatality*) r en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mter kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtinfarkt som dött inom 28 dagar av alla som drabbats av hjärtinfarkt. Som hjärtinfarkt räknas alla med diagnos fr hjärtinfarkt i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog med dödsorsaken akut hjärtinfarkt utan att ha vårdats vid sjukhus.

Värdena för riket har kontinuerligt förbättrats sedan 1989–1991 även om en utplaning kan ses för de senare perioderna. Mn har en liten men tydligt högre åldersstandardiserad andel som dr inom 28 dagar även om skillnaden mellan könen har minskat och r lägst för den senaste perioden 2013–2015.

23.1. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.

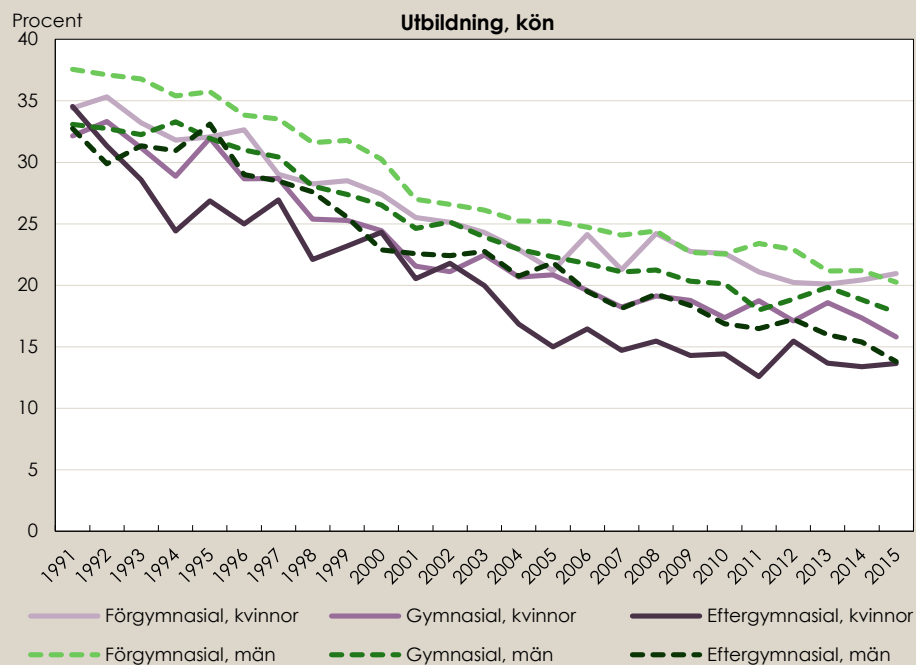


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Trots förbättringarna finns skillnader mellan utbildningsgrupper, här avgränsas åldrarna i jämförelsen till 35–79 år vilket ger en lägre nivå på värdena. Bland både kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning avled drygt 20 procent inom 28 dagar efter hjärtinfarkt 2015. Andelen bland båda könen för personer med eftergymnasial utbildning är 14 procent.

23.2. Utbildning. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, personer 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.

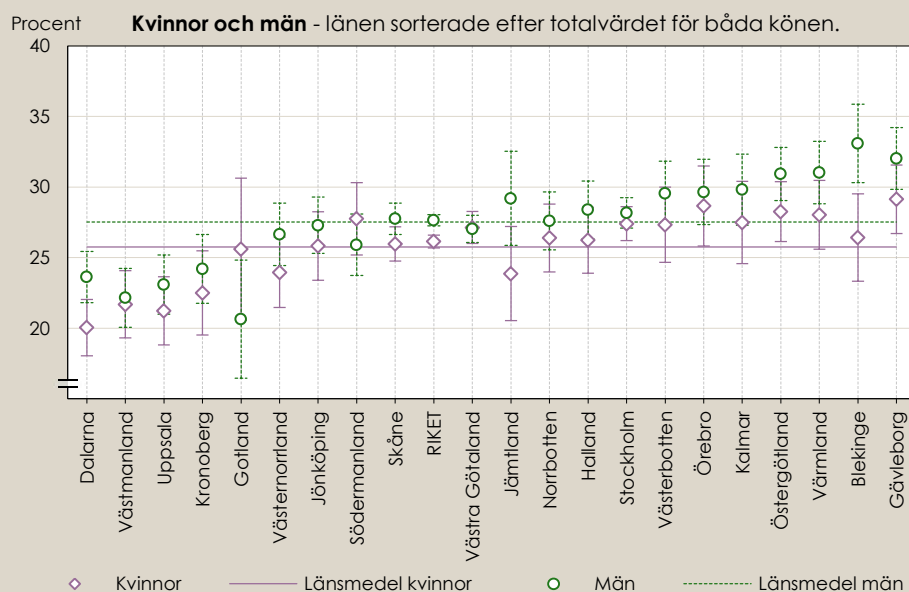


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det län som har lägst andel döda 28 dagar efter hjärtinfarkt är Dalarna och högst andel finns i Gävleborg. Länsmedelet för kvinnor, var drygt 26 procent och för män nästan 28 procent, för perioden 2013–2015.

23.3. Län. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden, 2013–2015.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Variationer mellan landstingen kan bero på flera olika orsaker. Exempelvis påverkar tillförlitligheten i diagnossättning samt olika sociala faktorer. Dessutom påverkar annan samtidig sjuklighet samt befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avstånd till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus. Hälso- och sjukvården kan förbättra hjärtsjukvården genom att exempelvis öka andelen som får reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning och genom att korta tiden mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt [29].

En felkälla är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Där kan osäkerheten i diagnossättning vid fastställande av dödsorsak vara större. Det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdats.

Om relaterade mått och data

Indikatorn *dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt* utgör en delmängd av de personer som redovisas här. Indikatorerna som berör överlevnad för personer som drabbats av infarkt relaterar till den breda indikatorn *åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom*, som utöver överlevnaden efter insjuknande även påverkas av sjukdomsförekomsten i befolkningen. Indikatorn *ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom* följer patienten 365 dagar efter utskrivning. Socialstyrelsen följer även upp hjärtsjukvården med en rad andra indikatorer.

Dessutom finns mer data tillgängliga via kvalitetsregistret Swedeheart, bland annat ett index för hjärtinfarktvård där flera processmått samt resultatmått för sekundärprevention ingår.

Lägre dödlighet vid hjärtinfarktvård i Sverige än i Storbritannien

Som exempel på en internationell jämförelse finns en studie med data gällande nästan 120 000 patienter i Sverige och drygt 390 000 patienter från Storbritannien gällande dödlighet inom 30 dagar efter inskrivning på sjukhus vid akut hjärtinfarkt, för perioden 2004 till 2010. Dödligheten var högre bland patienterna i Storbritannien, även i relevanta undergrupper uppdelat utifrån ålder, kön och koncentration av troponin. En skillnad som enligt studien kan påverka resultatet är att sjukvården i Sverige tidigare och oftare använder sig av PCI, samt att Sverige också hade mer frekvent användning av betablockerare efter utskrivning [49].

24. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Med cancer menas en elakartad, så kallad malign, tumörsjukdom. Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad. Chansen att botas har ökat under de senaste årtiondena, tack vare ökad kunskap, bättre behandling och större möjlighet att upptäcka cancer i ett tidigt stadium. Ändå dör cirka 23 000 personer om året i en cancersjukdom i Sverige. Det gör cancer till den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar [50].

I Sverige lever i dag mer än 450 000 personer som har eller har haft cancer. Antalet personer som lever med en cancerdiagnos beräknas öka i framtiden på grund av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar. Enligt *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) beräknas männen med cancer vara nästan 130 procent fler år 2030 än i dag, motsvarande ökning för kvinnor är cirka 70 procent [50]. Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnosen har ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar.

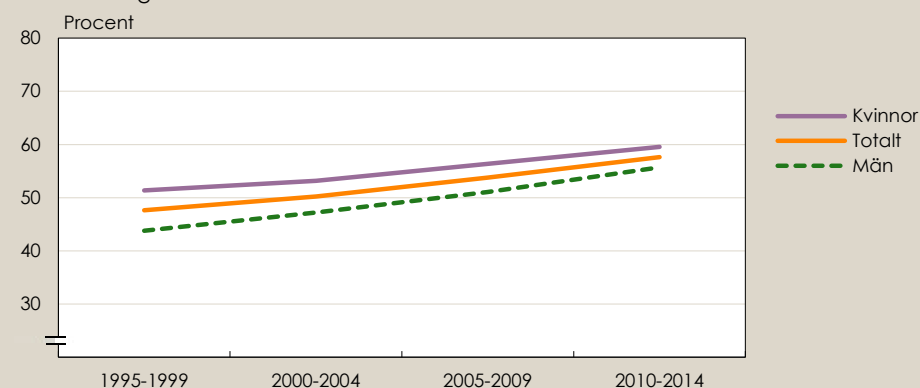
Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, bröstcancer eller hudcancer som inte är malignt melanom, och dessa cancertyper ingår inte i indikatorn. Generellt har överlevnaden utvecklats positivt för merparten av områdena inom cancervården. Den positiva utvecklingen tyder på att den nationella cancerstrategin har haft effekt [51].

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. Indikatorn är förändrad jämfört med tidigare då alla tumörlägen ingick. Eftersom annan hudcancer än malignt melanom samt bröst- och prostatacancerdiagnoser är bortagna från indikatorn och cancertyperna har hög överlevnad så är nivån

cirka tio procentenheter lägre med den justerade indikatorn. Femårsöverlevnaden ligger på ungefär 58 procent. För perioden 2010–2014 ligger andelen bland kvinnor på nära 60 procent och bland män överlever nästan 56 procent 5 år efter att de fått sin cancerdiagnos, vilket framgår av diagram 24.1.

24.1. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.

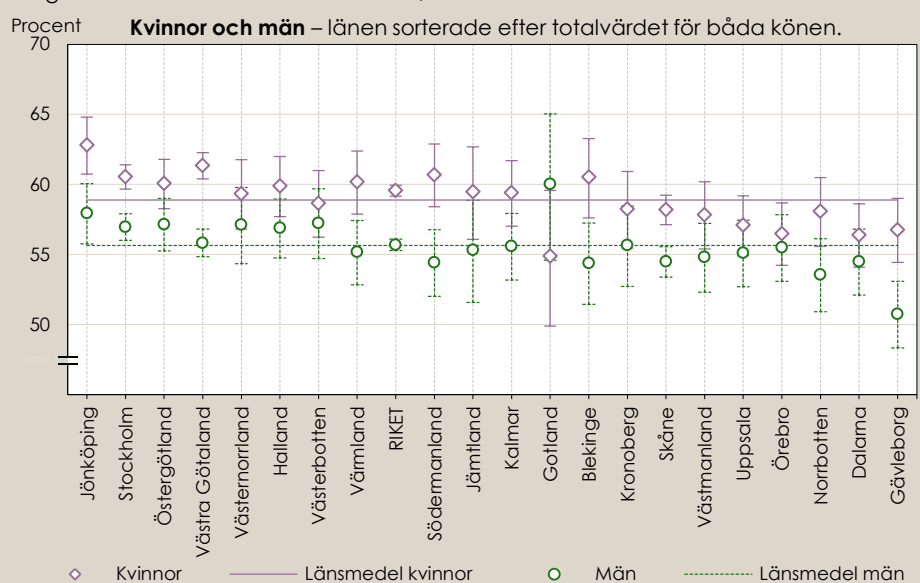


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Den relativa femårsöverlevnaden, 2010–2014, bland kvinnor varierar mellan länen från en andel på knappt 55 procent upp till nästan 63 procent. Bland män varierar femårsöverlevnaden från knappt 51 till 60 procent.

24.2. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden, 2010-2014.

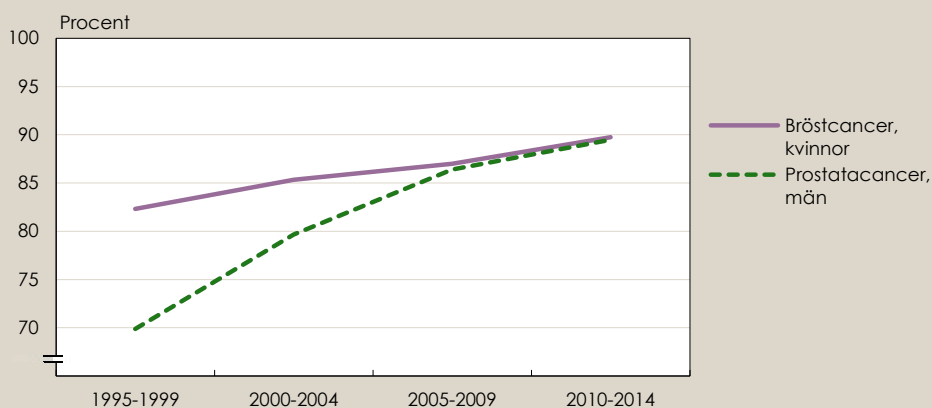


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Femårsöverlevnaden bland män vid prostatacancer och bland kvinnor för bröstcancer, vilket är de två vanligaste cancerformerna, ligger på nästan 90 procent 2010–2014, vilket framgår av diagram E.4. Mäns femårsöverlevnad vid prostatacancer ligger numera alltså på samma nivå som femårsöverlevnaden för kvinnor vid bröstcancer.

E.4. Överlevnad vid bröst- respektive prostatacancer

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröst- och prostatacancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

Socialstyrelsen redovisar relativ överlevnad för olika cancerformer i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg*. Dessutom publiceras indikatorer med resultat och processer inom cancerområdet i *Vården i Siffror*.

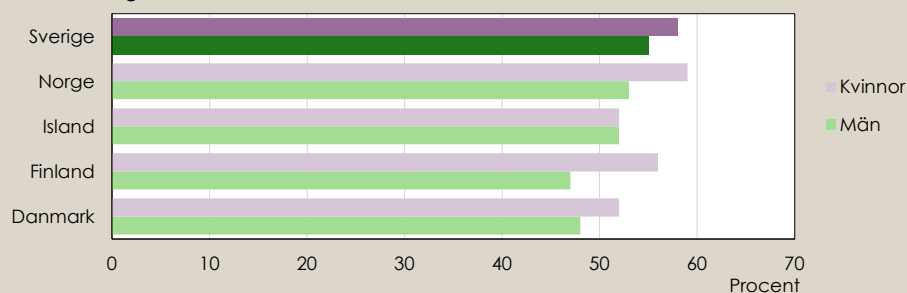
Svenska män har högst överlevnad i Norden

Jämförelserna mellan länderna i Norden bygger på data från NordCan. Måttet som presenteras i diagram A.10 har samma avgränsning som huvudindikatorn vad gäller tumörlägen men inte den nedre åldersavgränsningen till 30 år. Bland länderna i Norden ligger svenska mäns relativa femårsöverlevnad på 55 procent 2010–2015. Det kan jämföras med männen i Finland där femårsöverlevnaden ligger på 47 procent för samma period.

Även svenska kvinnor har en hög relativ femårsöverlevnad. Andelen svenska kvinnor som lever fem år efter att de fått sin cancerdiagnos ligger på 58 procent för åren 2010–2014. Det enda land i Norden med högre relativ femårsöverlevnad hos kvinnor är Norge där 59 procent av kvinnorna lever fem år efter att de fått sin cancerdiagnos.

A.10. Länder. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom, 2010–2014. Avser patienter 0–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden. Sorterat efter medelvärdet för könen.



Källa: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries (NORDCAN).

25. Dödlighet efter höftfraktur

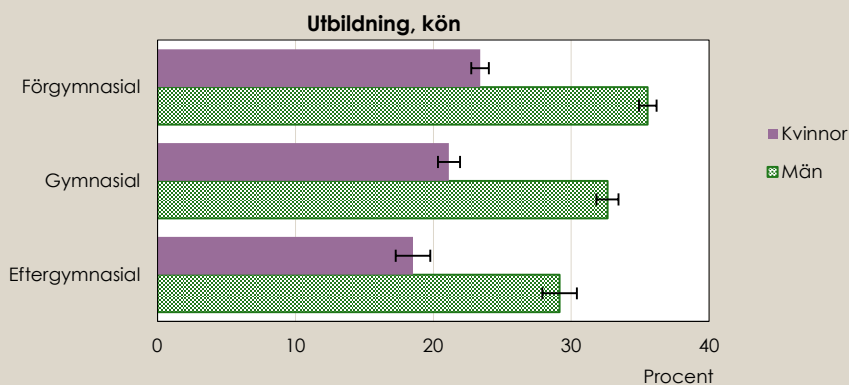
Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med benskörhet. Höftfrakturer leder ofta till försämrad livskvalitet, bland annat till följd av försämrad gångförmåga. Detta kan göra det svårt för en person att återgå till eget boende och även påverka det sociala livet negativt. Därutöver är dödligheten inom det första året efter höftfraktur hög [44].

Indikatorn visar andelen patienter som är 50 år och äldre som dog inom 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur. Mätperioden 2012–2014 omfattar drygt 47 000 patienter. Förstagångshöftfraktur avser här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1999. De höftfrakturer som inkluderas i måttet är i de flesta fall relaterade till benskörhet. Under perioden 2012–2014 var den åldersstandardiserade dödligheten 22 procent för kvinnor och nästan 34 procent för män, antalsmässigt dog dock fler kvinnor eftersom två tredjedelar av de som råkar ut för höftfraktur och ingår i måttet är kvinnor.

Ingen tydlig skillnad i värdena på riksnivå finns jämfört med den tidigare perioden 2009–2011, för varken kvinnor eller män.

25.1. Utbildning. Dödlighet efter höftfraktur

Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre, 2012–2014. Åldersstandardiserade värden.



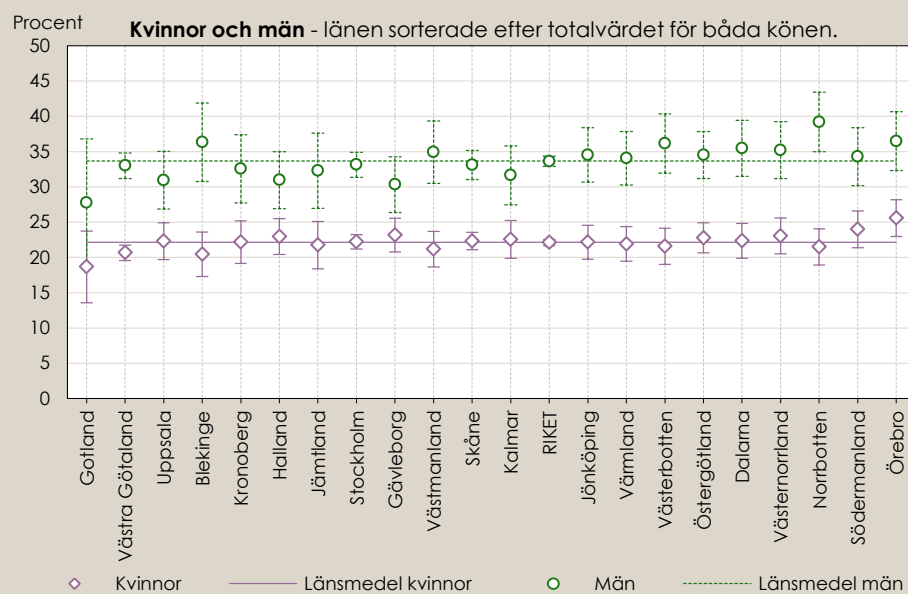
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Utöver den tydliga skillnaden mellan män och kvinnor finns även ett konsekvent mönster för respektive kön när det gäller skillnader mellan utbildningsnivåer där en lägre utbildningskategori hänger samman med högre dödlighet.

Även på länsnivå är skillnaden mellan kvinnor och män genomgående men ingen tydlig skillnad mellan olika läns resultat för respektive kön kan ses då konfidensintervallen i de flesta fall överlappar varandra.

25.2. Län. Dödlighet efter höftfraktur

Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre, 2012-2014. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödligheten inom 365 dagar fångar bland annat operationskvalitet och vårdkvalitet i den postoperativa fasen (första månaden) men också effekter av rehabilitering och sekundärprevention efter en höftfraktur.

Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett bra första omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Instrumentet FRAX (*fracture risk assessment tool*) är framtaget för att bedöma frakturnrisk. Hälso- och sjukvården bör i högre grad utreda benskorhet samt fallrisk hos främst äldre personer. Utöver detta bör verksamheterna **behandla fler personer med hög risk för frakturer med benspecifika läkemedel** [44]. Dessutom kan kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende förebygga risken för fall och frakturer.

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens utvärdering av nationella riktlinjer av rörelseorganens sjukdomar redovisas relaterade indikatorer så som *behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur* och *monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur*. Indikatorerna *fallskador bland äldre* och *frakturer på lår och höft* presenteras även på kommunnivå i rapportserien

26. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

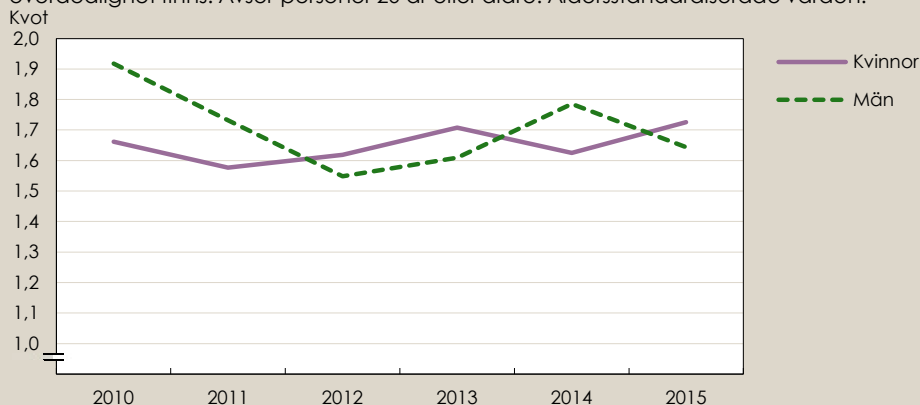
Bipolär sjukdom drabbar cirka 1–2 procent av befolkningen och är ungefär lika vanlig hos kvinnor som bland män. Det finns två former av bipolär sjukdom. Den ena karaktäriseras av förekomsten av maniska episoder och den andra karaktäriseras av episoder av förhöjt stämningsläge och överaktivitet, så kallad hypomani. Män har oftare maniska perioder medan kvinnor oftare lider av depression [52].

Indikatorn visar dödligheten bland personer som 20 år och äldre med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen i allmänhet, värdena är åldersstandardiserade. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och att ingen överdödlighet finns.

I riket som helhet 2015 var värdet för kvinnor med bipolär sjukdom 1,73 och för män 1,64, det finns dock ingen tydlig skillnad mellan könen då underlaget för enstaka år blir relativt litet och kvinnor och män ligger nära varandra.

26.1. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

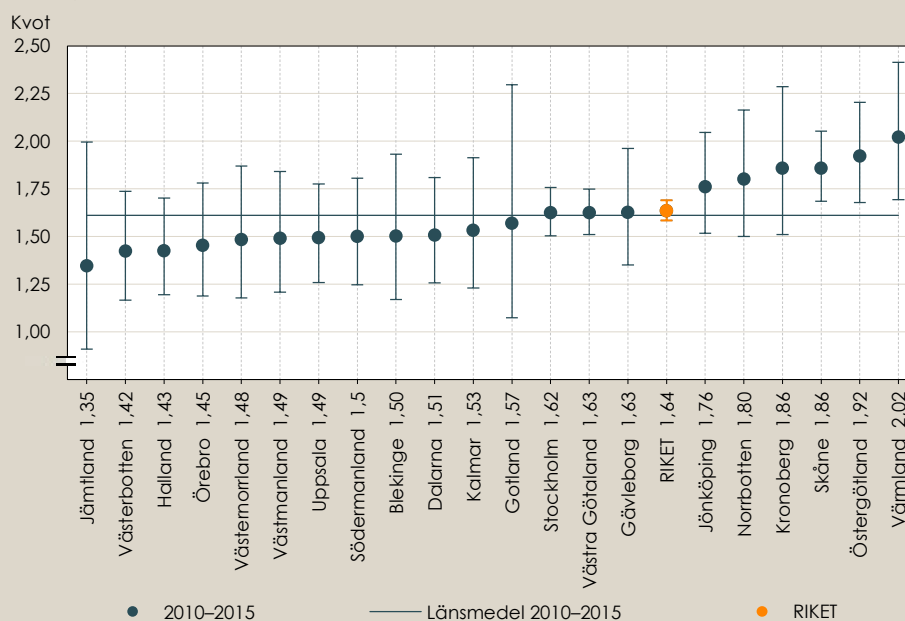


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Samtliga landsting redovisar en överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom. Även om skillnaderna mellan utfallet i olika län är stort är underlaget inte tillräckligt för att se de enskilda resultaten som några tydliga indikationer på varierande kvalitet i hälso- och sjukvården. Detta trots att mätperioden för dödsfallen i länsjämförelsen omfattar fem år.

26.2. Län. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värde 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad tidig dödlighet till följd av allmänna medicinska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdom samt sjukdomar i hjärnans blodkärl och hormonsjukdomar.

Tidigare var den högre dödligheten bland personer med bipolär sjukdom kopplad till ett högre antal självmord och olyckor. I dag behandlas många personer med bipolär sjukdom med läkemedel som kan ge ökad risk för fetma och metabola syndrom. Det har bidragit till att orsakerna till den ökade dödligheten förändrats.

Inom hälso- och sjukvården bör det finnas rutiner för att bedöma självmordsrisk och rutiner för förebyggande läkemedelsbehandlingar med litium för personer med bipolär sjukdom. Dessutom bör sjukvården arbeta för att personer som besöker psykiatrien känner sig respektfullt bemötta och att de samtidigt får tillräckligt information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa [53].

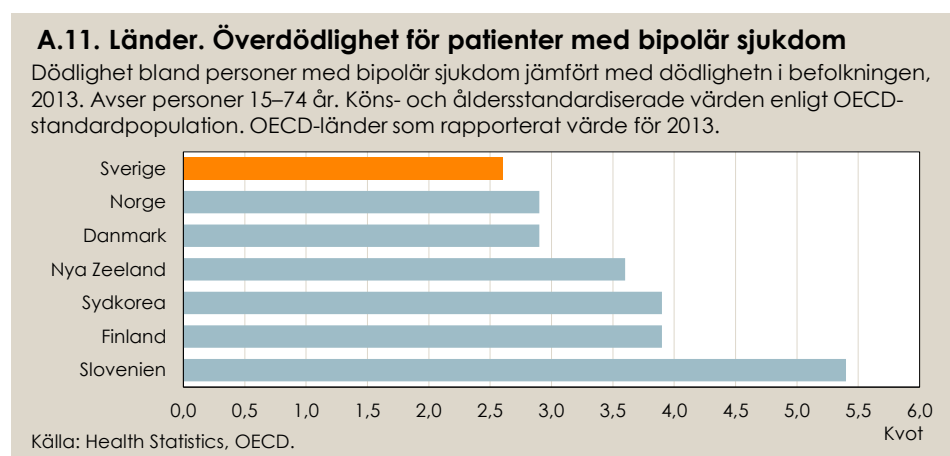
Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* publiceras även motsvarande indikator men för schizofreni: *överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni*.

Socialstyrelsen reviderar riktlinjerna för ångest och depression samt tillhörande indikatorer för uppföljning och utvärdering. I utvärderingen från 2013 redovisades exempelvis indikatorerna *återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom*, samt *läkarkontakt i öppenvården efter utskrivning för bipolär sjukdom*.

Sverige har lägst överdödlighet vid bipolär sjukdom

Överdödlighet för personer med bipolär sjukdom i Sverige är relativt sett låg i jämförelser med de andra länder inom OECD som rapporterat uppgifter för indikatorn 2013. I diagram A.11 redovisas totalvärden men även uppdelat på kvinnor och män hade Sverige lägst värden. För samtliga länder var värdet lägre för män än för kvinnor men i Sverige var skillnaden mellan könen minst [32].



Motsvarande indikator men för personer med schizofreni, *överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni*, förekommer också i internationella jämförelser. I Norden hade Sverige 2013 något lägre överdödlighet bland personer med schizofreni än Norge och Finland men något högre än Danmark [32].

27. Återkommande slutenvård i livets slutskede

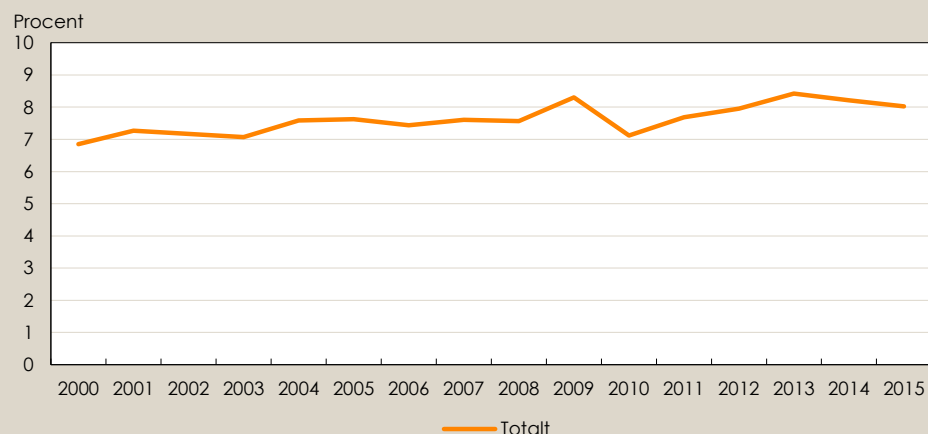
En stor del av de obotligt sjuka tillbringar sin sista tid på sjukhus, i en miljö som huvudsakligen är inriktad på korta vårdtider och kurativa åtgärder. Många äldre blir dessutom föremål för förflyttningar mellan slutenvård och hemsjukvård de sista två veckorna i livet, för att slutligen dö på sjukhus [54].

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Indikator finns med i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede, och den avser att följa andelen döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet [55].

Som ny inskrivning räknas inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller annan klinik, eftersom indikatorn främst syftar till att mäta inskrivningar i den akutsomatiska vården. Indikatorn visar att cirka 8 procent av patienterna som dog 2015 hade varit inskrivna två eller flera gånger de sista 30 dagarna i livet. Sedan 2000 har värdet ökat med 1 procentenhet.

27.1. Återkommande slutenvård i livets slutskede

Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista dagarna i livet.

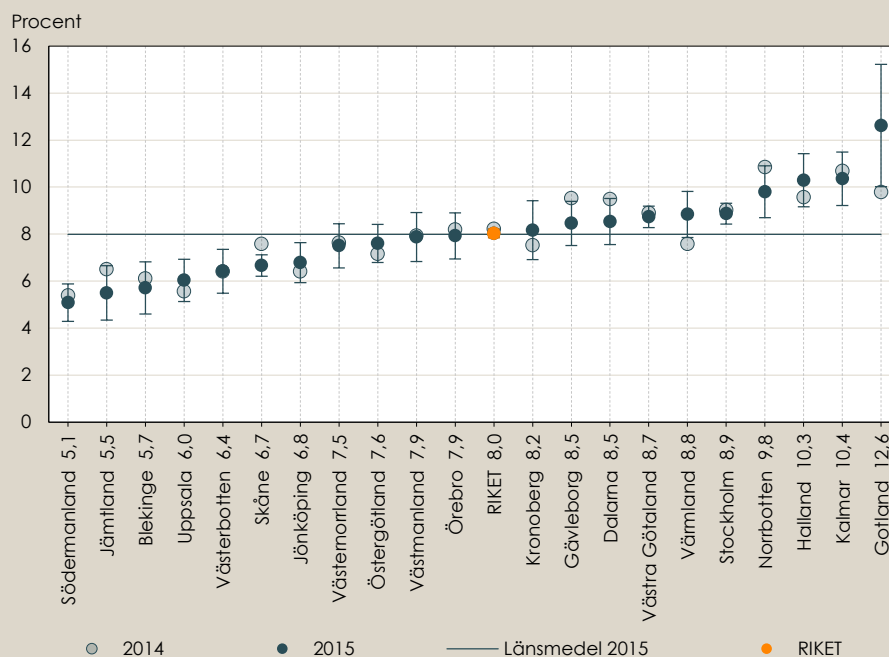


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

När indikatorn används för jämförelser mellan länen så visar resultaten att andelen patienter som de sista 30 dagarna i livet hade två eller fler inskrivningar variera mellan 5 och 13 procent.

27.2. Län. Återkommande slutenvård i livets slutskede

Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista dagarna i livet.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Samordning är en grundläggande förutsättning för en god palliativ vård. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samordna sina olika insatser så att vården och omsorgen blir av god kvalitet för den enskilda patienten. Svårt sjuka personer är ofta särskilt beroende av god kontinuitet i vård och omsorg. Vid livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses och den fasta

vårdkontakten ska vara legitimerad läkare. Inom kommunal hälso- och sjukvård ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan se till att det finns rutiner för att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en patients tillstånd kräver det [55].

Hälso- och sjukvården ska också ge information och samråda med patienten om olika behandlingsalternativ. Det är också viktigt att informationen anpassas efter personens förmåga att ta till sig det som sägs.

Socialstyrelsens rekommendationer för palliativ vård i livets slutskede omfattar cirka 30 specifika åtgärder. Några rekommendationer har Socialstyrelsen bedömt som särskilt centrala ur ett styr- och ledningsperspektiv. Det gäller exempelvis rekommendationerna om att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda:

- fortbildning och handledning i palliativ vård till personal inom vård och omsorg, i syfte att lindra symtom och främja livskvalitet hos patienter i livets slutskede
- regelbunden analys och skattning av smärta hos patienter som har smärta i livets slutskede samt strukturerade bedömningar av patientens symtom, i syfte att ge patienten en så adekvat symtomlindring som möjligt
- samtal med patienter om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, i syfte att förebygga oro och missförstånd samt förbättra livskvaliteten hos personer i livets slutskede [55].

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede finns flera relaterade indikatorer:

- täckningsgrad för Svenska palliativregistret
- förekomst av trycksår (grad 2–4)
- dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel
- dokumenterad individuell vidbehovsordination av opioid
- dokumenterad munhälsobedömning.

Dessutom presenteras indikatorerna *brytpunktsamtal* samt *smärtskattning sista levnadsveckan* på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. I Svenska Palliativregistret finns ytterligare relaterat material.

"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"

Många faktorer på flera olika nivåer i samhället påverkar hälsotillståndet. De flesta faktorer är påverkbara, inte minst via politiska beslut inom till exempel sysselsättnings- och utbildningspolitik, medan andra handlar om förändringar i levnadsvanor som exempelvis rökning eller motionsvanor. Även om individens egna val har stor betydelse för hälsan kan faktorer på samhälls- och strukturnivå skapa gynnsamma förutsättningar och stödjande miljöer för att underlätta goda val. I många fall kan hälso- och sjukvården bidra även till områden som inte är dess direkta ansvar, till exempel genom samverkan och kunskapsspridning.

Den här rapporten fokuserar på hälso- och sjukvårdens kärnverksamhet och här redovisas indikatorer som rör hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Flera av indikatorerna rör levnadsvanor för personer som redan har en sjukdom för att de inte ska bli sämre eller återinsjukna. Men här finns även insatser inom till exempel mödra- och barnhälsovård som syftar till att förebygga sjukdomar och främja hälsan bland personer utan pågående sjukdom.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf säger att hälso- och sjukvården ska verka för en god hälsa och för en vård på lika villkor för alla och att hälso- och sjukvården ska arbeta sjukdomsförebyggande. Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram en modell för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård som innefattar fyra övergripande dimensioner. Förutom att främja en positiv hälsoutveckling hos individer/patienter och en jämlik hälsoutveckling i befolkningen ingår bland annat att öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat och att verka strategiskt för en hälsoorientering. Hälsoinriktad hälso- och sjukvård omfattar bland annat de centrala begreppen *hälsofrämjande* respektive *sjukdomsförebyggande* som ofta nämns tillsammans. Mer information om området finns i en särskild öppen jämförelse om hälsoinriktad hälso- och sjukvård samt i Socialstyrelsens utvärdering av sjukdomsförebyggande metoder.

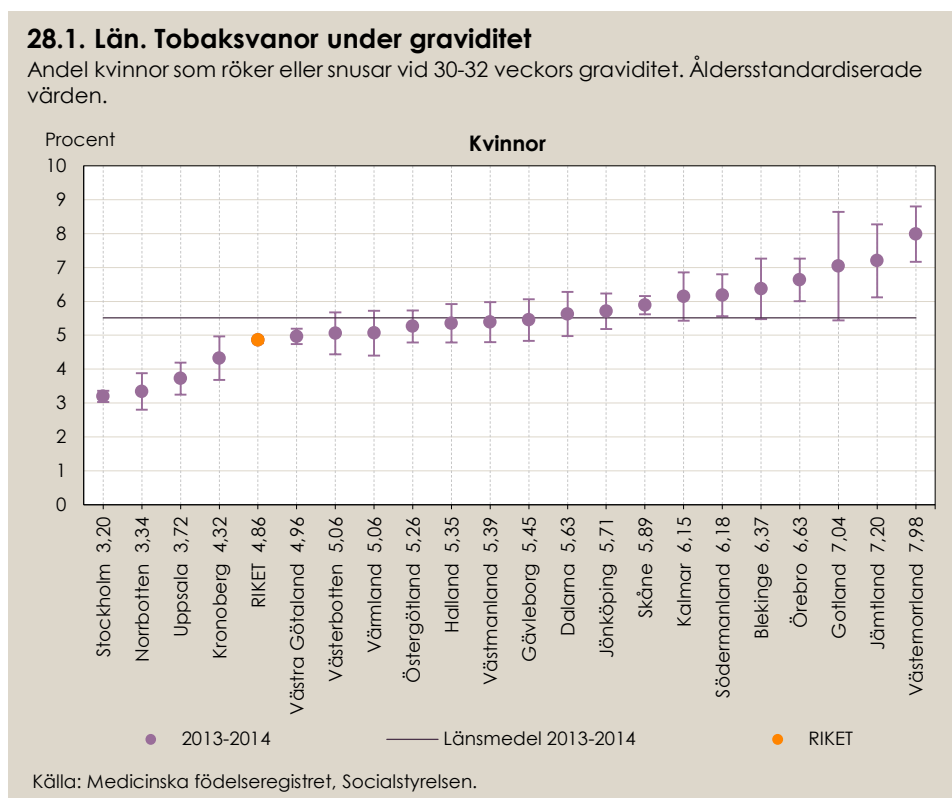
28. Tobaksvanor under graviditet

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och tidig död. Beläggen för tobakens skadeverkningar under graviditet har stärkts. Flera vetenskapliga studier har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd och plötslig spädbarnsdöd. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret och de flesta av tobaksrökens ämnen passerar över till

fostret. Därtill bidrar nikotinet i tobaken till ett sämre blodflöde i livmorden och moderkakan. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo. Hälsoeffekterna av snusning är inte lika utforskade [56].

Gravida kvinnors tobaksvanor registreras vid inskrivning till mödrahälsovård i tidig graviditet, vilket oftast sker i graviditetsvecka 8–12 samt cirka två månader före beräknad förlossning, i vecka 30–32.

Jämförelsen visar andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32 åren 2013–2014. Andelen för länen varierade mellan 3,2 och 8,0 procent med ett riksgenomsnitt på 4,9 procent, vilket redovisas i diagram 28.1.

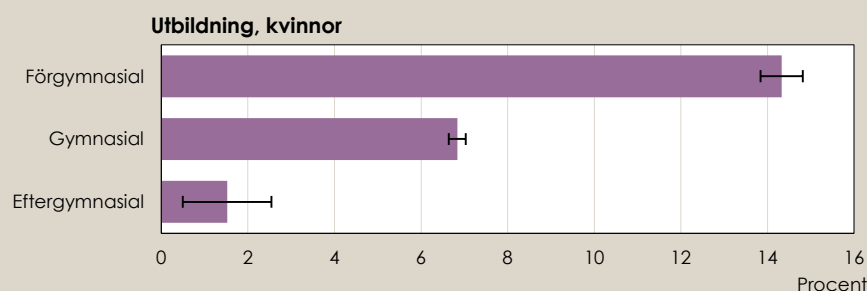


Indikatorn uppdelad på utbildningsnivå visar att det är stora skillnader i andelen rökare mellan kvinnor med endast förgymnasial utbildning och kvinnor med eftergymnasial utbildning. Andelen kvinnor med eftergymnasial utbildning som röker eller snusar vid vecka 30-32 av graviditeten är 1,5 procent. Bland kvinnor med endast förgymnasial utbildning är andelen 14,3 procent.

Barnmorskan på mödravårdscentralen bör ge råd om rök- och snusavvänjning till gravida kvinnor. Dessutom kan personalen informera om sluta-röka-linjen, vilket är en nationell gratistjänst. Sluta-röka-linjen drivs av Stockholms läns landsting och Karolinska institutet.

28.2. Utbildning. Tobaksvanor under graviditet

Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet. Åldersstandardiserade värden, 2013-2014.



29. MPR-vaccination av barn

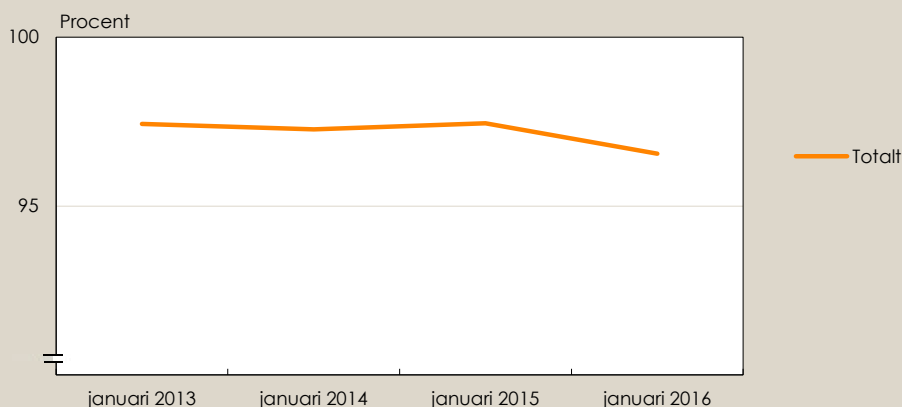
Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar som orsakades av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Allvarliga biverkningar av MPR-vaccination är ovanligt, och fördelarna på gruppnivå är klart övervägande.

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive vid 6–8 års ålder [57]. Barnhälsovården rapporterar årligen uppgifter om vaccinationsstatus bland inskrivna tvååringar till Folkhälsomyndigheten.

Sedan januari 2013 har andelen barn som vaccinerats mot mässlingen, påssjukan och röda hund minskat från 97,2 procent till 96,5 procent i januari 2016.

29.1. MPR-vaccination av barn

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Avser en årskull barn i 2-årsåldern inskrivna på BVC.

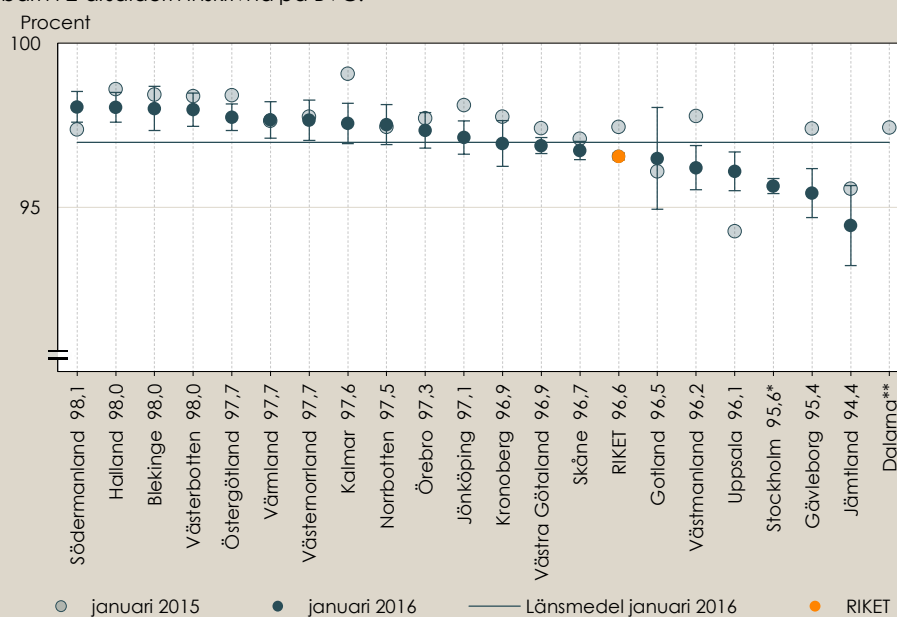


Källa: Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

Det finns skillnader mellan länen gällande vaccinationstäckningen. Andelen barn som vaccinerats mot mässling, påssjukan och röda hund varierar från 94,4 procent till 98,1 procent.

29.2. Län. MPR - vaccination av barn

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Avser en årskull barn i 2-årsåldern inskrivna på BVC.



* Uppgift saknas 2015. ** Uppgift visas ej på grund av bristfällig rapportering 2016.

Källa: Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

För att sjukdomarna inte åter ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion. Det finns dock grupper av föräldrar som väljer att inte vaccinera sina barn, och vaccinationstäckningen har i några kommuner ibland sjunkit till under 90 procent. Därför kan det uppstå lokala utbrott av i synnerhet mässling [57].

Om relaterade mått och data

Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket publicerar flera uppgifter om barnvaccinationsprogrammet däribland vaccinationstäckning över tid och vaccinationstäckning för HPV-vaccin [57].

30. Fysisk inaktivitet vid diabetes

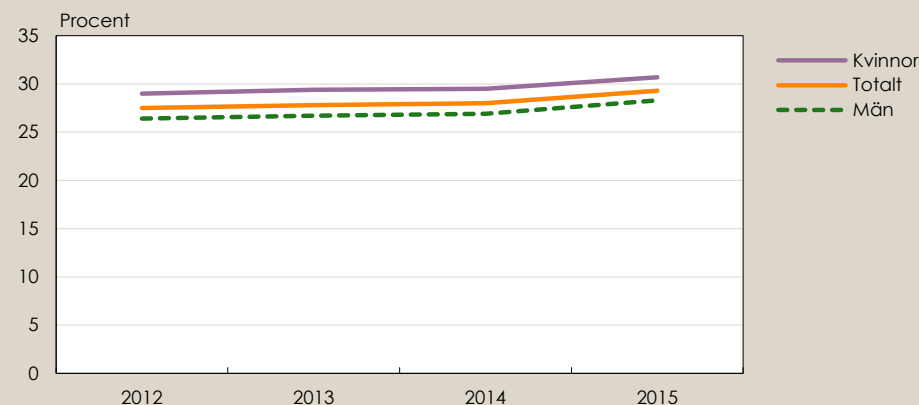
I kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) registreras en uppgift om fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad indelad i fem aktivitetsgrupper, från ”aldrig” till ”dagligen”. Uppgiften baseras inte på patientenkät utan fångas upp genom att vårdgivaren anger det svarsalternativ som passar bäst efter samtal med eller på basis av kunskap om patienten. Uppgiften kan därmed ses som en skattning som påverkas av både patientens och vårdgivarens definition av fysisk aktivitet.

Indikatorn visar andelen patienter som är fysiskt inaktiva bland dem som det finns uppgift om. Att vara fysiskt inaktiv innebär att man aldrig eller mindre än en gång i veckan utövar fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad. Andelen fysiskt inaktiva patienter uppgick i riket som helhet till

30 procent och det är en något större andel kvinnor än män som är fysiskt inaktiva, 31 procent jämfört med 29 procent. Andelen fysiskt inaktiva har ökat något sedan 2012.

30.1. Fysisk inaktivitet vid diabetes

Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.

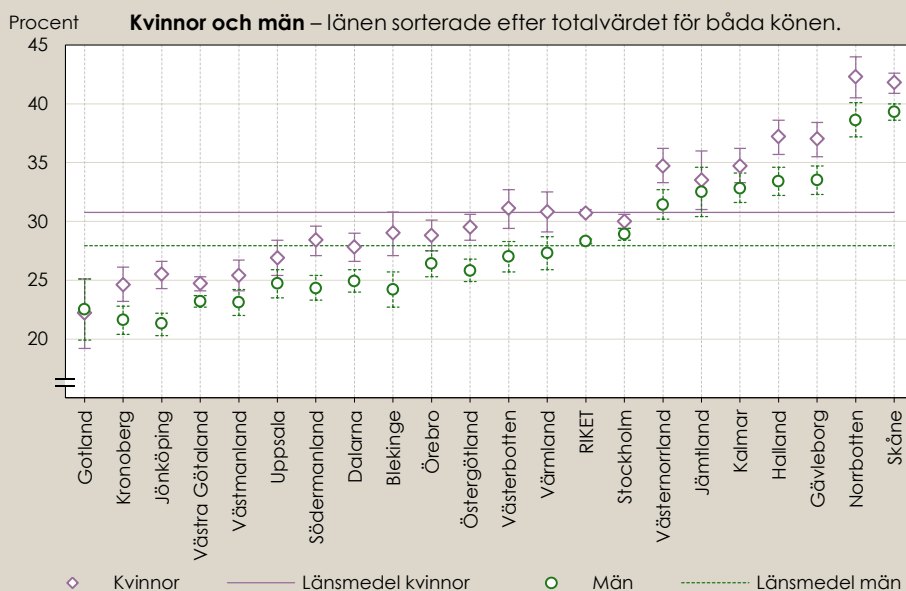


Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

I merparten av länen är kvinnor de som oftast är fysiskt inaktiva vid diabetes. Det är också skillnader mellan länen och för kvinnorna varierar resultaten på länsnivå från 42 procent ner till 22 procent i länet med bäst resultat. Bland män varierar resultaten på länsnivå mellan 21 procent till 39 procent.

30.2. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre, 2015.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

Personer med diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde och minska sin risk för komplikationer genom att kombinera fysisk aktivitet med bra kost. Råd om fysisk aktivitet ska anpassas för varje patient.

Fysisk aktivitet är en central del av diabetesbehandlingen och det är därför viktigt att vården ger stöd till patienten. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger olika grader av rådgivande samtal god effekt. Fysisk aktivitet är en underutnyttjad resurs i diabetesvården, trots hjälpmedel som fysisk aktivitet på recept och kvalificerad rådgivning [35].

Om relaterade mått och data

Motsvarande indikatorer redovisas, exempelvis på NDR:s webbplats; med uppdelning på primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) och personer med diabetes typ 1 på medicinklinik.

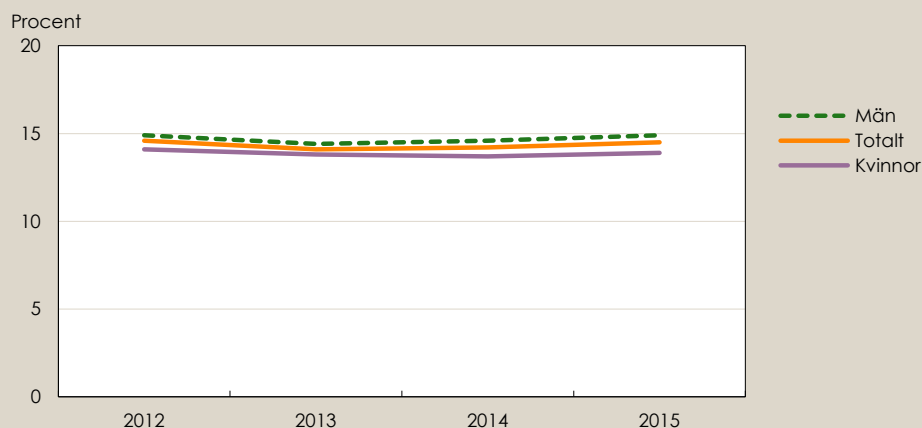
31. Rökning vid diabetes

I de nationella riktlinjerna för diabetesvård är stöd till rökstopp en av de högst rekommenderade åtgärderna. Målnivån, som är satt utifrån andel personer med diabetes som är icke-rökare, ligger på 95 procent för både typ 1- och typ 2-diabetes vilket motsvarar 5 procent för indikatorn som visas här och som går att följa på NDR:s webbplats [58]. I NDR finns det möjlighet att följa andelen rökare bland diabetespatienter, genom självrapporterade data. Däremot saknas kompletterande uppgifter om rökavvänjning eller eventuellt rökstopp.

Totalt 14,5 procent av personerna med diabetes var rökare 2015. Det är en liten ökning jämfört med 2013 och 2014. Det kan dock bero på att vården i större utsträckning frågar patienterna om de röker. I riket är en större andel av män än kvinnor med diabetes rökare – 14,9 procent bland män och 13,9 procent bland kvinnor.

31.1. Rökning vid diabetes

Andel personer med diabetes som röker, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

Nationell målnivå

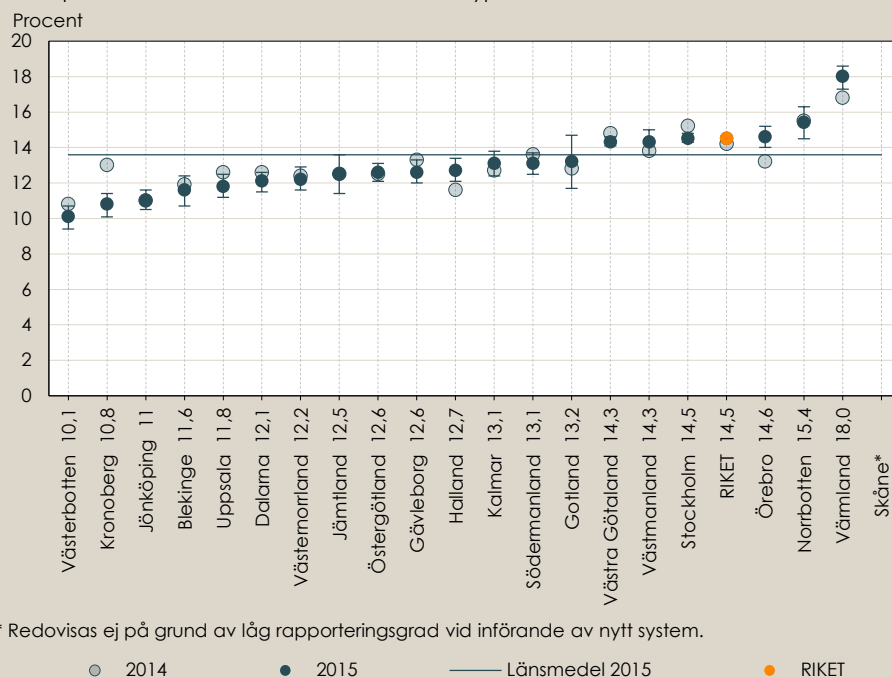
För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

I länet med lägst andel rökare vid diabetes röker drygt 10 procent. I länet med högst andel röker 18 procent av personerna med diabetes.

31.2. Län. Rökning vid diabetes (alla diabetes typer)

Andel personer med diabetes som röker, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.



För personer som har diabetes och samtidigt röker bör hälso- och sjukvården erbjuda stöd till rökstopp [35]. Även om alla landsting ligger långt ifrån en andel rökare på 5 procent eller lägre anser Socialstyrelsen att målet om 95 procents rökfrihet, bland både personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes, vara realistisk på sikt [58].

Det saknas möjligheter till internationella jämförelser av andelen rökare bland personer som har diabetes. Däremot publicerar WHO uppgifter om hur olika länder arbetar med diabetesvård till exempel om det finns nationella riktlinjer [59].

Om relaterade mått och data

Motsvarande indikatorer redovisas regelbundet med uppdelning på primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) samt för personer med diabetes typ 1 på medicinklinik, bland annat i *Vården i siffror*.

32. Antikoagulantia till riskpatienter

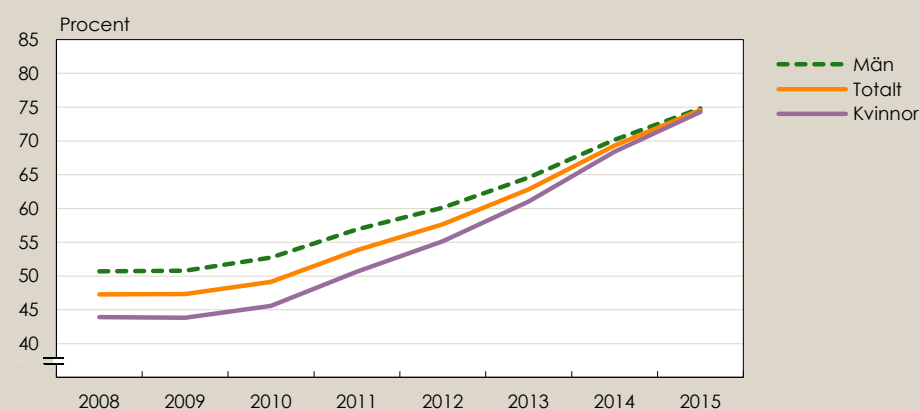
Förmaksflimmer är en hjärtrytmrubbning som ökar risken för blodpropp och hjärninfarkt (ischemisk stroke). Risken för hjärninfarkt ökar ytterligare om patienten har en eller flera andra riskfaktorer för stroke utöver förmaksflimmer. I dessa fall är behandling med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia) aktuell. Alla patienter är dock inte aktuella för behandling eftersom det finns kontraindikationer och risker med behandlingen.

I indikatorn ingår patienter som vårdades på sjukhus med förmaksflimmer och som hade minst två riskpoäng för stroke enligt CHADS₂-Vasc, vilket är ett beslutsstöd. CHADS₂-Vasc används av läkare för att bedöma riskfaktorer och för att värdera indikation för antikoagulerande läkemedel hos patienter med förmaksflimmer. Indikatorn mäter andelen patienter ≥ 18 år och som hämtade ut recept på antikoagulantia första halvåret 2015. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till ≥ 80 procent [60].

Totalt sett har utvecklingen gått åt rätt riktning med en kontinuerlig ökning av andelen bland både män och kvinnor mellan 2009 och 2015. Skillnaden mellan könen har samtidigt också minskat gradvis och både män och kvinnor låg på en andel strax under 75 procent 2015.

32.1. Antikoagulantia till riskpatienter

Andel patienter som har antikoagulantibehandling 1 januari–30 juni och som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och Dödersaksregistret, Socialstyrelsen.

Nationell målnivå

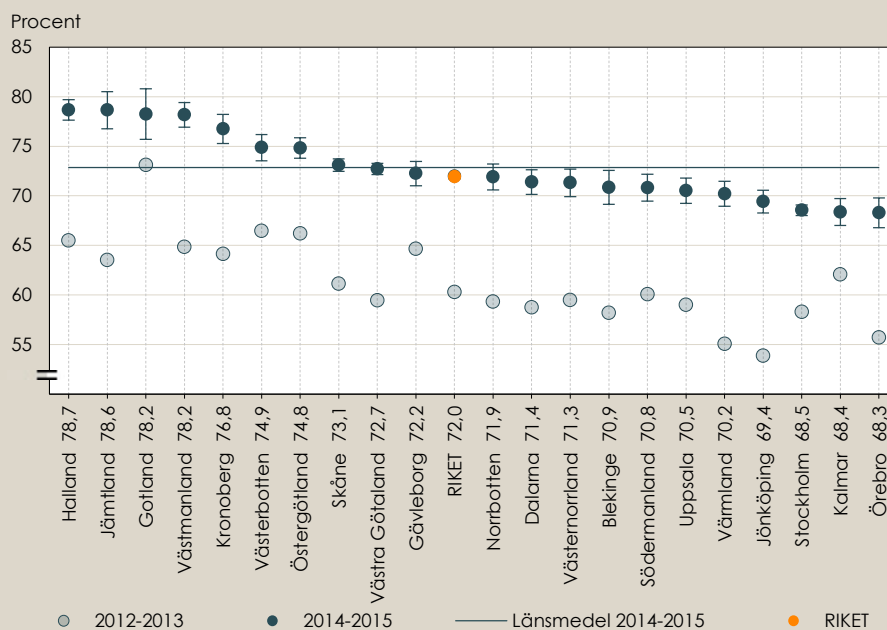
För indikatorn *antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor för stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent.

Avståndet mellan landstinget med högst respektive lägst värde var för perioden 2014–2015 drygt 10 procentenheter. Det var en minskning jämfört med 2012–2013 då avståndet var drygt 19 procentenheter. Samtliga landsting har samtidigt tydligt förbättrat sina resultat och en del ligger nära målnivån på 80 procent eller mer.

Under många år har Warfarin varit det enda tillgängliga läkemedlet för att förebygga stroke hos denna patientgrupp, men under de senaste åren har flera nya antikoagulantia introducerats som alternativ.

32.2. Län. Antikoagulantia till riskpatienter

Andel patienter som har antikoagulantia-behandling 1 januari–30 juni och som sjukhusvårdats med förmaksflimmer och riskfaktor.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

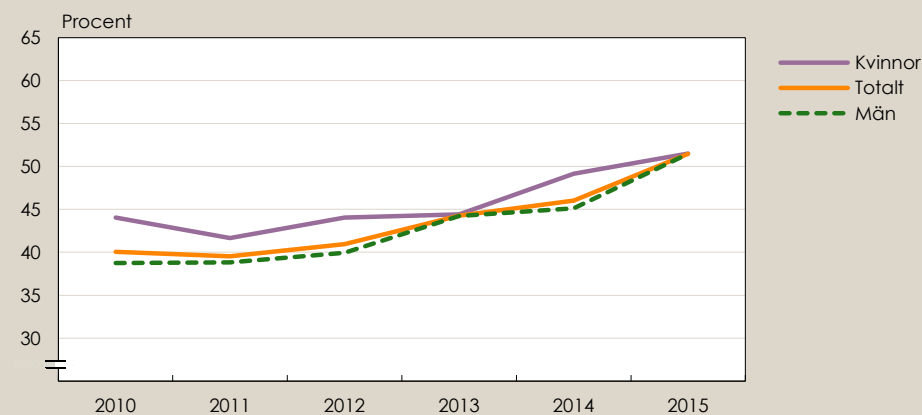
33. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom, och ett av flera sätt att förebygga ny sjukdom är fysisk träning. För sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom har fysisk träning med tillräckligt hög intensitet visat sig vara effektivt. Indikatorn avser andel patienter yngre än 75 år som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter en hjärtinfarkt.

För 2015 baseras jämförelsen på drygt 3 000 uppföljda patienter. För riket har andelen ökat från cirka 40 procent 2010 till drygt 51 procent 2015. Patientgruppen består till störst del av män och för 2015 syns ingen skillnad mellan könen för indikatorn annars har uppföljningen för tidigare år oftast visat en högre andel hos kvinnor.

33.1. Fysisk träningsprogram efter hjärtinfarkt

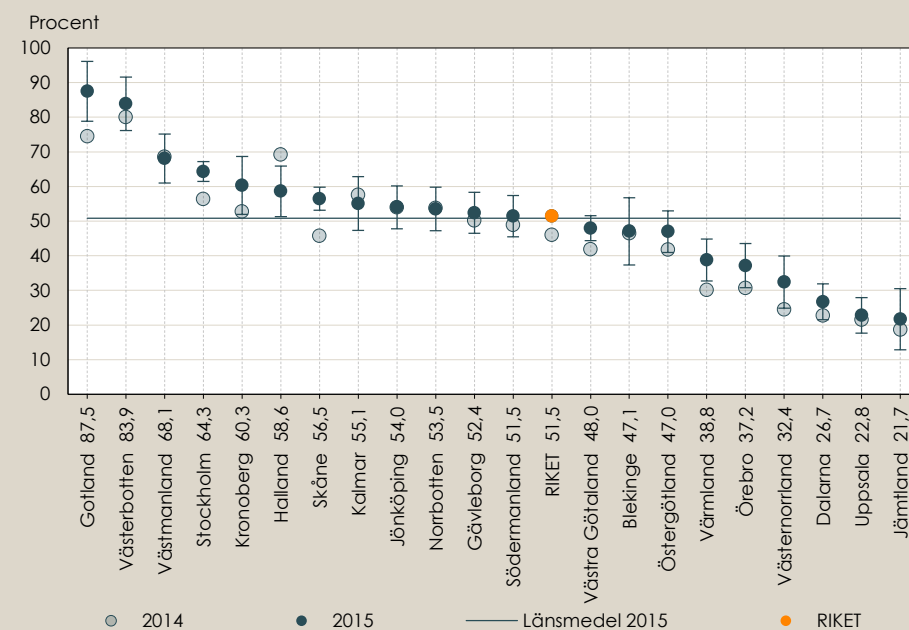
Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Det är stora skillnader i andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Andelen som deltagit i fysiskt träningsprogram varierar från 21,7 procent till 87,5 procent i länet med bäst värde.

33.2. Län. Fysisk träningsprogram efter hjärtinfarkt

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



I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom [29]. För indikatorn har kvalitetsregisteret Swedeheart satt en lägre målnivå från 50 procent och en högre målnivå

på 60 procent eller mer. För den tidigare uppföljningen inom 6–10 veckor har Socialstyrelsen fastställt den nationella målnivån 60 procent eller mer [61].

Om relaterade mått och data

Indikatorn som redovisas här ingår som en del av ett kombinerat mått *kombinationsvariabel för den sekundärpreventiva vården* som kvalitetsregistret Swedeheart publicerar på sjukhusnivå. Det kombinerade måttet visar andel patienter som nått de fyra mål för sekundärprevention som registret har bedömt vara viktigast: rökfrihet för rökare, deltagande i fysiskt aktivitetsprogram, systoliskt blodtryck lägre än 140 mmHg samt LDL-kolesterol lägre än 1,8 mmol/l.

34. Fallskador bland äldre

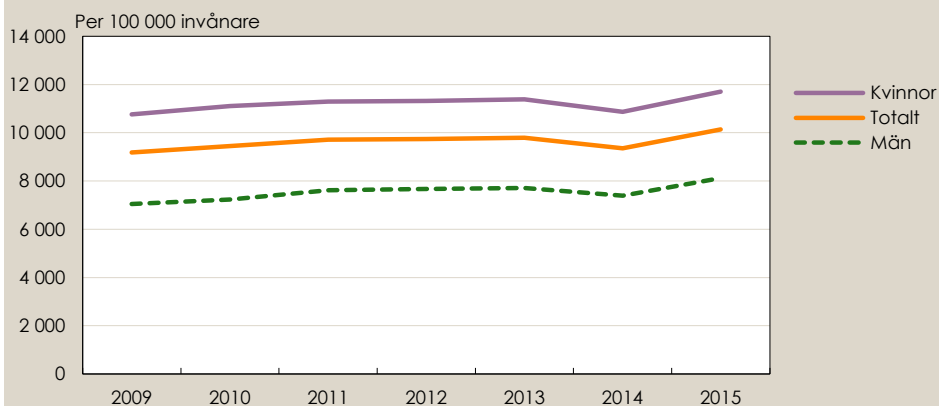
Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering.

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet vårdtillfällen på sjukhus eller läkarbesök i öppen specialiserad vård till följd av fallolyckor per 100 000 invånare bland personer som är 65 år och äldre. En felkälla för indikatorn kan vara bristande registrering av skadeorsaker, både för jämförelsen över tid och mellan länen.

I riket som helhet 2015 vårdades drygt var tionde person över 65 år för en fallskada i den slutna vården eller av läkare i den specialiserade öppenvården. Detta är en ökning jämfört med siffrorna 2009. Kvinnor skadar sig i betydligt högre utsträckning än män. Även om det förekommer att det redovisade värdet i vissa län för kvinnor är lägre än värdet för män i andra län.

34.1. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutna vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

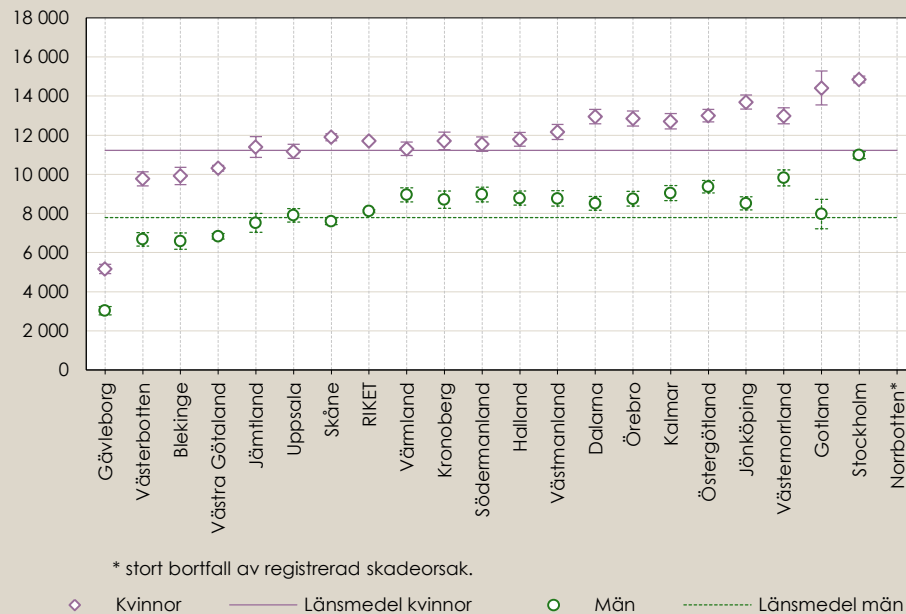
För kvinnor varierar värdena mellan länen från drygt 5 000 till nästan 15 000 per 100 000 invånare och för män från drygt 3 000 till nästan 11 000.

34.2. Län. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden, 2015.

Per 100 000

Kvinnor och män - länen sorterade efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fallolyckor går att förebygga; inte minst fysisk träning minskar effektivt risken för både fall och frakturer hos äldre. Socialstyrelsen skärpte i december 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar som avser fallpreventiva åtgärder i hemmet [44]. Vissa typer av läkemedel utgör dessutom en ökad risk för fallolyckor [62].

En rad insatser har visat sig vara framgångsrika när det gäller att skydda enskilda individer från att falla och skada sig. Exempel på skadeförebyggande åtgärder är fysisk aktivitet och balansträning, omgivningsanpassning, snöröjning och sandning vintertid, bra utomhusbelysning, behandling av benskörhet, regelbundna läkemedelsgenomgångar och synundersökningar.

Flera av dessa åtgärder förutsätter dock ett samarbete mellan kommun och landsting. På kommunal nivå kan det vara värdefullt att påbörja en lokal fallskaderapportering som översiktligt visar hur skadebilden ser ut. Statistiken bör kunna följas över tid och jämförelser kan sedan göras med skadeförekomsten i andra kommuner. Underlaget kan sedan användas för att ta fram en konkret plan för hur kommunen ska lägga upp det skadeförebyggande arbetet.

Här bör kommunerna koncentrera sig på vissa riskmiljöer och individer som är särskilt sårbara, vilket är en bedömning som bör göras i samarbete med hälso- och sjukvården.

Kostnader för fallskador

Samhällets kostnader för fallskador är omfattande. I den specialiserade vården uppgick kostnaderna till 7,4 miljarder kronor för riket under 2014. Det motsvarar 5,2 procent av den specialiserade somatiska vårdens kostnader. Andelen varierar mellan landstingen från 1,9 till 13,6 procent. Utöver den specialiserade vården har landstingen också kostnader för fallskador inom primärvården. Dessa kostnader har inte kunnat beräknas. Fallskador genererar inte bara kostnader för landsting. Fallskador leder till att personer i högre utsträckning behöver vård, omsorg och stöd av kommunen. Kostnaderna för vård och omsorg i kommunerna till följd av fallskador beräknas uppgå till minst 3,7 miljarder kronor för 2014. Av dessa kostnader avser 3,6 miljarder kostnader för äldreomsorgen, vilket motsvarar 3,3 procent av äldreomsorgens totala kostnader. Kostnadsandelen varierar mellan kommunerna, från 0,2 till 10,5 procent och mellan länen från 1,9 till 4,7 procent.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har tidigare gjort beräkningar av vad fallskador kostar samhället. År 2005 beräknades samhällets totala kostnader uppgå till 22,0 miljarder kronor. Det motsvarar 24,6 miljarder kronor i 2014 års penningvärde. Kostnaderna för den specialiserade vården beräknades till 5,6 miljarder kronor i 2014 års penningvärde och för kommunernas vård och omsorg till 2,6 miljarder kronor. Om kostnaderna har ökat sedan MSB gjorde beräkningarna eller om beräkningarna underskattade kostnaderna går inte att säga. Klart är dock att kostnaderna som avsåg kommuner och landsting är högre än vad som tidigare beräknats av MSB.

Om relaterade mått och data

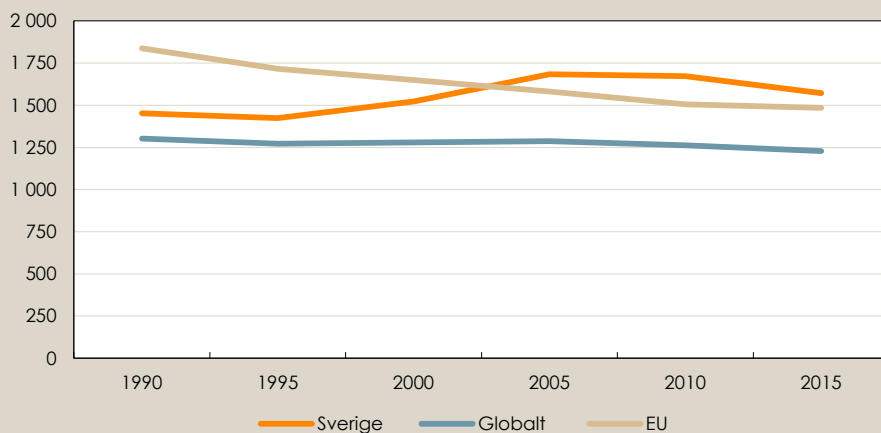
I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas följande indikatorer och mått som kan relateras till indikatorn: *fallskador bland äldre; åtgärder vid risk för fall, riskförebyggande åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa och fallskador bland personer 80 år och äldre.*

Fallskador är en stor bidragande orsak till sjukdomsburden i Sverige

Fall utgör en betydande del av måttet förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY – *disability adjusted life years*) i Sverige. I en global jämförelse och med en jämförelse med länderna i EU för personer 70 år och äldre framgår också att Sverige beräknas ligga över medelvärdet både för världen och EU. I Sverige har värdet sedan 1990 ökat från 1 452 till 1 572 år 2015.

A.12. Förlorade funktionsjusterade levnadsår orskade av fallskador.

Antal förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALYs), bland personer 70 år och äldre.



Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Materielet är insamlat av *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) som består av ungefär 1 800 forskare som samlar in data om förtida död, sjukdomar och skador i ungefär 190 olika länder [28].

"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är inte entydigt definierat. I Sverige har det ofta handlat om väntetider. Det kan även röra systemets täckningsgrad i befolkningen, geografiska avstånd, adekvata resurser, information, öppettider, kontinuitet, delaktighet, ekonomiska faktorer, rättigheter, diskriminering, förtroende, kulturell kompetens, funktionshinderanpassning med mera [63].

I det här avsnittet redovisas indikatorer som berör både tillgänglighet av servicekaraktär och den tillgänglighet som är mer central för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Dessa sammanfaller ofta, men de kan också motverka varandra genom undanträngningseffekter där exempelvis garanti om vård inom en viss tid för samtliga patienter kan leda till en annan prioritering än en rent medicinsk bedömning hade resulterat i.

Tillgång till vård när människor *behöver* betyder inte enbart rätt vård i rimlig tid när man aktivt *efterfrågar* det. Ibland är man inte medveten om sina egna behov eller underskattar dem, vilket i sin tur kan bero antingen på att individen själv eller vården misslyckas med att korrekt och tidigt identifiera behovet eller att individen inte har tillräcklig information och kunskap om systemet och vilken hjälp som finns att efterfråga.

Systemet kan också prioritera vissa gruppers behov lägre genom regleringar och prioriteringar samt om vissa grupper av individer är bättre på att framföra sina behov än andra. Det kan leda till att grupper med behov som inte uppmärksammas i lika hög grad inte heller får sina behov tillgodosedda.

I avsnittet redovisas en indikator för tandvårdsundersökningar i befolkningen. Ekonomiska faktorer som patientavgifter och utebliven inkomst kan ses som tillgänglighetsfaktorer vilket kanske blir tydligast för vuxentandvården där en stor del av finansieringen sker direkt av patienterna.

Två indikatorer om patienters upplevelser i mötet med vården vad gäller delaktighet och kontinuitet redovisas också. Dessa aspekter berör flera dimensioner av god vård, men har bland annat lyfts fram som delar av en tillgänglig vård när patienter har tillfrågats [63].

En viktig förutsättning för invånarnas och patienternas tillgång till vård efter behov i rimlig tid är att hälso- och sjukvården i sin tur har tillgång till adekvata resurser. I avsnittet *Redovisning av bakgrundsfaktorer* finns jämförelser av hälso- och sjukvårdsresurser så som sjukvårdspersonal och slutenvårdsplatser per invånare i olika länder.

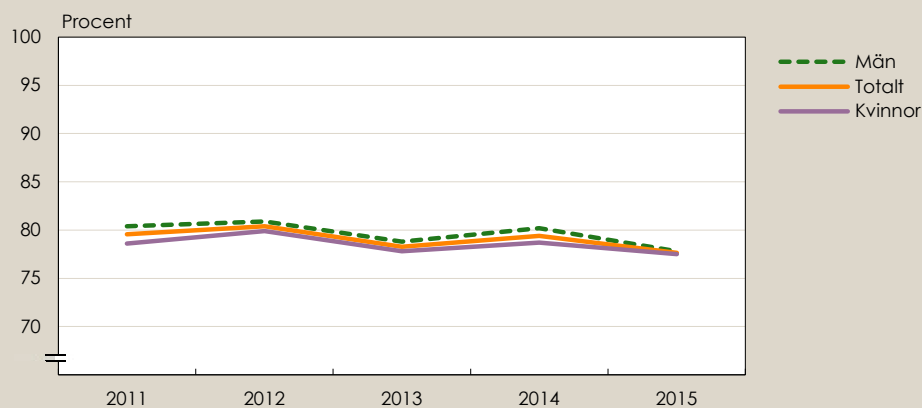
35. Tillgång till sjukvård

Här redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man haft kontakt med sjukvården eller inte de senaste sex månaderna. Uppgifterna avser 2015 och datainsamlingen bygger på telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer.

Indikatorn visar andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver” av totalt antal svarande (alternativen *vet ej* och *ej svar* är exkluderade). I diagram 35.1 redovisas resultat för riket mellan 2011 och 2015. Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver” var 78 procent bland de svarande 2015, vilket är ett något lägre värde jämfört med 2014.

35.1. Tillgång till sjukvård

Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.

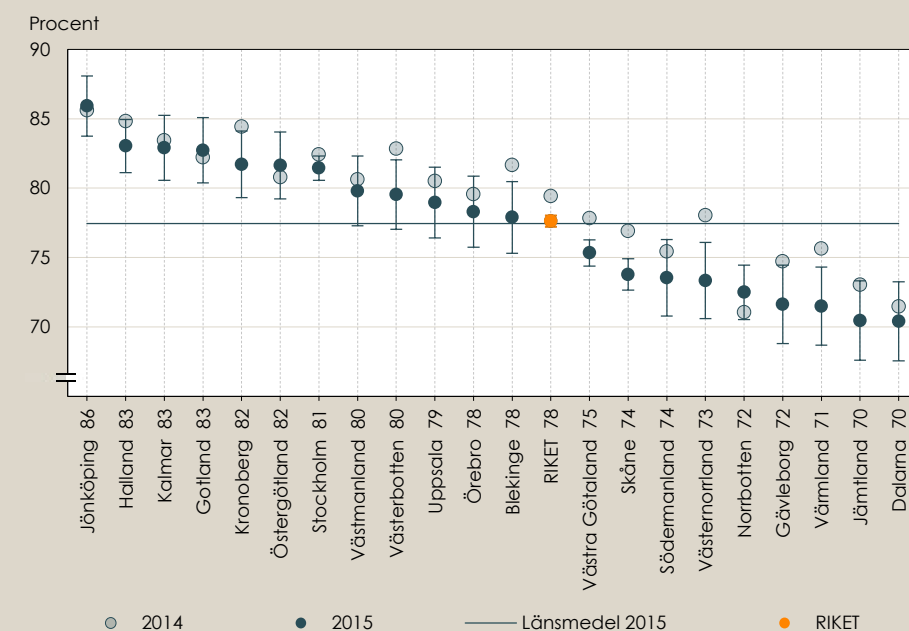


Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Landstingens resultat varierar från 70 till 86 procent, vilket framgår av diagram 35.2.

35.2. Län. Tillgång till sjukvård

Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

För att påverka befolkningens syn på sjukvårdens tillgänglighet kan sjukvården informera om öppettider och alternativa vägar in i systemet. Därutöver kan sjukvårdens organisering samt tillgängliga resurser påverka befolkningens syn på tillgång till sjukvård.

Om relaterade mått och data

Indikatorn *tillgång till sjukvård* speglar befolkningens upplevelser av sjukvårdens tillgänglighet. I rapporten finns flera relaterade indikatorer som belyser sjukvårdens tillgänglighet från ett patientperspektiv.

36. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

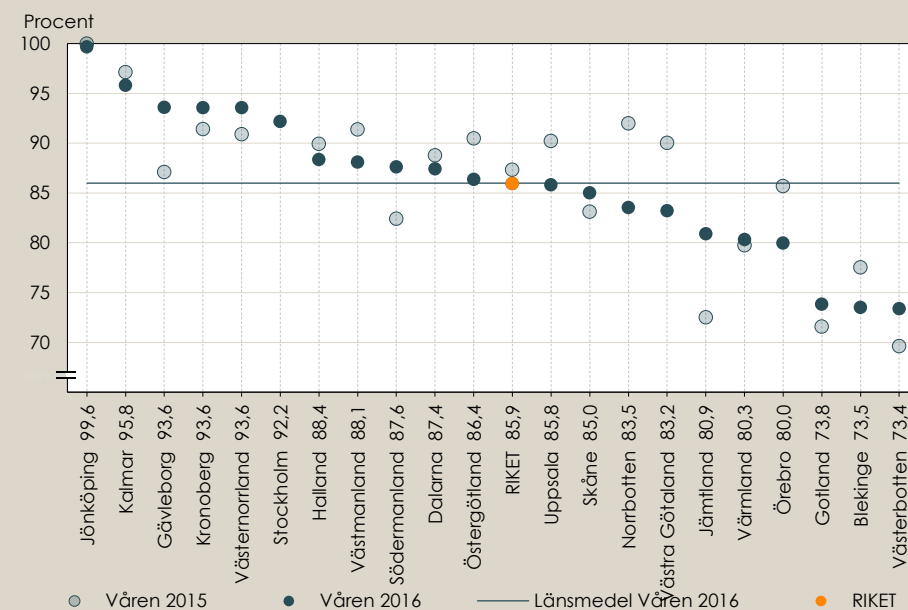
Enligt den nationella vårdgarantin ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. För att följa upp det mäts telefon-tillgängligheten två gånger per år. Resultatet här bygger på mätningen som genomfördes våren 2016.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. Sammanlagt rapporterades drygt 2 miljoner samtal varav drygt 1,74 miljoner besvarades med frågor om rådgivning eller tidsbokning. I riket som helhet besvarades knappt 86 procent av samtalen. Variationen mellan de olika landstingen var mellan drygt 73 till nära 100 procent.

Möjligheten att få kontakt med primärvården påverkas av dess organisering och tillgängliga resurser men även av vilka telefonsystem som används. För verksamheter med bristfälliga resultat kan det vara lämpligt att möjliggöra alternativa kontakt- och informationsvägar.

36.1. Län. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

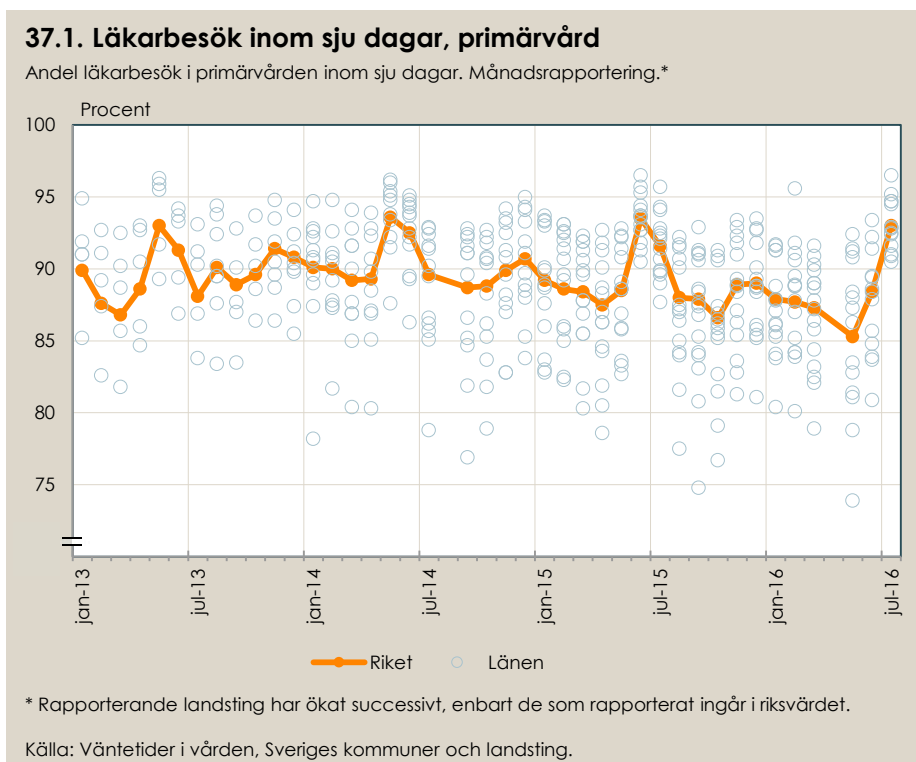
Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

37. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick en tid hos allmänläkare inom sju dagar. Läkarbesök för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än sju dagar även om patienten initialt erbjudits tid inom sju dagar. Denna väntetid kallas ”patientvald väntetid” och är exkluderad i redovisningen. I all uppföljning av väntetider kan det finnas metodproblem att beakta. Därutöver kan medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera över landet.

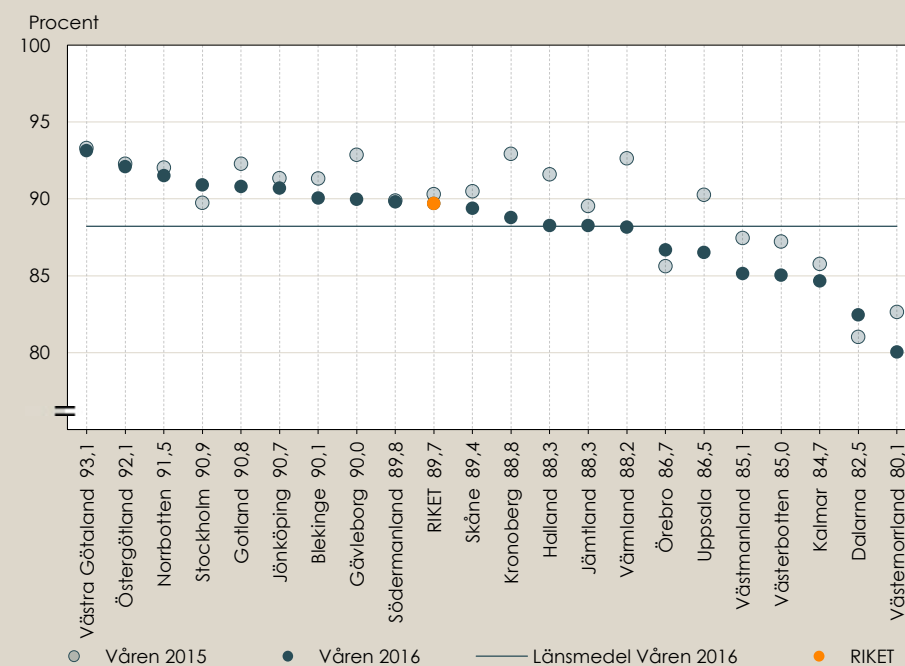
Andelen i hela riket var 93 procent i juli 2016.



Länsresultaten presenteras sammanslaget för våren 2016. Andelen patienter som får läkarbesök inom sju dagar i primärvård varierar då mellan 80,1 till 93,1 procent i de olika landstingen.

37.2. Län. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting.

Möjligheten för personer att få ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar finns angiven i vårdgarantin. Möjligheterna att tillgodose vårdgarantin kan påverkas av antalet patienter, antalet tillgängliga läkare och primärvårdens organisering. Det är viktigt med regionala och lokala analyser av väntetider, eftersom dessa kan påverkas av patientsammansättningen och olika systemfaktorer [63].

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

Svårt att få tid för besök enligt svarande i Sverige och Kanada

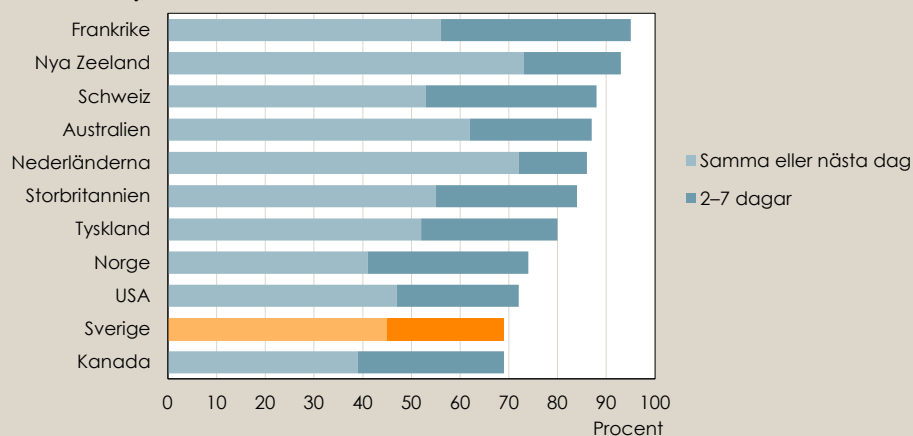
The Commonwealth Funds senaste version av undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP) genomfördes 2016. Elva länder ingår i mätningen och för Sveriges del deltog drygt 7 000 personer, 18 år eller äldre, genom frågor över telefon. Av de som svarade vid uppringning valde 31 procent att delta i undersökningen [64, 65].

På frågan hur snabbt man kunnat få tid för att besöka läkare eller sjuksköterska svarade 69 procent av de svenska deltagarna sju dagar eller kortare. Det var den lägsta andelen tillsammans med de svarande i Kanada. Måttet i IHP skiljer i ett par avseende från huvudindikatorn, med uppgifter från *Väntetider i vården*, men det är ändå en noterbart stor skillnad i nivån på

värdet bland de svenskar som svarande på frågan till IHP 2016 jämfört med de uppgifter som redovisas angående huvudindikatorn våren 2016, cirka 20 procentenheter lägre i IHP. Respondenterna uppmanas att inte inkludera besök på sjukhusens akutmottagningar i sitt svar i IHP.

A.13. Länder. Tid till besök inom 7 dagar

Andel som svarat "samma eller nästa dag" respektive "2-7 dagar" på frågan: "Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska?" 2016.



Källa: International Health Policy Survey, The Commonwealth Fund.

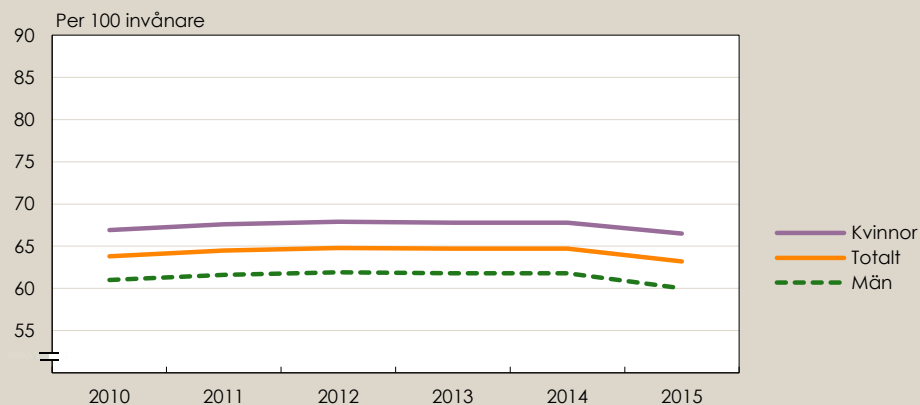
38. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § Tandvårdslagen). För barn och ungdomar upp till 19 år är tandvården avgiftsfri och landstingen ansvarar för att barn och ungdomar kallas till tandvården. Men inom vuxentandvården råder valfrihet och fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. Patienterna är dessutom själva ansvariga för att kontakta tandvården och det ansvaret, tillsammans med kostnaden, kan medföra att personer avstår från att regelbundet uppsöka tandvården.

Indikatorn mäter antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden. I riket var antalet drygt 63 per 100 invånare 2015. Fler kvinnor än män har fått en undersökning utförd, nästan 67 per 100 kvinnor jämfört med 60 per 100 män.

38.1. Regelbunden tandvårdsundersökning

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, åldersstandardiserade värden.

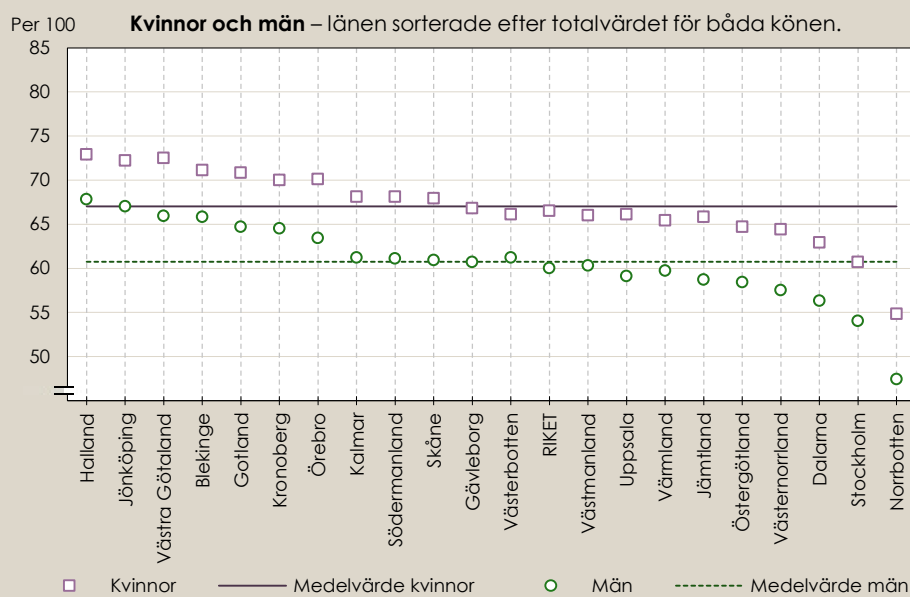


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Variationen i resultat mellan länen för kvinnor går från knappt 55 per 100 invånare upp till nästan 73 per 100 invånare. För män varierar antalet personer som fått en undersökning mellan drygt 47 till nästan 68 per 100 invånare.

38.2. Län. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, åldersstandardiserade värden 2015.



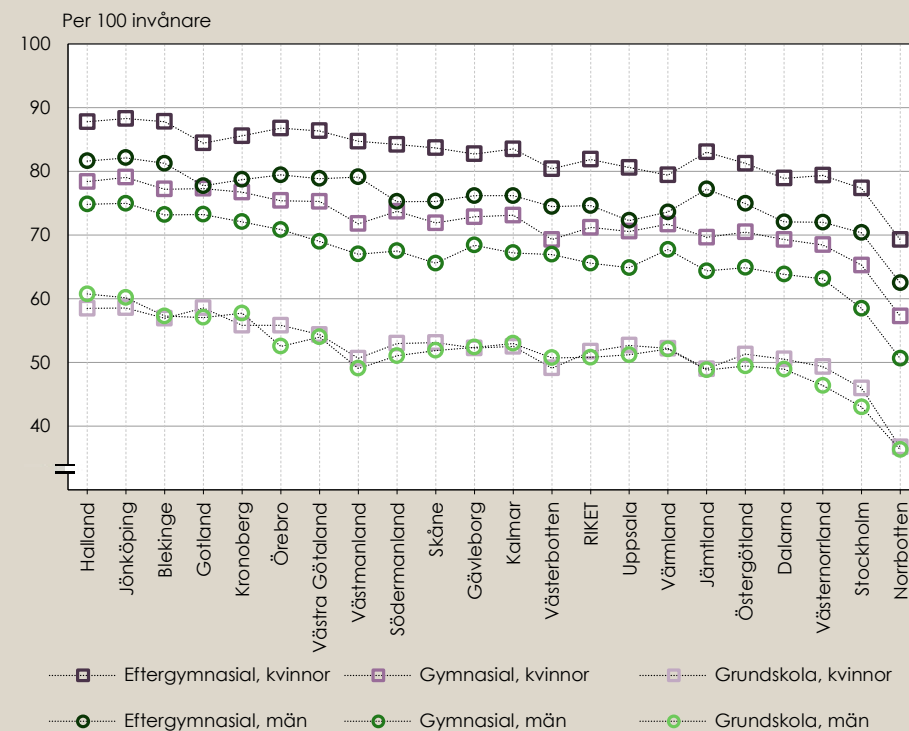
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

För jämförelsen med utbildningsnivå avgränsas åldern till 35–79 år. Det är tydliga skillnader i resultat mellan personer med eftergymnasial utbildning, gymnasial utbildning och enbart grundskola. Skillnaderna finns i samtliga län. Det generella mönstret mellan könen, där kvinnor i högre grad än män, genomgått tandvårdsundersökning är tydligt bland de med längre utbildning i

alla länen. Men bland dem med enbart förgymnasial utbildning har kvinnorna ofta värden i nivå med männen eller till och med lägre.

38.3. Utbildning och län. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, åldersstandardiserade värden, 35-79 år, 2015.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Ett sätt att öka andelen personer som varit på en undersökning den senaste tvåårsperioden kan vara att förbättra patientbemötandet. Tandvårdens patienter upplever visserligen redan att de blir respektfullt bemötta, 95 procent uppger det, men arbetssökande, låginkomsttagare, lågutbildade och personer födda utanför EU känner sig respektfullt bemötta i lägre utsträckning än genomsnittet [66]. En förbättrad upplevelse av bemötandet för dessa grupper kan förbättra resultaten för indikatorn.

Socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda personer har i högre grad än genomsnittet i riket avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl, vilket innebär att det finns ett jämlikhetsproblem när det gäller tandvårdskonsumtion och tandhälsa [66].

Tandvårdsavtal är ett sätt att få personer att regelbundet besöka tandvården. Enligt folktandvården hade 700 000 personer ett tandvårdsavtal den 31 december 2015 [67].

I avsnittet *Redovisning av bakgrundsfaktorer* presenteras antal tandläkare per 1 000 invånare för länder i OECD, och vid en jämförelse har Sverige ett högt antal tandläkare per 1 000 invånare – 0,86. Det kan jämföras med Turkiet som har 0,29 tandläkare per 1 000 invånare.

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvård 2013 presenterades ett antal indikatorer. Exempel på sådana indikatorer är *sjukdomsbehandling vid karies* och *kariesfria 12-åringar* [66]. Resultat finns i Socialstyrelsens statistikdatabas.

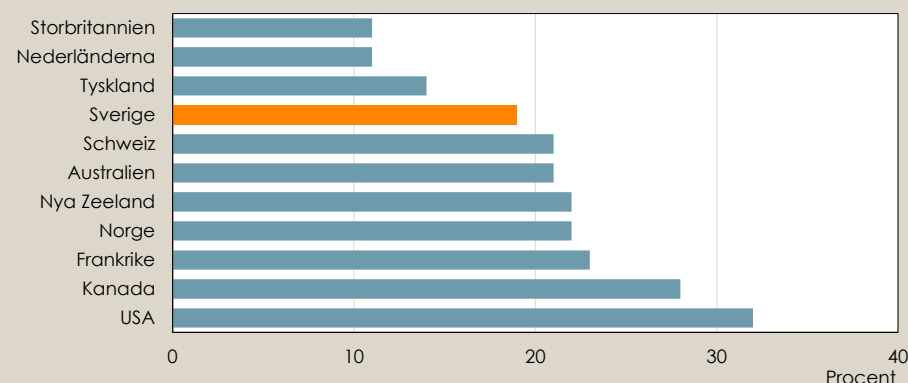
En av fem svarade att de avstod tandvård på grund av kostnaden

The Commonwealth Funds senaste version av undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP) genomfördes 2016. Elva länder ingår i mätningen och för Sveriges del deltog drygt 7 000 personer 18 år eller äldre genom att besvara frågorna per telefon. Av de som svarade vid uppringning valde 31 procent att delta i undersökningen [64, 65].

I undersökningen ingår en fråga om man avstått från tandvård under det senaste året på grund av kostnaden och här svarade 19 procent av de svenska deltagarna att så var fallet. Detta var mer än i Storbritannien, Nederländerna och Tyskland men lägre än många andra länder, speciellt Kanada och USA där andelen var 28 respektive 32 procent bland de svarande.

A.14. Länder. Avstått från tandvård på grund av kostnaden

Andel som svarat "ja" på frågan: "Under de senaste 12 månaderna, hände det då att du hoppat över tandvård eller tandläkarundersökning på grund av kostnaden?", 2016.



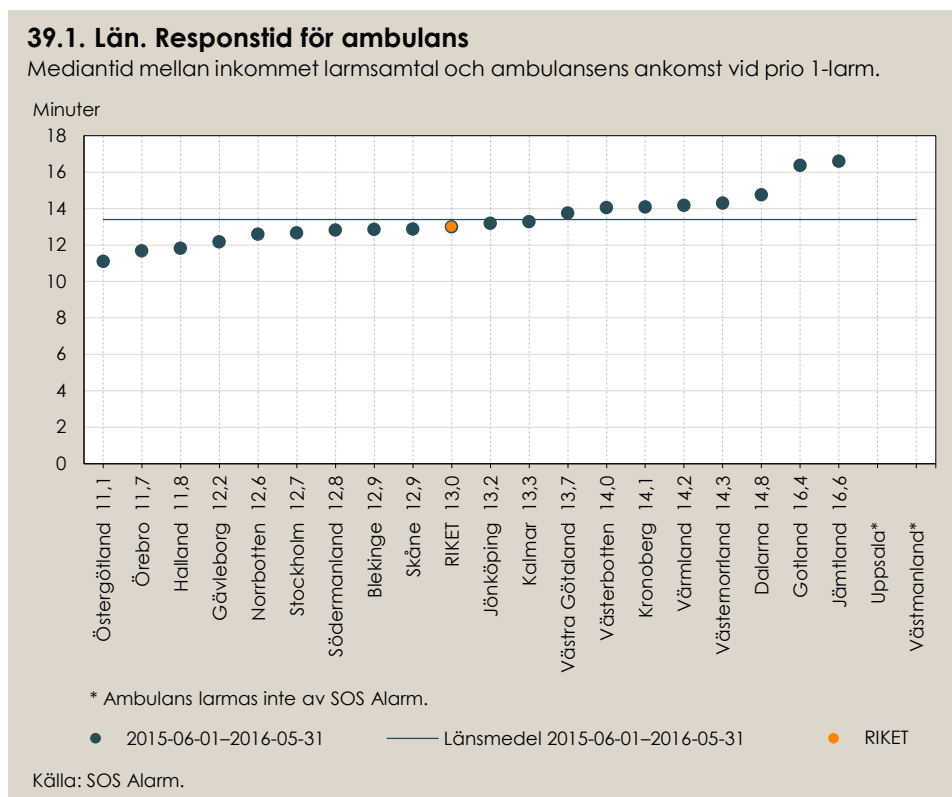
Källa: International Health Policy Survey, The Commonwealth Fund.

39. Responstid för ambulans

Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården gör att mer avancerad sjukvård kan utföras direkt i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit effektivare och att vårdens kvalitet ökat. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande.

Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. Data kommer från SOS Alarm. För tolv månadersperioden juni 2015 till maj 2016 togs nära 450 000 prio-1-larm emot av SOS Alarm. Medianresponstiden för dessa larm var 13 minuter. Medianen skiljer upp till 5 minuter och 30 sekunder mellan länen. Faktorer som påverkar responstiden

är framför allt hur landstingen valt att organisera ambulanssjukvården, avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.



Vilka tillstånd som behandlas som prio 1-larm beror på de bedömningsgrunder som SOS Alarm använder sig av och man utgår från ett medicinskt index vid prioriteringar. Dock är prioriteringarna inte enhetliga över landet och SOS Alarm uppger att flertalet landsting kräver att prioriteringarna ska anpassas till respektive vårdkedjor [68].

Om relaterade mått och data

Indikatorn har tidigare presenterats på kommunnivå i SKL-rapporten *Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet*. Nysam publicerar nyckeltal för ambulansvården och 2015 ingick 13 landsting. Exempel på publicerade mått är *utfall av uttryckningstid inom respektive tidsintervall - primära ambulansuppdrag prio 2* och *antal disponibla ambulansstimmar per 1 000 invånare i länet*.

Responstid för ambulans i Storbritannien

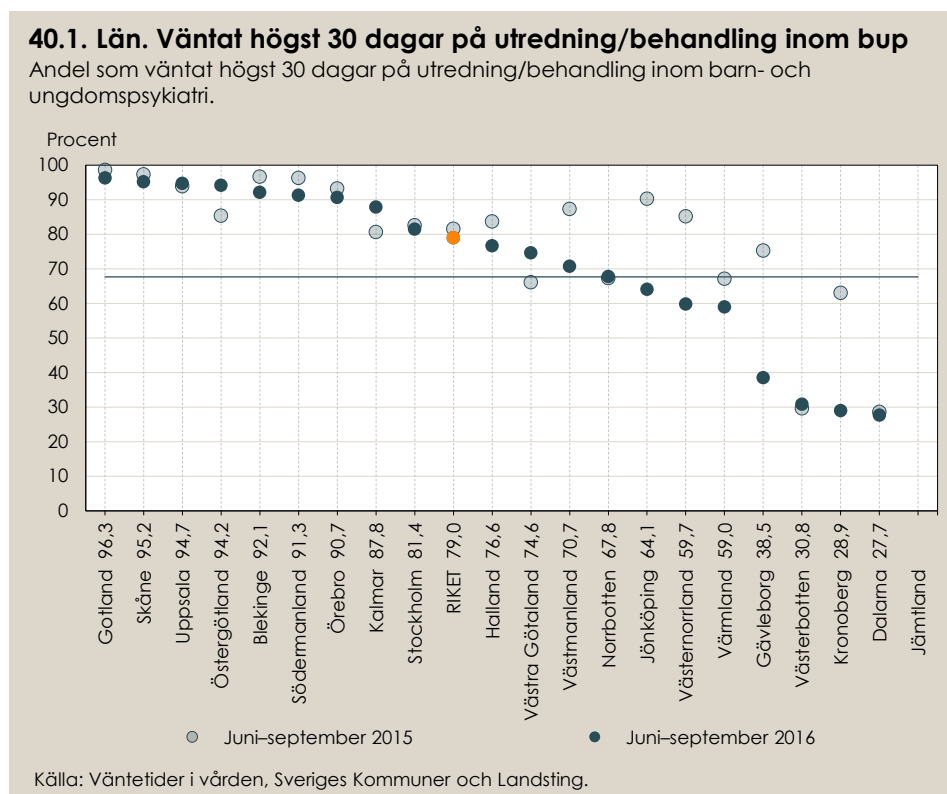
Det är svårt att göra någon internationell jämförelse inom ambulanssjukvården. Orsaken är bland andra att prioriteringarna skiljer sig åt samt att hälso- och sjukvårdssystemet organiseras på olika sätt. National Health Service (NHS) i Storbritannien publicerar månadsvisa rapporter med resultat för ambulanssjukvården, och i december 2015 tog det mindre än 8 minuter från

larmsamtal till dess att ambulansen var på plats i ungefär 73 procent av prio 1-fallen [69].

40. Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom bup

SKL och regeringen har ingått en överenskommelse om en särskild satsning på barn och unga med psykisk ohälsa. Ett första mottagningsbesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (bup) ska kunna erbjudas inom 30 dagar. Därefter ska en fördjupad utredning och start av behandling erbjudas inom 30 dagar. Andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom bup för indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Det kan finnas metodproblem vid uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

Diagram 40.1 visar perioden juni till september 2016 och motsvarande period 2015. I riket som helhet var andelen för den senaste perioden 79 procent, vilket är en viss minskning jämfört med juni–september 2015. Det är stor variation mellan de olika länen – från knappt 28 till över 96 procent.



Väntetiderna kan kortas genom ändamålsenlig personalförsörjning, bättre arbetssätt samt effektivare användning av tillgängliga resurser. Exempelvis har Statens beredning för medicinskt och social utvärdering (SBU) gjort en kunskapssammanställning över diagnostik och behandling av adhd, vilken

visar att behandlingsresultatet påverkas av hur vården och omsorgen är organiserad gällande tillgång till utredning, behandling, rehabilitering och stöd [70].

En viktig part i arbetet med barn och ungas psykiska hälsa är elevhälsan. Skolinspektionen konstaterade i en granskning av elevhälsan att skolpsykolog ofta saknas i det förebyggande arbetet samt att hälften av de barn och ungdomar som ingick i undersökningen har mått dåligt eller känt oro. Skolinspektionen konstaterade även att eleverna behöver få mer kunskap om psykisk ohälsa [71].

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker. Däribland även uppgiften om barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett första besök till BUP.

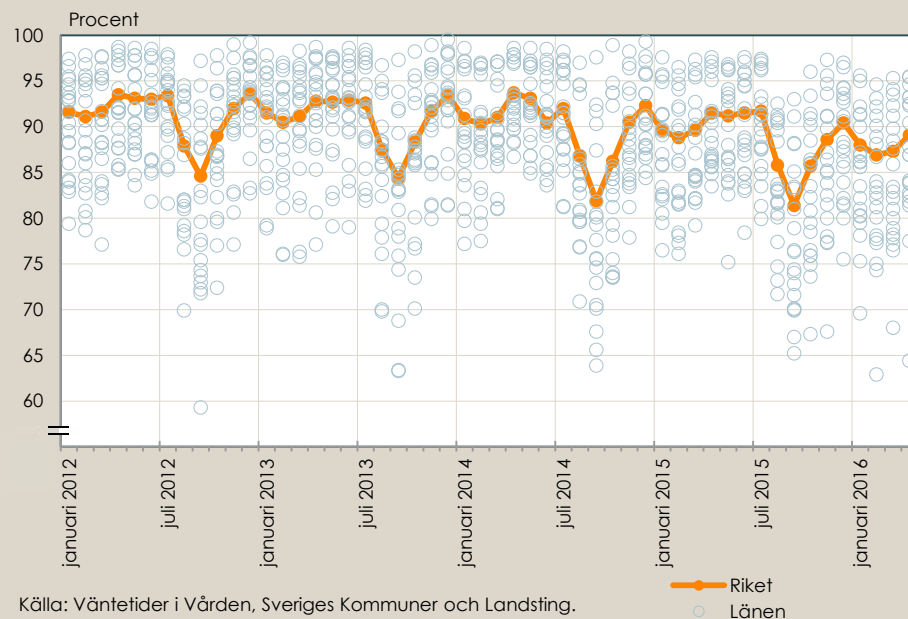
41. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till specialiserad vård inom 25 specialist- och åtgärdsområden. Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på besök till specialistvård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

I indikatorn ingår däremot inte patienter som tackat nej till vård eller patienter som bör vänta längre än den uppsatta gränsen på 90 dagar. Dessutom ingår inte medicinsk service, utredningar och undersökningar, återbesök och hjälpmedelsförsörjning, förutom utprovning av hörapparater. Andelen varierar mellan mätpunkterna och låg för riket i april 2016 på 89,1 procent. Lågst andel för respektive år finns i september månad.

41.1. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

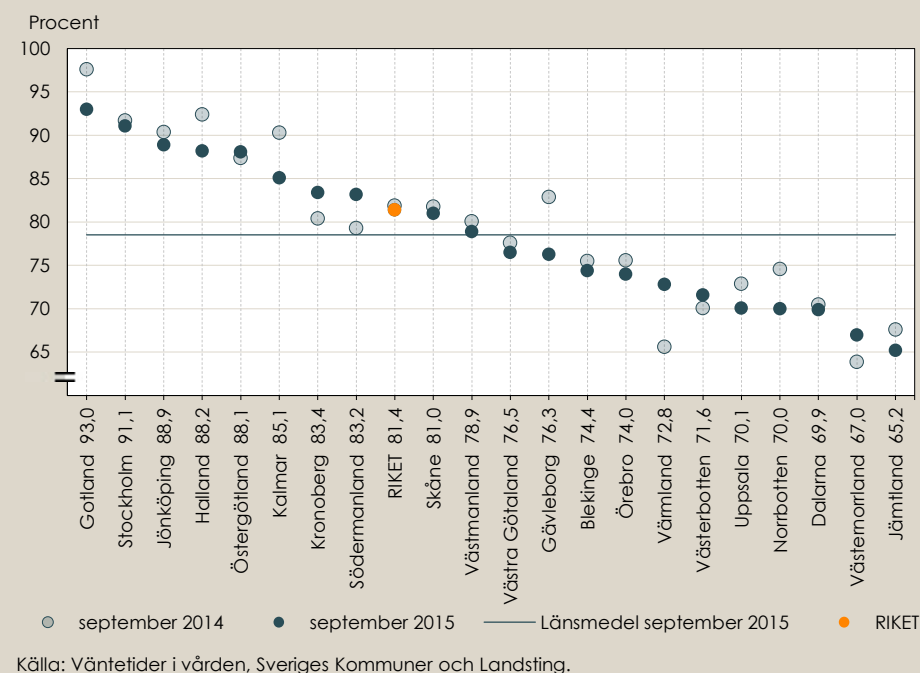
Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar, månadsdata.



I diagram 41.2 redovisas andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård under september per landsting. Mellan landstingen varierade andelen mellan 65 procent och 93 procent september 2015. Det kan dock finnas metodproblem i uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

41.2. Län. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.



Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp och analyserat vårdgarantin och man konstaterar att väntetiderna kan kortas genom ändamålsenlig personalförsörjning, bättre arbetssätt samt effektivare användning av tillgängliga resurser. Dessutom konstaterar myndigheten att landstingen brister i sin information till patienterna gällande möjligheten att byta vårdgivare om den planerade vården inte kan ges inom utsatt tid [72].

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

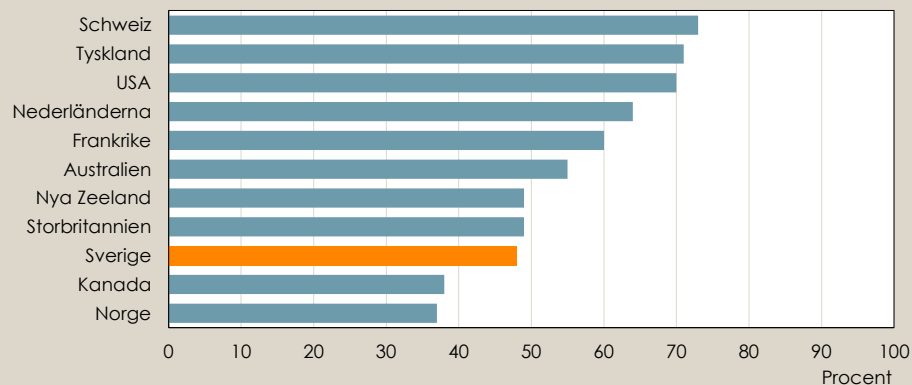
Väntetid till specialistvård i 11 länder, Sverige långt ifrån toppen

The Commonwealth Funds senaste version av undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP) genomfördes 2016. Elva länder ingår i mätningen och för Sveriges del deltog drygt 7 000 personer 18 år eller äldre genom att besvara frågorna per telefon. Av de som svarade vid uppringning valde 31 procent att delta i undersökningen [64, 65].

I Schweiz, Tyskland och USA svarade minst 70 procent att de fick tid inom fyra veckor för att träffa en specialistläkare. Av de svarande i Sverige angav knappt hälften att de fått vänta kortare tid än fyra veckor.

A.15. Länder. Tid till specialist inom fyra veckor

Andel av dem som besökt specialistläkare de senaste två åren som angivit kortare väntetid än fyra veckor på frågan "Efter att du fått rådet eller bestämt dig för att träffa en specialist, hur många dagar, veckor eller månader behövde du vänta för att få en tid?", 2016.



Källa: International Health Policy Survey, The Commonwealth Fund.

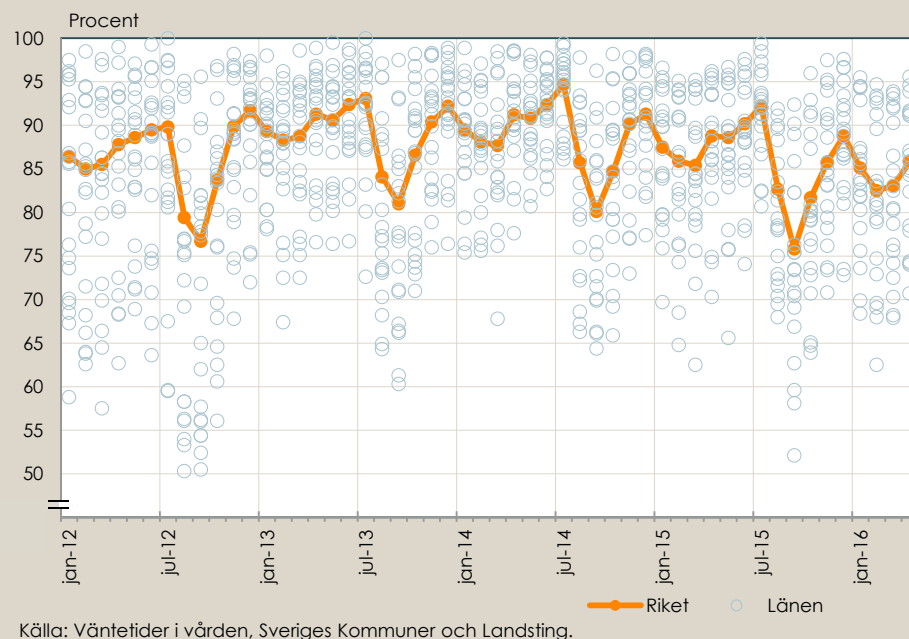
42. Operation inom 90 dagar

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal personer som väntar på planerad operation eller behandling inom specialiserad vård inom 54 olika specialist- och åtgärdsområden.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller behandling inom specialiserad vård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, där ett beslut om vård är taget. För riket var resultatet för indikatorn att nära 86 procent av patienterna fick sin operation inom 90 dagar, april 2016. Resultaten över tid visar att andelen minskat kraftigt under augusti till att vara som lägst i september för varje år i diagram 42.1.

42.1. Operation inom 90 dagar

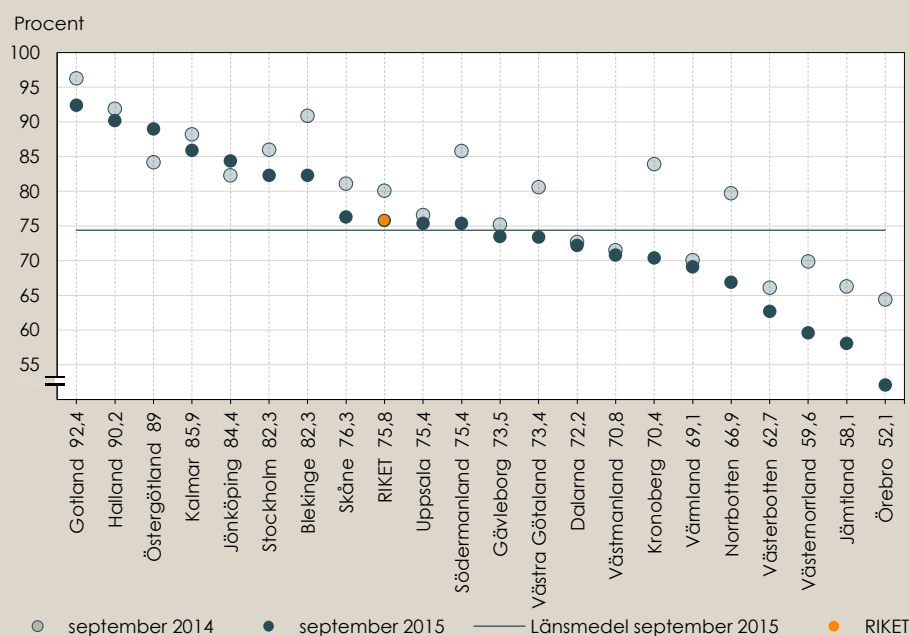
Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar.



I diagram 42.1 redovisas andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation i specialiserad vård i september i olika landsting. Mellan länen varierar andelen mellan 52 procent och drygt 92 procent i september 2015. Det kan dock finnas metodproblem i all uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

42.2. Län. Operation inom 90 dagar.

Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och landsting

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

43. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

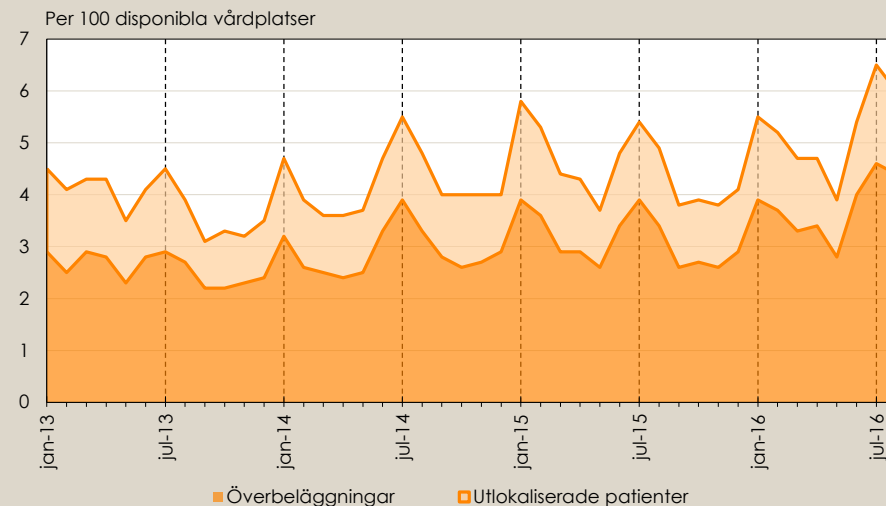
Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov man har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenheter än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Dessa problem verkar också ha tilltagit under mätperioden. Diagram 43.1 visar överbeläggningar och utlokaliseringar för respektive månad i riket. Det finns ett tydligt mönster som visar att problemen är störst under januari samt juni–augusti samt att topparna är högre i slutet av mätperioden än i början med exempelvis en

tydlig skillnad mellan 2013 och motsvarande månader 2016. Vissa felkällor kan finnas i mätningen, till exempel tillämpning av definitioner samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system.

43.1. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården, månadsdata för riket.

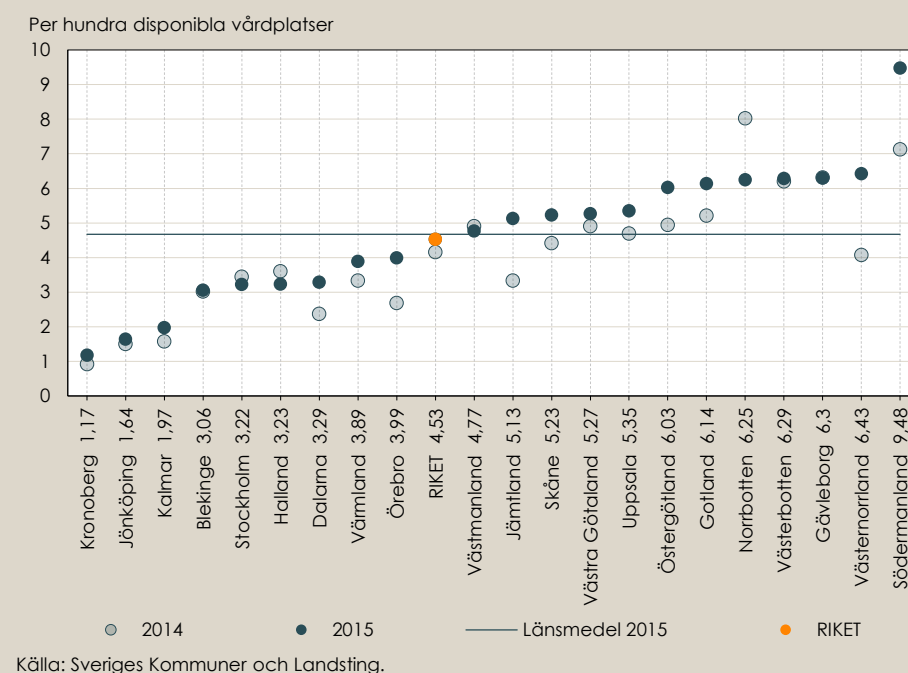


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 43.2 redovisas antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser, fördelat per landsting för 2015 och 2014. Riksgenomsnittet för 2015 var 4,5 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, vilket var en ökning jämfört med helåret 2014. För de enskilda landstingen varierar antalet överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser 2015 från 1,2 till 9,5. En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och en fysisk arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador.

43.2. Län. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.



Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har SKL och Socialstyrelsen tillsammans med landsting och regioner utvecklat en modell för att varje månad följa upp förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Modellen kan användas till att öka kunskap, till att ge stöd till implementeringen av kunskapen, uppföljning och förbättringsarbete på lokal och regional nivå samt uppföljning och utvärdering på nationell nivå.

I Socialstyrelsens rapport *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter* redogörs för att Stockholms läns landsting genomfört en utredning som visar att behovet av vårdplatser kan påverkas av

- bättre fördelning av disponibla platser
- bättre samverkan mellan akutsjukvården och de övriga aktörerna
- bättre patientsäkerhetsarbete
- processutveckling [73].

Om relaterade mått och data

Indikatorerna *antal överbeläggningar per 100 vårdplatser* samt *antal utlokaliserade per 100 vårdplatser* redovisas exempelvis i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* och *Vården i siffror*. Dessutom kan indikatorn *utskrivningsklara patienter på sjukhus*, relateras till indikatorn.

Sverige redovisar lägst antal vårdplatser per invånare

OECD samlar in uppgifter om antalet vårdplatser i olika länder. Av alla länder som ingår redovisar Sverige lägst antal slutenvårdsplatser per invånare. Färre vårdplatser kan vara ett tecken på att man arbetar mer effektivt genom exempelvis kortare vårdtider, förebyggande arbete och vårdinsatser i hemsjukvård och öppenvård som minskar behovet av att skrivas in på sjukhus. En ökande och på vissa håll hög förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar tyder dock på att slutenvårdsresurserna i vissa fall varit otillräckliga för det aktuella behovet.

44. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

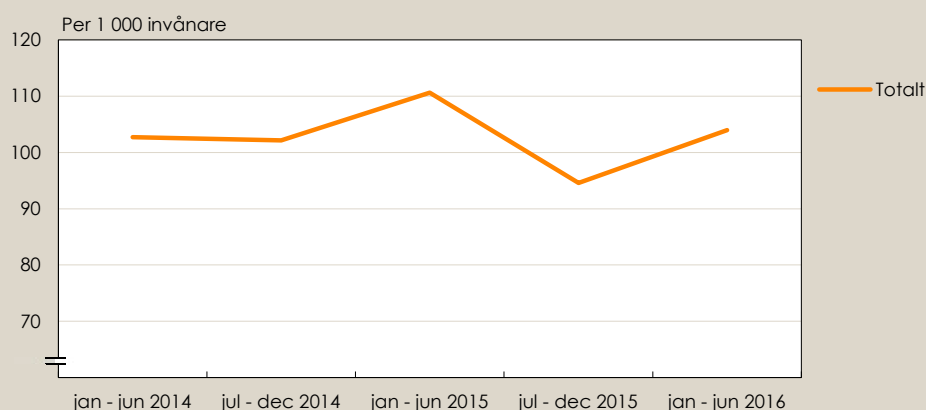
En viktig aspekt på samarbetet i hälso- och sjukvårdssystemet är att en patient som inte längre behöver sjukhusets resurser ska kunna lämna sjukhuset för vidare vård i det egna hemmet eller i andra vårdformer. En person är utskrivningsklar om läkaren bedömer att patienten inte längre behöver slutenvård på sjukhus. Om läkaren bedömer att personen inte klarar sig på egen hand efter utskrivningen ska läkaren kalla till vårdplanering.

Kommunerna har ansvar för att en äldre patient ska kunna få fortsatt vård och stöd utanför sjukhus och de blir även betalningsansvariga för patienter som blir kvar på sjukhuset efter att de har varit utskrivningsklara i fem dagar.

Indikatorn visar antalet utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare. Enbart patienter 65 år och äldre ingår. I riket uppgick antalet till 104 dagar under mätperioden januari till juni 2016, vilket är en nedgång med nästan 7 dagar jämfört med samma period 2015

44.1. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare. Avser personer 65 år och äldre.

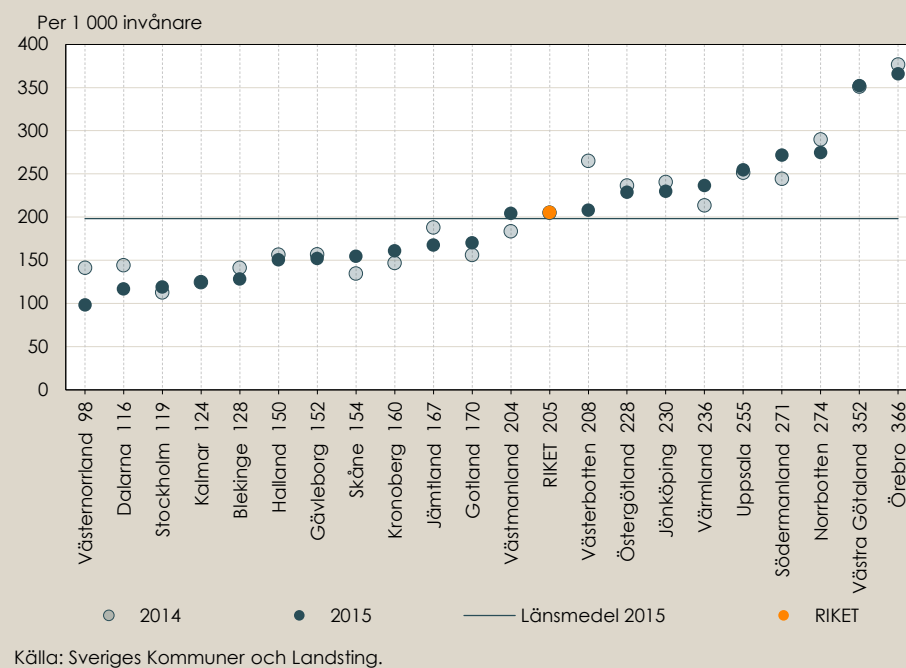


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är stora variationer mellan länen i antal patienter som vårdats på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare. Antalet dygn varierar mellan 98 upp till nästan 366 dygn. Resultatet bygger på data från 2015.

44.2. Län. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare. Avser personer 65 år och äldre.



Ett stort antal dygn som utskrivningsklar per invånare kan vara ett tecken på att kommunerna inte har tillräcklig kapacitet eller att det finns andra brister i samspillet mellan kommuner och landsting. Verksamheterna behöver därför utarbeta en tydligare samverkan kring de patienter som kräver fortsatt vård i annan vårdform.

Om relaterade mått och data

En relaterad indikator som i vissa fall kan påverka antalet utskrivningsklara patienter är *väntetid till särskilt boende*. Indikatorn presenteras nedan i denna rapport samt i *Kolada*.

45. Väntetid till särskilt boende

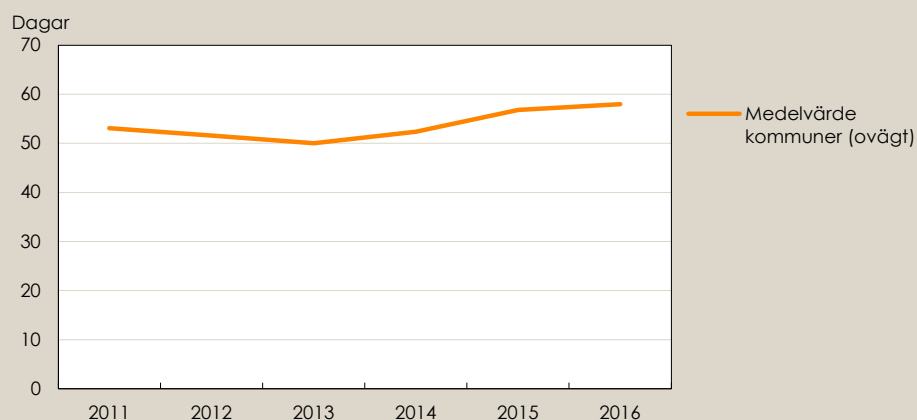
Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer upp till sjuksköterskenivå. En person som behöver ett särskilt boende ska inte behöva vänta på ett erbjudande om en plats, eftersom en lång väntan kan påverka den äldres hälsa. Kommunerna ska rapportera icke-verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beslut inte verkställts inom tre månader. Mellan 2010 och 2013 rapporterades drygt 24 000 icke-verkställda beslut enligt socialtjänstlagen till IVO. Dock gäller inte alla beslut särskilda boenden [74].

Indikatorn visar kommunens beredskap och förmåga att planera tillgången till särskilt boende i förhållande till befolkningens behov. Kommunen gör egna mätningar av det genomsnittliga antalet väntedagar från ansökan till erbjuden plats på särskilt boende för personer över 65 år, och indikatorn bygger på frivilligt inrapporterad data.

Resultat för indikatorn visar ett medelvärde på 58 dagar för de kommuner som deltagit i mätningen 2016. På riksnivå har väntetiden ökat med drygt 1 dag jämfört med 2015 och 8 dagar jämfört med 2013.

45.1. Väntetid till särskilt boende

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommuner.

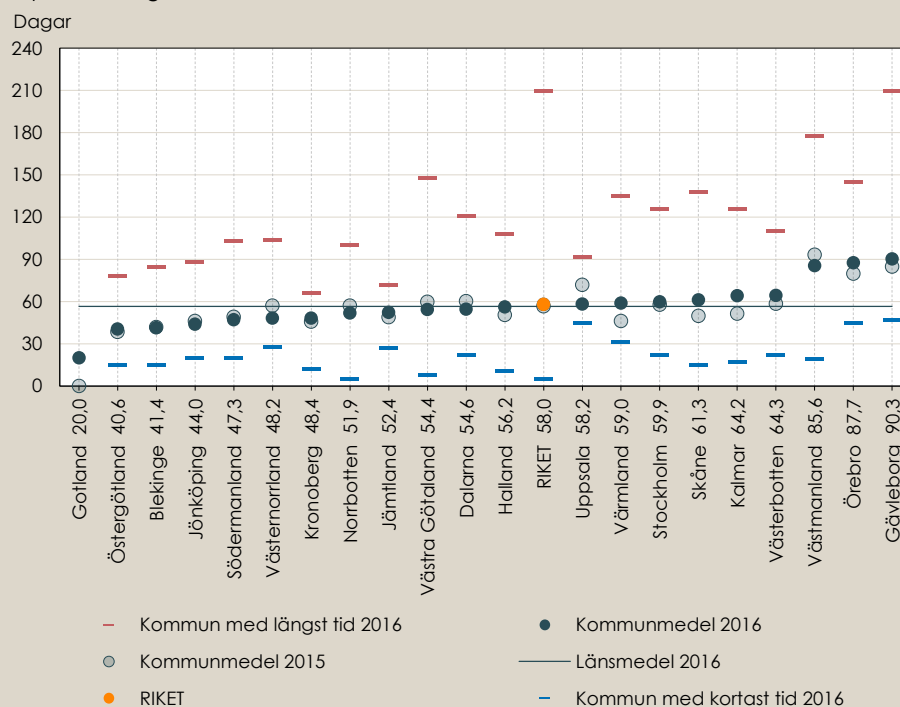


Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för kommunala analyser.

Resultaten varierar mellan länen och kommunerna. Spridningen mellan kommunerna varierar mellan 5 och 210 dagar. Väntetiden kan även variera stort mellan kommunerna inom ett län. I länet med störst spridning på kommunnivå är skillnaden 163 dagar. Antalet dagar varierar mellan länen från 20 till 90.

45.2. Län. Väntetid till särskilt boende

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet samt värde för kommunen med kortast respektive längst tid i länet.



Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för kommunala analyser.

För att tillgodose äldres behov av särskilt boende inom tre månader behöver kommunerna ha en bra planering för framtida behov, exempelvis genom så kallade lokalförsörjningsplaner. En orsak till att framförhållningen måste vara god är att nybyggnationer tar lång tid och kostar mycket, och kommunerna har kunnat söka statsbidrag från Boverket för nybyggnationer och renoveringar av särskilda boenden. Från 2007 till och med juni 2015 beviljades statsbidrag till drygt 13 000 nybyggnationer och renoveringar.

Kommunerna kan även skapa så kallade mellanboendeformer. Sådana boenden är anpassade till äldre men de boende har inga insatser. Boendetyper kallas ofta trygghetsboende och syftet är att öka den enskildas trygghet och minska behovet av bland annat särskilda boenden. Även för trygghetsboenden har det varit möjligt att söka statsbidrag och fram till mitten av 2015 hade det beviljats sådana bidrag för drygt 3 500 boendeplatser.

Väntetiden kan även påverkas av samverkan mellan kommunerna och landstingen, bland annat samarbetet kring de personer som är utskrivningsklara på sjukhus.

Om relaterade mått och data

En relaterad indikator som i vissa fall kan påverka väntetiden är *utskrivningsklara patienter på sjukhus*. Indikatoren presenteras i denna rapport samt i *Kolada*.

Låg andel av de äldre på äldreboende i Danmark och i Sverige

Det finns vissa svårigheter med att jämföra Sverige med andra länder när det gäller särskilda boendeformer, för det varierar stort i vad som klassas som och anses vara ett boende för äldre. I tabell 2 redovisas andelen personer 65 år och äldre i olika boendeformer för äldre i de nordiska länderna. Sverige har något lägre andel äldre i dessa boendeformer; dock varierar skillnaderna beroende på åldersgrupp.

Tabell 2. Andel personer över 65 år som bor på boende för äldre, redovisat för länderna i Norden, 2014 eller 2013, procent

Åldersgrupp	Danmark ¹	Färöarna ²	Finland	Island ³	Norge	Sverige ⁴
	2014	2013	2013	2014	2014	2014
65+	4,0	9,5	5,2	8,0	7,7	4,8
80+	12,8	24,7	14,3	18,1	21,5	14,3

Källa: Nordiska socialstatistikkommittén (NOSOSKO).

1. Inkluderar personer i vårdhem, skyddat boende, särskilda boenden och särskilda boenden för personer under 67 år. Materialet speglar andra kvartalet 2014.

2. Åldersgrupperna 67–74 år, 75–79 år samt 80 år och äldre.

3. Inkluderar personer i vårdhem och i skyddande boenden. Materialet avser december 2014.

4. Bygger på värden för oktober 2014. Även så kallade servicehus kan ingå i redovisningen.

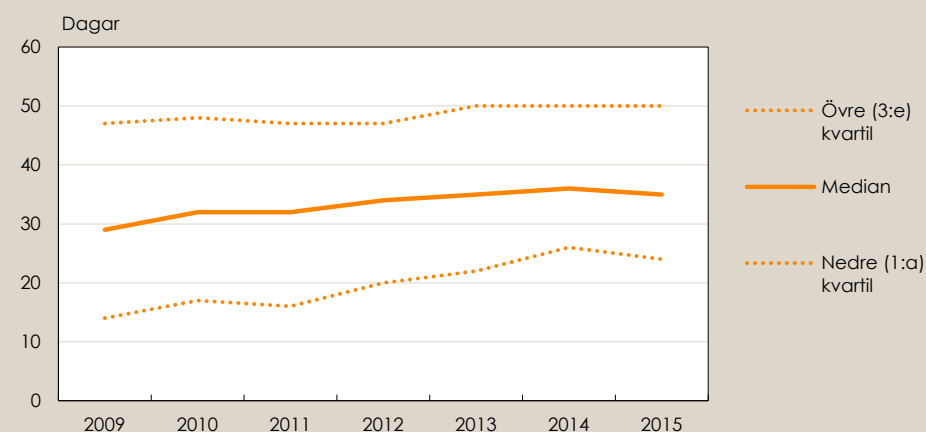
46. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från diagnos tills att en behandling har påbörjats. Vid tjocktarmscancer innebär det oftast operation.

Diagram 46.1 visar väntetid i dagar från diagnos till start av behandling vid tjocktarmscancer. Medianväntetiden i riket var 35 dagar 2015. Den nedre kvartilen för väntetiden var 24 dagar och den övre kvartilen var 50 dagar.

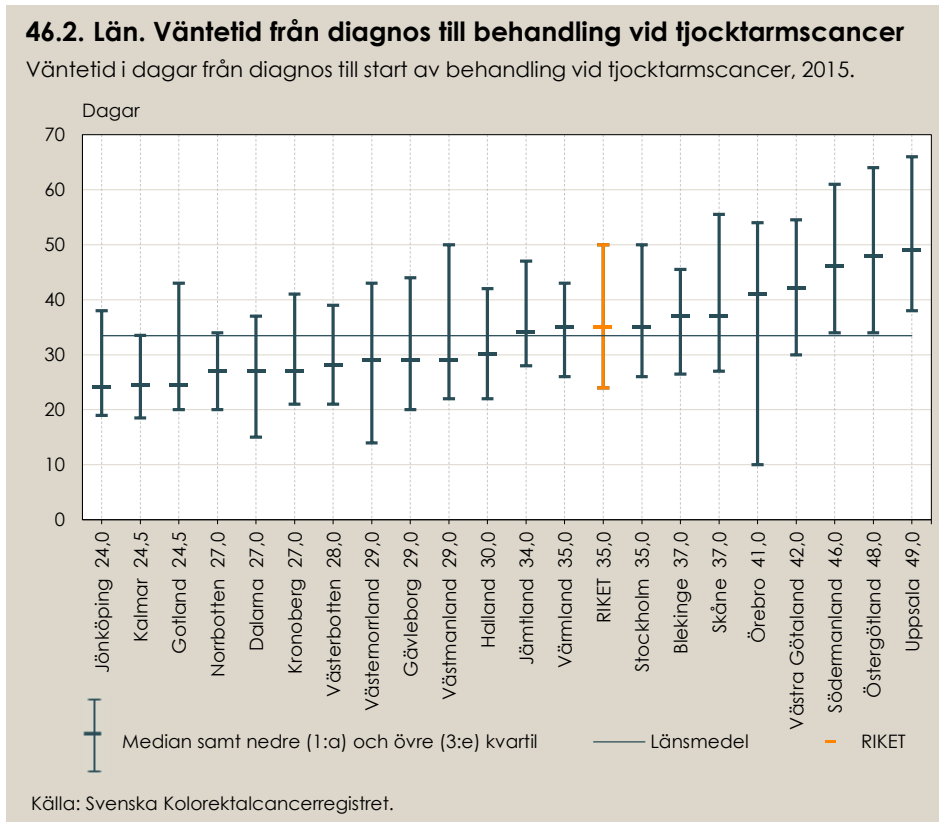
46.1. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Väntetid i dagar från diagnos till start av behandling vid tjocktarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Variationen mellan länen för medianen (när 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var från 24 till 49 dagar.



Under 2016 har arbetet med standardiserat vårdförlopp (SVF) fortsatt och SVF har införts för 18 diagnoser. Arbetet kommer att fortsätta under 2017.

Om relaterade mått och data

Här redovisas en indikator som ett exempel på väntetider inom cancervården. Men olika typer av väntetider och ledtider mäts och publiceras för olika typer av cancer i de olika kvalitetsregistren.

I samband med framtagandet och införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) för ett antal cancerformer ses även måtten vad gäller väntetider och ledtider över. Mätningarna är då oftast annorlunda än de som tidigare följts i de olika kvalitetsregistren. Startpunkten är då ofta från ”välgrundad misstanke” istället för exempelvis skickad remiss eller satt diagnos. Mätningar och datainsamling är fortfarande i ett utvecklings- och kvalitetssäkringskedje. I samband med utformandet av SVF sätts också målnivåer för väntetiden för de olika cancerformerna och patientgrupperna.

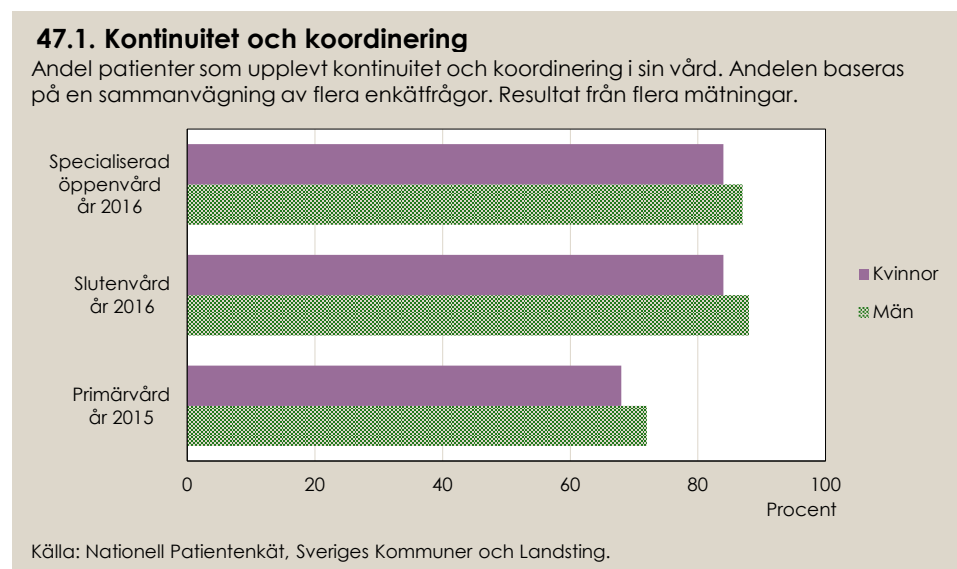
47. Kontinuitet och koordinering

Kontinuitet och koordinering av vården är aspekter av effektiv och individanpassad vård men också tillgänglighet, exempelvis har kontinuitet och koordinering lyfts fram när patienter har tillfrågats om vad de ser som tillgänglig vård [63].

Indikatorn är ett sammansatt mått av fem frågor från den nationella patientenkäten utformade för att tillsammans fånga patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Enkätundersökningarna sker i olika delar av verksamheten, och alla delar täcks inte vid varje tillfälle. I diagram 47.1 framgår att resultatet var lägre för primärvård än för slutenvård och den specialiserade öppenvården. Det bör beaktas att frågorna som ingår i mätningarna är snarlika men inte exakt samma för de olika verksamhetsdelarna, för primärvårdsmätningen var frågorna:

- Får du träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?
- Fick du träffa den läkare/sjuksköterska du ville träffa?
- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Upplevde du att personalen samarbetade väl?
- Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?

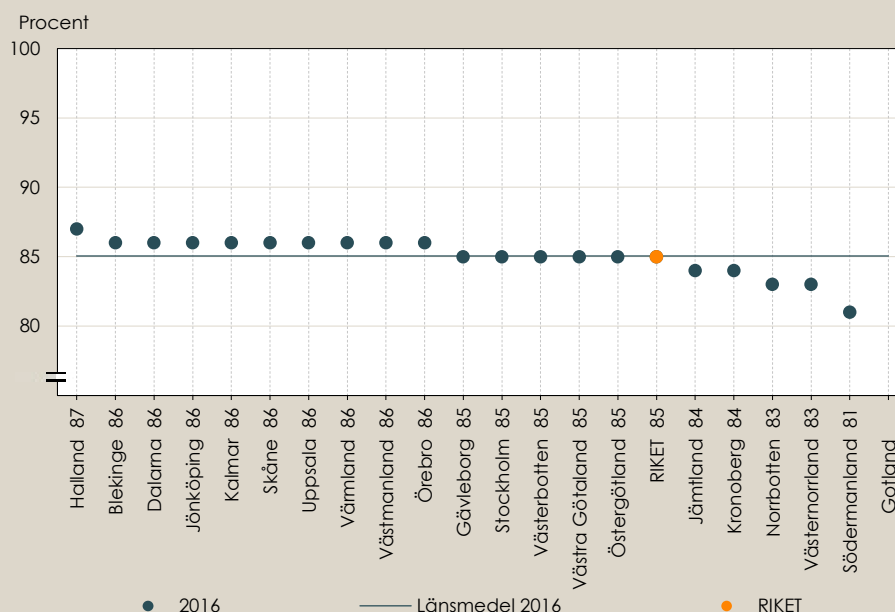
För de senaste mätningarna är resultatet lägre för kvinnor än för män inom alla de tre olika verksamhetsdelarna. Andelen män som upplever kontinuitet och koordinering, i den specialiserade öppenvården 2016, är 87 procent, jämfört med 84 procent av kvinnorna. I slutenvården var andelen män 88 procent och 84 procent av kvinnorna. I primärvården 2015 uppgav 72 procent av männen att vården gavs med kontinuitet och var koordinerad, jämfört med 68 procent av kvinnorna.



I diagram 47.2 visas resultat för landstingen i mätningen för den specialiserade öppenvården 2016. Resultaten varierar från 87 till 81 procent och de flesta landsting har ett värde på 86 eller 85 procent. Svarsfrekvensen för mätningen var 47 procent.

47.2. Län. Kontinuitet och koordinering i specialiserad öppenvård

Andel patienter som upplevt kontinuitet och koordinering i sin vård vid besök i den specialiserade öppenvården, baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I internationella jämförelser har Sverige visat svaga resultat i förhållande till andra länder för olika mått på kontinuitet och koordinering i hälso- och sjukvården [75]. Detta nämns också som ett förbättringsområde i utredningen *Effektiv vård* [76].

Om relaterade mått och data

För att gå vidare med resultatet för dimensionen är ett första steg att titta på resultatet från de frågor som ingår i det sammansatta måttet. Uppgifterna från NPE finns även tillgängliga på enhetsnivå så som kliniker och vårdcentraler på webbplatsen npe.skl.se.

Sverige visar svaga resultat för koordinering i vården

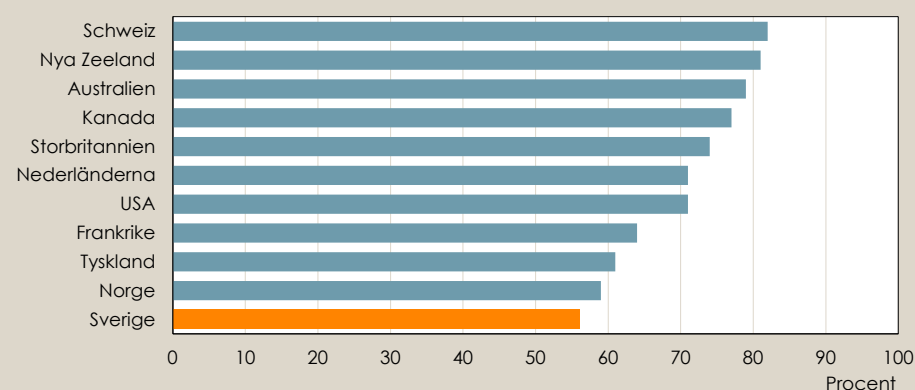
The Commonwealth Funds senaste version av undersökningen IHP genomfördes 2016. Elva länder ingår i mätningen och för Sveriges del deltog drygt 7 000 personer 18 år eller äldre. Av de som svarade vid uppringning genomförde 31 procent intervjun [64].

Generellt sett visar Sverige upp jämförelsevis svaga resultat vad gäller frågor som berör kontinuitet, kommunikation och koordinering i förhållande till patienterna och mellan vårdens delar. Detta mönster har även funnits i tidigare IHP-undersökningar, både när befolkningen tillfrågas om deras möten med vården, såväl som när vårdpersonal tillfrågats. Ett exempel från den senaste undersökningen är att av de som hade behov av hjälp med koordinering av vård angav 56 procent av de svenska deltagarna att de ofta

eller alltid fick hjälp med detta av sin ordinarie läkare eller mottagning. Detta var den lägsta andelen bland de undersökta länderna. Detta trots att detta värde för Sverige visat en tydlig och kontinuerlig förbättring när resultat från tidigare IHP-undersökningar beaktas, för 2010 var exempelvis värdet endast 38 procent [65].

A.16. Länder. Hjälp med koordinering av vård

Andel som svarat "alltid" eller "ofta" på frågan: "Hur ofta hjälper din ordinarie läkare eller någon på din läkares praktik till att koordinera eller planera den vård du får från andra läkare och ställen?", 2016. Exklusive de som inte anger att de inte har behov av koordinering eller saknar fast läkare eller mottagning.



Källa: International Health Policy Survey, The Commonwealth Fund.

48. Delaktighet och involvering

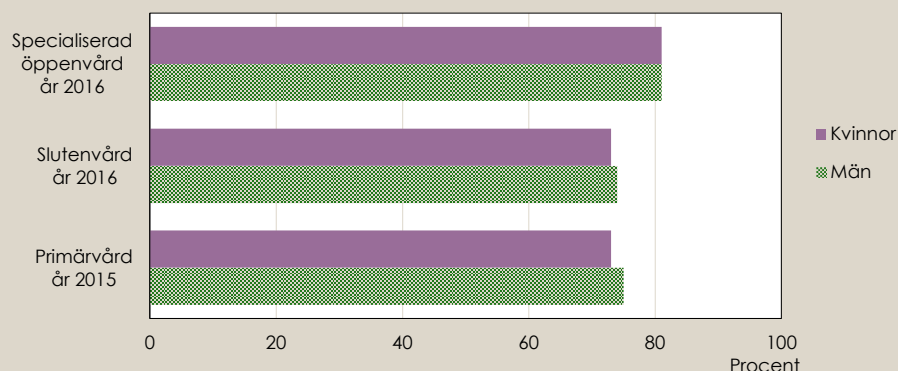
Delaktighet och involvering speglar aspekter av en individanpassad och personcentrerad vård. Möjlighet att vara involverad i processen och beslut om den egna vården är också en aspekt på tillgänglighet. Bland annat har detta lyfts fram när man frågat patienter om vad tillgänglig vård innebär för dem [57]. De frågor som ingår i indikatorn för primärvården var:

- Gav vårdpersonalen din familj/närstående den information de önskade?
- Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
- Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
- Tog vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?

I den specialiserade öppenvården upplevde 81 procent bland både kvinnorna och männen att de kände sig delaktiga och involverade i sin vård 2016. I slutenvården var andelen bland män 74 procent, jämfört med 73 procent bland kvinnorna. I primärvårdens senaste mätning 2015 ansåg 73 procent av kvinnorna att de kände sig delaktiga och involverade, jämfört med 75 procent av männen.

48.1. Delaktighet och involvering

Andel patienter som upplevt sig delaktiga och involverade i sin vård, baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor. Resultat från flera mätningar.

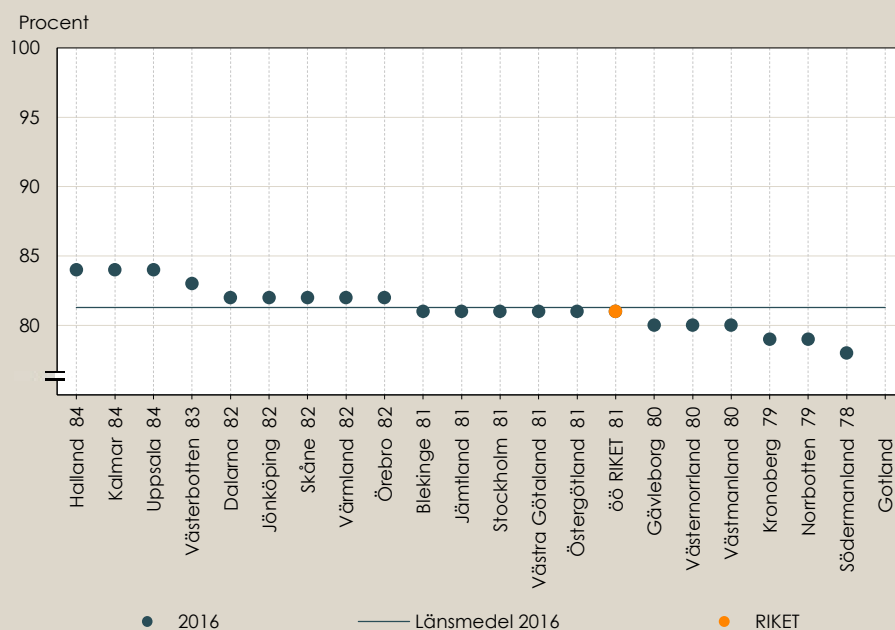


Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 48.2 visas resultat för landstingen i mätningen för den specialiserade öppenvården 2016, där svarsfrekvensen var 47 procent. Riksvärdet var 81 procent och landstingens resultat varierar från 84 ner till 78 procent.

48.2. Län. Delaktighet och involvering i specialiserad öppenvård

Andel patienter som upplevt sig delaktiga och involverade i sin vård vid besök i den specialiserade öppenvården, baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I internationella jämförelser har Sverige visat svaga resultat i förhållande till andra länder för olika mått på delaktighet och involvering [65].

Om relaterade mått och data

För att gå vidare är ett första steg att titta på resultatet från de frågor som ingår i det sammansatta måttet. Uppgifterna från NPE finns även tillgängliga på enhetsnivå så som kliniker och vårdcentraler på webbplatsen *npe.skl.se*.

"Hur bidrar hälso- och sjukvården till hållbart god vård?"

I det här avsnittet redovisas indikatorer som inte direkt speglar god vård men som antas beröra viktiga förutsättningar för goda resultat nu och framöver. Indikatorerna representerar några olikartade sådana förutsättningar:

- Systemets legitimitet hos invånarna.
- Antibiotikaresistens.
- Personalförhållanden.
- Genererande av ny kunskap och information för utveckling.

Till viss del handlar detta om hållbarhet för hälso- och sjukvårdssystemet men även indikatorer som redovisas under andra indikatorområden berör aspekter av hållbarhet. Hur indikatorer på resultat och kvalitet utvecklas sammantaget skulle kunna utgöra en indikation på den nuvarande utvecklingskraften i systemet. Även hur mycket resurser som används och hur förutsättningen för finansieringen av dessa utvecklas är en aspekt av hållbarhet.

49. Förtroende för hälso- och sjukvården

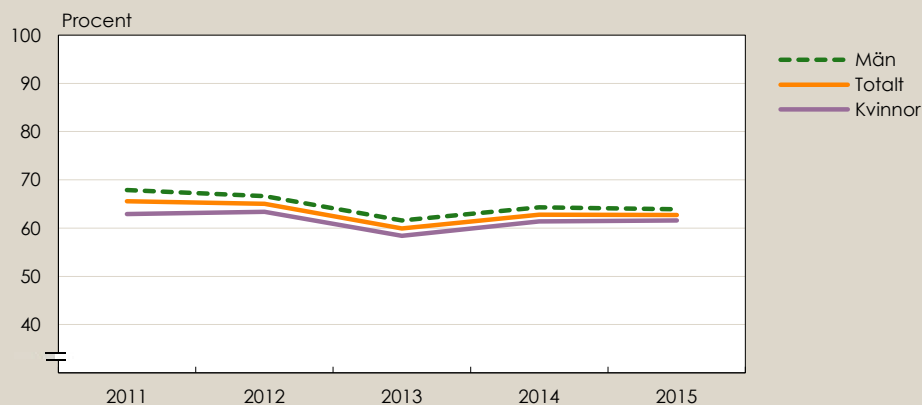
För att ett hälso- och sjukvårdssystem ska vara hållbart är det viktigt att de som bidrar till dess finansiering och använder sig av dess tjänster har förtroende för systemet, dess prestationer och dess personal.

Indikatorn *förtroende för hälso- och sjukvården* speglar befolkningens förtroende, oavsett om invånarna nyligen varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller inte. Indikatorn är hämtad från *Vårdbarometern* och visar den andel som har mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i det egna landstinget eller den egna regionen. De personer som inte har kunnat besvara frågan är exkluderade.

År 2015 svarade knappt 63 procent i riket att de har stort förtroende för hälso- och sjukvården. Nästan 62 procent av kvinnorna och 64 procent av männen uppgav att de har stort förtroende för hälso- och sjukvården. Det var cirka 38 000 personer som besvarade frågan 2015. Den så kallade korrigerade svarsfrekvensen var 54,2 procent och i bortfallet ingår både de som valde att inte delta (23,1 procent) samt de som inte var anträffbara (22,6 procent) [77].

49.1. Förtroende för hälso- och sjukvården

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården.

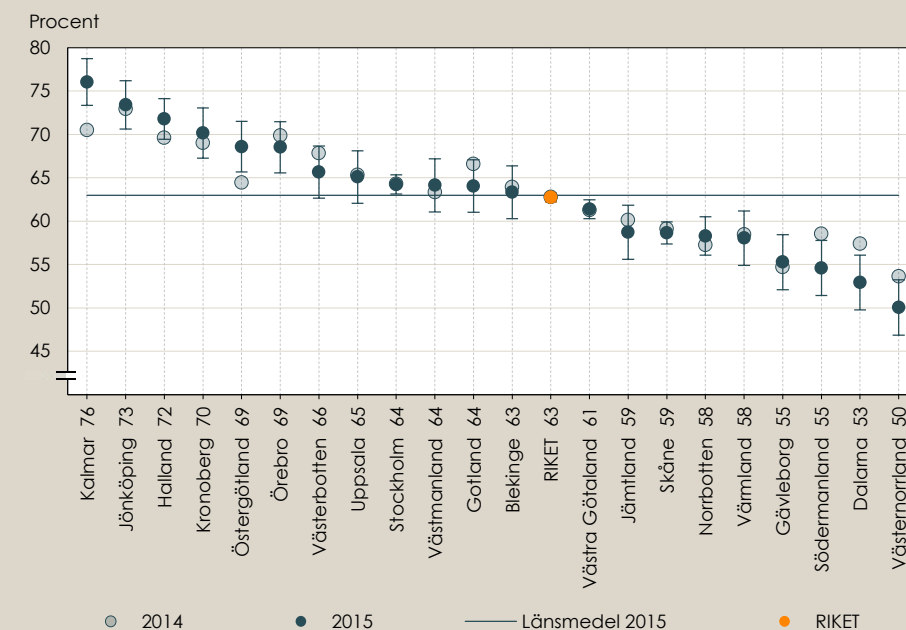


Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Andelen med stort förtroende för hälso- och sjukvården varierar på länsnivå mellan 50 och 76 procent 2015.

49.2. Län. Förtroende för hälso- och sjukvården

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Den svenska befolkningen har i stor utsträckning förtroende för sjukvården och ett ännu högre förtroende för personalgrupperna sjuksköterskor och sjukvårdspersonal, enligt SOM-institutets nationella undersökning. De grupper som befolkningen har störst förtroende för är poliser och lärare [78]. Befolkningens förtroende för sjukvården har, enligt samma undersökning, gått upp de senaste åren. Förtroendet från befolkningen påverkas av männi-

skors egna patienterfarenheter. Det är därför viktigt att bibehålla befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet. Dock är det svårt att säkerställa om enkäten täcker in den kommunala hälso- och sjukvården, vilket är en del av hälso- och sjukvårdssystemet. Cirka 400 000 personer fick hälso- och sjukvårdsinsatser av kommunerna 2015, och bland dessa är merparten äldre personer [79].

Om relaterade mått och data

Indikatorn *förtroende för hälso- och sjukvården* kan relateras till flera andra indikatorer – dels finns en rad indikatorer som ytterligare belyser befolkningens syn på hälso- och sjukvården i Vårdbarometern, dels finns ytterligare indikatorer som belyser patienterfarenheter i Nationell patientenkät (NPE).

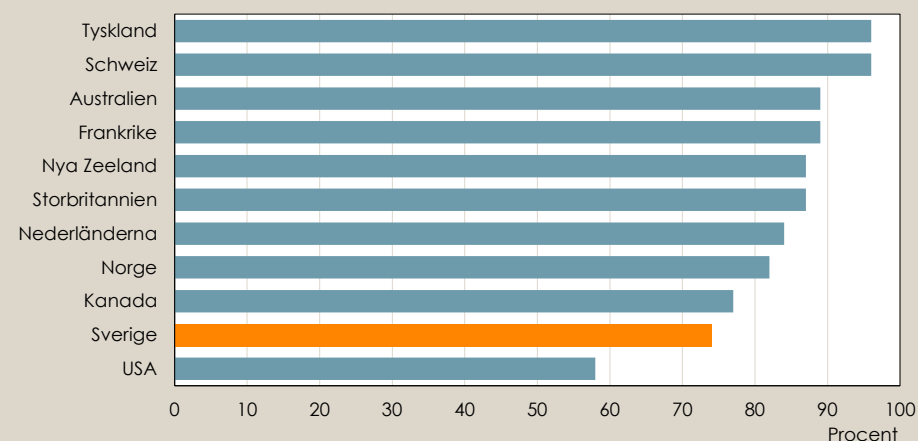
Fler än i andra länder svarar att sjukvården behöver förändras

The Commonwealth Funds senaste version av undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP) genomfördes 2016. Elva länder ingår i mätningen och för Sveriges del deltog drygt 7 000 personer 18 år eller äldre. Av de som svarade vid uppringning valde 31 procent att delta i undersökningen [64, 65].

I jämförelsen 2016 hamnar Sverige näst sist av de jämförda länderna när de tillfrågade ger ett övergripande omdöme över sjukvården. I Sverige gav 74 procent betyget ”utmärkt”, ”mycket bra” eller ”bra” för Tyskland och Schweiz var andelen 96 procent.

A.17. Länder. Betyg på övergripande kvalitet på sjukvården

Andel som svarat ”utmärkt”, ”mycket bra” eller ”bra” på frågan: ”Hur skulle du betygsätta den övergripande kvaliteten på sjukvården i Sverige?”, 2016.



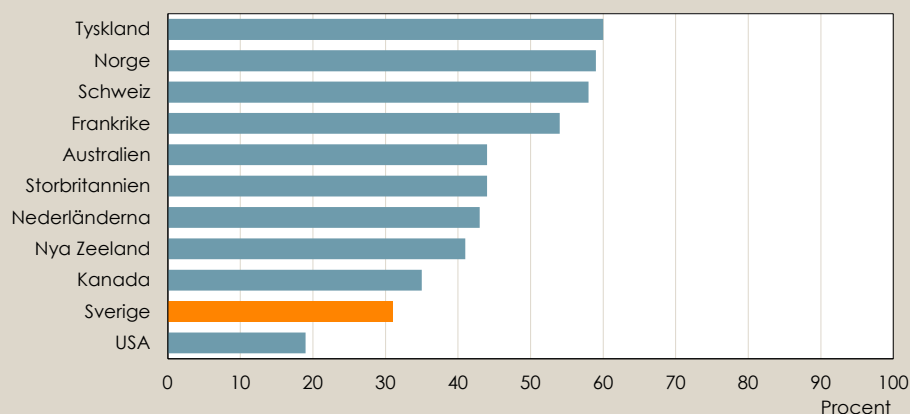
Källa: International Health Policy Survey, The Commonwealth Fund.

Det är även en lägre andel i Sverige och USA som tycker att hälso- och sjukvårdssystemet i stort fungerar bra och inte behöver förändras i någon högre grad för att fungera bättre. Andelen i Sverige 2016 var 31 procent och har sjunkit jämfört med IHP-undersökningarna 2013 och 2010 då den var 43 respektive 44 procent.

Samma trend syns inte alls i Vårdbarometerens mer direkta fråga om förtroende, även om mätperioden där endast sträcker sig till 2015 än så länge. Tolkningen av frågan i IHP behöver inte främst vara kopplad till tilliten för systemet och kan se olika ut i olika länder. Ett av de andra svarsalternativen till frågan är exempelvis *"Delar av hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra, men det krävs större förändringar för att det ska fungera bättre"*. Den sjunkande andelen som i Sverige svarat *"på det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra och endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre"* skulle alternativt kunna spegla en ökad tro på potentialen i möjliga reformer hos de svarande och inte nödvändigtvis ett försämrat betyg på det nuvarande systemet.

A.17. Länder. Anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra

Andel svarande som tycker att detta påstående stämmer bäst med sin uppfattning: "på det hela taget fungerar hälso- och sjukvårdssystemet bra och endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre", 2016.



Källa: International Health Policy Survey, The Commonwealth Fund.

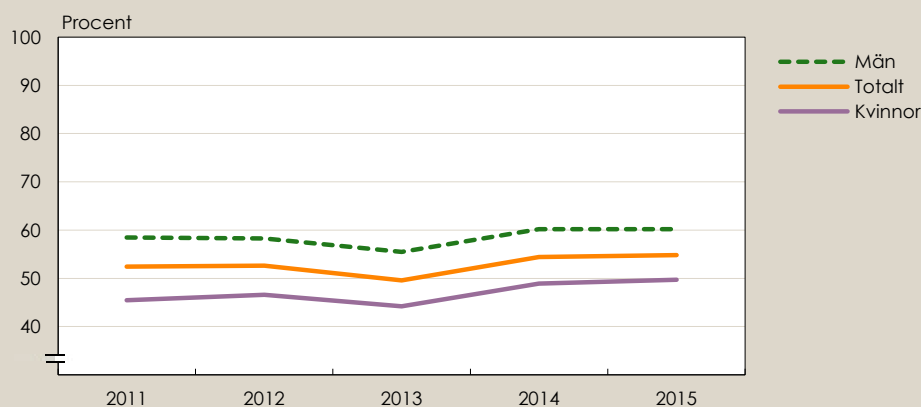
50. Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor

Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Indikatoren visar andelen av befolkningen som uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör, inte något annat. De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade.

I riket upplever 55 procent att vården ges på lika villkor. Kvinnor tycker i lägre omfattning att vården ges på lika villkor. Andelen bland män är 60 procent och 50 procent bland kvinnor vilken är en tydligare könsskillnad än vad exempelvis frågan om förtroende för vården uppvisar.

50.1. Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor

Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att vård ges på lika villkor efter behov.

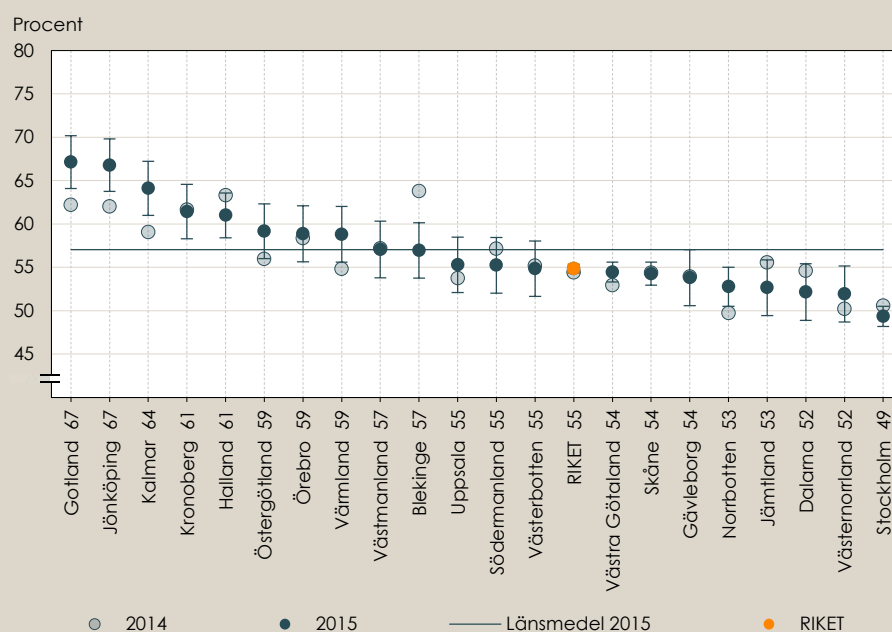


Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 50.2 redovisas indikatorn per landsting. Andelen som uppger att vården ges på lika villkor varierar mellan 49 och 67 procent på landstingsnivå.

50.2. Län. Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor

Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att vård ges på lika villkor efter behov.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

51. Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistent bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskeras en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan

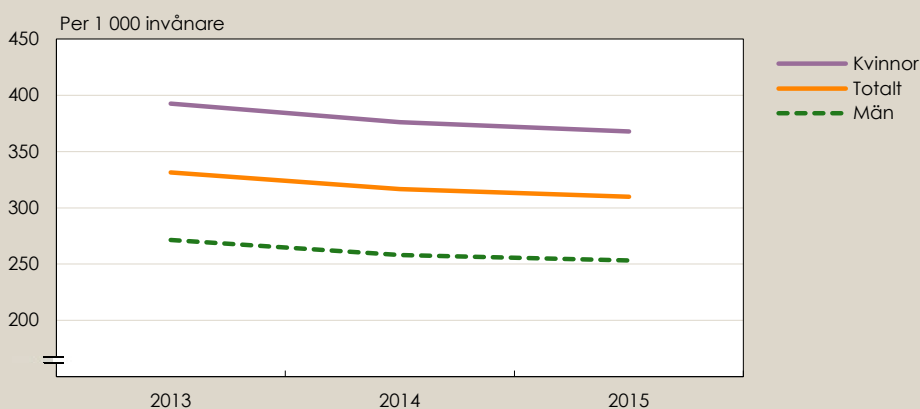
få effektiv behandling. Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Enligt SOM-institutet är sju av tio svenskar oroliga för antibiotikaresistens [78].

Indikatorn visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare. Källan är Socialstyrelsens läkemedelsregister. Detta register är komplett avseende läkemedelsanvändning i öppen vård men det saknar uppgift om förskrivningsorsak. Detta gör att indikatorn ger en grov bild av antibiotikaanvändningen.

För riket var antalet uthämtade recept 310 per 1 000 invånare 2015. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män – 368 respektive 254 uttag per 1 000 invånare. En betydande orsak till skillnaden mellan könen är skillnader i sjuklighet, till exempel är infektioner i urinvägar mycket vanligare bland kvinnor [80].

51.1. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

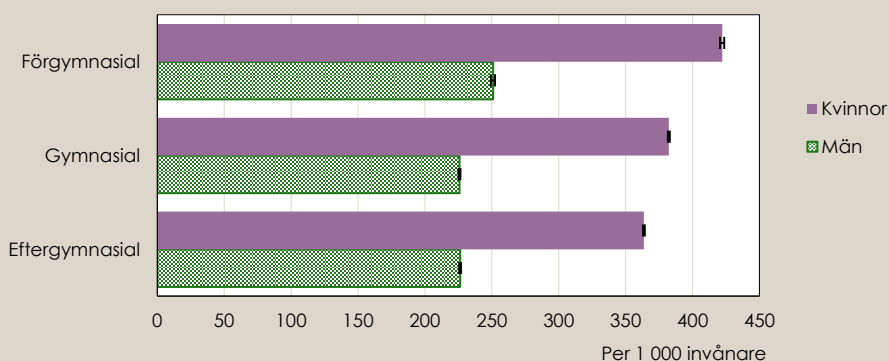


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer med endast förgymnasial utbildning har något större åldersstandardiserat värde än personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har ett värde på 422 uthämtade recept per 1 000 invånare. Det kan jämföras med 382 per 1 000 för kvinnor med gymnasial utbildning och 364 per 1 000 invånare för kvinnor med eftergymnasial utbildning. För män är de åldersstandardiserade värdena för personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning 226 per 1 000 invånare 2015. Värdet för män med endast förgymnasial utbildning var 251.

51.2. Utbildning. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2015.



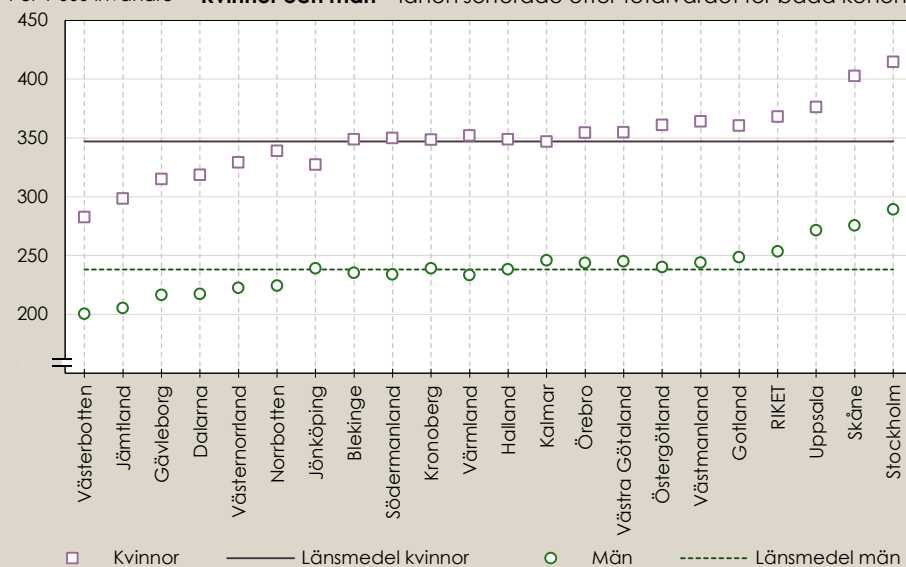
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I länen varierar antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare mellan 200 och 289. För kvinnor varierar antalet mellan 282 och 414. Värdena är åldersstandardiserade.

51.3. Län. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2015.

Per 1 000 invånare **Kvinnor och män** – länen sorterade efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Ett sätt att minska den onödiga antibiotikaanvändningen är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotiketrycket. Flera nya studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre. Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så smal behandling som möjligt för att påverka så få

bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både vad gäller resistensutveckling och biverkningar. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket i sin tur kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter [80].

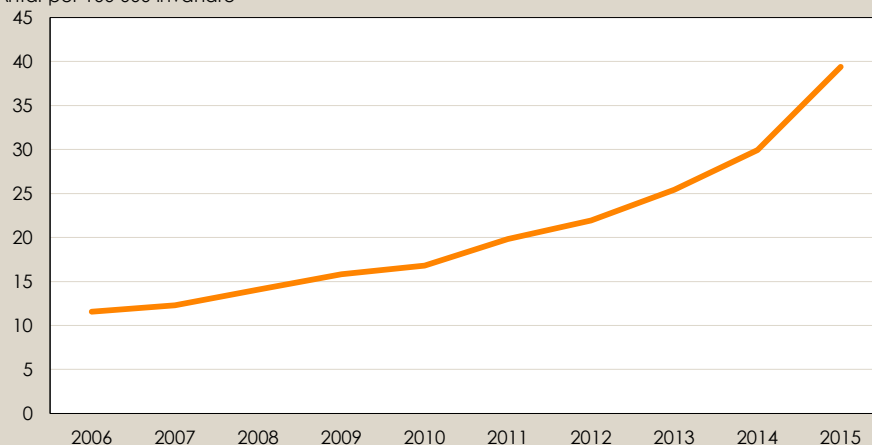
Om relaterade mått och data

Uppgifter om MRSA och andra multiresistenta bakterier publiceras av Folkhälsomyndigheten. Trots en positiv utveckling med minskad antibiotikaförbrukning fortsätter antibiotikaresistensen att öka i Sverige. De resistenta bakterier som ökar mest är VRE (vancomycinresistenta enterokocker) och MRSA (meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*). MRSA har ökat från nära 12 fall per 100 000 invånare 2006 till drygt 39 fall 2015. Något fler personer smittades utomlands än i Sverige 2015 [81]. Folkhälsomyndigheten redovisar också flera mått och indikatorer som rör antibiotikaanvändning.

E.5. Utveckling av MRSA

Antal anmälda fall av MRSA per 100 000 invånare i Sverige.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Sjukdomsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

Sverige har låg förskrivning av antibiotika i europeisk jämförelse

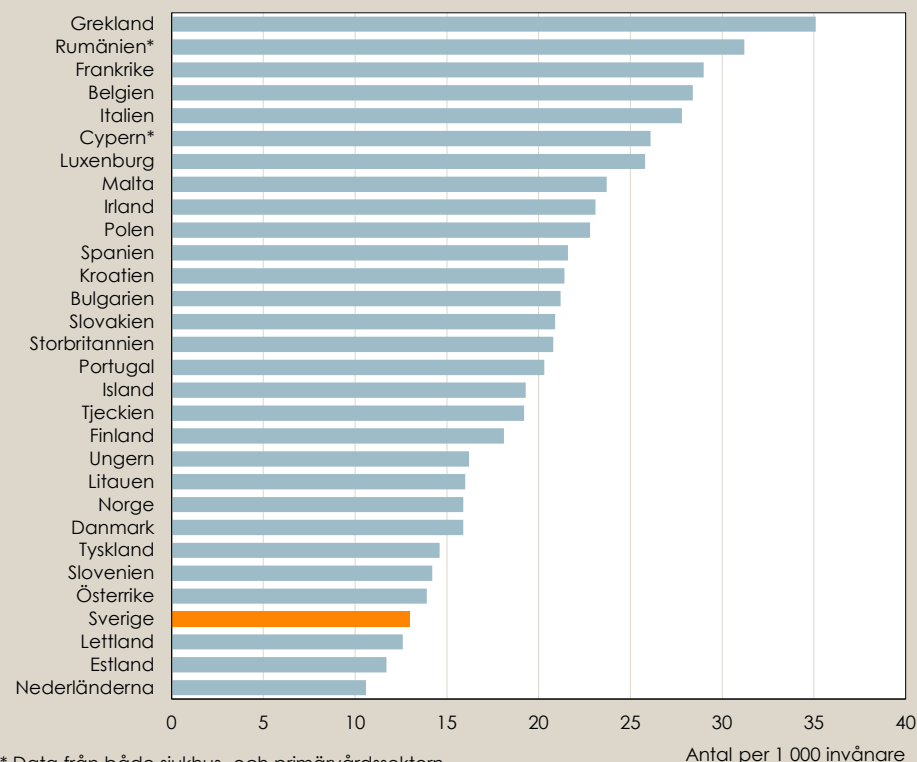
Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) redovisar antibiotikaanvändning för Europas länder. För 2014 varierade användningen av antibiotika från 10,6 definierade dygnsdoser (DDD) per invånare och dag i Nederländerna till 35,1 DDD i Grekland (diagram A.18) [82].

Trenden för antibiotikaanvändning i öppenvård, uttryckt som DDD per 1 000 invånare och dag, har ökat i de flesta länder i Europa mellan 1997 och 2009. Under samma period har säsongsvariationerna (kvartalsdata) minskat [83]. För Europa som helhet har antibiotikaanvändningen ökat 2010–2014. Sett till enskilda länder visade Sverige och Cypern en signifikant minskad användning medan användningen i Storbritannien däremot ökade.

Det finns en otalig mängd faktorer som påverkar antibiotikaanvändningen, varav patientefterfrågan och samarbetet mellan vårdprofessioner är två viktiga. Exempel på andra faktorer är organisationen av hälso- och sjukvård, antalet olika antibiotika som finns, klimat, sjukdomsbörda, demografi och socioekonomi [84]. Även kulturella faktorer påverkar förskrivningen av antibiotika [85, 86].

A.18. Länder. Antibiotikaanvändning i primärvård

Antal definierade dygsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag i primärvård, 2014.



* Data från både sjukhus- och primärvårdssektorn.

** För Finland exkluderas användning vid avlägsna primärvårdscenter och vårdhem i redovisningen.

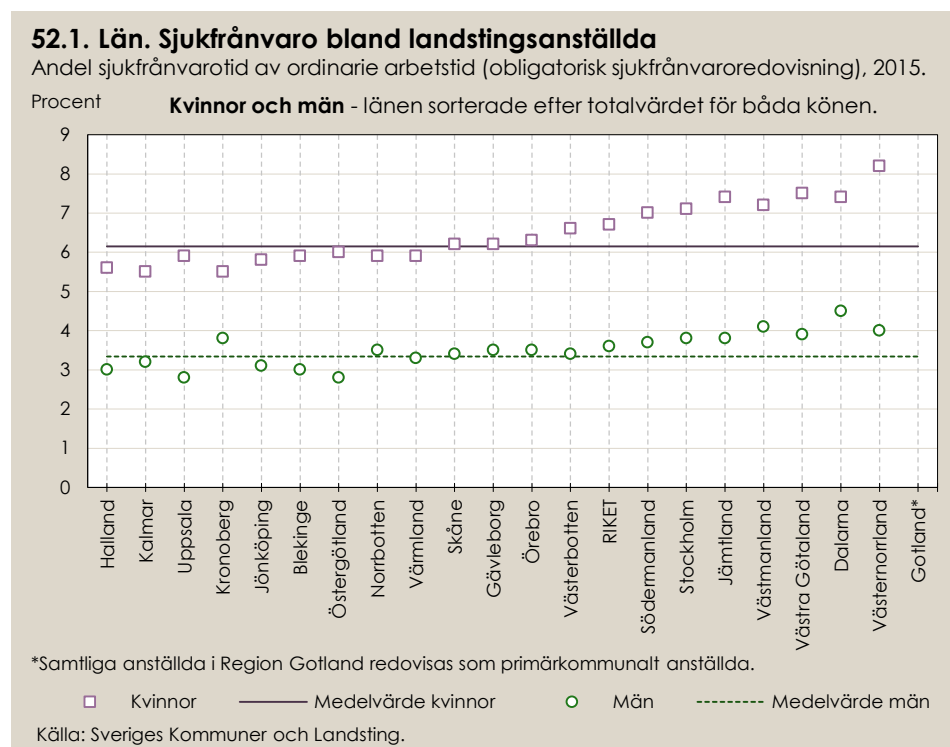
Källa: European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC).

52. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda

Sjukfrånvaro innebär en arbetstagares frånvaro från arbetet i antal dagar. Enligt Arbetsmiljöverket är några av de främsta orsakerna till personalens frånvaro i hälso- och sjukvården att arbetet är fysiskt tungt och att det finns risk för smitta. Dessutom bidrar skiftarbete, hög arbetsbelastning och oregelbundna arbetstider till sjukfrånvaron [87].

Indikatorn är en del av den obligatoriska sjukfrånvarorapportering som redovisas i landstingens årsredovisningar. Uppgifterna avser därför alla anställda i landsting och regioner. Även om anställda i hälso- och sjukvården klart dominerar så förekommer alltså andra verksamheter i en betydande och varierande utsträckning hos huvudmännen.

I diagram 52.1 redovisas andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid för landstingsanställda. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män i samtliga landsting. Andelen sjukfrånvarotid varierar mellan landstingen bland kvinnor från 8,2 ner till 5,5 procent. För män varierar andelen från 4,5 ner till 2,8 procent.

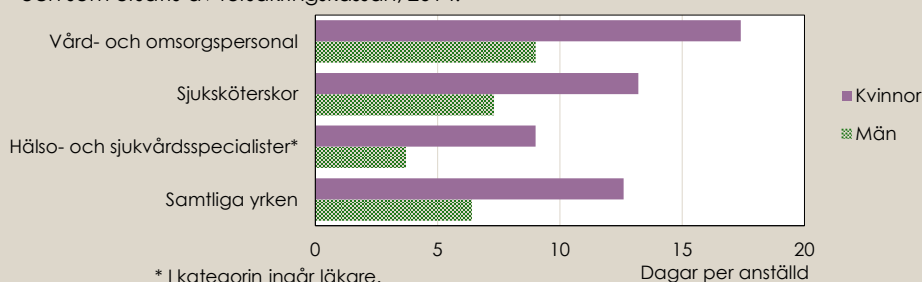


Det finns en rad åtgärder som landstingen kan använda sig av för att förbättra arbetsmiljön och minska sjukfrånvaron. För att minska sjukfrånvaron och även sjukskrivningarna inom hälso- och sjukvården behövs enligt Arbetsmiljöverket systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär bland annat att personalen ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att minska riskerna. Personalen ska även få kunskap om lämpliga arbetsställningar och förflyttningar samt den arbetsutrustning och arbetsutrymme som krävs. Enligt Arbetsmiljöverket är företagshälsovården en viktig resurs i arbete och deras resurser ska användas i det förebyggande arbetsmiljöarbetet [88].

Sjukfrånvaro kan vara början till och utvecklas till en sjukskrivning. Sjukskrivningar ingår även i definitionen av sjukfrånvaro. Flera personalkategorier inom hälso- och sjukvården ligger över rikssnittet för antalet sjukskrivningsdagar per anställd. Den enda kategorin som avviker är hälso- och sjukvårdsspecialister där läkare ingår. Hälso- och sjukvården följer mönstret för samtliga yrkeskategorier i avseendet att kvinnor i genomsnitt har fler sjukskrivningsdagar än män, vilket också framgår i diagram E.6 där de dagar som ersatts av Försäkringskassan redovisas.

E.6. Yrkeskategorier. Sjukskrivning längre än 2 veckor, antal dagar

Antal sjukskrivningsdagar per anställd som överstiger 14 dagars sjukskrivningsperiod och som ersätts av försäkringskassan, 2014.

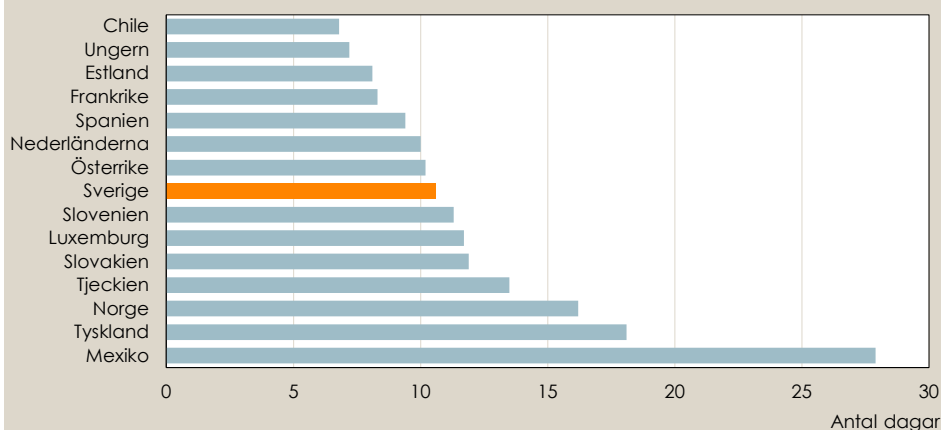


Källa: Försäkringskassan.

Internationellt delas sällan statistiken gällande sjukfrånvaro och sjukskrivning upp på arbetsmarknadens olika sektorer. OECD redovisar antal sjukskrivningsdagar och svensk data kommer från Försäkringskassan. Av de länder där arbetstagare kan erhålla ersättning vid förlorad arbetsinkomst på grund av sjukskrivning placerar sig Sverige i mitten, vilket framgår av diagram E.7. Dock är materialet inte redovisat för yrkeskategori eller för hälso- och sjukvårdsområdet.

E.7. Länder. Förlorade arbetsdagar på grund av sjukdom med ekonomisk kompensation

Antal förlorade arbetsdagar med ekonomisk ersättning per person i länder i OECD som rapporterat in data för 2014.



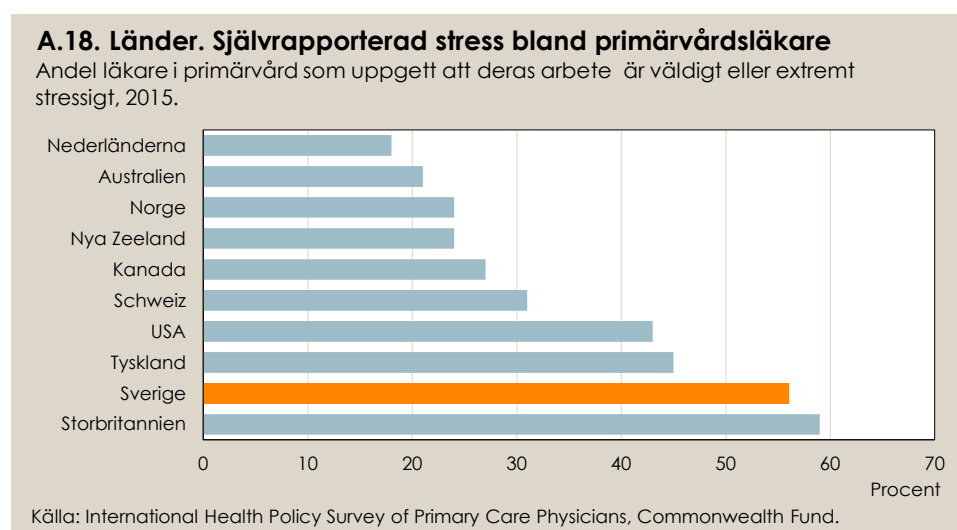
Källa: OECD.

Om relaterade mått och data

Det finns möjlighet att rapportera standardiserade uppgifter från medarbetarenkäter till databasen *Kolada* för att kunna jämföra sig med andra landsting och kommuner, exempelvis för det sammansatta måttet *Hållbart Medarbetarindex (HMI)*. En indikator som också tydligt relaterar till arbetsförhållanden i vården är *Överbeläggningar i den slutna vården*.

Hög andel primärvårdsläkare i Sverige uppger att de är stressade

The Commonwealth Fund genomförde 2015 en enkätundersökning riktad till primärvårdsläkare i flera länder. På en fråga om stress i arbetet uppgav 56 procent av de svenska primärvårdsläkarna att arbetet var väldigt eller extremt stressigt. Det var den näst högsta andelen bland de undersökta länderna och mer än dubbelt så hög andel som i flera andra länder. Förutom USA har Sverige lägst antal allmänläkare per invånare bland länderna i jämförelsen av självrapporterad stress vilket framgår i avsnittet *Redovisning av bakgrundsfaktorer*, även Storbritannien har en relativt låg andel allmänläkare per invånare.



53. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

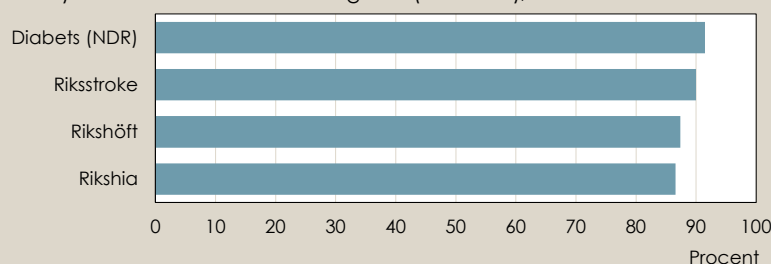
Täckningsgraden i sjukvårdens kvalitetsregister, såväl som i Socialstyrelsens hälsodataregister, är en viktig del av datakvaliteten. En låg täckningsgrad minskar användbarheten för exempelvis forskning och förbättringsarbete. Även för indikatorbaserade uppföljningar så som öppna jämförelser är det viktigt att täckningsgraden inte är för låg och framförallt inte ojämn mellan jämförelseobjekten avseende vilka patienter eller verksamhetsdelar som täcks in. Nyttan av en hög täckning i kvalitetsregistren betonades också starkt i den kvalitetsregistersatsning som staten och SKL ingick för perioden 2012–2016. För utgången av 2016 är målet i överenskommelsen att 80 procent av de nationella kvalitetsregistren ska ha en täckningsgrad på minst 80 procent och 40 procent en täckningsgrad på minst 95 procent [89].

Registerservice på Socialstyrelsen gör årligen flera täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. Flera olika typer av register jämförs på flera olika vis. Som indikator har här valts den genomsnittliga täckningsgraden i fyra kvalitetsregister i förhållande till de fall som de bör täcka i Socialstyrelsens hälsodataregister givet avgränsningen för

respektive analys. Utmaningen är olika när det gäller att nå en hög täckningsgrad i olika kvalitetsregister eftersom de har olika syften. Det är lättare att registrera och följa upp exempelvis en viss typ av operation än att täcka olika insatser på flera verksamhetsnivåer och vårdformer över lång tid för en stor patientgrupp med kronisk sjukdom. De kvalitetsregister som valts för indikatorn är mer av den senare typen. De kvalitetsregister som ingår är Rikshöft, Riks-Stroke, Nationella diabetesregistret och Rikshia från Swe-deheart.

53.1. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

Täckningsgradsmätningar för fyra kvalitetsregister som berör stora folksjukdomar: Riks-Hia (ischemisk hjärtsjukdom), Riksstroke (cerebrovaskulär sjukdom), Rikshöft (osteoporos och höftfraktur) och Nationella diabetesregistret (diabetes), 2015.

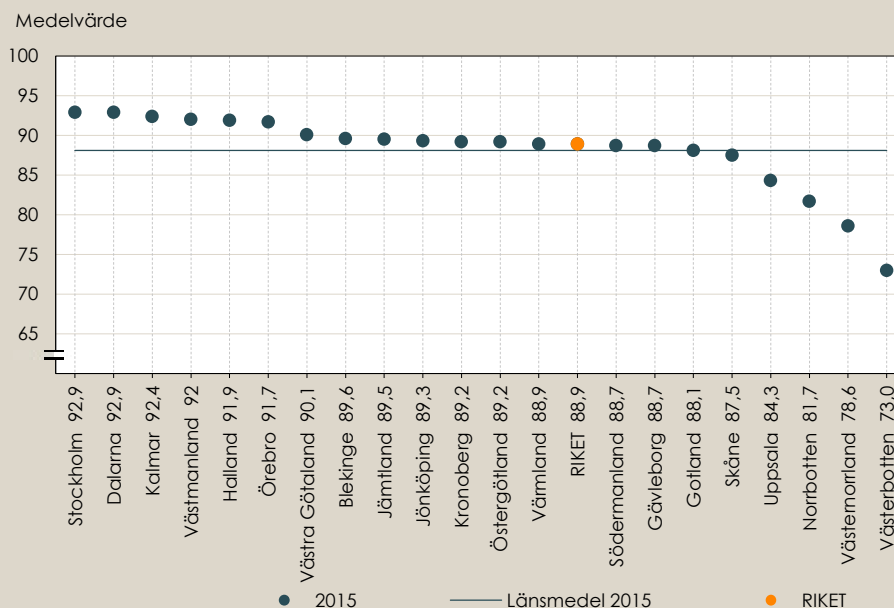


Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

Indikatorns visar att täckningsgraden låg på 88,9 procent för de fyra kvalitetsregistren 2015. Det är liten skillnad i täckningsgrad mellan kvinnor och män. Täckningsgraden för kvinnor var 88,0 procent och 89,1 procent för män. Det är spridning i indikatorns värde mellan länen. Den totala täckningsgraden varierar från 73,0 procent till 92,9 procent mellan länen.

##. Län. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

Medelvärde av täckningsgradsmätningar för fyra kvalitetsregister som berör stora folksjukdomar: Riks-Hia (ischemisk hjärtsjukdom), Riksstroke (cerebrovaskulär sjukdom), Rikshöft (osteoporos och höftfraktur) och Nationella diabetesregistret (diabetes), 2015.



Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

Att förbättra datakvaliteten i de register som är viktiga för att beskriva och utveckla vården är ett delat ansvar mellan organisationen som har hand om registret och de som rapporterar till registren. Både landsting och kommuner kan ställa krav på rapportering för den egna verksamheten men även på privata utförare. Samtidigt är det viktigt att underlätta arbetet med att registrera och att uppgifterna tillför nytta för de verksamheter och patienter som lägger ned resurser på att rapportera till dem.

Om relaterade mått och data

Socialstyrelsen publicerar årligen ett antal täckningsgradsanalyser för de kvalitetsregister som skickar in material för samkörning mot hälsodataregister, här finns även information som rör hälsodataregistrens datakvalitet. Resultaten redovisas oftast på läns och kliniknivå. I de enskilda analyserna visar det sig att det även förekommer ett betydande antal vårdkontakter i kvalitetsregister som inte matchas i hälsodataregistren även fast så borde vara fallet. Detta indikerar bristande kvalitet i registreringen till hälsodataregistren eller till och med bristande rapportering. Det finns alltså anledning för landsting, sjukhus och privata utförare att eventuellt se över rapporteringen även till hälsodataregistren utifrån analyserna [90].

Kvalitetsregister som inte samkörs mot hälsodataregister publicerar vanligtvis information om täckningsgraden i sina årsrapporter.

Täckningsgrad är bara en aspekt av datakvaliteten, exempelvis har Socialstyrelsen tagit fram och presenterat resultat för indikatorer för kodningskvalitet i patientregistret [91].

54. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

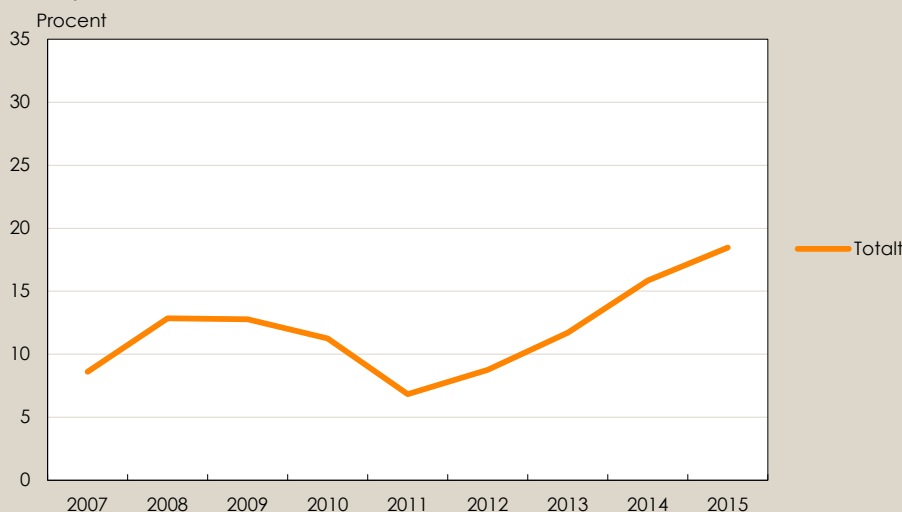
Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om vård och behandling i nationella riktlinjer och vårdprogram. Med dessa riktlinjer och vårdprogram som underlag kan vården i sin tur erbjuda patienterna bästa möjliga vård och behandling. Därför är det viktigt att landsting och sjukhus deltar aktivt i den kliniska forskningen.

Indikatorn som används här bygger på uppgifter från Svenska Kolorektalcancerregistret där andelen patienter som ingår i behandlingsstudier följs och publiceras regelbundet. Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer och som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie. Med behandlingsstudie avses såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd [50].

Diagram 54.1 visar att drygt 18 procent av de patienter som dels diagnostiserats för tjocktarms- eller ändtarmscancer 2015, dels fanns registrerade i kvalitetsregistret deltog i en behandlingsstudie. I riket har andelen ökat årligen sedan 2011 men det är ändå en bit kvar till Socialstyrelsens nationella målnivå om minst 33 procents deltagande i kliniska studier [92].

54.1. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie för ändtarms- eller tjocktarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Nationell målnivå

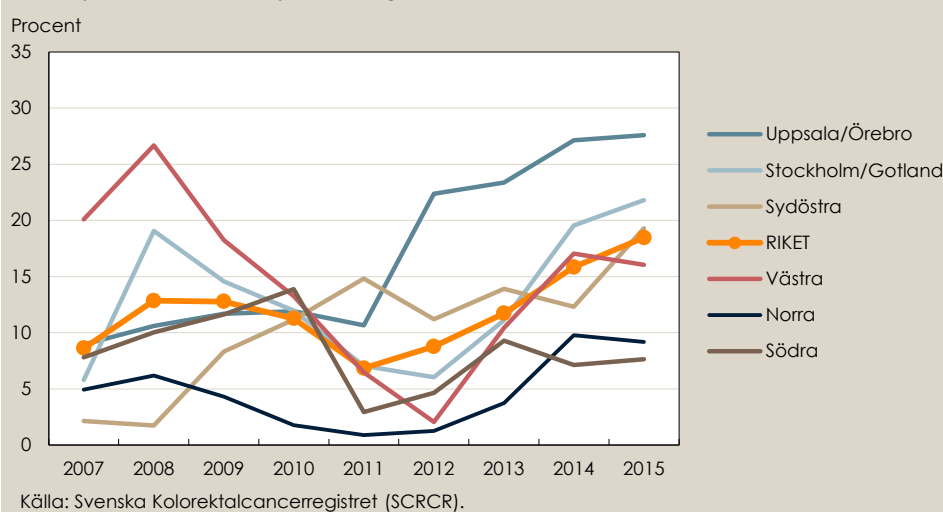
”Det är viktigt att sjukhus deltar i strukturerade behandlingsstudier, vilket på sikt ger förbättrad kunskap och en ökad kvalitet i cancervården. Socialstyrelsen har därför en målnivå på minst 33 procent.”

(Målnivåerna gäller för tjock- och ändtarmscancer var för sig.)

Utöver att deltagande i studier förbättrar det samlade kunskapsunderlaget antas deltagandet även vara gynnsamt för de enskilda klinikerna som ett sätt att följa utvecklingen inom aktuell forskning [92]. Indikatorn varierar mycket mellan sjukvårdsregionerna och över tid. För 2015 varierar andelen patienter som deltagit i strukturerad behandlingsstudie från knappt 8 procent till nästan 28 procent.

54.2. Sjukvårdsregioner. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmcancer

Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie för ändtarms- eller tjocktarmscancer, sjukvårdsregioner och riket.



Indikatorvärdena är beroende av antalet pågående studier och kriterierna för att någon ska inkluderas i en studie. En bedömning utifrån målnivån kan endast göras utifrån en längre tidsperiod. Indikatorn är mer stabil som kvalitetsindikator över en längre tidsperiod för att visa sjukvårdsregionernas, landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad för att delta i behandlingsstudier. Resultatet på riksnivå visar dock att fortsatt förbättring behövs inom området.

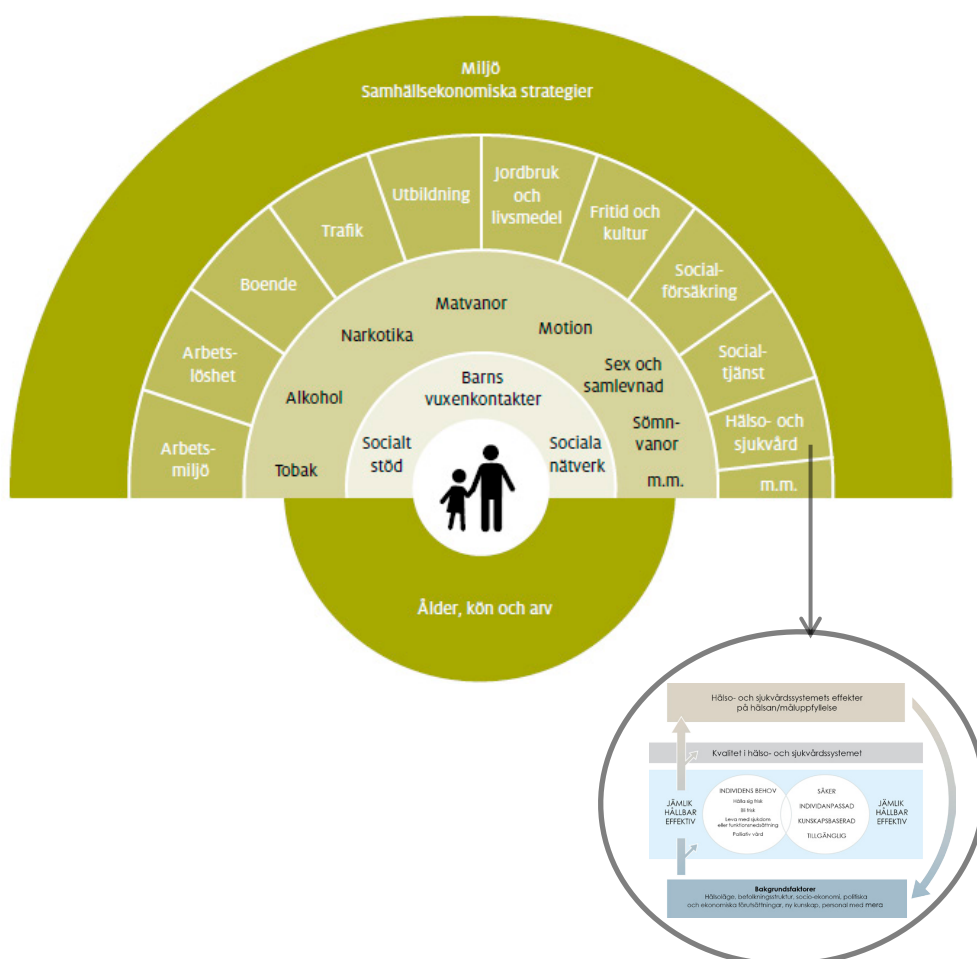
Om relaterade mått och data

Kolorektalcancerregistret visar indikatorerna uppdelat på ändtarms- respektive tjocktarmscancer var för sig och utöver sjukvårdsregioner redovisas även resultaten på kliniknivå [92].

Redovisning av bakgrundsfaktorer

Bakgrundsfaktorerna kan både påverka hälso- och sjukvårdssystemet i stort och systemen i enskilda landsting. Bakgrundsfaktorerna är oftast inte påverkbara inom systemet i samma grad som indikatorerna. Bakgrundsfaktorerna kan påverka resultatet och måluppfyllnaden. Men det är även så att hälso- och sjukvårdens resultat i viss mån påverkar bakgrundsfaktorerna så som befolkningens åldersstruktur eller tillgängliga resurser i form av skatteunderlag och ny kunskap. Här presenteras några bakgrundsfaktorer med exempel på mått. Sorteringen av diagram med värden för län och länder är här gjord för att öka läsbarheten och inte som en signal om önskvärt resultat för hälso- och sjukvården.

Figur 2. Hälans bestämmandefaktorer [93] inklusive hälso- och sjukvård

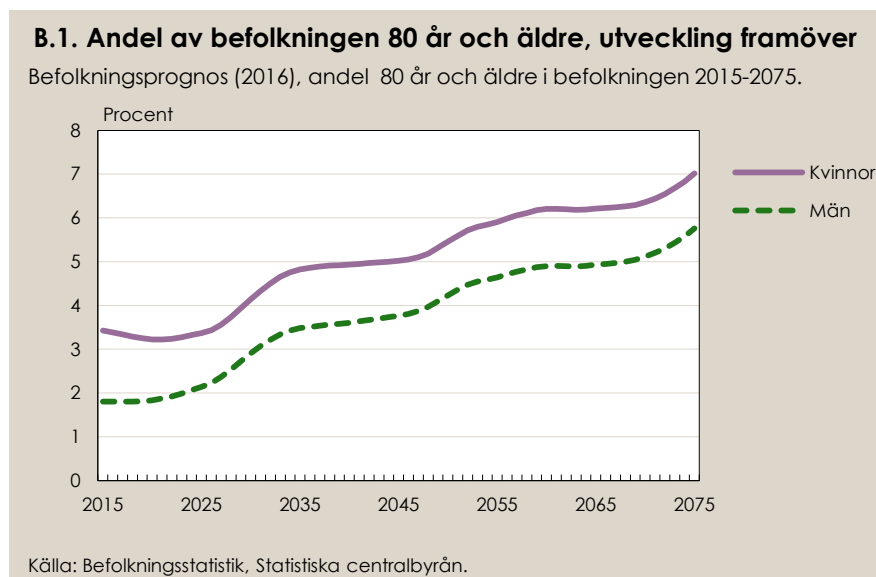


Befolkningsstruktur

De demografiska förutsättningar som har störst betydelse för hälso- och sjukvården är befolkningens åldersfördelning och socioekonomiska sammansättning. Dessa faktorer påverkar både omfattningen av hälso- och sjukvårdens uppdrag samt de resurser som kan användas inom uppdraget. Som exempel lyfts här andelen äldre i befolkningen samt befolkningens utbildningsnivå.

Andelen äldre i befolkningen

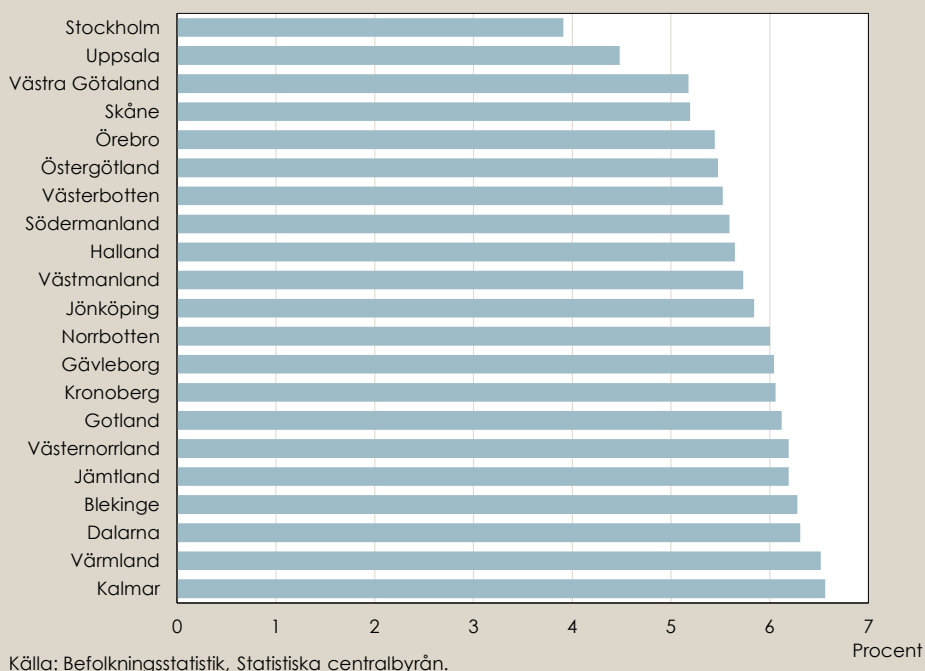
Andel äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet genom att denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov. Exempelvis har över hälften i åldersgruppen 65–74 år minst två kroniska sjukdomar, för personer över 85 år är den andelen drygt 80 procent [76]. Prognosen för andelen personer över 80 år i befolkningen framöver visar att det sker en stor ökning. Andelen antas börja öka i snabb takt kring 2025 och vara dubbelt så stor som idag kring 2050.



Andelen personer över 80 år i befolkningen varierar mellan länen, vilket kan påverka hälso- och sjukvården i respektive län både vad gäller behovet av vård samt resurserna som finns tillgängliga. En stor andel kan innebära ett större behov, vilket i sin tur medför behov av större resurser eller ett effektivare arbetssätt. Andelen personer över 80 år varierar mellan länen från 3,9 procent upp till 6,6 procent, vilket framgår av diagram B.2.

B.2. Län. Andel av befolkningen 80 år och äldre

Andel personer 80 år och äldre av den totala befolkningen, 2015.



I den del av utjämningssystemet som berör hälso- och sjukvården kompenseras landsting med en äldre befolkning. I denna del av utjämningssystemet ingår även kön, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst, boendetyper, lönestruktur samt glesbygd [94].

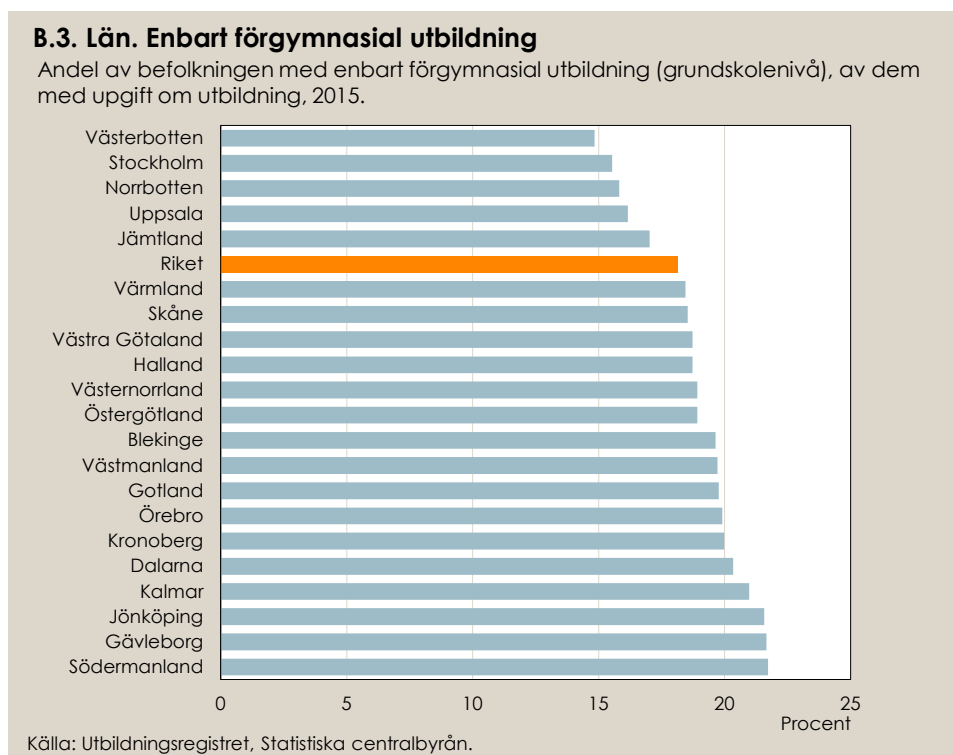
Utbildningsnivå i befolkningen

Utbildningsnivå samvarierar i väldigt hög grad med sjukdomsförekomst och hälsoläge i stort. En stor del av sambandet antas bero på att utbildningsnivån indikerar och är en del av människors socioekonomiska position i samhället. Den kan sin tur ha betydelse för många andra bestämningsfaktorer för hälsan, exempelvis levnadsvanor och sociala kontakter, men även för olika livsvillkor relaterade till bland annat arbetsliv och boende. För hälso- och sjukvården innebär detta att det kan behövas mer resurser och insatser för att kompensera för dessa förutsättningar. Skillnader i kunskap, ekonomiska och sociala förutsättningar kan även påverka efterfrågan på hälso- och sjukvård som inte är direkt kopplad till skillnader i vårdbehov [95, 96].

Det är en utmaning för hälso- och sjukvården att dels tillhandahålla en god vård med hög tillgänglighet till dem som behöver men nödvändigtvis inte begär den, dels inte lägga mer än tillräckliga resurser på dem med mindre behov trots att de kanske efterfrågar mer. Exempel visar bland annat att dyra och mer avancerade läkemedel, i vissa fall, i större utsträckning förskrivits till dem med högre utbildning [44, 97].

I en internationell kontext har Sveriges befolkning hög utbildningsnivå men det finns skillnader mellan länen. I län där en hög andel av befolkningen enbart har grundskoleutbildning behöver hälso- och sjukvårdssystemet verka för att utbildningsnivån inte ska påverka utfallet av systemets insatser. I

diagram B.3 redovisas andelen av befolkningen med högst grundskoleutbildning. Andelen varierar mellan länen från knappt 15 procent upp till nästan 22 procent.

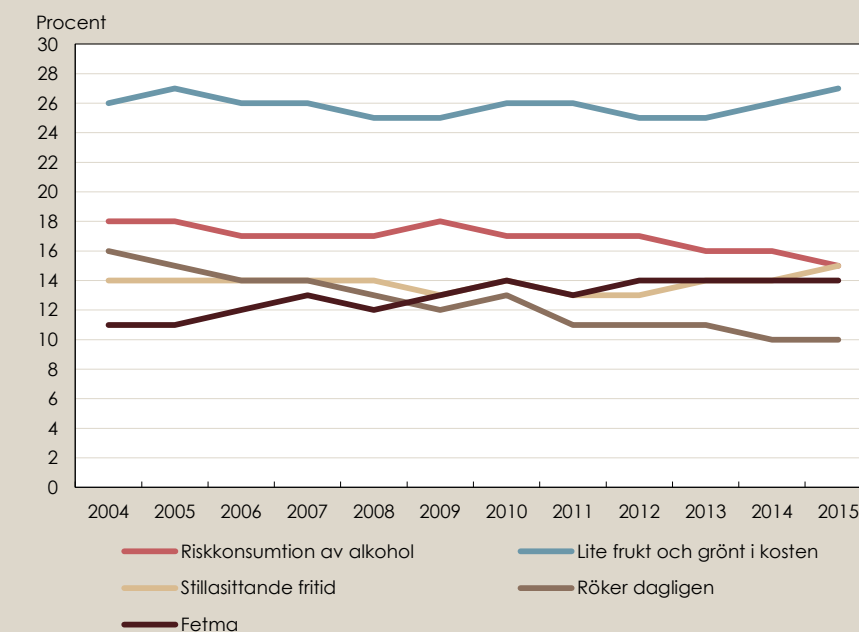


Levnadsvanor

Vissa levnadsvanor kan ha betydelse för hälsoläget. I den nationella folkhälsoenkäten ställs frågor om befolkningens levnadsvanor. I diagram B.4 redovisas resultaten för den andel av de svarande som under perioden 2004–2015 riskkonsumerade alkohol, åt lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), hade en stillasittande fritid, rökte dagligen eller hade ett body mass index (BMI) som klassas som fetma. Det är främst förekomsten av daglig rökning och fetma som har förändrats under perioden. Andelen som röker dagligen har minskat från 16 till 10 procent från 2012 till 2015. Medan andelen med fetma har ökat från 11 till 14 procentenheter mellan 2004 och 2012 för att sedan ligga kvar på den nivån fram till 2015.

B.4. Levnadsvanor samt fetma

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), har en stillasittande fritid, röker dagligen eller har ett BMI som klassas som fetma, 16–84 år.

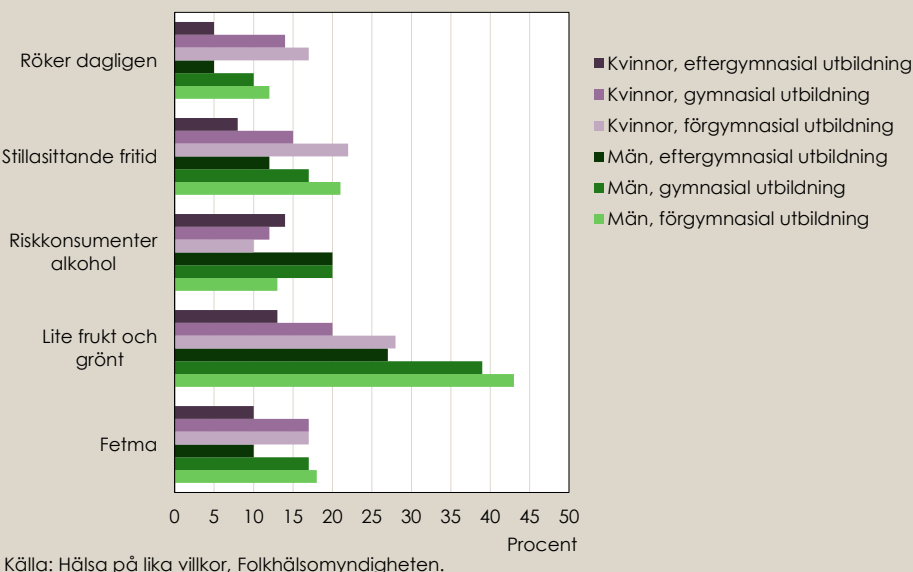


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Resultaten kan även redovisas uppdelat på kön och utbildningsnivå. Diagram B.5 visar att det i kategorierna med högre utbildningsnivå nästan genomgående förekommer en högre andel personer med mer hälsosamma levnadsvanor, bland dem som svarat på enkäten. Det resultat som bryter mot mönstret för utbildningsnivåerna är andelen personer som riskkonsumerar alkohol, där kategorin med enbart förgymnasial utbildning har den lägsta andelen riskkonsumenter för både män och kvinnor. Sammantaget är kvinnor oftare dagligrökare och män oftare riskkonsumenter av alkohol, kvinnor äter också oftare frukt och grönt än vad män gör.

B.5. Utbildning. Levnadsvanor samt fetma

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), har en stillasittande fritid, röker dagligen eller har ett BMI som klassas som fetma, 16–84 år, 2015.



I en internationell kontext är det en liten andel av Sveriges befolkning som röker dagligen. Sverige redovisar lägst andel dagligrökare av länderna inom OECD som redovisat värden för 2014 [98].

Tillgängliga resurser med internationella jämförelser

De resurser som finns tillgängliga för att tillhandahålla god vård är till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel och lokaler.

Utöver prioriteringar mellan olika verksamheter i samhället och inom vården bestäms resurserna av hur stora de samlade resurserna är. För ett sjukvårdssystem med hög grad av offentlig finansiering är skatteunderlagets storlek därför en viktig förutsättning.

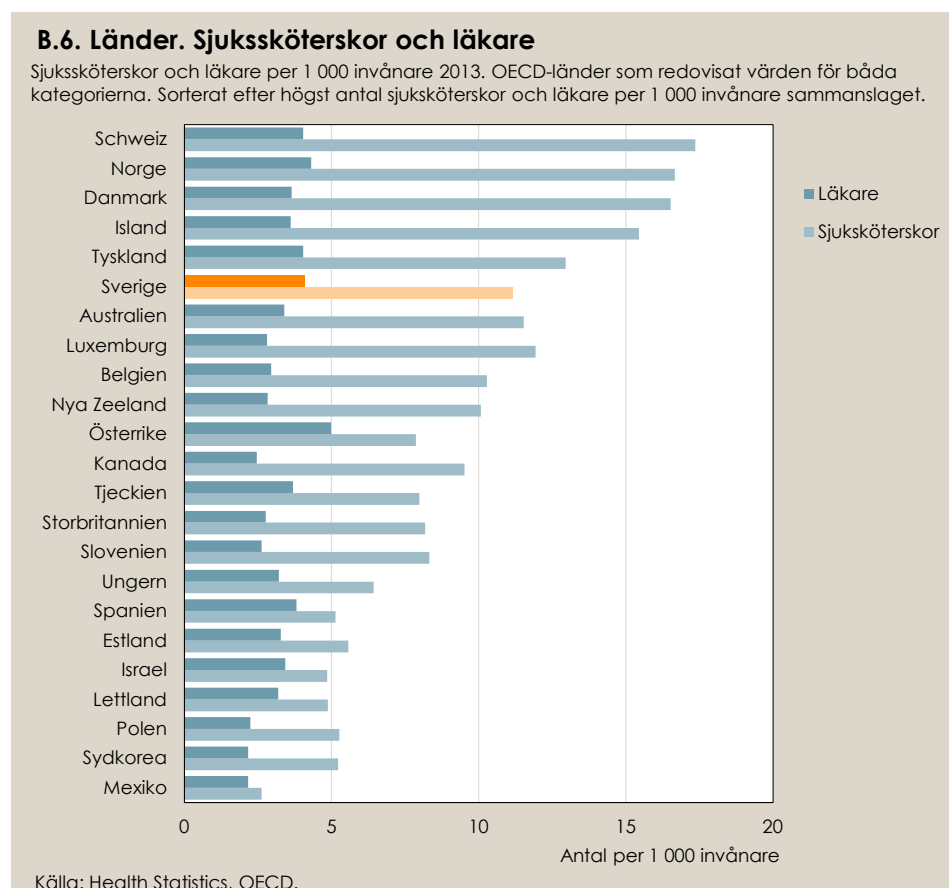
Mer om systemets finansiering berörs i avsnittet ”Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”. Här presenteras i stället andra exempel på resurser som är viktiga för systemet: utbildad personal, vårdplatser samt ny kunskap och teknik.

Utbildad personal

En viktig del för att beskriva tillgängliga resurser är hälso- och sjukvårdssystemets nuvarande och uppskattade framtida tillgång till personal. Enligt prognoser publicerade av Universitetskanslerämbetet (UKÄ) kommer det råda brist på flera yrkesgrupper som är betydelsefulla för hälso- och sjukvårdssystemet. I myndighetens planeringsunderlag för läsåret 2015/16 listar man att det i framtiden kommer att råda brist på tandläkare, specialistsjuk-

sköterskor, biomedicinska analytiker, tandhygienister, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och läkare [99].

Vid en internationell jämförelse ligger Sverige relativt högt gällande antal sjuksköterskor och läkare per invånare bland de OECD-länder som redovisat uppgifter för 2013, endast Norge och Österrike redovisar fler läkare per invånare.

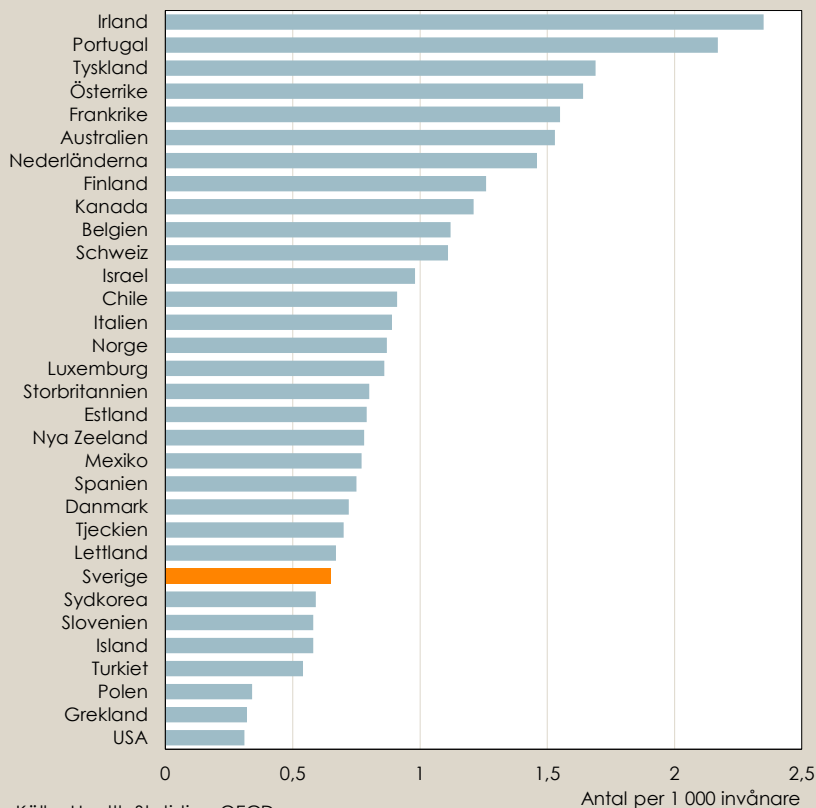


Sverige har dock en relativt låg andel allmänläkare per invånare jämfört med andra OECD-länder (diagram B.7), vilket också innebär att andelen allmänläkare av samtliga läkare är låg i Sverige jämfört med andra länder.

För läkarna finns även uppgifter om psykiatriker särredovisade och i Sverige fanns 0,23 psykiatriker per 1 000 invånare 2013 vilket relativt sett är ett högt värde. Endast två länder hade fler psykiatriker per 100 invånare, Finland med 0,24 och Schweiz med hela 0,49.

B.7. Länder. Allmänläkare

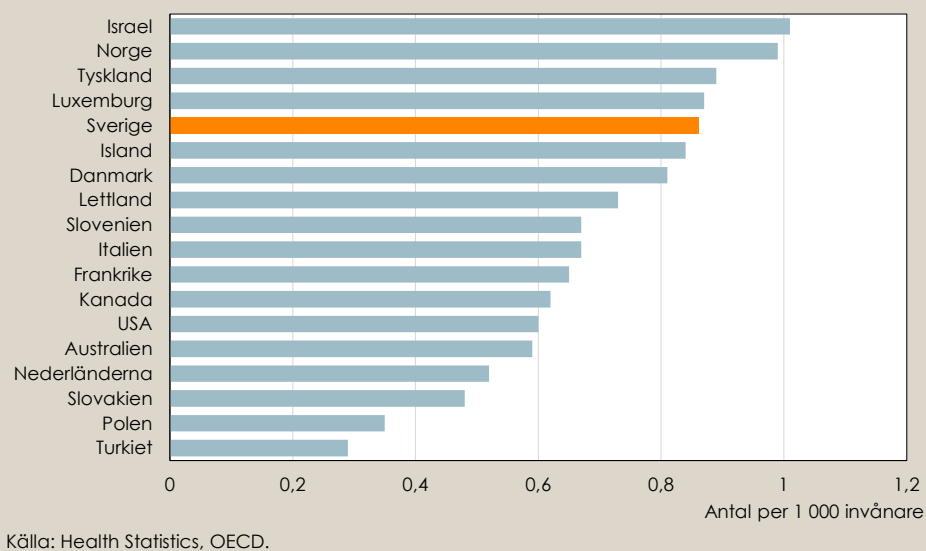
Allmänläkare per 1 000 invånare 2013. OECD-länder som redovisat värden.



När det gäller tandläkare har Sverige ett relativt högt antal per invånare bland de OECD-länder som redovisar data. Värdet för Sverige låg på 0,86 tandläkare per 1 000 invånare 2013. Högst värde, 1,01 per 1 000 invånare hade Israel.

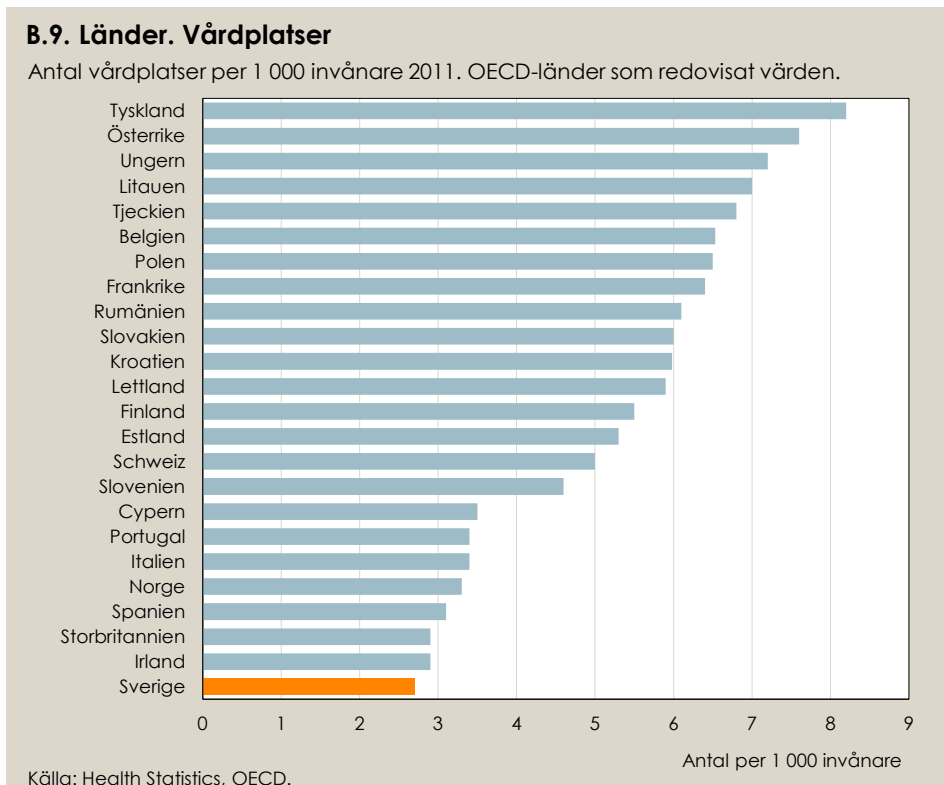
B.8. Länder. Tandläkare

Antal tandläkare per 1 000 invånare 2013. OECD-länder som redovisat värden.



Vårdplatser i slutenvård

Internationellt sett brukar antalet vårdplatser per 1 000 invånare jämföras. Dock finns vissa svårigheter i jämförelserna eftersom länderna kan definiera vårdplatser på olika sätt. I siffrorna för Sverige ingår inte platser på särskilt boende, vilket de gör för vissa länder. I diagram B.9 redovisar Sverige det lägsta antalet slutenvårdsplatser per 1 000 invånare av de OECD-länder med värden för 2011.



Ny kunskap och ny teknik

Med ny kunskap och ny teknik avses här kunskap och teknik som inte redan finns inom (hela) systemet och där det är möjligt att uppnå förbättringar genom att implementera den. Att på ett effektivt sätt identifiera och nyttja värdefull kunskap och teknik så att det leder till förbättringar är en stor utmaning för flera system. Ny teknik och ny kunskap innebär en möjlighet till ökad effektivitet, vilket i sin tur innebär att de tillgängliga resurserna i högre grad bidrar till högre måluppfyllelse. Detta behöver dock inte innebära att det behövs mindre resurser; nya möjligheter leder ofta till höjda ambitioner och högre förväntningar på resultat och tillgodosedda behov.

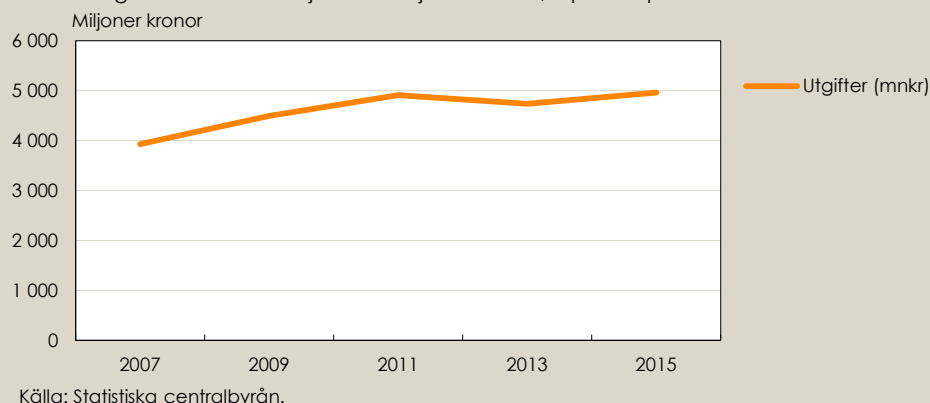
Forskning och utveckling (FoU) vad gäller förbättringar inom hälso- och sjukvård berör både ny kunskap, ny teknik och implementering. De offentliga verksamheternas årliga utgifter för FoU avseende förbättringar av hälso- och sjukvården har ökat med drygt 1 miljard kronor (i löpande priser) sedan 2007. För 2015 var utgifterna nästan 5 miljarder kronor, vilket framgår av diagram B.10. Merparten av utgifterna står landstingen för, men även kommuner, staten och olika FoU-enheter bidrar till forskning och utveckling.

och framgångsrik FoU kan vara en del av lösningen på hälso- och sjukvårdens utmaningar framöver.

Informationen om utgifterna är insamlad genom en enkät som Statistiska centralbyrån (SCB) genomför regelbundet och mer informationen finns att hämta i SCB:s statistikdatabas under ämnet *Forskning och utveckling*.

B.10. Förbättringar av hälso- och sjukvård, kostnader för FoU

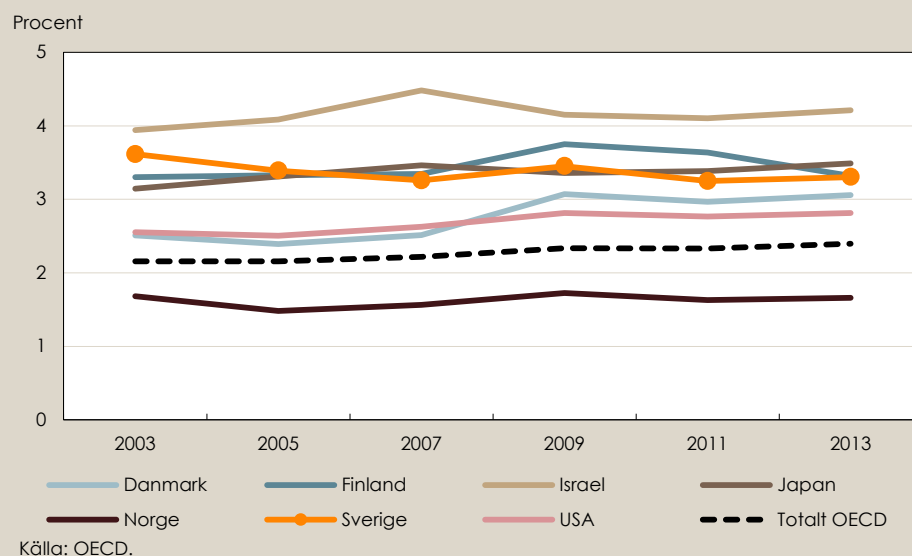
Totala utgifter för offentliga verksamheter gällande FoU-verksamhet inom området förbättringar av hälso- och sjukvård. Miljoner kronor, löpande priser.



År 2013 satsade Sverige totalt sett 3,3 procent av bnp på forskning och utveckling (diagram B.11), vilket i en internationell kontext är en förhållandevis stor andel. I detta mått ingår all FoU-verksamhet, inte endast satsningar inom området förbättringar av hälso- och sjukvården. Dock utgör läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsrelaterade områden en betydande del av all FoU i Sverige. För universitet och högskolor var exempelvis *Medicin och hälsovetenskap* det forskningsområde som hade högst intäkter 2013 [100].

Dessutom kan förhoppningsvis FoU som inte direkt kopplas till hälso- och sjukvårdsområdet också bidra till bättre hälsa i befolkningen och nya möjligheter att öka effektiviteten i hälso- och sjukvården.

B.11. FoU-utgifternas andel av bnp



Diskussion

Rapporten är en del i en omfattande redovisning av indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet⁵. Socialstyrelsens syfte med rapporten är att indikatorerna tillsammans ska ge en översiktlig beskrivning av hälso- och sjukvårdens resultat, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. Urvalet av indikatorer och jämförelser bör gärna av alla intressenter uppfattas som starten på en dialog om hur en övergripande indikatorbaserad uppföljning fortsättningsvis ska se ut.

En förändring jämfört med tidigare öppna jämförelser av hälso- och sjukvården är redovisningen av internationella jämförelser. Det finns dock svårigheter med att de nationella indikatorerna och de internationella jämförelserna sällan är utformade på samma sätt, dessutom finns mätproblem som behöver utredas vidare. Socialstyrelsen kommer därför att fortsätta arbetet med att harmonisera indikatorerna och öka relevansen och informationen i de internationella jämförelserna som väljs ut i rapporteringen.

Med de indikatorer och internationella referenser som nu valts ut för de sex frågorna i rapporten kan vi i sammandrag se följande:

1. **"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?":** hälso- och sjukvårdens kostnader ökar kontinuerligt och Sverige satsar relativt mycket resurser jämfört med andra länder.
2. **"Blir vi friskare och lever längre?":** här blir det generella svaret positivt – noterbara undantag är självmord och kvinnors ökande dödlighet i KOL. Dessutom kvarstår ofta relativa skillnader mellan personer i olika utbildningsnivåer över tid. Detta trots att skillnaderna, mätt som exempelvis antalet döda, minskar i takt med de generella förbättringarna.
3. **"Hur är kvaliteten i den hälso- och sjukvård vi får?":** även här går resultaten på riksnivå i flera fall i rätt riktning över tid och är positiva i de internationella jämförelserna till exempel för canceröverlevnad och då speciellt bland män. För vissa indikatorer kan säkerligen utvecklingen dock gå ännu snabbare och en del visar även på något försämrade resultat, och för vissa indikatorer finns en påfallande stor skillnad mellan länen.
4. **"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?":** frågan är särskilt viktig att lyfta. Sekundärpreventiva arbetssätt används visserligen i större utsträckning men en stor potential kvarstår, vilket framgår av stora skillnader mellan län och utbildningsnivåer eller i förhållande till nationella målnivåer för flera indikatorer. Ett exempel på en sekundärpreventiv åtgärd är fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt där andelen ökat med drygt 10 procentenheter på fem år, men där andelen i länet med högst värde är mer än fyra gånger större än i länet med lägst värde. Att indikatorer som visar processer kan utvecklas fort i rätt riktning

⁵ I början av 2017 publicerar Socialstyrelsen bland annat rapporter med öppna jämförelser kring *säker vård* och *äldres vård och omsorg*. Ett flertal indikatorer från Socialstyrelsens hälsodataregister utöver de som redovisas i olika rapporter uppdateras också i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* med den nuvarande adressen: oppnajamforelser.socialstyrelsen.se

är indikatorn antikoagulantia till riskpatienter ett exempel på. För indikatorn fallskador bland äldre finns förbättringsmöjligheter. Värdet har försämrats något sedan 2009 och ligger för 2015 på mer än 10 fallskador per 100 invånare 65 år och äldre. Det är även stora skillnader mellan kvinnor och män, där kvinnor drabbas i högre utsträckning. Internationellt sett bidrar fallskador stort till sjukdomsburden i Sverige och enligt Socialstyrelsen kostnadsberäkningar uppgick kostnaden för fallskador 2014 till 7,4 miljarder hos landstingen och 3,7 miljarder för kommunerna.

5. **”Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?”**: här syns för flertalet indikatorer som avser tillgänglighet inte samma goda utveckling eller resultat i förhållande till andra länder. Även gällande kontinuitet och koordinering syns svagare resultat i förhållande till andra länder. Dock är de internationella referenserna svåra att koppla direkt till de nationella indikatorernas resultat och mer arbete kan behövas för att få en tydligare bild. En faktor i detta är låga svarsfrekvenser i patient- och befolkningsenkäter, inte minst i de internationella jämförelser som redovisas. En ny indikator som visar en anmärkningsvärd bild är tandvårdsundersökning de senaste två åren. Resultaten har inte förbättrats och endast 63 av 100 invånare har varit på en undersökning de senaste två åren. Det finns tydliga skillnader mellan kön, utbildningsnivåer såväl som län. En internationell undersökning visar också att en av fem av de svarande i Sverige avstod tandvård eftersom kostnaden var för stor.
6. **”Hur bidrar hälso- och sjukvården till hållbar god vård?”**: här finns indikatorer som berör ett antal olika påverkbara förutsättningar och hållbarhetsaspekter. Detta ska ses som ett utvecklingsområde.

Utöver de resultat som indikatorerna visar ger redovisningen av bakgrundsfaktorer en bild av skillnader i förutsättningar och utmaningar mellan länen för bland annat tillgängliga resurser och befolkningens ålderstruktur, men även förutsättningar för fortsatt förbättring och utveckling.

I förhållande till de utmaningar och möjligheter som ges av förändrade förutsättningar finns skäl att i högre utsträckning koppla samman utfallen inom olika områden och för enskilda indikatorer för att bättre se hur de olika delarna hänger samman i förhållande till bakgrunds- och omgivningsfaktorer. En del i detta är att stärka arbetet kring uppföljning och analys av hälso- och sjukvårdens effektivitet, även i relation och samspel med andra samhällsdelar.

Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer. Socialstyrelsen; 2014.
2. Anne-Margreet van Dishoeck, Hester F Lingsma, Johan P Mackenbach, Steyerberg, EW. Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. BMJ Quality & Safety Online: BMJ; 2011.
3. Anne-Margreet van Dishoeck, C W N Looman, E C M van der Wilden-van Lier, J P Mackenbach, Steyerberg, EW. Displaying random variation in comparing hospital performance. BMJ Quality & Safety Online: BMJ; 2011. s. 651–7.
4. Shewhart, WA. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: Van Nostrand; 1931.
5. So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Luxembourg: European Comisson; 2016.
6. Hälsoräkenskaper. Statistiska Centralbyrån. 2016. Hämtad 2016 10-12 från: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/#c_undefined
7. Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015. Statistiska centralbyrån; 2015.
8. Rosen, M. Sjukvårdens bidrag till folkhälsan: Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. Läkartidningen. 1997.
9. Bunker, JP. Medicine matters after all. Journal of the Royal College of Physicians of London. 1995; 29(2):105-12.
10. John P Bunker, HSF, Frederick Mosteller. Improving health: measuring effects of medical care. The Milbank Quarterly. 1994; 72(2):225-58.
11. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
12. The OECD Mental Health and Work Project. OECD; 2013.
13. Folkhälsan i Sverige 2016. Folhalsomyndigheten; 2016.
14. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
15. Health Status. OECD. 2016. Hämtad 2016-09-05 från: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
16. Meijer, E, Kapteyn, A, Andreyeva, T. Internationally comparable health indices. Health economics. 2011; 20(5):600-19.
17. Schnohr, CW, Gobina, I, Santos, T, Mazur, J, Alikasifuglu, M, Valimaa, R, et al. Semantics bias in cross-national comparative analyses: is it good or bad to have "fair" health? Health and quality of life outcomes. 2016; 14:70.
18. Hardy, MA, Acciai, F, Reyes, AM. How health conditions translate into self-ratings: a comparative study of older adults across Europe. Journal of health and social behavior. 2014; 55(3):320-41.
19. Jorges, H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. Health economics. 2007; 16(2):163-78.

20. Mackenbach, JP, Stirbu, I, Roskam, AJ, Schaap, MM, Menvielle, G, Leinsalu, M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008; 358(23):2468-81.
21. Borgonovi, F, Pokropek, A. Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0149716.
22. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013. Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.; 2013.
23. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
24. Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. 2016:
25. Klinge, B, Holmstrup, P. Parodontit och allmänsjukdomar. *Tandläkartidningen*. 2004; 2.
26. Stigendal, M, ., Östergren, P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013.
27. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2013 - Verksamhetstabeller. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
28. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2016. Hämtad 2016-10-28 från: <http://www.healthdata.org/sweden>
29. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård, stöd för ledning och styrning 2015.: Socialstyrelsen; 2015.
30. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stöd för styrning och ledning.: Socialstyrelsen; 2010.
31. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2006.
32. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. OECD; 2015.
33. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen 2011:
34. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Socialstyrelsen; 2014.
35. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2015.
36. Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför mycket viktigt. Socialstyrelsen. 2016. Hämtad 2016 10-28 från: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/forebyggatrycksar>
37. Gunningberg, LD, Nancy; Aydin, Caroline; Idvall, Ewa. Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA : benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012; 18(4):904-10.
38. Termbanken. Socialstyrelsen. 2016. Hämtad 2016-11-10 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=v%C3%A5rdrelaterad+infektion&fSubject=0.0.0>
39. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
40. Magill, SS, Edwards, JR, Bamberg, W, Beldavs, ZG, Dumyati, G, Kainer, MA, et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med*. 2014; 370(13):1198-208.

41. Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide - A systematic review of the literature. Geneva: World Health Organization; 2011.
42. Öppna jämförelser. Jämlik vård 2016. Kvinnors hälso- och sjukvård. Fördjupningsrapport. Socialstyrelsen; 2016.
43. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen; 2015.
44. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Vård vid rörelseorganens sjukdomar. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2014.
45. Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. 2015.
46. Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård jämförelser mellan landsting. Del 2. Indikationer om sjukdomar och behandlingar.: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
47. Socialstyrelsens jämförelseverktyg. Socialstyrelsen. 2016. Hämtad 2016 11-15 från: <http://oppnajokforelser.socialstyrelsen.se/Pages/default.aspx>
48. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD/EU; 2016.
49. Chung SC, Gedeberg R, Nicholas O, James S, Jeppsson A, Wolfe C, et al. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK. The Lancet. 2014; 383(9925):1305-212.
50. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård - jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting; 2014.
51. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016.: Socialstyrelsen; 2016.
52. Bipolär sjukdom. Socialstyrelsen. 2016 2016-07-21. Hämtad 2016 10-28 från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Bipolarsjukdom/Sidor/default.aspx>
53. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2013.
54. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2015. Svenska Palliativregistret; 2016.
55. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning.: Socialstyrelsen; 2013.
56. Öppna jämförelser. Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2015.
57. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015. Årsrapport. Folkhälsomyndigheten; 2016.
58. Målnivåer för diabetesvård. Socialstyrelsen; 2015.
59. Global Health Observatory data repository. WHO; 2016.
60. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård. Socialstyrelsen; 2014.
61. Nationella riktlinjer – Målnivåer. Hjärtsjukvård. Målnivåer för indikatorer. Socialstyrelsen; 2015.
62. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre – Fokus på antidepressiva läkemedel Socialstyrelsen; 2016.
63. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Socialstyrelsen; 2016.
64. E-brev från Kajsa Westling, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016.

65. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
66. Nationell utvärdering 2013. Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.: Socialstyrelsen; 2013.
67. Statistik över tandvårdsavtal. Folktandvården Sverige. 2016. Hämtad 2016 10-28 från:
http://www.folktandvarden.se/Global/Frisktandvard/antal_avtal/Antal_friskstandvardsavtal_per_lan-region_2015-12-31.pdf
68. Vårdprioritering. SOS Alarm. 2016. Hämtad från:
<https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Vardprioritering/>
69. Ambulance Quality Indicators: Systems Indicators dec 2015. National Health Service. 2016. Hämtad 2016 16/09/05 från:
<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/>
70. ADHD: Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013.
71. Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser. Skolinspektionen; 2015.
72. Varierande väntan på vård - Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
73. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2012.
74. Hur länge ska man behöva vänta? En uppföljning av rapporteringsskyldighet och särskild avgift i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
75. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Vård- och omsorgsanalys; 2012.
76. Stiernstedt, G. Effektiv vård. Stockholm; 2016.
77. Soukka, A. Sammanfattande rapport Vårdbarometern 2015: Institutet för kvalitetsindikatorer AB (Indikator); 2015.
78. Oscarsson, HE, Bergström, A. Svenska Trender 1986-2014: Göteborgs universitet; 2015.
79. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2015. Socialstyrelsen; 2016.
80. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2014.
81. Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA). Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2016 11-28 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/meticillinresistenta-gula-stafylokocker-mrsa/?t=com>
82. Antimicrobial consumption rates by country. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2016. Hämtad 2016-10-05 från: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial-consumption/esac-net-database/Pages/Antimicrobial-consumption-rates-by-country.aspx>

83. Adriaenssens, N, Coenen, S, Versporten, A, Muller, A, Vankerckhoven, V, Goossens, H, et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality appraisal of antibiotic use in Europe. *J Antimicrob Chemother.* 2011; 66 Suppl 6:vi71-7.
84. Blommaert, A, Marais, C, Hens, N, Coenen, S, Muller, A, Goossens, H, et al. Determinants of between-country differences in ambulatory antibiotic use and antibiotic resistance in Europe: a longitudinal observational study. *J Antimicrob Chemother.* 2014; 69(2):535-47.
85. Oxford, J, Goossens, H, Schedler, M, Sefton, A, Sessa, A, van der Velden, A. Factors influencing inappropriate antibiotic prescription in Europe. *Educ Prim Care.* 2013; 24(4):291-3.
86. Touboul-Lundgren, P, Jensen, S, Draï, J, Lindbaek, M. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us". *BMC Public Health.* 2015; 15:908.
87. Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljöverket. 2016. Hämtad från: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden>
88. Hälso- och sjukvård, förebyggande att skapa en bra arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket. 2016. Hämtad 2016 11-02 från: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/forebyggande---att-skapa-en-bra-arbetsmiljo>
89. Godkännande av en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Socialdepartementet; 2011 2011-09-29.
90. Täckningsgrader 2015. Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. Socialstyrelsen; 2015.
91. Kodningskvalitet i patientregistret. Ett nytt verktyg för att mäta kvalitet. Socialstyrelsen; 2013.
92. Koloncancer. Nationell kvalitetsrapport för år 2015 från Svenska Kolorektalcancerregistret. Svenska Kolorektalcancerregistret; 2016.
93. Dahlgren, G, Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Köpenhamn: WHO; 1992.
94. Kommunalekonomisk utjämning. En informationsskrift om utjämningssystemet för kommuner och landsting. 2008.
95. Wilkinsom, R, Marmot, M. Social determinants of health: the solid facts. 2 uppl: World Health Organization; 2008.
96. Lundborg, P, Vikström, J, Nilsson, M. Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av olika hälsoproblem? *Ekonomisk debatt.* 2011; 39(4).
97. Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen; 2012.
98. Non-Medical Determinants of Health: Tobacco consumption. 2016. Hämtad 2016 12-19 från: <http://stats.oecd.org/#>
99. Universitetskanslersämbetet. Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden – Ett planeringsunderlag inför läsåret 2015/16 2015:
100. Forskning och utveckling i Sverige 2013 – En översikt. Statistiska centralbyrån; 2015.