

Öppna jämförelser 2020

# Sex frågor om vården

Övergripande indikatorbaserad uppföljning  
av 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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2020-1-6544  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2020

# Förord

Föreliggande rapport fokuserar på att ge en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat. I rapporten presenteras 51 indikatorer utifrån Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Rapporten riktar sig främst till lednings- och styrningsfunktioner i hälso- och sjukvården.

Marianne Aggestam och Martin Lindblom har sammanställt rapporten. Martin Lindblom har varit projektledare och Maria State 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 rapporten.

Natalia Borg  
Avdelningschef  
Avdelningen för analys



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	9
Länsprofiler, data och metodbeskrivning .....	9
Sex frågor och ramverk för uppföljning .....	10
Bakgrundsfaktorer .....	13
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?" .....	22
1. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad) .....	23
"Är hälso- och sjukvården hållbar?" .....	27
2. Förekomst av antibiotikabehandling .....	27
3. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan .....	32
4. Sjukfrånvaro bland regionanställda .....	34
5. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar .....	36
6. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer .....	39
7. Förtroende för hälso- och sjukvården .....	40
8. Förtroende för att vård ges på lika villkor .....	42
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?" .....	44
9. Upplevd tillgång till hälso- och sjukvård .....	44
10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren .....	46
11. Primärvårdens telefontillgänglighet .....	50
12. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar .....	52
13. Tid till läkarbedömning vid akutbesök .....	54
14. Responstid för ambulans .....	56
15. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup .....	58
16. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård .....	60
17. Operation inom 90 dagar .....	62
18. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer .....	63
19. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter .....	65
20. Utskrivningsklara patienter på sjukhus .....	67
21. Väntetid till särskilt boende .....	69
22. Rutin för vårdplanering i samverkan – säbo .....	71
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?" .....	73
23. MPR-vaccination av barn .....	73
24. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll .....	75
25. Rökning vid diabetes .....	77
26. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt .....	79
27. Fallskador bland äldre .....	81

"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?" .....	83
28. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL .....	83
29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre .....	87
30. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol) .....	88
31. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes.....	91
32. Trycksår i slutenvård (kategori 2-4) .....	92
33. Vårdrelaterade infektioner .....	95
34. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng) .....	97
35. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor.....	98
36. Äldre med läkemedel som bör undvikas .....	102
37. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre.....	104
38. Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur.....	106
39. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke ....	108
40. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar) .....	111
41. Dödlighet efter hjärtinfarkt .....	114
42. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer .....	117
43. Dödlighet efter höftfraktur .....	121
44. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel .....	123
45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom .....	125
46. Återkommande slutenvård i livets slutskede .....	128
"Blir vi friskare och lever längre?" .....	130
47. Självs kattat allmänt hälsotillstånd .....	130
48. Egenrapporterad tandhälsa .....	134
49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD) .....	136
50. Själv mord i befolkningen .....	141
51. Återstående medellivslängd .....	144
Referenser .....	148
Bilaga 1. Metod och redovisning .....	157
Om jämförelserna, diagram och tolkning.....	157
Indikatorurval .....	160
Ändringar av indikatorer och urval.....	161

# Sammanfattning

Rapporten är en del i en redovisning av indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsens syfte med rapporten är att indikatorerna tillsammans ska ge en översiktlig beskrivning av hälso- och sjukvårdens resultat, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården.

Totalt sett visar 31 av de 51 indikatorerna i rapporten på bättre värden för den senaste mätperioden jämfört med den närmast föregående. En i princip lika stor andel av indikatorerna för respektive kön visar förbättrade värden.

I rapporten görs den indikatorbaserade uppföljningen efter sex viktiga frågeställningar ur ett invånarperspektiv, som berör kostnader, hållbarhet, tillgänglighet, prevention, kvalitet och hälsa:

- Avsnittet *"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"* visar att Sverige satsar relativt stora resurser på hälso- och sjukvården, i genomsnitt nära 50 000 kronor om året per invånare.
- I avsnittet *"Är hälso- och sjukvården hållbar?"* framgår att en lägre andel av de tillfrågade har förtroende för att sjukvården ges på lika villkor 2018 jämfört med 2017. Det sjunkande förtroendet för vård på lika villkor syns i samtliga regioner. Vidare är sjukskrivningarna i regionerna på en fortsatt hög nivå, även om en viss minskning kan ses mellan 2017 och 2018. Hälso- och sjukvårdens klimatavtryck är betydande. För att få med denna aspekt i uppföljningen har utsläpp av medicinska gaser som påverkar klimatet tagits in som en ny indikator.
- I avsnittet *"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"* visar flera indikatorer på försämringar. Exempelvis syns för i princip samtliga regioner en minskning av andelen som ansåg sig ha tillgång till den vård de behöver mellan 2017 och 2018. Andelen som fått utredning och behandling inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatri har också fortsatt att minska under 2018 och 2019. Problemet med överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat varje år från 2015 till 2018 och även om ökningen inte fortsatt under 2019 är nivån i stort sett lika hög som 2018.
- I avsnittet *"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"* visar en del förbättrade resultat men också att det finns mycket kvar att göra inom området. Täckningsgraden för screening för att förhindra livmoderhalscancer har ökat i snart sagt alla län mellan 2017 och 2018, vilket tyder på en pågående implementering av Socialstyrelsens rekommendationer kring ett nationellt screeningprogram.
- Avsnittet *"Hur är kvaliteten i den hälso- och sjukvård vi får?"* visar på fortsatt goda resultat för majoriteten av indikatorerna, som för diabetesvården och överlevnad efter cancer och hjärtinfarkt över tid och i förhållande till andra länder. Ett undantag som bör noteras är att andelen nyfödda med låg Apgar-poäng (bedömt hälsotillstånd) har fortsatt att öka.
- I avsnittet *"Blir vi friskare och lever längre?"* redovisas indikatorer som rör hälsoläget i stort där värden bara är en av många bidragande faktorer.

Hälsoläget förbättras generellt sett, men som annan folkhälsorapportering visar så förekommer stora och varaktiga skillnader mellan socioekonomiska grupper. Ett undantag från den generellt positiva utvecklingen är förekomsten av självmord där i princip inga förändringar kan ses under de 19 år som ingår i uppföljningen.

Merparten av indikatorerna redovisas uppdelat på kvinnor och män. Dessa indikatorer visar ofta på skillnader mellan könen. Detsamma gäller jämförelser mellan grupper med olika utbildningsnivå.



# Inledning

Syftet med denna rapport är att ge en översiktlig 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 fungera som underlag till förbättring av vården, till exempel genom att stödja övergripande arbete för att identifiera och prioritera områden där insatser är mer angelägna. 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 och lärande.

Rapporten är en del i en omfattande redovisning av indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet<sup>1</sup>. Fördelen med det stora antalet indikatorer som publiceras regelbundet 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 och webbapplikationer med olika fokus. Ledning och styrning samt praktiskt förbättringsarbete sker på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, vilket också gör att olika typer av underlag behövs.

## Länsprofiler, data och metodbeskrivning

Mer om processen kring indikatorurval, redovisning och metod i övrigt finns att läsa i *Bilaga 1. Metod och redovisning*. Som stöd till den som vill se resultat samlat för enskilda län/regioner<sup>2</sup> finns länsprofiler publicerade i *Bilaga 2. Indikatordata och länsprofiler*. Där finns även all indikatordata i en datalista för att underlätta vidare hantering. Datalistan innehåller bland annat fler mätperioder på länsnivå än vad som redovisas i huvudrapporten.

Detaljerade beskrivningar av indikatorerna finns i *Bilaga 3. Indikatorbeskrivningar*.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen publicerar bland annat rapporter med öppna jämförelser för olika teman. Ett flertal indikatorer från Socialstyrelsens hälsodataregister utöver de som redovisas i olika rapporter uppdateras också via Socialstyrelsens webbplats med den nuvarande adressen: [opnajokforelser.socialstyrelsen.se](http://opnajokforelser.socialstyrelsen.se)

<sup>2</sup> I texten skrivs "län" när redovisningen görs efter patienternas och befolkningens länsstillhörighet (konsumtion) och "region" när resultatet avser respektive regions produktion och organisation (ofta inklusive privat verksamhet inom regionens geografiska område). De sex kommunförbunden för sjukvårdshuvudmän kopplade till olika universitetssjukhus benämns "sjukvårdsregioner".

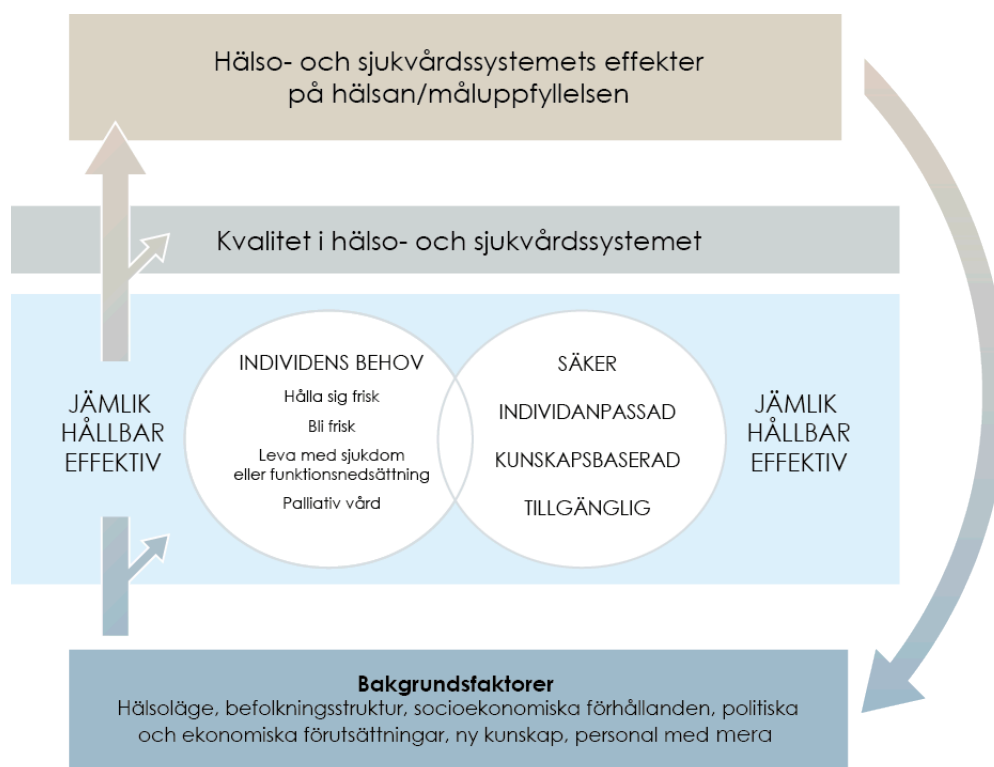
## Sex frågor och ramverk för uppföljning

Eftersom den primära målgruppen för rapporten är beslutsfattare med ansvar att tillhandahålla invånarna en god vård, så delas jämförelserna in i kapitel utifrån sex frågor ur ett invånarperspektiv:

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

Frågorna presenteras närmare i inledningen till respektive kapitel. De sex frågorna knyter också an till dimensioner i Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet.

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



## God vård

Ramverkets centrala delar illustrerar dimensioner i hälso- och sjukvårdssystemet som är viktiga att följa upp. Här ingår bland annat Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg:

- **Säker:** Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **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.
- **Jämlik:** 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.

## Individens behov

Delen i ramverket med individens behov signalerar att dimensionerna för god vård behöver följas upp för olika typer av insatser för olika typer av hälsotillstånd: förebyggande, botande, vårdande och för vård i livets slutskede.

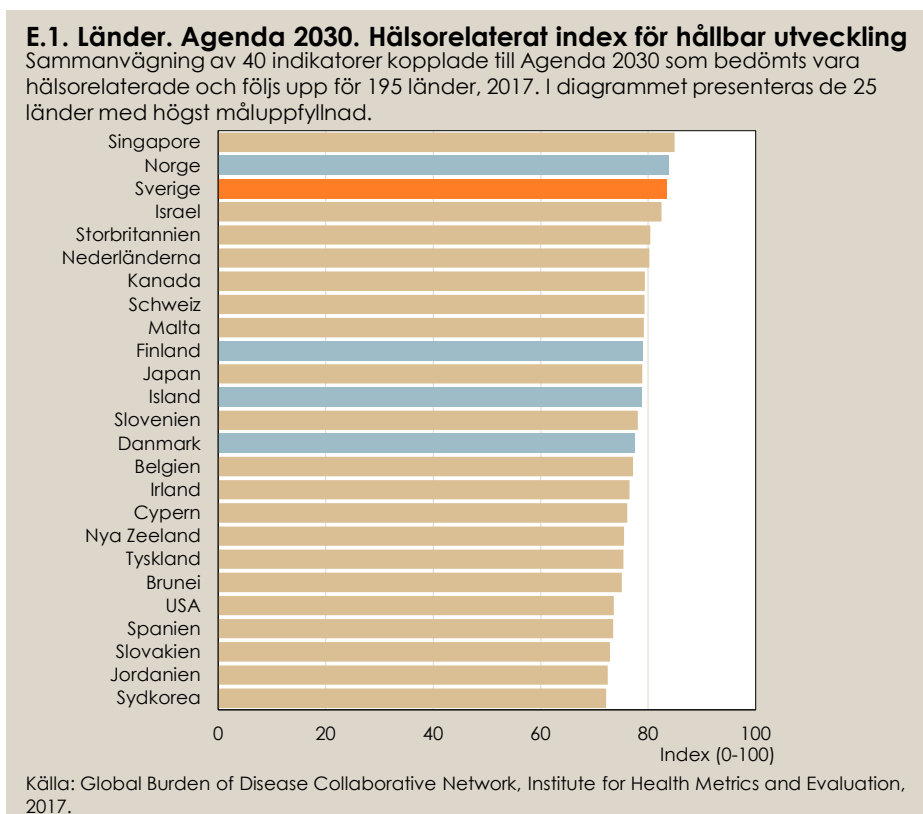
Även om föreliggande rapport har ett övergripande perspektiv och inte fokuserar på avgränsade grupper eller perspektiv bör ändå nämnas att hälso- och sjukvård riktad till barn och unga är en viktig faktor för resultaten på övergripande nivå speciellt i förebyggande syfte. I rapporten finns flera indikatorer som direkt rör barn och unga även om de inte grupperats så. Så som hälsotillstånd efter förlossning, MPR-vaccinationer och väntetider till barn- och ungdomspsykiatri.

## Hållbar hälso- och sjukvård och Agenda 2030

I ramverket ingår även att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart så att god vård kan fortsätta att ges i framtiden. I denna dimension ingår exempelvis aspekter som berör legitimitet, kompetensförsörjning, långsiktig finansiering samt utvecklings- och anpassningsförmåga. Det kan även avse inverkan på ekologiska system, speciellt i de fall när konsekvenserna i hög grad rör hälso- och sjukvården. Exempelvis utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier och hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan.

Genom Agenda 2030 har 17 globala hållbarhetsmål formulerats med 169 delmål, delmålen kopplas i sin tur till 232 globala indikatorer. Statistiska centralbyrån (SCB) har också utarbetat en lista med indikatorer för nationell uppföljning [1]. Hållbarhetsmålen kan påverkas genom flera politikområden men hälso- och sjukvården kan i flera fall spela en viktig roll, speciellt för delmål som rör hälsa. De flesta sådana delmål finns under det globala hållbarhetsmålet *Hälsa och välbefinnande* men även under andra hållbarhetsmål

ryms delmål och indikatorer som kan relateras till hälsosystem [2]. Under hållbarhetsmålet *Jämställdhet* ryms exempelvis delmål om reproduktiv hälsa, tillgång till offentlig service och jämställdhet mellan kvinnor och män. I ett omfattande internationellt arbete har 52 av de 232 globala indikatorerna identifierats som särskilt kopplade till hälsa och 41 av dessa jämförs mellan 195 länder. Även ett sammansatt index för 40 av dessa indikatorer har tagits fram och publicerats bland annat i tidskriften *The Lancet*. I diagram E.1 visas graden av måluppfyllelse för indexet för de 25 länder med högst grad av måluppfyllelse, där 100 står för full måluppfyllelse. Här framgår att Sverige ligger bra till relativt andra länder för detta index, dock är måluppfyllelsen för vissa av delmålen lägre än för andra även för Sveriges del, till exempel vad gäller självmord, alkohol, rökning och HIV. I denna rapport görs kopplingar av resultatet till Agenda 2030 hållbarhetsmål även för enskilda indikatorer.



## Om effektivitet på övergripande nivå

I ramverket ingår att hälso- och sjukvården ska vara effektiv. Effektivitet 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. För att göra detta på övergripande nivå behöver olika typer av resultat finnas tillgängliga och vägas ihop till ett samlat mått

på måluppfyllelse. I denna rapport redovisas en indikator som rör regionernas kostnader per invånare samt en internationell jämförelse av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården som andel av BNP. I efterföljande avsnitt redovisas en rad indikatorer som har betydelse för hur väl hälso- och sjukvårdssystemet når verksamhetens olika mål, men utan att göra anspråk på att dessa tillsammans skulle fånga den totala balanserade måluppfyllelsen för systemet på övergripande nivå [3].

Europeiska kommissionen presenterade 2015 en effektivitetsjämförelse av medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem, där grova resultatmätt används. Jämförelsen ställde ländernas respektive hälsoutfall avseende förväntad livslängd och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mot insatta resurser i form av hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare, fysiska resurser såsom personal och omvärldsfaktorer som exempelvis befolkningens utbildningsnivå. Enligt jämförelsen tillhör Sverige den grupp av sju länder vars hälso- och sjukvårdssystem har högst effektivitet i EU-kretsen. Jämförelsen visade dock att det såväl på EU-nivå som i enskilda länder finns omfattande möjligheter att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården [4].

## Bakgrundsfaktorer

I ramverket ingår även hälso- och sjukvårdens bakgrundsfaktorer. Bakgrundsfaktorerna påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och måluppfyllnad. 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, ny kunskap och inte minst hälsoläget i befolkningen. I avsnittet presenteras några bakgrundsfaktorer med exempel på mått. Majoriteten av dessa och flera andra finns tillgängliga via Socialstyrelsens, Folkhälsomyndighetens och SCB:s webbplatser. Många mått presenteras även på kommun- och länsnivå i databasen Kolada<sup>3</sup>.

## 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 och det så kallade *Care need index* (CNI)<sup>4</sup> och dess ingående komponenter, med speciellt fokus på utbildningsnivå eftersom det även är en indelning som används när resultat för indikatorerna redovisas senare i rapporten.

### Åldersstruktur

Åldersstrukturen utgör en grov indikation på vårdbehovet, men också på förmågan att finansiera samhällets verksamheter såsom hälso- och sjukvård. Andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet genom att denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov. Exempelvis har

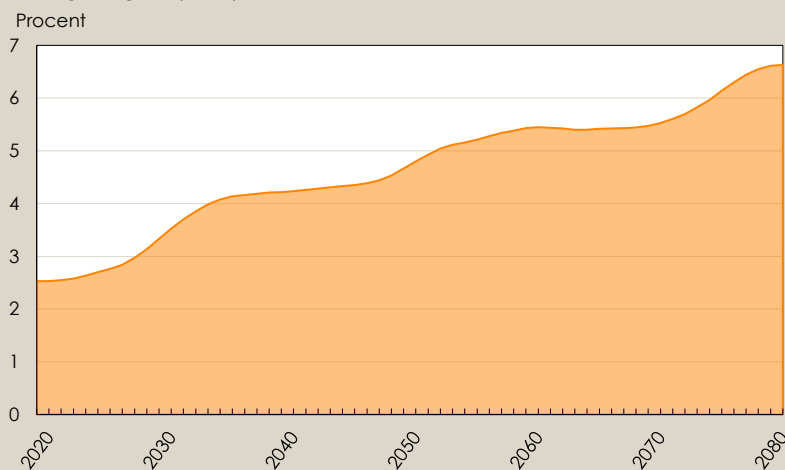
<sup>3</sup> Kommun- och landstingsdatabasen Kolada drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

<sup>4</sup> CNI är ett mått som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa.

över hälften i åldersgruppen 65–74 år minst två kroniska sjukdomar, för personer över 85 år är den andelen drygt 80 procent [5]. Speciellt är det andelen allra äldsta personer som förväntas öka framöver. Prognosen för andelen personer 85 år eller äldre i befolkningen visar att andelen antas börja öka i snabb takt strax innan 2030 och 2050 beräknas andelen vara kring dubbelt så stor som idag.

### B.1. Andel personer 85 år eller äldre, utveckling framöver

Befolkningsprognos (2019), andel 85 år och äldre 2019 till 2080.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Andelen äldre i befolkningen varierar stort mellan länen, vilket kan påverka hälso- och sjukvården i respektive län både vad gäller behovet av vård samt skatteunderlaget. Dock ska regionerna kompenseras för detta i den del av utjämningsystemet som berör hälso- och sjukvården. I denna del av utjämningsystemet ingår även kön, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst, boendetyper, lönestruktur samt glesbygd [6].

### Care need index

En sammanvägning av olika demografiska förutsättningar som påverkar behovet av hälso- och sjukvård görs i indexet CNI. Måttet är framtaget för att främst skatta behovet av primärvård i ett område och har också använts i svenska ersättningssystem för primärvården. Indexet har dock visat sig samvariera även med exempelvis inskrivningar i psykiatrisk slutenvård. CNI tar hänsyn till sju olika faktorer som täcker riskfaktorer för ohälsa, korrelerar med primärvårdens arbetsbelastning och går att få fram ur tillgänglig nationell statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) [7-13]. Faktorerna som ingår visar andelen av invånarna som är:

- 65+ och ensamboende,
- arbetslösa eller i åtgärd, 16–64 år
- ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre,
- 0–4 år,
- födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika,
- 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt i länet,
- 25-64 år, med högst förgymnasial utbildning.

I tabell 1 visas CNI och dess delar, länen sorterats från lågt till högt värde för CNI som står i kolumnen längst till höger. Röd färg markerar högre värden och därmed större förväntat behov. Indexets delar samvarierar med indexet som helhet med undantag för ensamboende äldre. De komponenter som samvarierade mest med indexet är utlandsfödda från ett urval länder följt av ensamstående föräldrar samt andel med låg utbildning.

**Tabell 1. Care need index (CNI) 2018**

CNI redovisas som ett index där riket har värdet 1. Delarna i CNI-indexet redovisas som andel i befolkningen. Röd färg markerar högre värden och blå lägre värden.

Län	<5år	Utlandsfödda (urval länder)	Ensamboende 65 år och äldre	Ensam förälder med barn	Nyinflyttad	Arbetslös	Lågutbildad	CNI
Halland	5,7	6,1	8,5	2,3	8,0	7,1	10,9	<b>0,87</b>
Norrbottnen	5,0	5,2	10,5	2,6	5,6	8,6	8,9	<b>0,88</b>
Västerbotten	5,6	6,5	8,9	2,3	7,6	7,6	8,1	<b>0,88</b>
Gotland	4,8	3,8	11,1	2,7	8,2	7,7	12,0	<b>0,91</b>
Jönköping	6,1	9,6	8,1	2,2	6,8	7,0	13,6	<b>0,96</b>
Jämtland	5,6	5,9	11,0	2,8	7,2	8,7	10,0	<b>0,96</b>
Dalarna	5,6	7,7	10,6	3,0	5,4	8,1	12,9	<b>0,97</b>
Värmland	5,4	6,5	10,7	2,8	6,7	9,0	11,0	<b>0,97</b>
Uppsala	6,0	10,2	7,8	2,6	9,8	6,4	10,1	<b>0,99</b>
Västernorrland	5,3	7,0	10,6	2,9	6,6	9,8	11,1	<b>0,99</b>
Kalmar	5,4	7,8	10,6	2,4	7,6	8,3	13,1	<b>1,00</b>
Länsmedel	<b>5,7</b>	<b>8,6</b>	<b>9,5</b>	<b>2,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,4</b>	<b>11,7</b>	<b>1,00</b>
Blekinge	5,4	8,3	9,9	2,5	6,6	9,9	11,4	<b>1,01</b>
Västra Götaland	5,9	10,1	8,4	2,7	8,3	7,3	11,6	<b>1,01</b>
Kronoberg	6,0	10,3	8,7	2,4	8,0	8,2	12,3	<b>1,03</b>
Östergötland	5,8	9,7	8,5	2,6	8,9	8,3	11,9	<b>1,03</b>
Stockholm	6,3	13,6	7,3	3,1	9,0	6,4	10,0	<b>1,07</b>
Örebro	5,8	9,9	9,3	2,9	8,6	9,2	12,7	<b>1,08</b>
Skåne	6,1	10,1	8,5	2,8	9,1	9,3	12,0	<b>1,08</b>
Gävleborg	5,4	9,2	10,8	3,2	7,1	10,8	13,7	<b>1,11</b>
Västmanland	5,8	11,9	9,4	3,0	8,1	9,3	12,9	<b>1,12</b>
Sörmland	6,0	12,1	9,5	3,2	7,8	10,1	14,5	<b>1,15</b>

Källa: Statistiska centralbyrån

### Utbildningsnivå

En del i CNI utgörs av andelen i befolkningen med lägre utbildning. Utbildningsgrupper utgör också en vanlig uppdelning när resultat för indikatorerna redovisas i den här rapporten. Utbildningsnivå samvarierar i 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 i 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 [14, 15].

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 [16, 17].

### Levnadsvanor

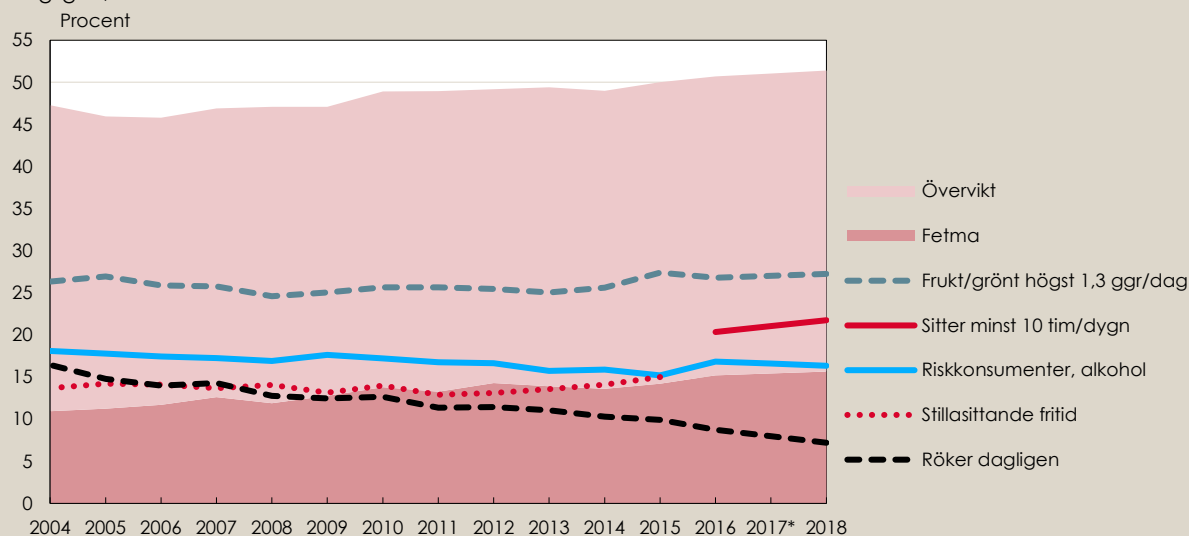
Levnadsvanor har betydelse för hälsoläget. Ett av målen under delmål 3 i Agenda 2030 är att stärka alla länders kapacitet att minska nationella och globala hälsorisker [2]. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* graderas levnadsvanor utifrån hur pass allvarliga sjukdomar som är förknippade med respektive levnadsvana. Den levnadsvana som graderas med högst svårighetsgrad är daglig rökning (stor till mycket stor) och därefter följer ohälsosamma matvanor (stor). Riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet har en måttligt stor svårighetsgrad och daglig snusning liten till måttlig svårighetsgrad [18].

I den nationella folkhälsoenkäten har frågor om levnadsvanor ställts årligen från 2004 till 2016 och sedan vart annat år med start 2018. I diagram B.2 redovisas de andelar av de svarande som under 2004–2018 riskkonsumerade alkohol, åt lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), sitter stilla minst 10 timmar per dygn (fram till 2015 istället stillasittande fritid), rökte dagligen eller hade ett body mass index (BMI) som klassas som fetma samt övervikt. Det är främst förekomsten av dagligrökning och fetma som har förändrats under perioden. Andelen som röker dagligen har minskat från 16 till 7 procent från 2004 till 2017. Medan andelen med fetma har ökat från 11 till nära 16 procent. Stillasittandet visar också en ökning mellan 2016 och 2018.



## B.2. Levnadsvanor, fetma och övervikt

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt, är stillasittande, röker dagligen, samt förekomst av fetma och övervikt. 16–84 år.



\* Uppgifter för 2017 saknas då undersökningen från 2016 sker vartannat år.

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Resultaten kan även redovisas uppdelat på kön och utbildningsnivå. Resultaten från 2018 års enkät visar att det bland dem som inte gått gymnasiet förekommer en högre andel som röker dagligen och som äter lite frukt och grönt. Bland dem som med högsta utbildning gått gymnasiet är andelen riskkonsumerar av alkohol högst, medan stillasittandet är vanligast bland dem med eftergymnasial utbildning. Kvinnor är oftare dagligrökare och män oftare riskkonsumerar av alkohol. Männerna är också mer stillasittande och äter mindre frukt och grönt än vad kvinnor gör [19].

I en internationell kontext är det en liten andel av Sveriges befolkning som röker dagligen. För 2017 redovisar Sverige lägst andel dagligrökare inom OECD<sup>5</sup> [20]. Sverige har, trots ökning, en relativt sett lägre andel personer med fetma än EU-snittet. I jämförelse med andra EU länder har även svenskarna en lägre konsumtion av alkohol samtidigt som de oftare än EU-snittet dricker en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle [21, 22].

## Hälsoläget i befolkningen

Hälsoläget i befolkningen är en viktig förutsättning för hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt som hälso- och sjukvården kan påverka hälsoläget på olika vis. Exempelvis kan förebyggande och tidiga insatser minska att sjukdomar och hälsoproblem uppkommer (incidens). Vårdande och botande insatser kan innebära att sjukdomsförekomsten (prevalens) påverkas genom att fler lever längre med sjukdom och funktionsnedsättning eller blir av med sina besvär. Socialstyrelsen publicerar årligen uppgifter om nyupptäckta cancerfall och förekomst av hjärtinfarkt och stroke. Sedan 1990-talet har incidensen i cancer ökat medan incidensen i stroke och hjärtinfarkt minskat. Incidensen kan påverkas av ärftliga faktorer, levnadsvanor och miljöfaktorer där

<sup>5</sup> Bland OECD-länder utan notering om avvikande redovisning.

även hälso- och sjukvården ingår som en del. De vanligaste orsakerna till förtida död i Sverige enligt *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) är ischemisk hjärtsjukdom, stroke, Alzheimers sjukdom, självmord samt olika former av cancer. De hälsoproblem som utöver dödsfall bidrog mest till sjukdomsördan var smärta i ländrygg, huvudvärk, depression, diabetes och fallskador.

Förtida dödlighet och andra problem från sjukdomar och hälsotillstånd kan kombineras i ett samlat mått på sjukdomsörda, så kallade förlorade funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Lifeyears – DALY). I tabell 2 redovisas de 17 sjukdomar och andra orsaker som står för den största delen av sjukdomsördan i Sverige 2017. Tillsammans utgör dessa drygt 55 procent av den totala sjukdomsördan i Sverige enligt den beräkning som görs av IHME. Av tabellen framgår också den genomsnittliga årliga förändringen sedan 1990. Ischemisk hjärtsjukdom är fortsatt den orsak som bidrar mest till sjukdomsördan trots att den har minskat markant sedan 1990. Ökningar kan ses för exempelvis diabetes, demens, KOL och fallskador [23].

### Tabell 2. Sjukdomsörda – vanligaste orsakerna i Sverige

Beräkning av de 17 största bidragande orsakerna till förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY) i Sverige 2017 och genomsnittlig årlig procentuell förändring sedan 1990.

Orsak/diagnos	Andel av total sjukdomsörda (DALY)	Årlig % förändring sedan 1990
Ischemisk hjärtsjukdom	8,5	-3,2
Ländryggssmärta	6,1	-0,1
Stroke	4,2	-1,7
Huvudvärk	3,9	-0,1
Diabetes	3,7	0,8
Demenssjukdom	3,6	0,2
KOL	3,5	0,7
Fallskada	3,3	0,6
Depression	3,0	-0,2
Cancer i lungor & nedre luftvägar	2,7	0,0
Nacksmärta	2,1	0,5
Kolon-/ändtarmscancer	2,1	-0,3
Självmord och självsador	2,0	-1,8
Ångeststörningar	1,8	0,0
Hörselnedsättning	1,8	0,6
Bröstcancer	1,5	-0,8
Prostatacancer	1,4	0,0

Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation.

## Tillgängliga resurser

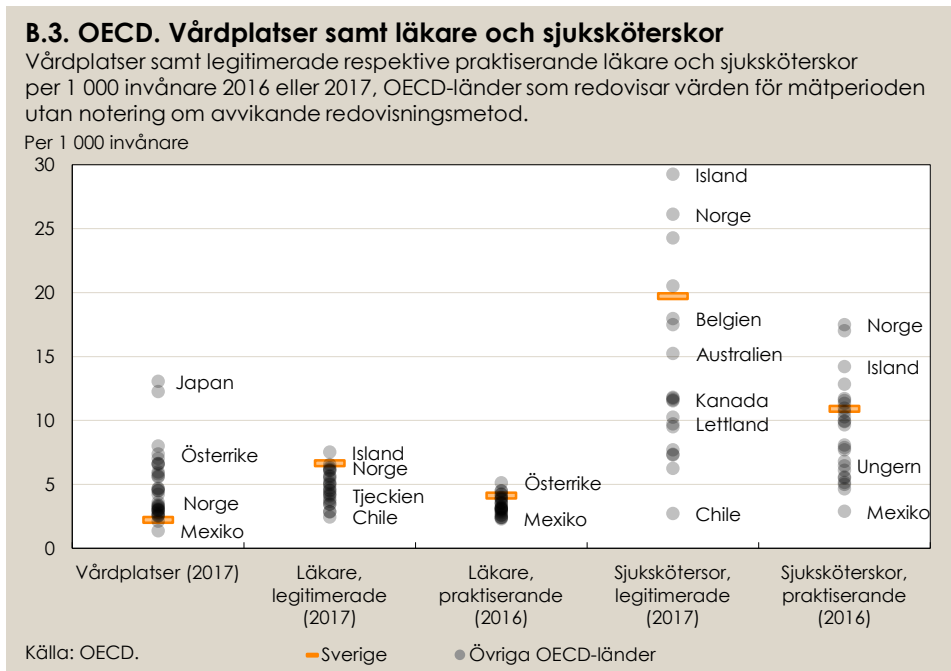
De resurser som finns tillgängliga för att tillhandahålla god vård är till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel och lokaler.

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 andra exempel på resurser som är viktiga för hälso- och sjukvården: utbildad personal, vårdplatser samt ny kunskap och teknik, delvis ur ett internationellt perspektiv.

### Vårdplatser och vårdpersonal

Internationellt sett brukar antalet vårdplatser per 1 000 invånare jämföras. I diagram B.3 redovisar Sverige bland de lägsta antalen slutenvårdsplatser per 1 000 invånare av OECD-länderna med värden för 2017. Dock finns vissa svårigheter i jämförelserna eftersom länderna definierar vårdplatser olika och hälso- och sjukvården är olika strukturerad. I siffrorna för Sverige ingår exempelvis inte platser på särskilt boende, medan platser som fyller liknande behov kan ingå för andra länder, exempelvis har Japan och Sydkorea många vårdplatser inom området ”Long-term care beds”. Även Finland redovisar mycket högre andel sådana platser än vad Sverige gör.

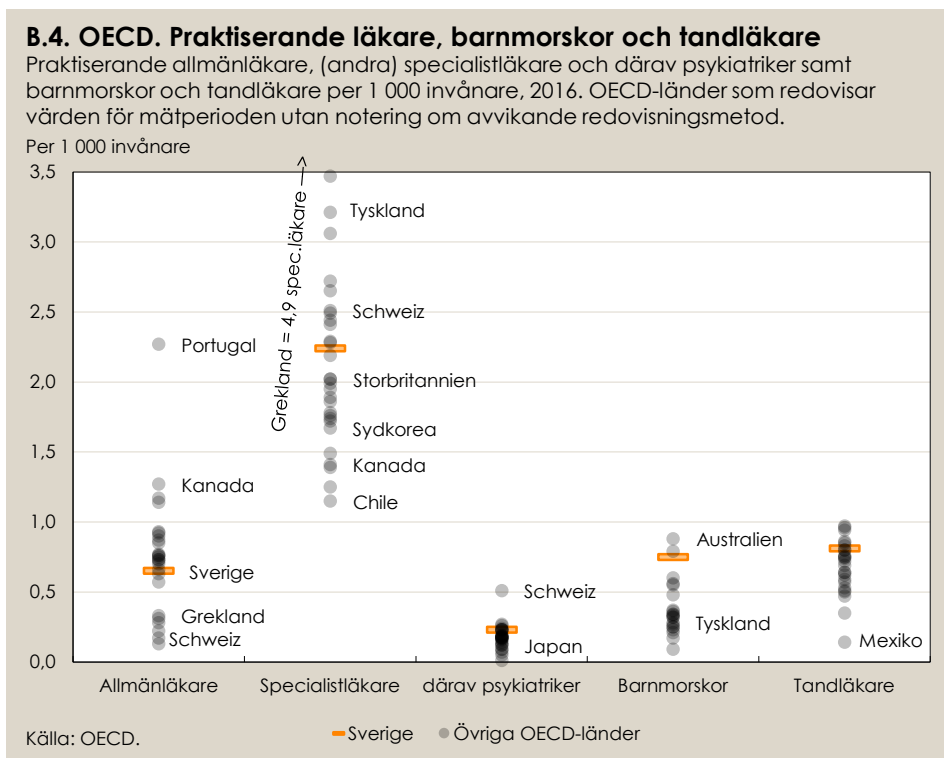


En viktig del för att beskriva tillgängliga resurser är hälso- och sjukvårdssystemets nuvarande och uppskattade framtida tillgång till personal. I en enkät från Socialstyrelsen 2018 uppger regionerna att det råder brist inom de flesta yrken i hälso- och sjukvården, och att bristen bedöms hålla i sig. De tre läkar-specialiteter som flest regioner bedömer brist inom är allmänmedicin, psykiatri och geriatrik [24]. I Arbetskraftsbarometern 2019 anger arbetsgivare en stor brist på specialistsjuksköterskor, speciellt inom psykiatrisk vård [25].

För både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor prognostiserar SCB att det finns en brist som kommer bestå fram till 2035. Även om utbudet ökar för flera typer av specialistsjuksköterskor bedöms efterfrågan och behoven öka i samma eller högre takt [26]. På fem års sikt bedömer Arbetsförmedlingen att området hälso- och sjukvård generellt kommer ha brist på arbetskraft och förväntas ligga på andra plats av samtliga yrkesområden där det råder brist på kompetent personal [27].

I statens långtidsutredning från december 2019 görs bedömningen att personaltätheten i kommunal verksamhet inte kommer kunna upprätthållas på dagens nivå fram till 2035, detta trots antaganden om höjd pensionsålder, högre sysselsättning bland utrikes födda och en ökad arbetskraftsinvandring. Utredningen pekar på att arbetskraftsbristen skapar ett tryck på nya arbetssätt och tekniska lösningar för att bibehålla service och kvalitet i välfärdstjänsterna. Detta antas i hög grad gälla för sjukvården eftersom regionerna redan idag upplever en högre brist på arbetskraft än primärkommunerna [28].

Vid en internationell jämförelse ligger Sverige relativt högt gällande antal praktiserande barnmorskor och läkare per invånare bland de OECD-länder som redovisat uppgifter för 2016. Sverige har dock ett relativt lågt antal allmänläkare per invånare jämfört med många andra OECD-länder vilket också innebär att andelen allmänläkare av samtliga läkare är låg i Sverige jämfört med många andra länder. När det gäller praktiserande sjuksköterskor ligger Sverige, strax över medlet av de rapporterade länderna men exempelvis Norge har betydligt fler praktiserande sjuksköterskor per invånare.



För läkarna finns även uppgifter om psykiatriker särredovisade och i Sverige fanns 0,23 psykiatriker per 1 000 invånare 2016, vilket relativt sett är ett högt

värde bland OECD-länderna om man undantar Schweiz som har i särklass högst förekomst av psykiatriker med 0,5 per 1 000 invånare.

När det gäller tandläkare har Sverige också ett relativt högt antal per invånare bland de OECD-länder som redovisar data.

## Ny kunskap och 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. I slutbetänkandet av utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* skriver utredaren exempelvis att ”Den digitala revolutionen behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård” [29].

Att på ett effektivt sätt identifiera och använda 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 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 inom området är därmed en viktig förutsättning avseende förbättringar av hälso- och sjukvården. Dessa utgifter har ökat med 947 miljoner kronor i fasta priser mellan 2007 och 2017. För 2017 var utgifterna nära 5 miljarder. Merparten av utgifterna står regionerna för, men även kommuner, staten och olika FoU-enheter bidrar till forskning och utveckling [19]. Informationen om utgifterna är insamlad genom en enkät som Statistiska centralbyrån (SCB) genomför vart annat år och mer informationen finns att hämta i SCB:s statistikdatabas under ämnet *Forskning och utveckling*.

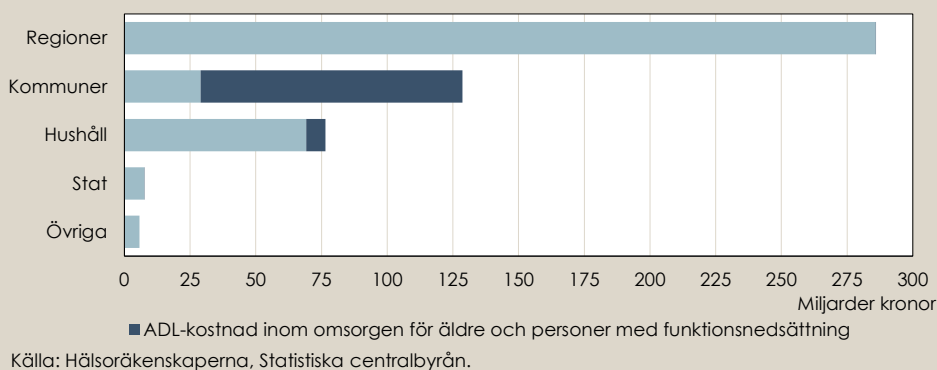
År 2015-2017 var andelen högciterade publikationer tydligt högre i Sverige än världs- och EU-medelvärdet inom klinisk medicin och biomedicin men under dessa medelvärden för området hälsovetenskap [30].

# ”Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvård uppgick 2017 till precis under 50 000 kronor per invånare<sup>6</sup>. Finansieringen av hälso- och sjukvården sker till största delen av regioner och kommuner, vilka också är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Regioner och kommuner finansieras i sin tur till övervägande del via inkomstskatt. En betydande del av hälso- och sjukvården finansieras också direkt av dem som konsumerar den, exempelvis genom avgifter vid besök i tandvården och köp av läkemedel [31].

## E.2. Totala hälso- och sjukvårdsutgiften i Sverige

Totala hälso- och sjukvårdsutgifter utifrån finansier, miljarder kronor, 2017 baserat på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



Traditionellt sett har tjänster som gäller personlig omvårdnad (ADL)<sup>7</sup> inom omsorgen om äldre och om personer med funktionsnedsättning i Sverige räknats till omsorgen, inte till hälso- och sjukvården. Hälsoräkenskaperna har anpassats till en förändrad internationell standard för redovisningen, och numera räknas även denna verksamhet till hälso- och sjukvården, även om verksamheten inte regleras av hälso- och sjukvårdslagen<sup>8</sup> [32]. Denna verksamhet är stor i Sverige och den förändrade 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. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP låg 2017 på 11,0 procent med ADL-komponenten inkluderad. Utan ADL-komponenten utgör resterande hälso- och sjukvård 8,7 procent av BNP.

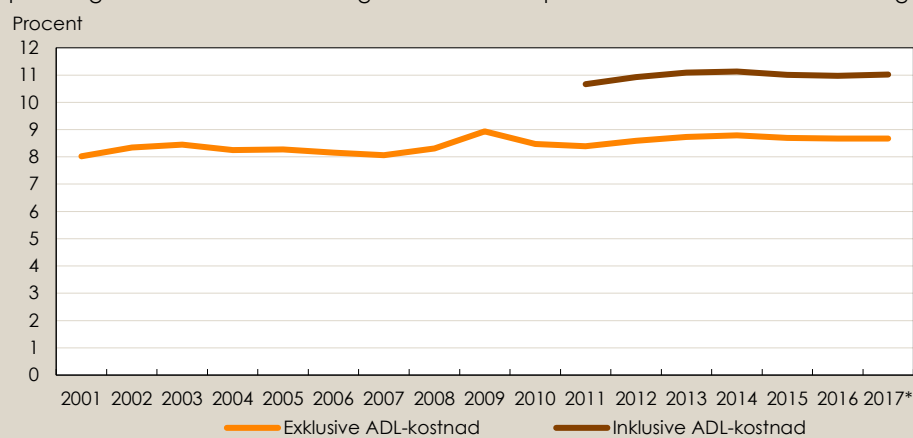
<sup>6</sup> 49 853 kr per invånare enligt SCB:s hälsoräkenskaper.

<sup>7</sup> I hälsoräkenskaperna 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).

<sup>8</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL.

### E.3. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP - med och utan ADL-kostnader som avser personlig omvårdnad inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning.



\* Baseras på preliminära beräkningar av nationalräkenskaperna.

Källa: Hälsoräkenskaperna, Statistiska centralbyrån.

Kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården är viktig för att systemet ska kunna finansieras långsiktigt och hållbart. Om kostnadsökningen är högre än den generella ekonomiska utvecklingen i samhället kan det komma att kräva antingen skattehöjningar, omprioriteringar eller minskade ambitionsnivåer.

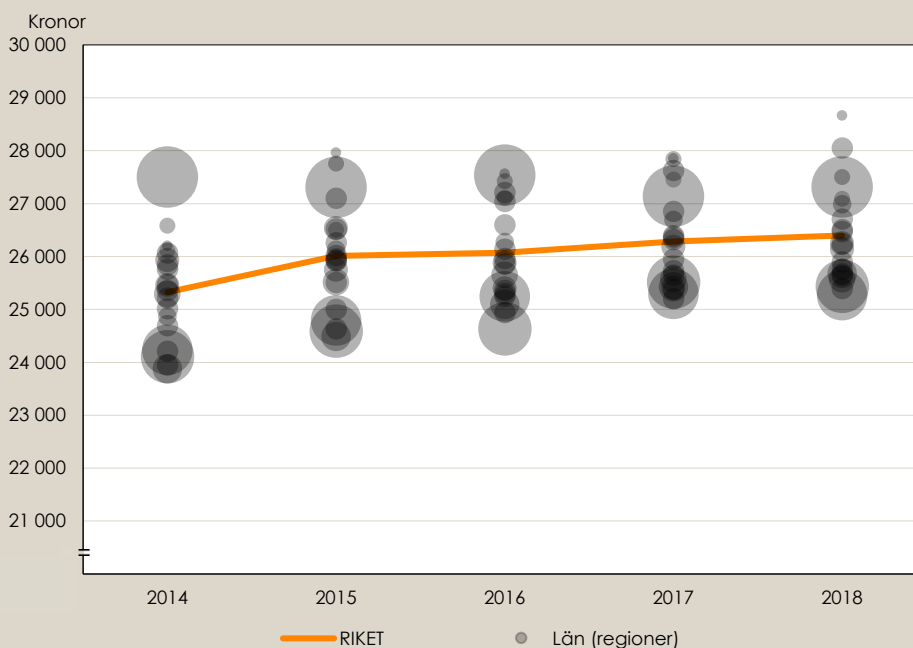
## 1. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

Kostnaderna för den regionfinansierade hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat sedan 2014, och så även när hänsyn tas till prisutvecklingen för regionernas verksamhet med hjälp av det så kallade *prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting* (LPIK). I den redovisade kostnaden exkluderas tandvård, primärvårdsansluten hemsjukvård och omstruktureringskostnader för att göra uppgifterna mer jämförbara.

Det finns strukturella faktorer som inte går att påverka för regionerna, exempelvis befolkningens ålderssammansättning och den socioekonomiska strukturen. För att göra jämförelser av kostnadsskillnader mellan olika regioner mer rättvisa beräknas därför en strukturjusterad kostnad där hänsyn tas till flera förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård utifrån hur detta hanteras i det kommunala utjämnningssystemet (se även faktaruta).

### 1.1 Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

Regionernas strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2018 års priser enligt LPIK. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner och Statistiska centralbyrån.

Kostnaden mätt i fasta priser har ökat i 11 av 21 regioner mellan 2017 och 2018. Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig åt mellan regionerna kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och sjukvården, men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som regionerna har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningsystemet.

#### Beräkning av den strukturjusterade kostnaden

Årligen beräknas en standardkostnad för hälso- och sjukvården för respektive region baserat på uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen utifrån kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Kostnadsuppgifterna kommer från SCB:s ekonomistatistik. Skillnader i standardkostnad mellan regionerna ska spegla den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur med mera.

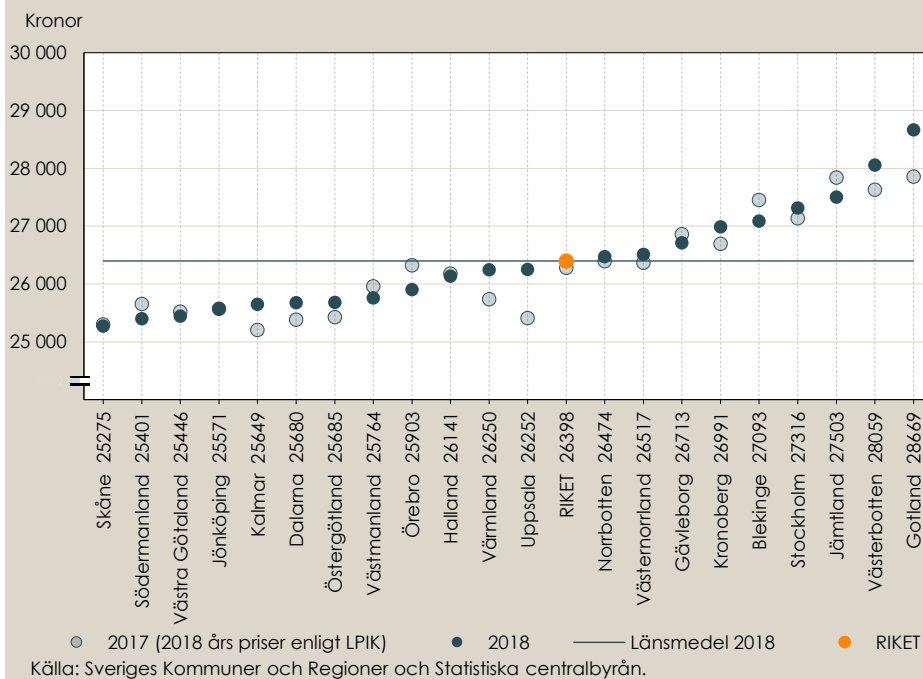
Denna standardkostnad ligger sedan till grund för regionernas kostnadsutjämnning i det kommunala utjämningsystemet. En liknande modell ligger till grund för fördelningen mellan regionerna av statsbidraget för läkemedel, vilken ska spegla strukturella skillnader i läkemedelskostnaderna.

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.



## 1.2. Regionernas hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

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



## 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 regioner, även uppdelat efter verksamhetsgrenar.

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

Alla regioner utom Gotland har system för att beräkna kostnaderna för enskilda vårdkontakter, så kallade *KPP-system* (kostnad per patient) [33]. Genom KPP kan kostnaderna följa verksamheten och brytas ned eller aggregeras på flera olika nivåer. KPP-data samlas också i en nationell databas hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kostnader utifrån KPP 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 produktivetsindikator. DRG är en förkortning av diagnosrelaterade grupper. I måttet kombineras uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med SKR:s KPP-databas och verksamhetsstatistik för att få ett sammanvägt mått på konsumtionen av specialiserad somatisk vård. Det sammanvägda måttet ställs sedan mot räkenskapssammandragets kostnader för samma verksamhet. Den specialiserade somatiska vården står för cirka hälften av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård.

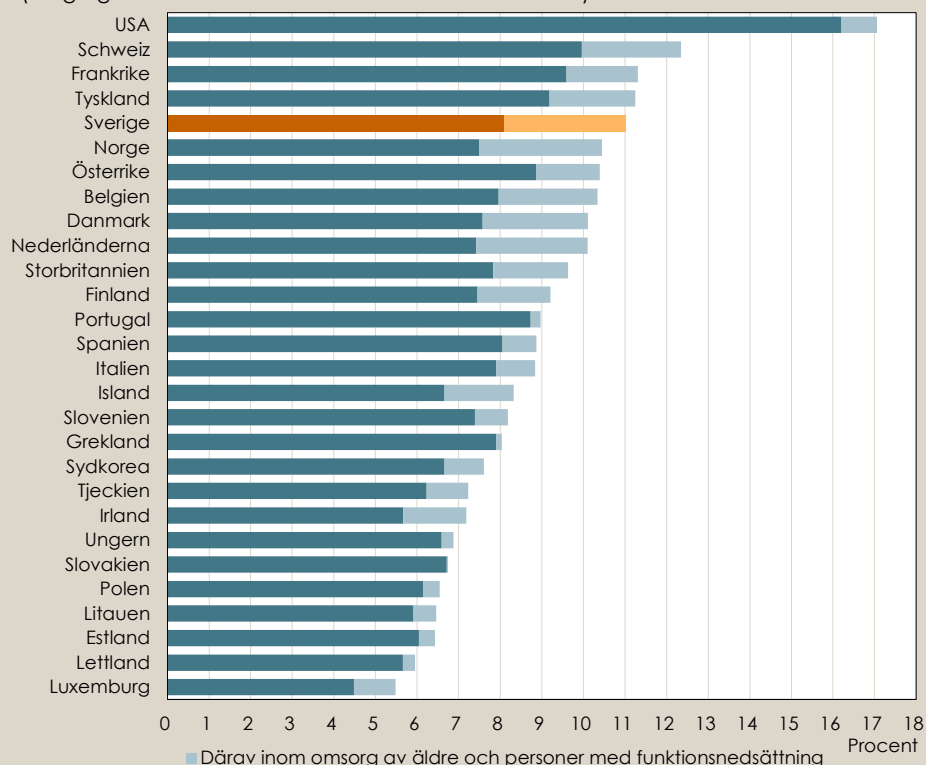
## Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder

I en internationell kontext kan kostnaderna för hälso- och sjukvården visas genom områdets andel av BNP. Diagram E.4 visar att hälso- och sjukvårdens andel av BNP för Sverige uppgår till 11 procent 2017 vilket är en av de högsta andelarna bland jämförda länder i OECD.

Sveriges placering har ändrats sedan införandet av den förändrade redovisningsmetod som länderna ska följa. Denna nya metod innebär att en avsevärt större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård [32]. Denna del är större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder. I diagram E.4 särredovisas delen som avser omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning och av denna kostnad utgjorde 80 procent kostnader för personlig omvårdnad. Skillnader mellan länder i det offentliga åtagandet kan påverka denna andel. Detta gäller även redovisningsmässigt då värdeskapande aktiviteter i den informella sektorn, så som anhörigvård, inte fångas i samma utsträckning som andra verksamheter. Andra länder med en hög redovisad andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Nederländerna, Norge, Danmark och Belgien.

### E.4. Länder. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP för OECD-länder med rapporterade värden (slutgiltiga och utan kommentar om avvikande metod) för 2017.



Källa: OECD.

# ”Är hälso- och sjukvården hållbar?”

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:

- antibiotikaresistens
- klimatpåverkan
- personalförhållanden
- genererande av kunskap för utveckling
- systemets legitimitet.

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 resurser används i systemet och hur förutsättningen för finansieringen av dessa utvecklas är en aspekt av hållbarhet. En viktig aspekt för långsiktig hållbarhet är också systemets förmåga att hantera olika störningar och påfrestningar, en egenskap som brukar benämnas resiliens. Ett sjukvårdssystemets resiliens kan bedömas genom förmågan att

- förutsäga störningar och möjligheter
- ha överblick över behov och kapacitet
- respondera på variationer
- lära sig av erfarenheter [34].

## 2. 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.

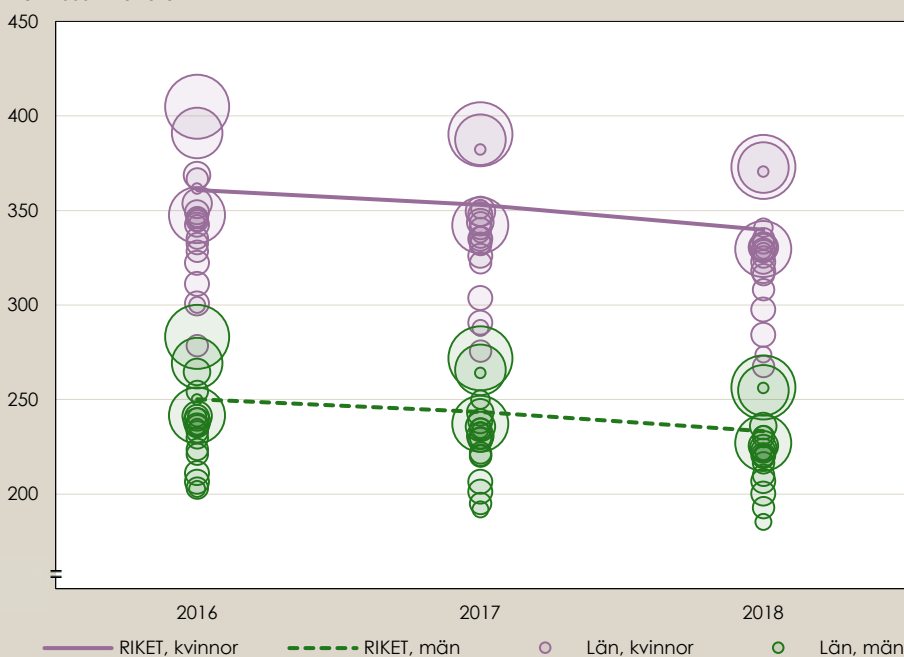
Indikatorn visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare med åldersstandardiserade värden och källan är Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Antalet expedieringar per invånare har fortsatt att minska. För riket är antalet uthämtade recept 286 per 1 000 invånare 2018. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män – 340 respektive 233 uttag per 1 000 invånare. En orsak till skillnaden mellan könen är skillnader i sjuklighet, till exempel är infektioner i urinvägar betydligt vanligare bland kvinnor [35].

## 2.1. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

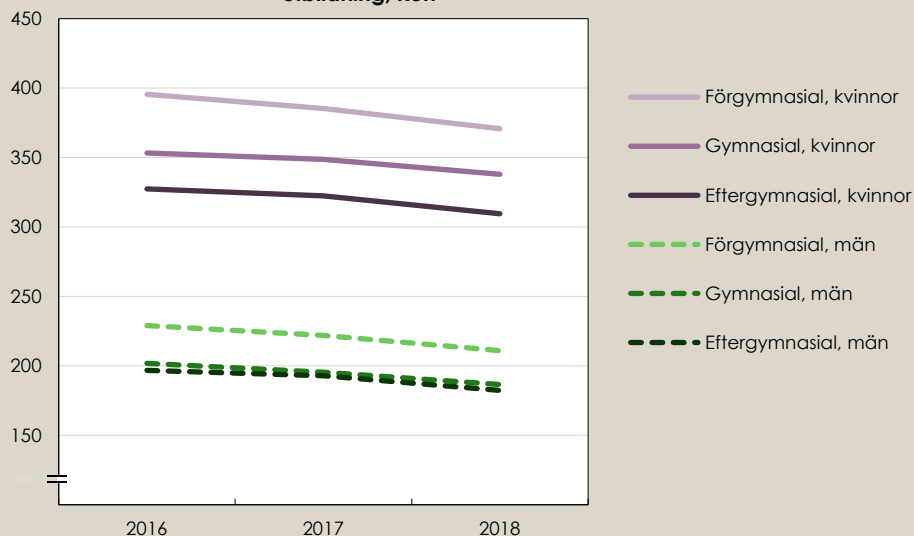
Gruppen med högst förgymnasial utbildning har högre antal expedieringar än dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning, för kvinnor är det också tydligt att de med eftergymnasial utbildning har lägre värde än dem med högst gymnasial utbildning, för män är denna skillnad inte lika tydlig. Minskningen under perioden förekommer i samtliga redovisade köns- och utbildningsgrupper.

## 2.2. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, 30–64 år, åldersstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare

Utbildning, kön

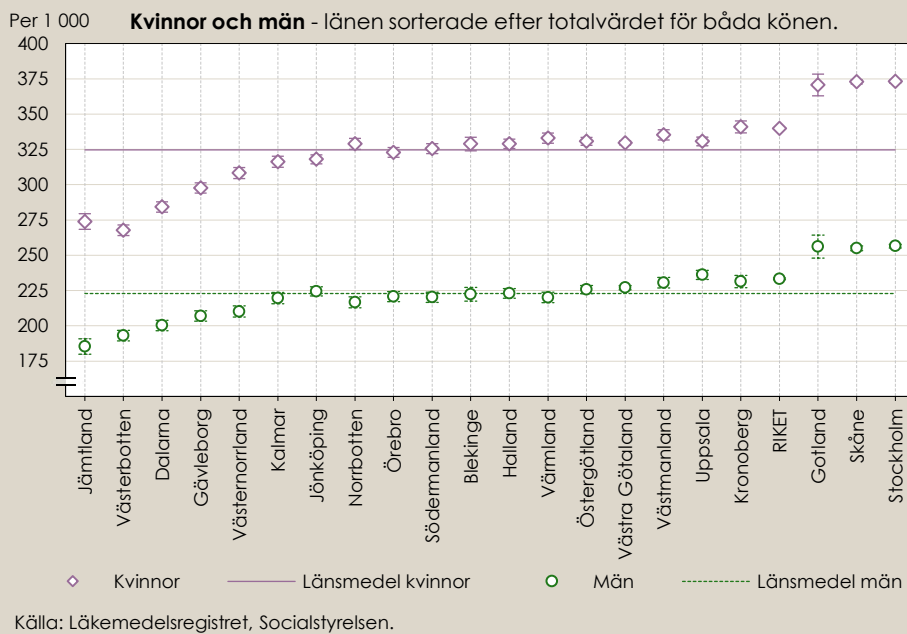


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan länen är större än variationen mellan utbildningsgrupper. För kvinnor varierar antalet i länen mellan 268 och 373 per 1 000 invånare och för män mellan 185 och 256.

### 2.3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal expedieringar av antibiotika per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2018.



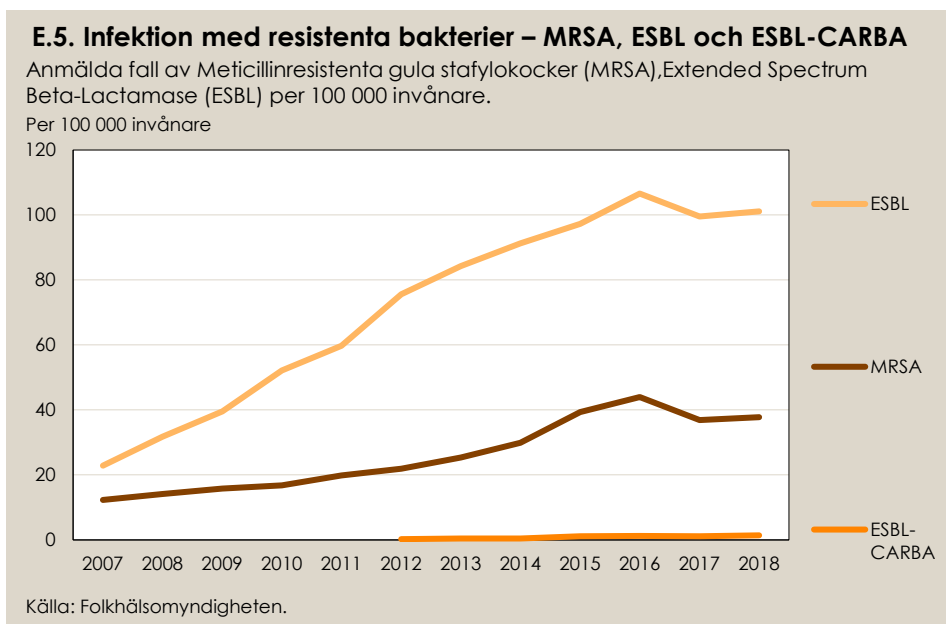
Ett sätt att minska den onödiga antibiotikaanvändningen är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotikatrycket. Flera studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, 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 [35].

### Om relaterade mått och data

Folkhälsomyndigheten redovisar och utvecklar flera mått och indikatorer som rör antibiotikaanvändning.

Uppgifter om anmälningspliktiga fall av multiresistenta bakterier publiceras av Folkhälsomyndigheten. De resistenta bakterier som är mest förekommande bland anmälningarna är ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) och MRSA (Meticillinresistenta gula stafylokker). Anmälda fall av MRSA är cirka tre gånger fler 2018 jämfört med 2007 medan ESBL har mer än fyrfaldigats. Den nedgång av rapporterade fall av både MRSA och ESBL som sågs mellan 2016 och 2017 har inte fortsatt. För båda typerna av resistenta

bakterier rapporterades något fler fall 2018 än 2017 [36]. Antalet rapporterade fall kan utöver den faktiska förekomsten påverkas av variationer i provtagningsrutiner och smittspårning [37, 38].



För ESBL antas många smittas av sådana tarmbakterier utomlands och bli bärare av bakterierna utan att insjukna men med risk att senare sprida bakterierna vidare. ESBL-CARBA är en typ av bakterier med resistens för flera former av antibiotika än vad ESBL har. ESBL-CARBA har ökat i stor omfattning i flera länder. Även om förekomsten i Sverige är mycket lägre av ESBL-CARBA än för ESBL och MRSA har en snabb ökning av de anmälda fallen av ESBL-CARBA setts även i Sverige [36, 37].

Folkhälsomyndigheten har prognostiserat att antalet fall av anmälningspliktiga infektioner med antibiotikaresistenta bakterier kommer mer än fyrfaldigas fram till 2050 vilket, utöver 33 000–42 000 dödsfall och ökat lidande, beräknas kosta hälso- och sjukvården cirka 16 miljarder kronor [39].

## Sverige har låg förskrivning av antibiotika i europeisk jämförelse

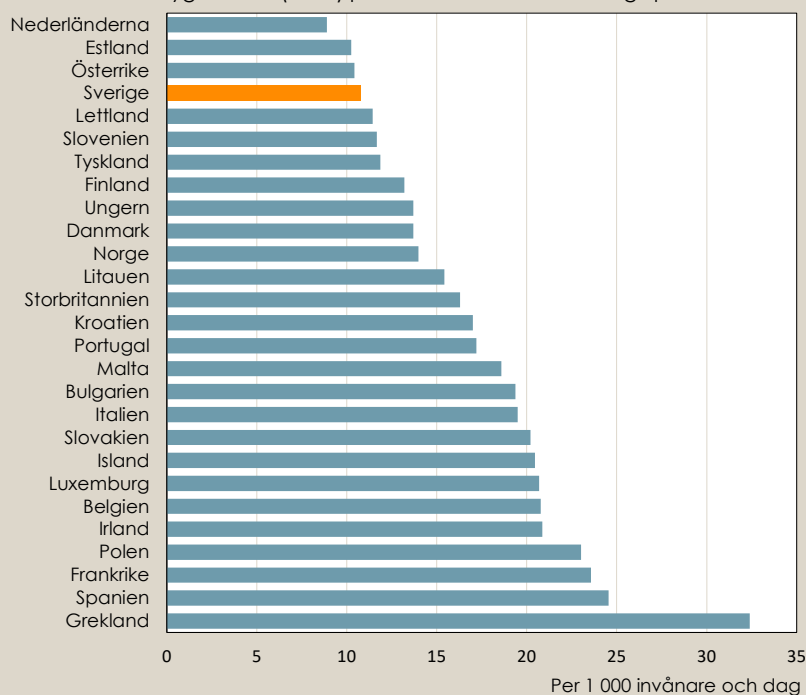
Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) redovisar antibiotikaanvändning för Europas länder [40]. För 2018 varierade användningen av antibiotika i primärvården från 9 definierade dygnsdoser (DDD) per invånare och dag i Nederländerna till drygt 32 DDD i Grekland (diagram E.6). Sverige har ett värde på drygt 11 DDD vilket är en låg siffra i jämförelsen. Sverige har även en låg andel bredspektrumantibiotika jämfört med de flesta andra EU-länder, det är generellt önskvärt att ha en så låg förskrivning av dessa som möjligt [41].

Det kan vara en fördel att mäta antalet expedieringar eller utskrivna recept istället för DDD per invånare. Eftersom det är viktigt att när antibiotika väl skrivs ut att det görs i tillräcklig omfattning.

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 [42]. Även kulturella faktorer påverkar förskrivningen av antibiotika [43, 44].

### E.6. Antibiotikaanvändning i primärvård

Antal definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag i primärvården, 2018.



Källa: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

### 3. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan

Hälso- och sjukvårdens andel av den samlade globala klimatpåverkan har beräknats till 4,4 procent vilket är i nivå med flygets som uppskattas till 4–5 procent [45]. Per person beräknas Sveriges klimatavtryck kopplat till hälso- och sjukvård vara högre än det globala medlet [46].

Förutsättningarna för hälsan i befolkningen och sjukvården kommer i sin tur att påverkas i hög grad av ett varmare klimat. Direkta effekter som har identifierats globalt inkluderar ökad värmestress, översvämningar, torka och intensiva stormar. Indirekta effekter är bland annat luftföroreningar, spridning av infektionssjukdomar, undernäring, mental ohälsa och våldsamma konflikter. Vissa sådana effekter med inverkan på hälsan bedöms redan nu vara påvisbara och kan bland annat följas med den uppsättning av indikatorer som tagits fram och uppdateras i det internationella tvärvetenskapliga samarbetet *Lancet Countdown* [47].

Hälso- och sjukvårdens samlade klimatavtryck är alltså betydande och ett varmare klimat kan i sin tur få stora konsekvenser för hälso- och sjukvården. Det skulle dock krävas en utveckling av metoder och beräkningar för att redovisa och jämföra hälso- och sjukvårdens klimatpåverkan för olika regioner som en valid indikator. Bland annat på grund av att den största delen av klimatpåverkan som sjukvården står för kan härledas till tillverkningen av varor som köps in och konsumeras vilket gör beräkningar mer komplicerade än direkta utsläpp. Som exempel har NHS i England försökt att göra livscykelanalyser för olika medicinska produkter och vilka visat på betydande klimatpåverkan, ofta sker då utsläppen vid framställning i andra länder än England där de sedan används [48]. Samma och liknande faktorer påverkar i hög grad Svensk hälso- och sjukvårdens klimatavtryck, men underlagen och beräkningarna skulle behöva utvecklas för att få bättre uppskattningar. Upphandlingsmyndigheten har genomfört en första beräkning av klimatpåverkan och annan miljöpåverkan från regionernas inköp. Regionernas klimatpåverkan från inköp 2016 beräknas då till 6 miljoner ton koldioxidekvivalenter. Beräkningarna kommenteras med att detta troligen är i underkant och att metoderna och underlaget kan utvecklas med upprepade beräkningar [49].

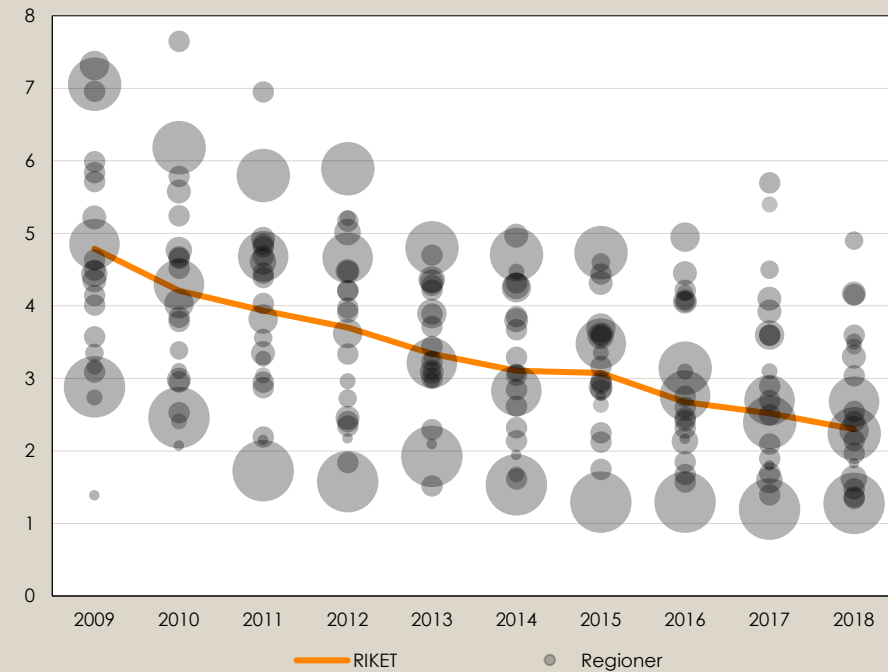
Med hänsyn till osäkerheterna i beräkningar av det totala klimatavtrycket används här istället utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan som indikator. Indikatorn är begränsad i jämförelse med de totala klimatavtrycket men rör just sjukvårdens klimatpåverkan och är etablerad sedan tidigare då den använts länge i uppföljning av regionernas miljöarbete.

Lustgas står för 84 procent av klimatpåverkan från medicinska gaser i regionerna, övriga utsläpp inkluderar gaserna sevofluran, isofluran och desfluran. Gaserna har betydligt större klimatpåverkan per vikt än koldioxid, från lustgasens 265 gånger till desfluranets 1 790 gånger. Utsläppen för 2018 motsvarar drygt 23 400 ton koldioxid [50]. Sedan 2009 har de medicinska gasernas klimatpåverkan mer än halverats, från 4,8 till 2,3 kg CO<sub>2</sub> per invånare och år.



### 3.1. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan

Klimatpåverkan från medicinska gaser. Antal kilo CO<sub>2</sub>-ekvivalenter per invånare.  
Kg CO<sub>2</sub>-ekvivalenter per invånare

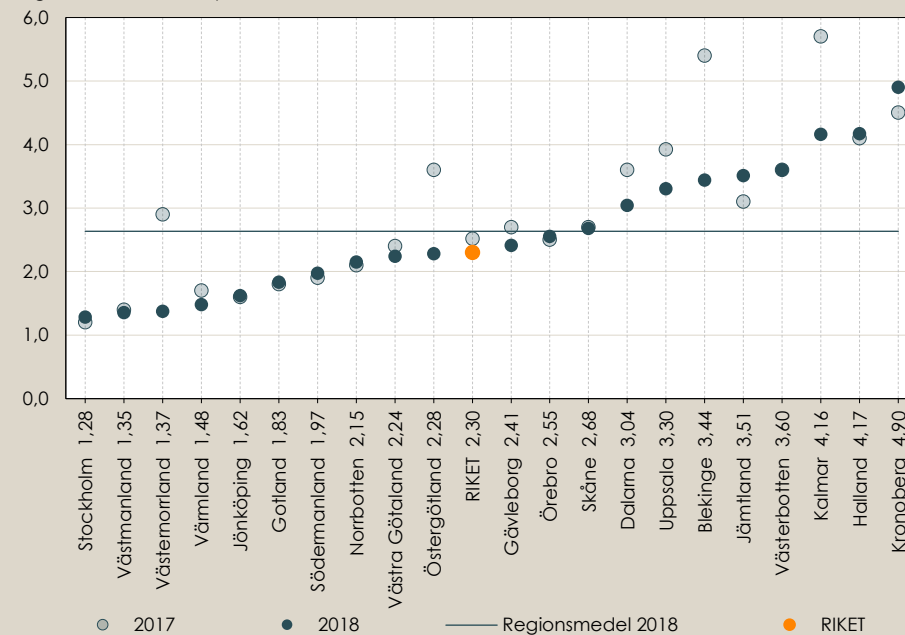


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Variationen är stor mellan regionerna, för 2018 från 1,3 till 4,9 kg per invånare. Nya destruktionsanläggningar för lustgas ligger bakom de stora minskningarna som kan ses för några regioner mellan 2017 och 2018.

### 3.2. Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan

Klimatpåverkan från medicinska gaser. Antal kilo CO<sub>2</sub>-ekvivalenter per invånare.  
Kg CO<sub>2</sub>-ekvivalenter per invånare



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Fjorton regioner har nu installerat totalt 35 aktiva anläggningar. Av dessa har tolv samtliga sina förlossningsanläggningar uppkopplade. Det är just till förlossningskliniker som destruktionsanläggningar prioriteras. Några regioner har också mindre, mobila anläggningar för tandvård och hälso- och sjukvård till barn [50].

## Om relaterade mått och data

SKR följer regelbundet indikatorer för regionernas miljöarbete och publicerar resultatet som öppna jämförelser. Data görs även tillgängligt via databasen Kolada.

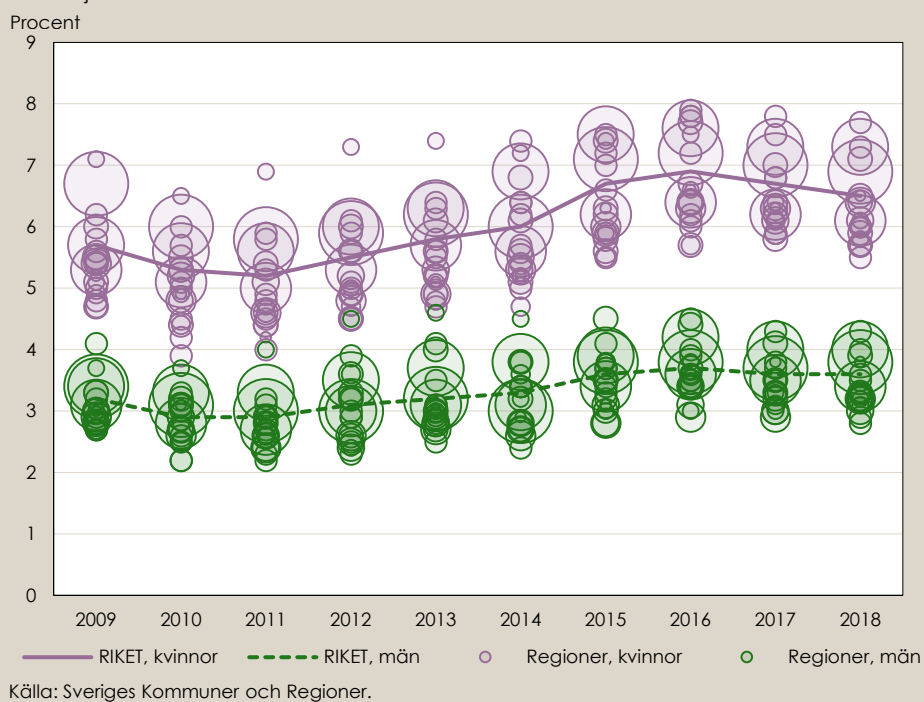
## 4. Sjukfrånvaro bland regionanställda

Sjukfrånvaro innebär en arbetstagares frånvaro från arbetet i antal dagar på grund av sjukdom<sup>9</sup>. 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 [51].

Indikatorn är en del av den obligatoriska sjukfrånvarorapportering som redovisas i regionernas årsredovisningar. Uppgiften inkluderar därför även kortare sjukfrånvaro än vad statistik som sjukskrivningar från Försäkringskassan fångar. Uppgifterna avser alla anställda i regionerna. Även om anställda i hälso- och sjukvården klart dominerar förekommer alltså andra verksamheter i en betydande och varierande utsträckning hos huvudmännen.

### 4.1. Sjukfrånvaro bland regionanställda

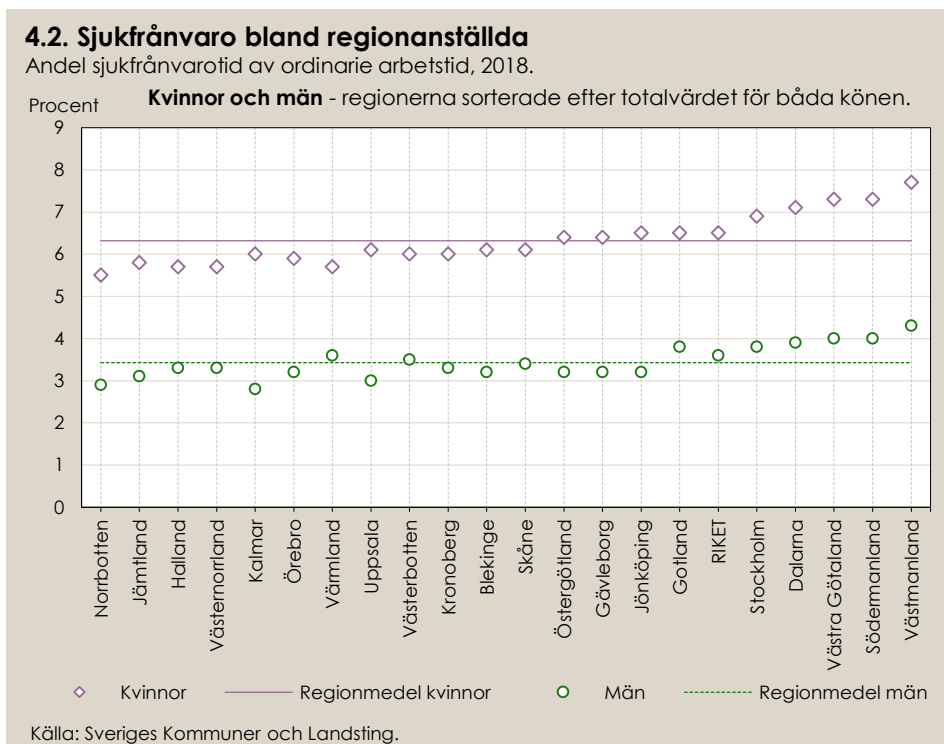
Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid.



<sup>9</sup> Sjukfrånvaro inkluderar all frånvaro på grund av sjukdom och inte enbart den del som överstiger 14 dagar och som kan utgöra grund för sjukpenning.

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid var 5,9 procent 2018, vilken är marginellt mindre än 2017. Kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro än män, 6,5 procent jämfört med 3,6 procent för 2018. Kvinnor har dock minskat sin andel under de senaste två åren, medan värdet för män varit i princip oförändrat.

I diagram 4.2 jämförs andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid per region. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män i samtliga regioner. Andelen sjukfrånvarotid varierar mellan regionerna bland kvinnor från 5,5 upp till 7,7 procent. För män varierar andelen från 2,8 till 4,3 procent.



Försäkringskassan tillgängliggör uppgifter om antalet sjukskrivningsdagar per sysselsatt inom olika delar av arbetsmarknaden, alltså den del av sjukfrånvaron som överstiger två veckor. För hälso- och sjukvården är utvecklingen av detta mått lik den för indikatorn ovan. Försäkringskassans uppgifter kan också delas upp på olika delar av hälso- och sjukvården och då framgår att flest sjukpenningdagar per anställd 2017 fanns bland personalen i särskilt boende för äldre och funktionshindrade personer.

Trots en viss nedgång under 2017 hade branschen vård och omsorg det högsta antalet utbetalda sjukpenningdagar per sysselsatt 2017 jämfört med andra branscher enligt försäkringskassans statistik [52].

## Om relaterade mått och data

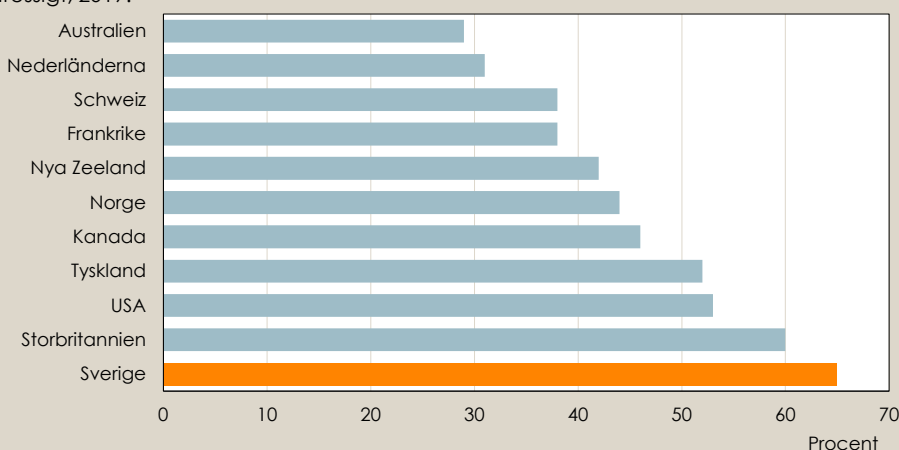
Det finns möjlighet att rapportera standardiserade uppgifter från medarbetarenkäter till databasen *Kolada* för att kunna jämföra sig med andra regioner och kommuner, exempelvis för det sammansatta måttet *Hållbart Medarbetarindex (HMI)*. En indikator som också tydligt relaterar till arbetsförhållanden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

## Primärvårdsläkare i Sverige är stressade

*The Commonwealth Fund* genomförde under 2019 en enkätundersökning riktad till primärvårdsläkare i flera länder. På en fråga om stress i arbetet uppgav 65 procent av de svenska primärvårdsläkarna att arbetet var väldigt eller extremt stressigt. Det var den högsta andelen bland de undersökta länderna och andelen har också ökat med 10 procentenheter jämfört med 2015 då föregående undersökning genomfördes.

### E.7. Länder. Självrapporterad stress bland primärvårdsläkare

Andel läkare i primärvården som uppgett att deras arbete är väldigt eller extremt stressigt, 2019.



Källa: International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, Commonwealth Fund.

## 5. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

Täckningsgraden i sjukvårdens kvalitetsregister, såväl som i Socialstyrelsens hälsodataregister, är en viktig del av datakvaliteten. Användningen av och registreringen i kvalitetsregister är frivillig för regioner, kommuner och inte minst patienterna (till skillnad från registrering i Socialstyrelsens hälsodataregister som är obligatorisk). En låg täckningsgrad minskar användbarheten för exempelvis forskning och förbättringsarbete. Även för indikatorbaserade uppföljningar så som öppna jämförelser är det viktigt att täckningsgraden tillräckligt hög 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 SKR ingick för perioden 2012–2016. Målet i överenskommelsen var att 80 procent av de nationella kvalitetsregistren skulle ha en täckningsgrad på minst 80 procent och 40 procent en täckningsgrad på minst 95 procent [53]. Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterade i en slututvärdering av överenskommelsen att målet angående täckningsgrad inte var nått 2017 [54].

Socialstyrelsen gör årligen flera täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. Flera olika typer av register jämförs på

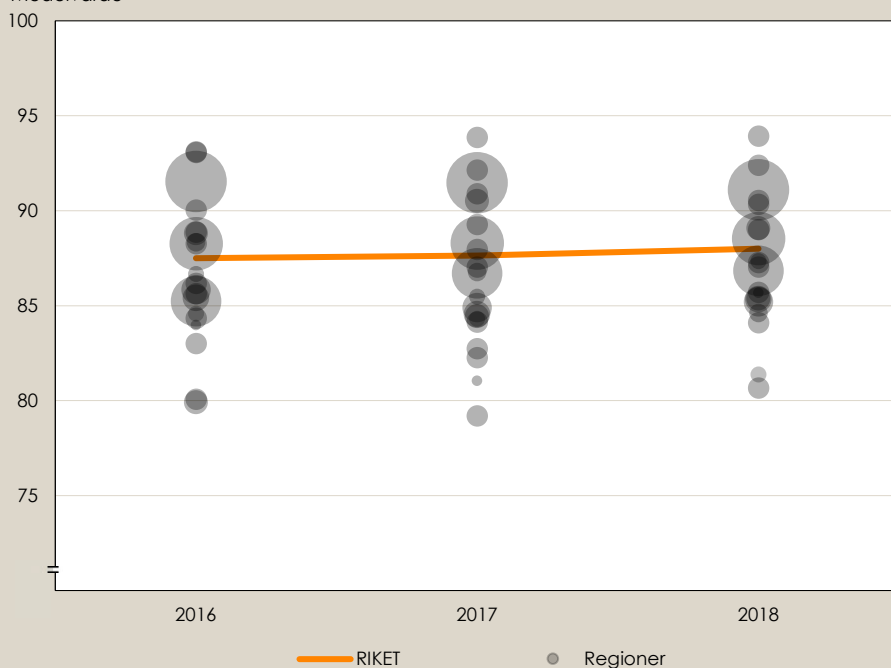
flera olika vis. Som indikator har här valts den genomsnittliga täckningsgraden i fyra kvalitetsregister i förhållande till de fall som de bör täcka i Socialstyrelsens hälsodataregister givet avgränsningen för respektive analys. Utmaningen är olika när det gäller att nå en hög täckningsgrad i olika kvalitetsregister 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 Nationella diabetesregistret, Rikshöft, Riks-Stroke och Rikshia från Swedeheart.

Indikatorn visar att den genomsnittliga täckningsgraden låg på 88 procent för de fyra kvalitetsregistren 2018, vilket är ungefär samma nivå som de två föregående åren.

### 5.1. 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).

Medelvärde



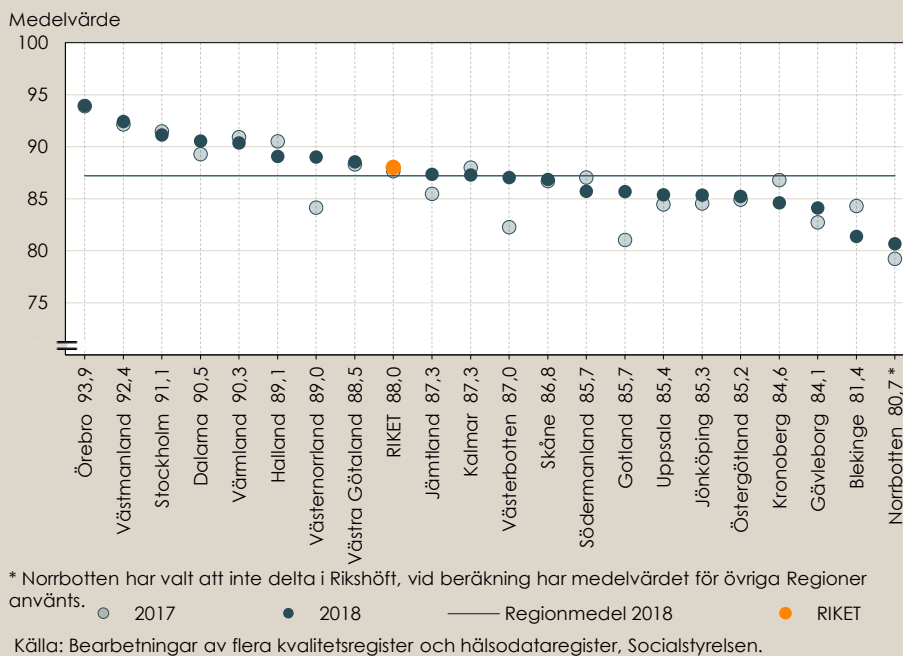
Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

Region Norrbotten har valt att inte delta i Rikshöft och i jämförelsen har Norrbottens värde för den del av måttet som rör Rikshöft ersatts med medelvärdet för övriga regioner (eftersom det är frivilligt vilka kvalitetsregister regionerna väljer att delta i).

Den genomsnittliga täckningsgraden 2018 varierar från knappt 81 procent till 94 procent mellan regionerna.

## 5.2. 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).



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 valt att rapportera till dem. Både regioner 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 klinisknivå. 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 regioner, sjukhus och privata utförare att förbättra rapporteringen även till hälsodataregistren utifrån analyserna [55].

Täckningsgrad är bara en aspekt av datakvaliteten, exempelvis har Socialstyrelsen tagit fram och presenterat resultat för indikatorer för kodningskvalitet i patientregistret [56].

## 6. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

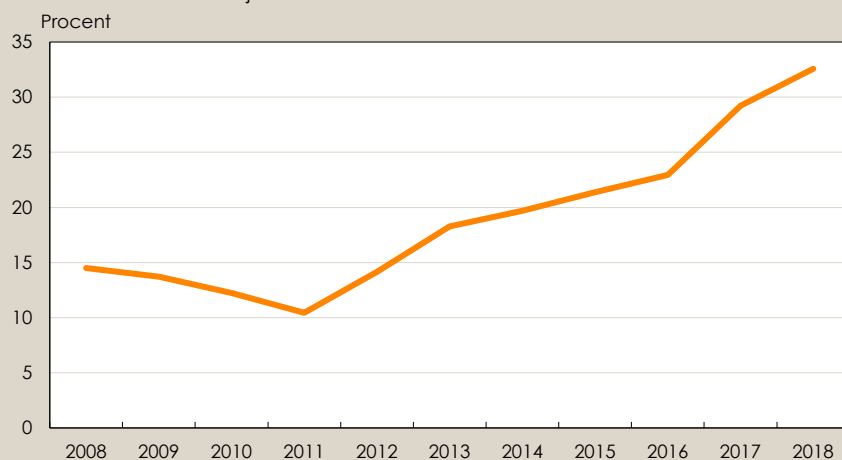
Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om vård och behandling i nationella riktlinjer och vårdprogram. Med dessa riktlinjer och vårdprogram som underlag kan vården i sin tur erbjuda patienterna bästa möjliga vård och behandling. Därför är det viktigt att regioner 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 [57].

Diagram 6.1 visar att andelen av patienterna i kvalitetsregistret som deltagit i en behandlingsstudie ökat årligen sedan 2011. År 2018 deltar 32,6 procent, vilket är precis under Socialstyrelsens nationella målnivå om minst 33 procent deltagande [58].

### 6.1. Behandlingsstudier kolorektalcancer

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



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

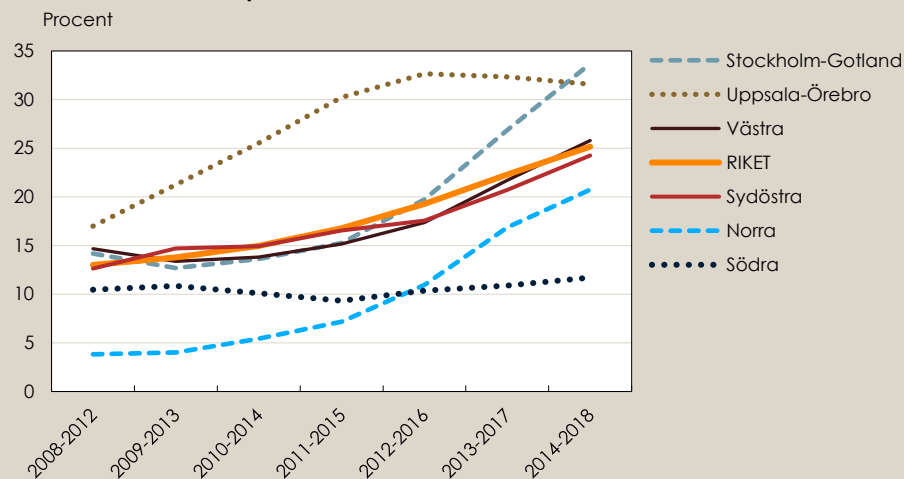
Utöver att deltagande i studier förbättrar det samlade kunskapsunderlaget antas deltagandet även vara gynnsamt för de enskilda klinikerna som ett sätt att följa utvecklingen inom aktuell forskning [58].

Antalet studier varierar mycket mellan sjukvårdsregionerna från år till år. Indikatorn är därför mer stabil som kvalitetsindikator över en längre tidsperiod för att visa sjukvårdsregionernas, regionernas och sjukhusens aktivitetsgrad [58]. I diagram 6.2 visas därför rullande 5-årsmedelvärden för sjukvårdsregionerna. För 2014-2018 varierar andelen patienter som deltagit i strukturerad behandlingsstudie från knappt 12 till nästan 34 procent mellan sjukvårdsregionerna. För hela den redovisade perioden utom 2014-2018 har högst andel patienter i Uppsala-Örebro deltagit. För de flesta övriga regioner

och speciellt Stockholm-Gotland syns betydande öknings av andelen inkluderade patienter under den senare halvan av den redovisade perioden.

### 6.2. Behandlingsstudier kolorektalcancer – femårsmedelvärden

Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie för ändtarmscancer 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.)

## Om relaterade mått och data

Kolorektalcancerregistret visar indikatorerna för ändtarmscancer och tjocktarmscancer var för sig och utöver sjukvårdsregioner redovisas även resultaten på kliniknivå [58, 59].

## 7. 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.

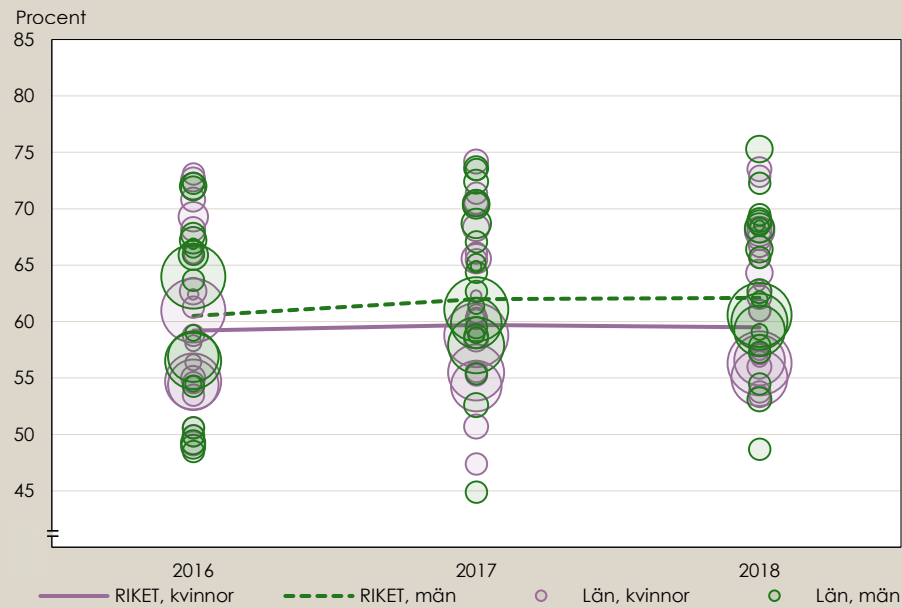
Indikatorn *Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet* speglar befolkningens förtroende, oavsett om invånarna nyligen varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller inte. Indikatorn är hämtad från *Hälso- och sjukvårdsbarometern* och visar den andel som har stort eller mycket stort förtroende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

Andelen i riket totalt var knappt 61 procent 2018 vilket var oförändrat jämfört med 2017. Kvinnor har i genomsnitt något lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män har.



### 7.1. Förtroende för sjukvården i sin helhet

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting/sin region.

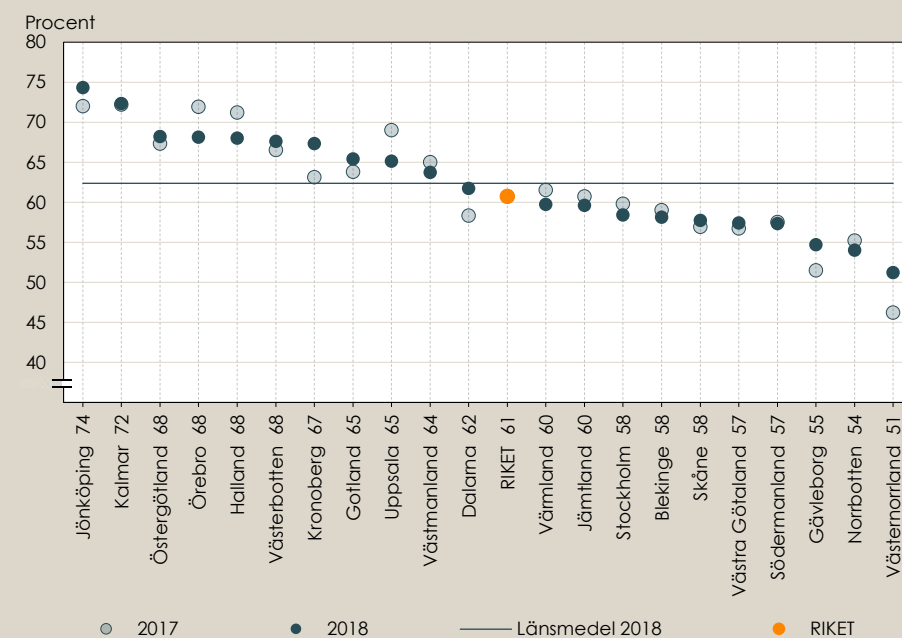


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

I diagram 7.2 framgår att regionernas resultat 2018 varierar betydande, från 51 till 74 procent.

### 7.2. Förtroende för sjukvården i sin helhet

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting/sin region.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

SOM-institutet gör årliga undersökningar om svenskarna attityder kring olika offentliga verksamheter. Den svenska befolkningen har enligt SOM-

institutets nationella undersökning i stor utsträckning förtroende för att sjukvården ”sköter sitt arbete” i jämförelse med andra samhällsinstitutioner, förtroendet har enligt SOM-institutets undersökning även ökat under 2017 och 2018 [60].

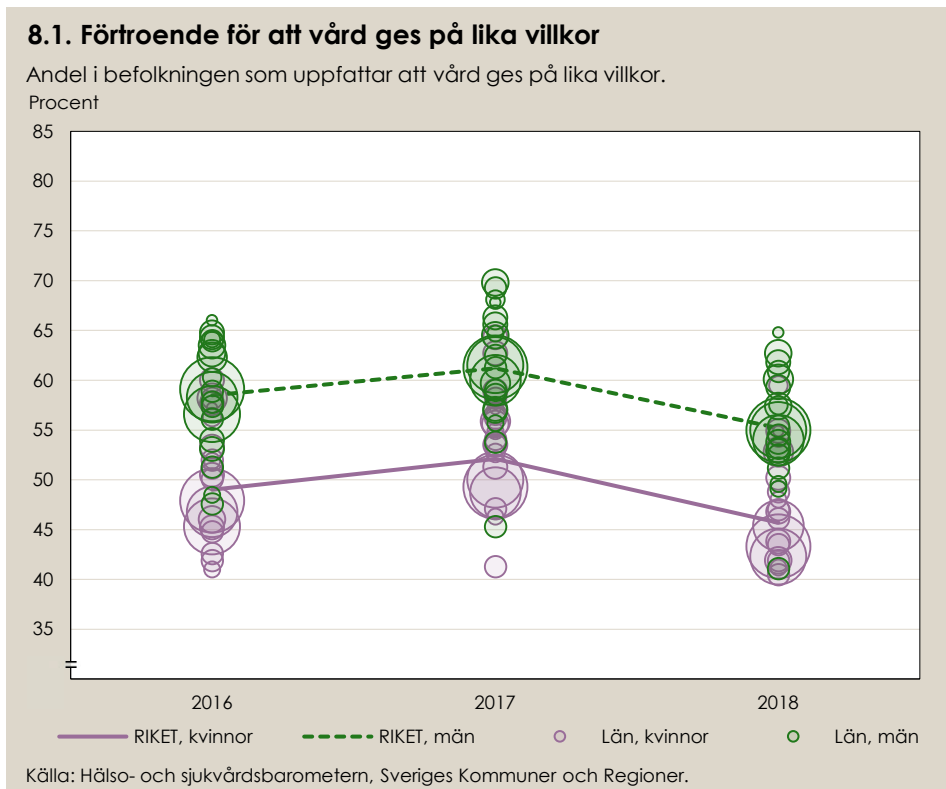
I IHP-undersökningen (International Health Policy Survey) från 2016 hamnade Sverige näst sist av de jämförda länderna när de tillfrågade gav ett övergripande omdöme över sjukvården. I Sverige gav 74 procent betyget *utmärkt, mycket bra* eller *bra* för Tyskland och Schweiz var den andelen 96 procent [61].

## 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 *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, dels finns ytterligare mått som belyser patienterfarenheter i *Nationell patientenkät*.

## 8. Förtroende för att vård ges på lika villkor

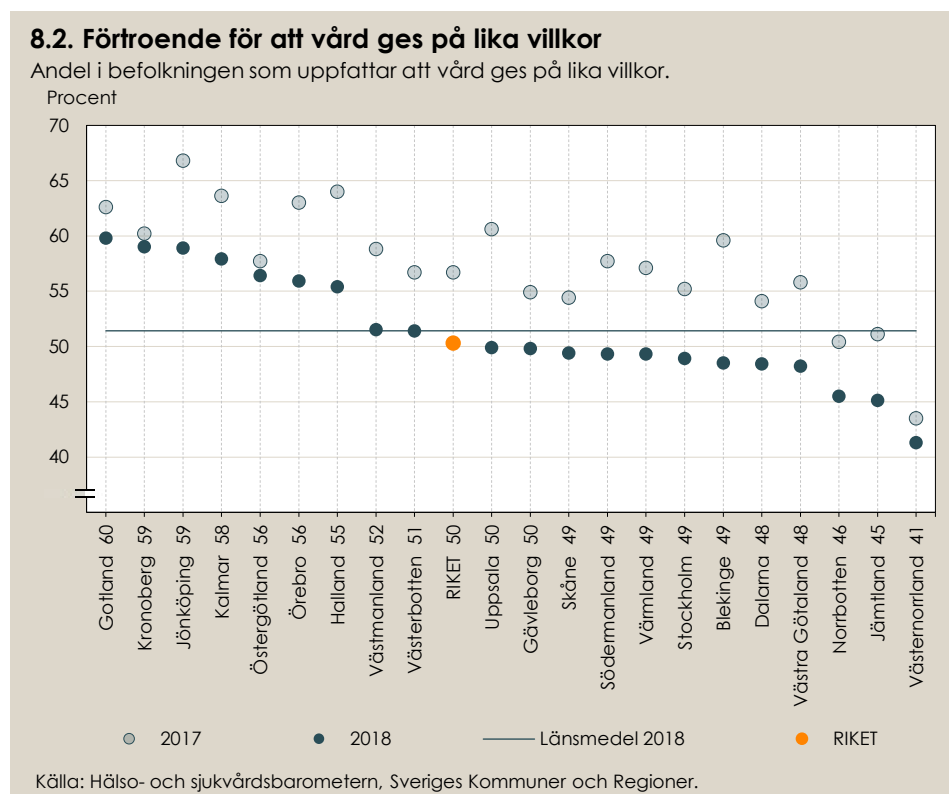
Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Indikatorn visar andelen av de svarande som uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör, inte något annat. De som svarar ”vet ej” eller inte svarat på frågan är exkluderade.



För 2018 upplever varannan tillfrågad att vården inte ges på lika villkor vilket var tydligt sämre resultat än 2017 och även 2016. Någon jämförelse längre tillbaka går inte att göra då insamlingsmetoden har ändrats.

Kvinnor har i lägre omfattning än män förtroende för att vården ges på lika villkor, på riksnivån är skillnaden nära 10 procentenheter. Det är en mycket tydligare könsskillnad än vad exempelvis frågan om förtroende för vården i sin helhet uppvisar. Både kvinnor och män följer mönstret med en likvärdig försämring sedan 2017 och 2016.

Andelen varierar från 41 till 60 procent mellan regionerna och i alla län utom Kronoberg och Västernorrland var förtroendet för vård på lika villkor lägre bland de svarande kvinnorna än bland männen. I samtliga län har värdena försämrats mellan 2017 och 2018.



## Om relaterade mått och data

Indikatorn *Förtroende för att vård ges på lika villkor* kan relateras till flera andra indikatorer – dels finns en rad indikatorer som ytterligare belyser befolkningens syn på hälso- och sjukvården i *Hälsa- och sjukvårdsbarometern*, dels finns ytterligare indikatorer som belyser patienterfarenheter i *Nationell patientenkät*.

## ”Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?”

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är inte entydigt definierat. Det kan handla om väntetider men även exempelvis systemets täckningsgrad i befolkningen, geografiska avstånd, adekvata resurser, information, öppettider, kontinuitet, delaktighet, ekonomiska faktorer, rättigheter, diskriminering, förtroende, kulturell kompetens, funktionshinderanpassning med mera [62].

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.

Samtliga delar i avsnittet om tillgång till hälso- och sjukvård kan kopplas till hållbarhetsmål 3 i Agenda 2030 och delmålet 3.8 som bland annat innefattar att uppnå tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin av god kvalitet [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 *Bakgrundsfaktorer* finns jämförelser av hälso- och sjukvårdsresurser så som sjukvårdspersonal och slutenvårdsplatser per invånare i olika länder. Vårdens tillgänglighet påverkas också av hur hälso- och sjukvården organiseras [62, 64].

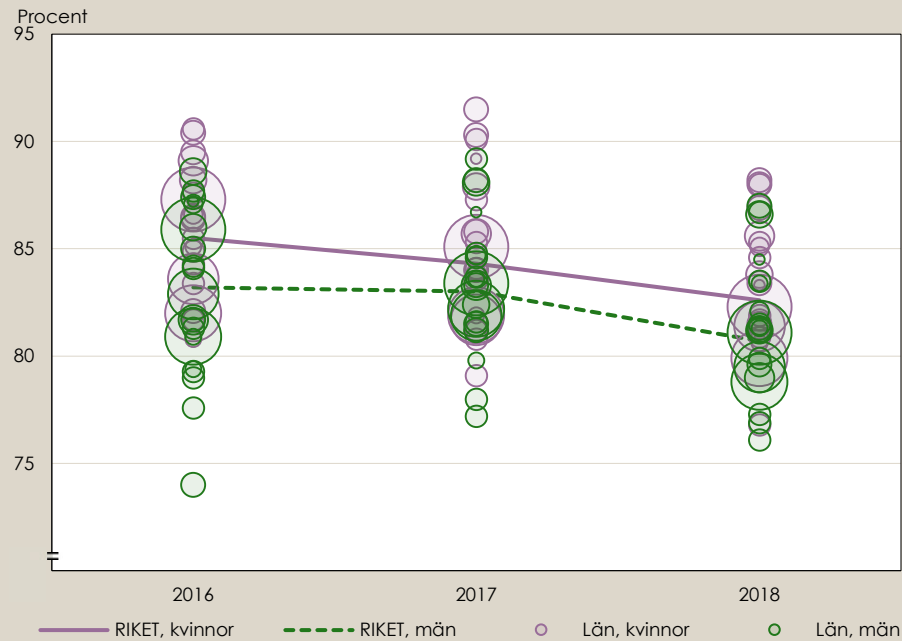
## 9. Upplevd tillgång till hälso- och sjukvård

Här redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man haft kontakt med sjukvården eller inte de senaste sex månaderna. Uppgifterna kommer från *Hälso- och sjukvårdsbarometern* och är insamlade via webbenkät och 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). Andelen i riket 2018 var drygt 81 procent, vilket är en försämring med cirka 3 procentenheter sedan 2016, med den största nedgången mellan 2017 och 2018. Män anser i lägre grad än kvinnor att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

### 9.1. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

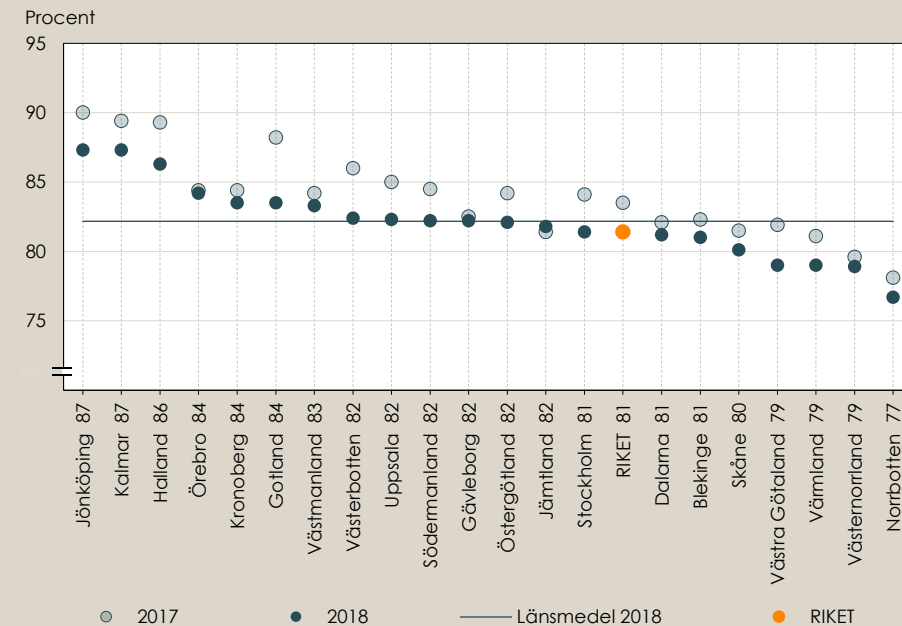


Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

I diagram 9.2 framgår att resultaten i länen 2018 varierar från 77 till 87 procent. Jämfört med 2017 svarar en lägre andel att de har tillgång till den vård de behöver i alla län utom Jämtland.

### 9.2. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

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

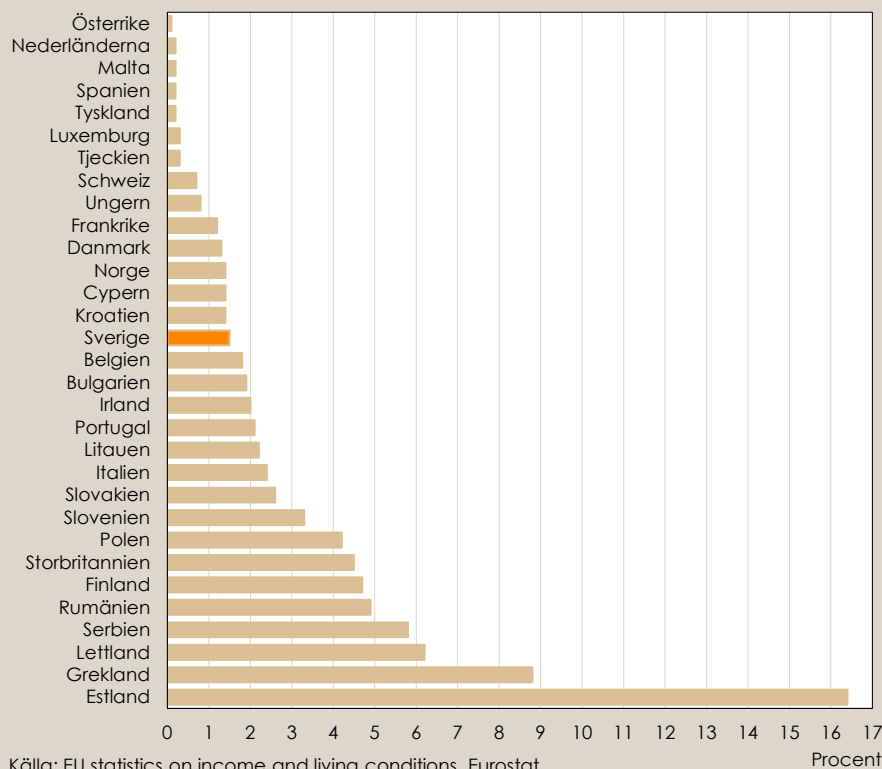
Indikatorn *Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver* speglar befolkningens upplevelser av sjukvårdens tillgänglighet. I rapporten finns flera indikatorer som belyser sjukvårdens tillgänglighet ur ett patientperspektiv.

## Avstått vård inom EU

I Sverige uppgav 1,5 procent av de svarande 2018 att de avstått vård på grund av kostnaden, avstånd till vårdinrättning eller väntetid. Det är en lägre andel än de flesta andra EU-länder. Men många länder rapporterar samtidigt mycket lägre värden än Sverige. Indikatorn används av EU för att övervaka framstegen mot de globala hållbarhetsmålen *Hälsa och välbefinnande* och *Ingen fattigdom* från Agenda 2030.

### E.8. Avstått vård på grund av kostnad, avstånd eller väntetid

Andel som uppgett att de avstått vård på grund av kostnad, avstånd eller väntetid, länder som rapporterat värden till Eurostat för 2018. Personer 16 år eller äldre.



## 10. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen, 2 § tandvårdslagen (1985:125). För barn och ungdomar är

tandvården avgiftsfri och regionerna ansvarar för att barn och ungdomar kallas till tandvården. Uppgifter om barn och ungdomars avgiftsfria tandvård ingår inte i tandhälsoregistret och därför heller inte i indikatorn som redovisas här. Åldern för avgiftsfrihet har höjts succesivt med ett år per år fram till 2019 då man börjar betala från 24 års ålder. Indikatorn avgränsas åldersmässigt på samma sätt efter den åldersgräns som gäller det senaste året med redovisad data. I denna rapportering avser senaste data 2018 och där med åldrarna 23 år eller äldre.

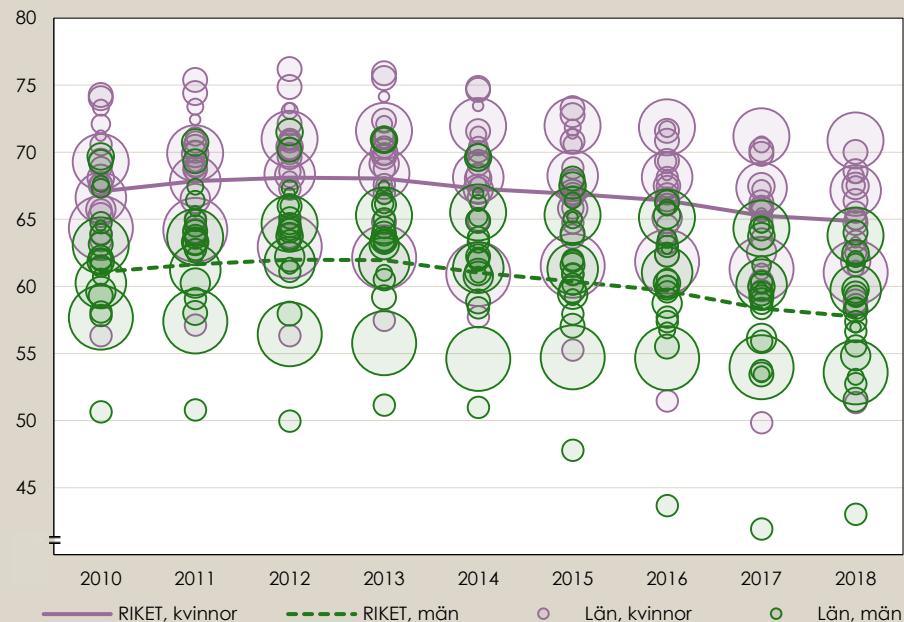
Det råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården, antingen Folktandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården är det fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. Vuxna patienter är dessutom själva ansvariga för att kontakta tandvården och det ansvaret, tillsammans med kostnaden, kan medföra att personer avstår från att regelbundet uppsöka tandvården för förebyggande undersökningar.

Indikatorn mäter antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden. I riket var antalet cirka 61 per 100 invånare 2018, även om förändringarna från år till år är små bör det noteras att värdet sjunkit sex år i rad från 2012, både bland kvinnor och bland män. Fler kvinnor än män har sina tänder undersökta inom en tvåårsperiod. Skillnaden mellan könen har ökat något över tid, från cirka 6 per 100 invånare i början av den redovisade perioden till 7 i slutet.

### 10.1 Tandvårdsundersökning de senaste två åren

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

Antal per 100 invånare



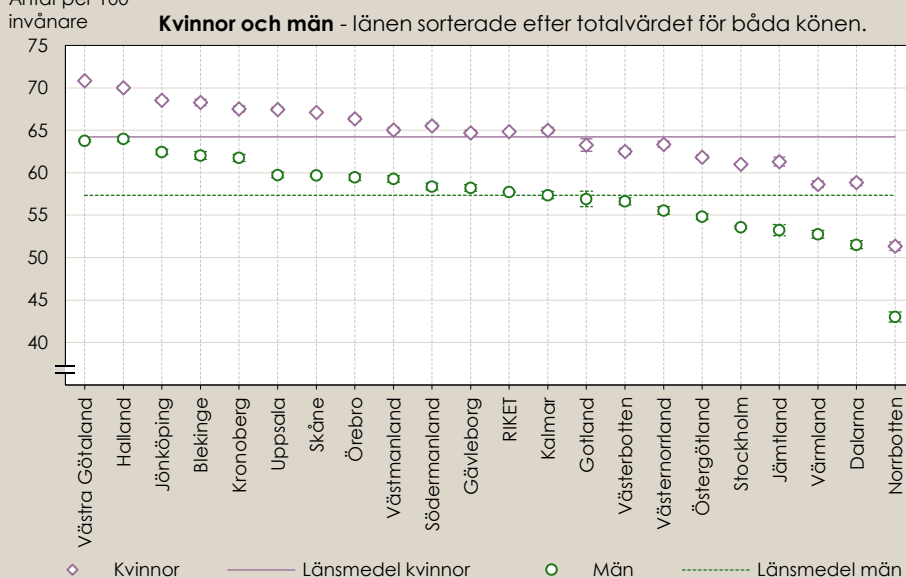
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor varierar värdet mellan länen 2018 från drygt 51 upp till nära 71 per 100 invånare. För män varierar antalet personer som fått en undersökning utförd mellan 43 till 64 per 100 invånare.

## 10.2. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden, 2018.

Antal per 100  
invånare



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

För jämförelsen efter utbildningsnivåer, i diagram 10.3, 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 dem med högre utbildning i alla länen. Bland dem med enbart förgymnasial utbildning har dock kvinnor ofta värden i nivå med män eller till och med lägre.

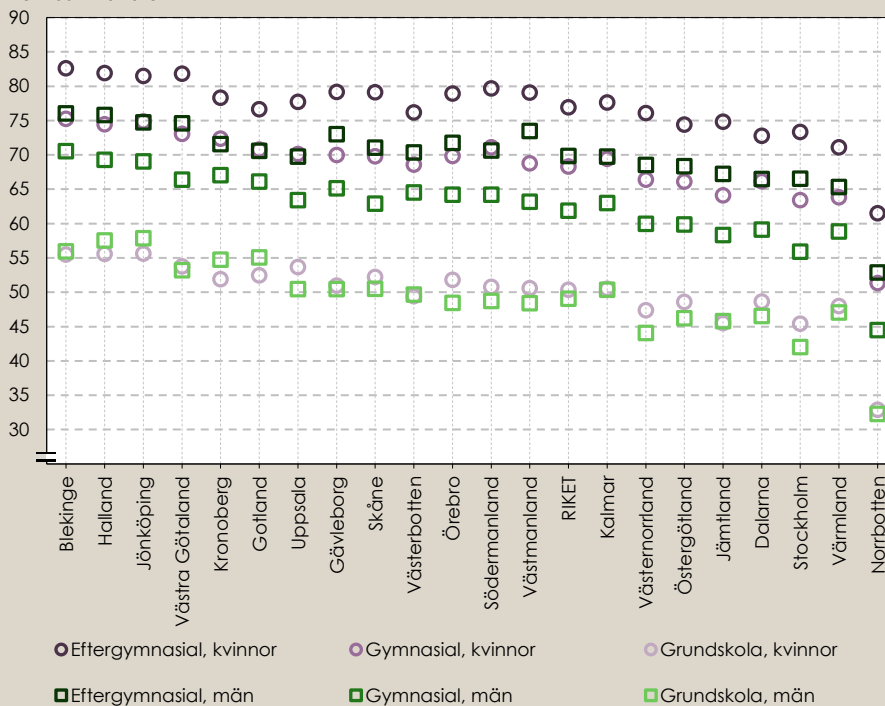
Socialstyrelsen har i tidigare utvärderingar pekat på att socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda personer i högre grad än genomsnittet avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl, vilket innebär att det finns ett jämlikhetsproblem när det gäller tandvårdskonsumtion och tandhälsa [65]. I slutbetänkande av *Kommissionen för jämlik hälsa* från 2017 (SOU 2017:47) framhålls att tandvården bör ses som en del av hälso- och sjukvården och man föreslår därför att regeringen bör utreda förutsättningarna för minskade patientavgifter i tandvården [66].



### 10.3. 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, 2017-2018

Per 100 invånare



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

I avsnittet *Bakgrundsfaktorer* presenteras antal tandläkare per 1 000 invånare för länder i OECD, och vid en jämförelse har Sverige ett relativt högt antal tandläkare per 1 000 invånare. Trots det råder det brist på tandläkare i många orter och regioner, exempelvis i Norrbotten [24, 67, 68].

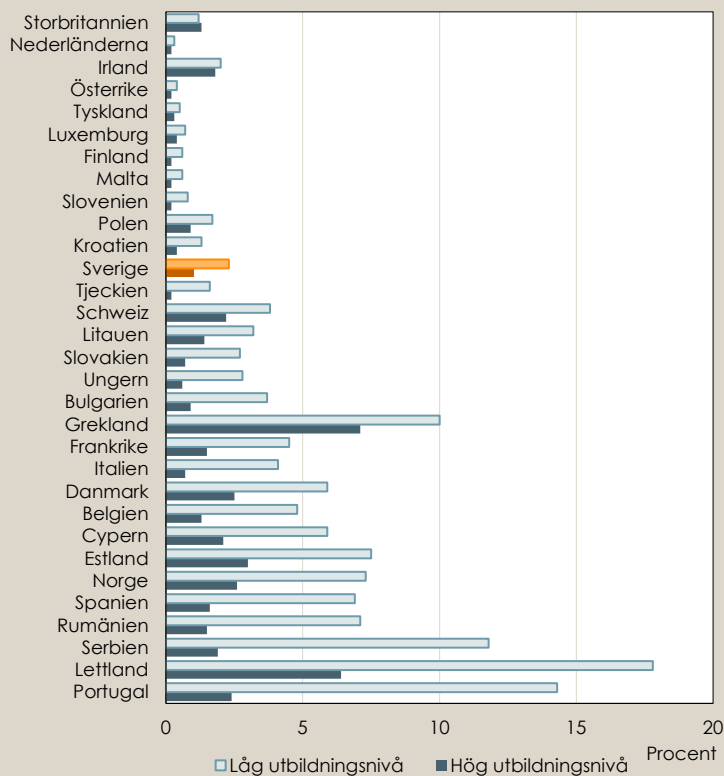
### Tandvårdsskillnader och utbildning i Europa

Eurostat publicerar uppgifter om man har valt att avstå tandvårdsundersökning och av vilken anledning. Uppgifterna kan även delas upp efter olika socioekonomiska faktorer. I diagram E.9 redovisas andelen som avstått tandvårdsundersökning på grund av kostnaden för dem med lägst respektive högst utbildning enligt Eurostats indelning. I diagrammet sorteras länderna efter storleken på skillnaderna mellan dem med kortast respektive längst utbildning.

Sverige hamnar relativt högt upp i diagrammet, trots att det är mer än dubbelt så vanligt att avstå bland de med lägre utbildning som bland dem med högre utbildning. Stora skillnader är alltså vanliga även i andra länder. Minst är skillnaderna i Nederländerna och Storbritannien, där tandvård ingår i det obligatoriska sjukvårdsförsäkringssystemet respektive det offentliga åtagandet.

### E.9. Utbildning. Avstått tandvård på grund av kostnad

Andel bland dem med högst respektive lägst utbildningsnivå som uppgett att de avstått tandvårdsundersökning på grund av kostnad. Länder som rapporterat värden till Eurostat för 2018. Diagrammet **sorteras efter skillnaden** mellan utbildningsnivåerna.



Källa: EU statistics on income and living conditions, Eurostat.

## Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvård 2013 presenterades ett antal indikatorer. Exempel på sådana indikatorer är kariesfria 12-åringar och sjukdomsbehandling vid karies [65, 69].

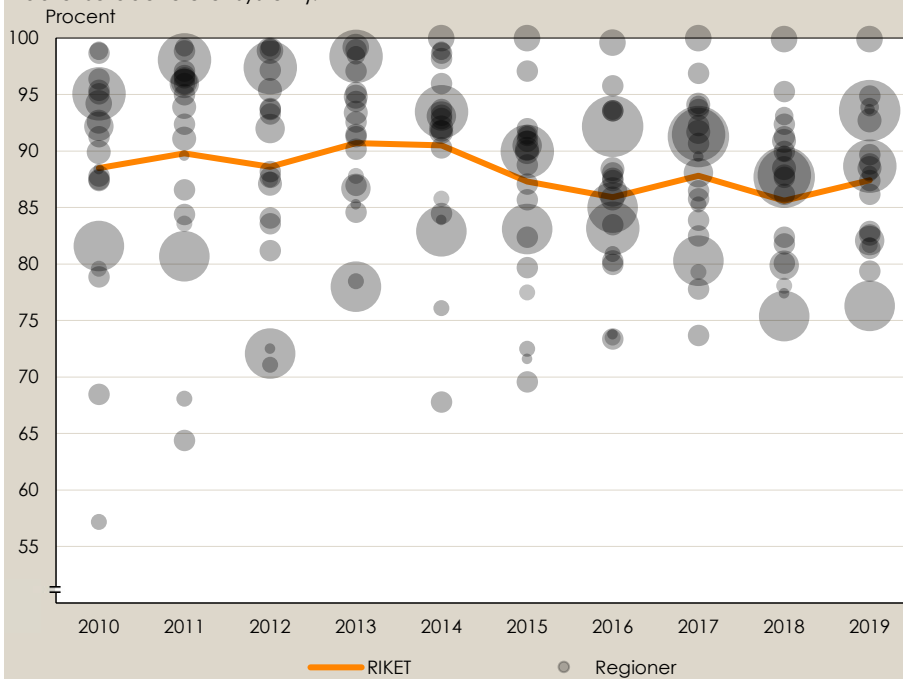
## 11. Primärvårdens telefontillgänglighet

Enligt den nationella vårdgarantin, som är en del av HSL, ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. För att följa upp det mäts telefontillgängligheten två gånger per år, mars och oktober. Resultaten som redovisas här är mätningar som genomförts på våren.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonisystem förväntas rapportera uppgifter. I riket som helhet besvarades drygt 87 procent av samtalen i mätningen våren 2019, vilket var en liten förbättring jämfört med våren 2018.

### 11.1 Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, (vårmetningar och enbart enheter med datoriserade telefonsystem).

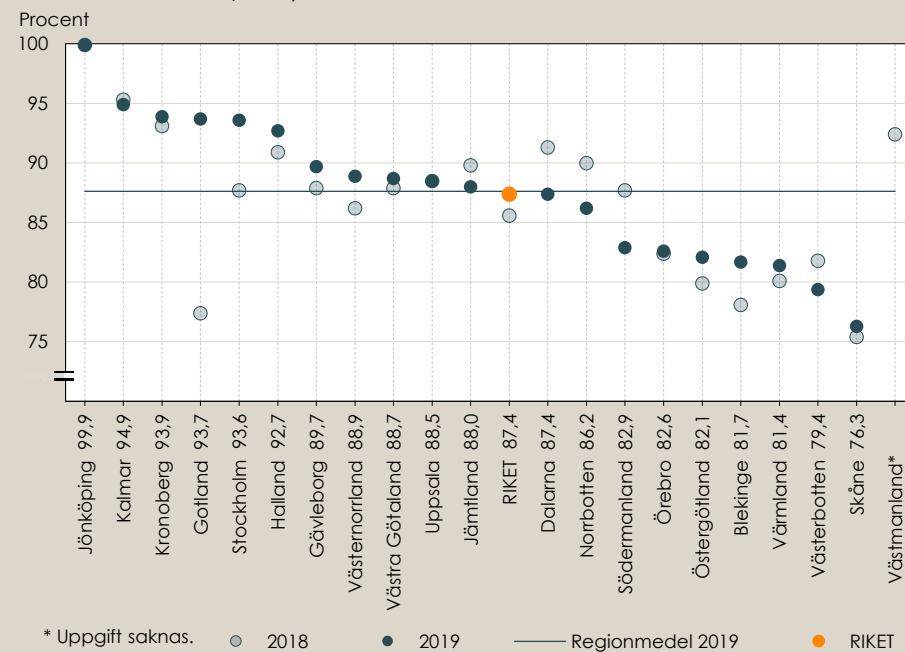


Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Regionernas andel besvarade samtal varierar från drygt 76 till 100 procent.

### 11.2. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, (vårmetningar och enbart enheter med datoriserade telefonsystem).



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Möjligheten att få kontakt med primärvården kan påverkas av dess organisering och tillgängliga resurser men även av vilka telefonsystem som används [62].

## Om relaterade mått och data

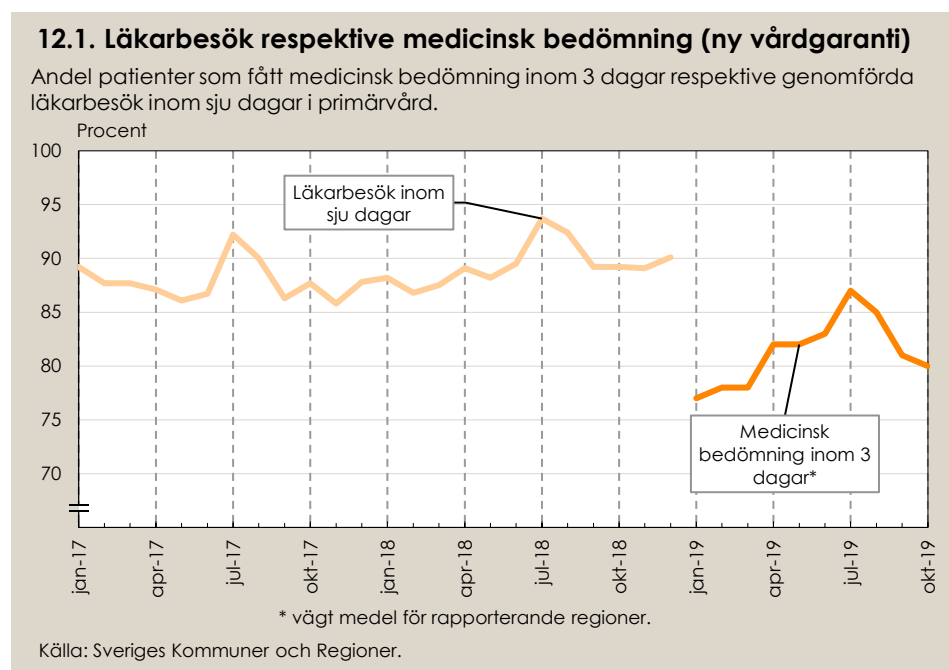
Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

## 12. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

Från första januari 2019 har vårdgarantins formulering ”besöka läkare i primärvården inom 7 dagar” ersatts av ”medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom 3 dagar”. Förändringen är en del i processen att strukturera om sjukvården som bland annat beskrivs i utredningen ”En god och nära vård” [70]. Den ändrade formuleringen kan delas upp i tre olika förändringar:

- Vårdkontakten ska genomföras inom 3 istället för 7 dagar.
- Vårdkontakten kan vara med annan legitimerad personal än läkare.
- Vårdkontakten avgränsas inte till enbart (mottagnings-)besök utan kan innebära distansbesök eller telefon och brevkontakter.

Vårdkontakter för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte i vårdgarantin och uppföljningen. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram. Denna väntetid kallas ”patientvald väntetid” och är exkluderad i redovisningen, i oktober 2019 uppgick denna andel till 5 procent av de uppföljda vårdkontaktarna. I diagram 12.1 återges utfallet för både den tidigare indikatorn samt den nya indikatorn.

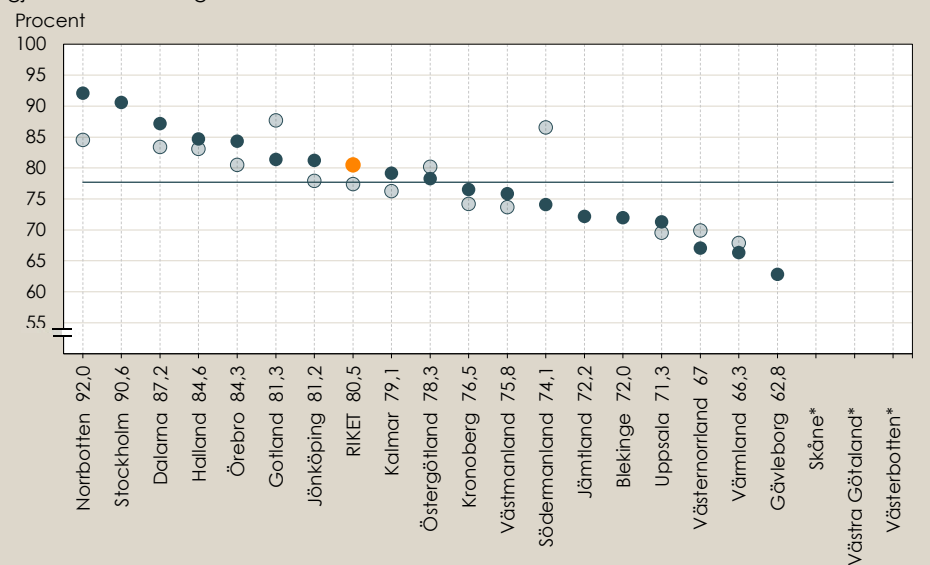


Uppföljningen av den förändrade vårdgarantin har dock inte kommit helt på plats, i februari 2020 fanns uppgifter för 16 av regionerna om förhållandet i oktober 2019, som framgår i diagram 12.2.

Sammantaget för patienterna i de uppföljda regionerna under oktober så fick drygt 80 procent en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Mellan regionerna varierar värdet för från knappt 63 till 92 procent. Månadsvärdena kan dock variera stort för enskilda regioner.

### 12.2. Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar

Andel av de medicinska bedömningarna av legitimerad personal inom primärvård som gjordes inom 3 dagar.



\* Uppgift saknades i den nationella rapporteringen (per 1 februari 2019).

○ Januari 2019 ● Oktober 2019 — Regionmedel Oktober 2019 ● Vägt medelvärde

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

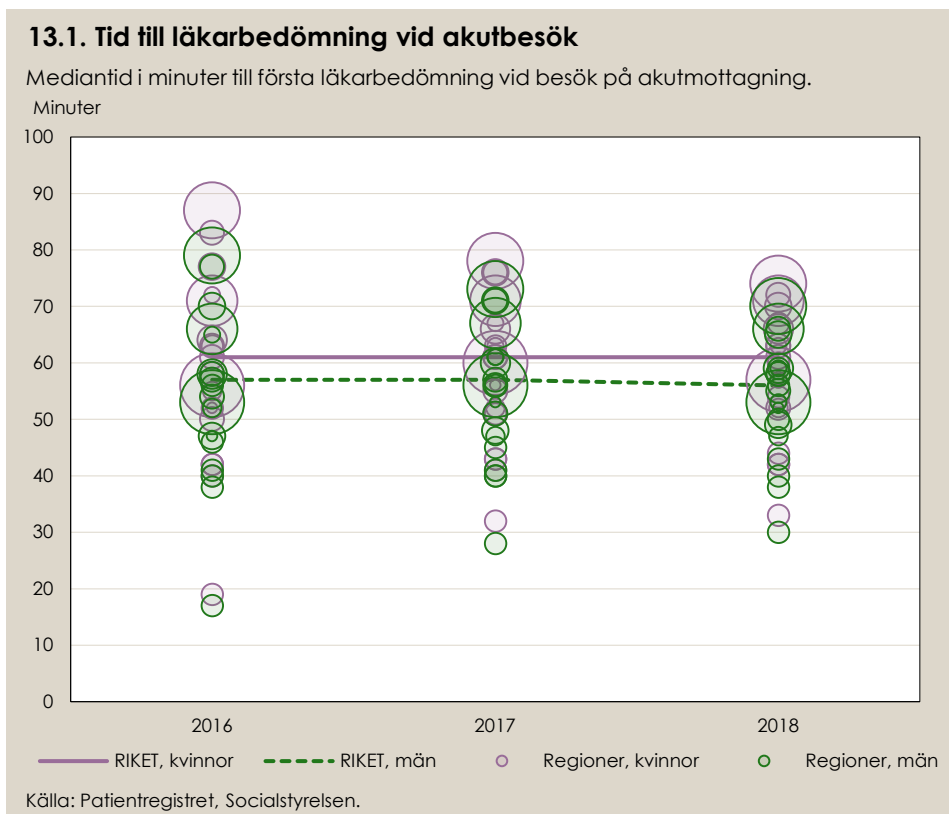
I all uppföljning av väntetider kan det finnas metodproblem att beakta. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera. Möjligheterna att tillgodose vårdgarantin kan påverkas av antalet patienter, tillgänglig personal och primärvårdens organisering. Det är viktigt med regionala och lokala analyser av väntetider, eftersom dessa kan påverkas av patientsammansättningen och olika systemfaktorer [62, 64].

### Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

## 13. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Inom sjukhusbundna akutmottagningar finns skillnader i väntetider mellan akutmottagningarna både vad gäller total vistelsetid och tid till läkarbedömning. Denna indikator visar mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning. Indikatorn är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen. Diagram 13.1. visar mediantiden till första läkarbedömning för kvinnor och män för perioden 2016–2018. För alla åren är mediantiden i riket högre för kvinnor än män. Ingen tydlig förändring syns mellan åren för rikets värde, men variationsvidden mellan länen har minskat.

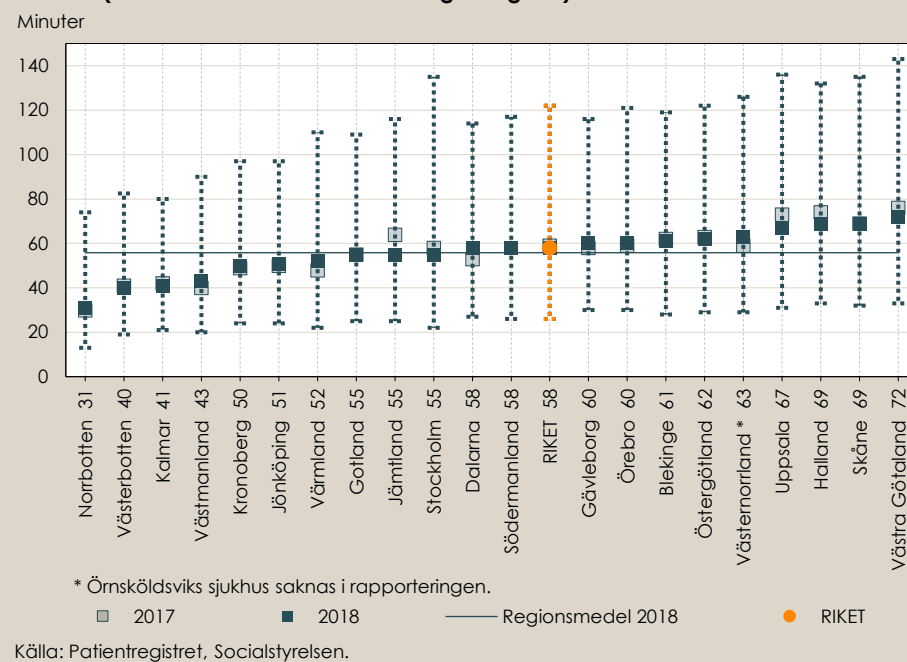


Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen är för riket 58 minuter 2018 vilket var 1 minut lägre jämfört med 2017. Värdena för regionerna varierar från 31 upp till 72 minuter.

### 13.2. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning.

Observera att "felstaplarna" i diagrammet markerar avståndet mellan 1:a och 3:e kvartilen (inte konfidensintervall som i övriga diagram).



Socialstyrelsen har tidigare visat att riskfaktorer som troligtvis bidrar till att patienter tillbringar mer än fyra timmar på akutmottagning är:

- stigande ålder
- första mottagande kliniks medicinska specialitet
- tid på dygnet
- inskrivning i slutenvård [71].

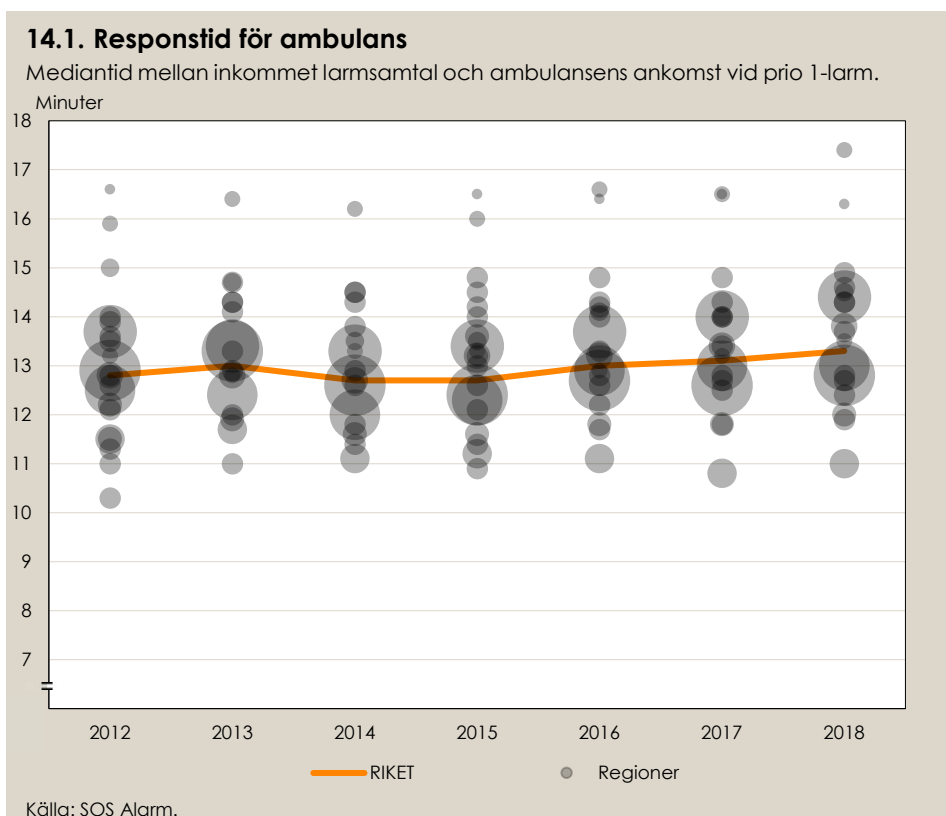
### Om relaterade mått och data

Relaterad till indikatorn som presenteras här är måttet som belyser patientens totala vistelsetid på akuten som visar tid från ankomst till avslutat besök på akutmottagning [72]. Via Socialstyrelsens statistikdatabas finns uppgifterna för båda måtten även nedbrutet på respektive akutmottagning och uppdelade efter patienter som är över respektive under 80 år, eftersom den äldre gruppen är speciellt viktig att följa upp.

## 14. 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 ökar. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande för vårdens resultat.

Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. Data kommer från SOS Alarm. Medianresponstiden för prio 1-larm var drygt 13 minuter 2018, och har legat relativt stadigt vid den nivån sedan 2012, en viss ökning syns dock under de senaste tre åren.

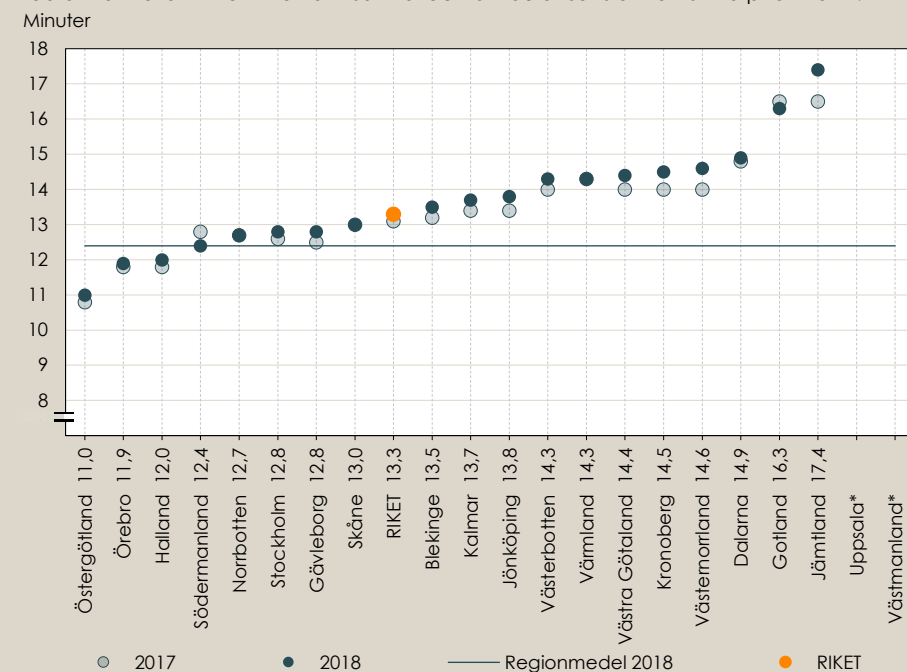


Medianen skiljer upp till drygt 6 minuter mellan länen. Faktorer som påverkar responstiden är framför allt hur regionerna valt att organisera ambulanssjukvården, avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.



## 14.2. Responstid för ambulans

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm.



Källa: SOS Alarm.

Vilka tillstånd som behandlas som prio 1-larm beror på de bedömningsgrunder som SOS Alarm använder sig av och de utgår från ett medicinskt index vid prioriteringar. Dock är prioriteringarna inte enhetliga över landet och SOS Alarm uppger att flertalet regioner kräver att prioriteringarna ska anpassas till respektive vårdkedjor [73].

Det är svårt att göra någon internationell jämförelse inom ambulanssjukvården. Bland annat för att prioriteringarna skiljer sig åt och att hälso- och sjukvårdssystemen organiseras på olika sätt. *National Health Service* (NHS) i Storbritannien publicerar månadsvisa rapporter med resultat för ambulanssjukvården, och i juni 2019 var mediantiden 7 minuter och 11 sekunder från larmsamtal till dess att ambulansen var på plats för prio 1-fallen [74].

## Om relaterade mått och data

Indikatorn presenteras på kommunnivå i *Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet* som tas fram av SKR och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

## 15. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

År 2009 genomfördes en särskild satsning för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa, den så kallade ”förstärkta vårdgarantin”. Målet var att minst 90 procent av patienterna skulle få en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 procent av patienterna en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom ytterligare 30 dagar. Detta är också indikatorn som valts här, trots att den förstärkta vårdgarantin numera tagits bort så kvarstår dessa mål för tillgängligheten [75].

Andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom barn och ungdomspsykiatrin (bup) baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

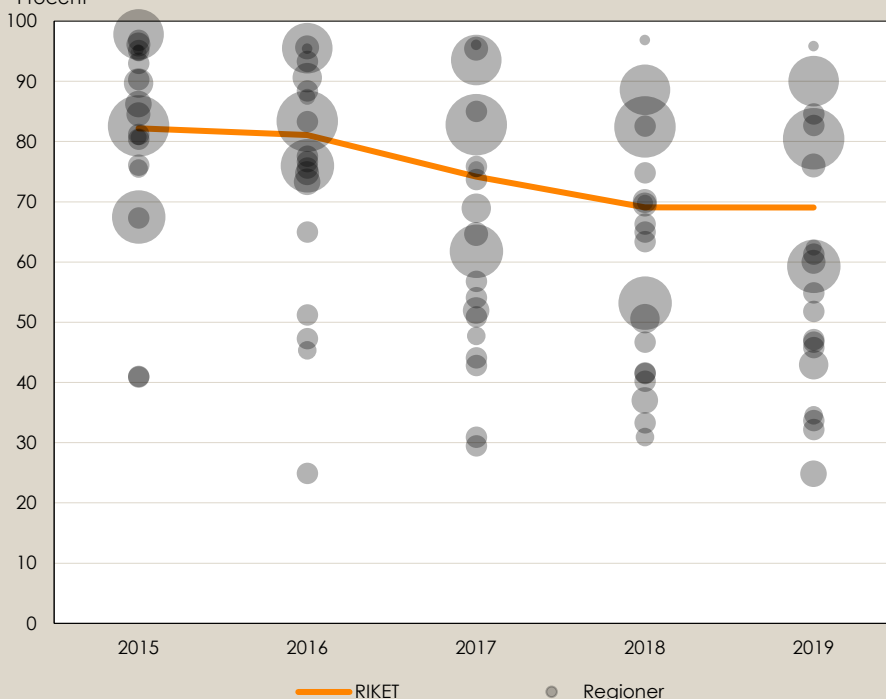
I diagram 15.1 framgår att andelen minskat varje år mellan 2015 och 2018, från drygt 80 till under 70 procent för 2019 är värdet i stort sett på samma nivå som 2018. Barnombudsmannen har kommenterat läget och utvecklingen för tillgängligheten till bup såhär:

*”Det är helt oacceptabelt. Vi måste leva upp till vårdgarantin. Det har tagits steg i rätt riktning, men det är inte tillräckligt” [76].*

### 15.1. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.

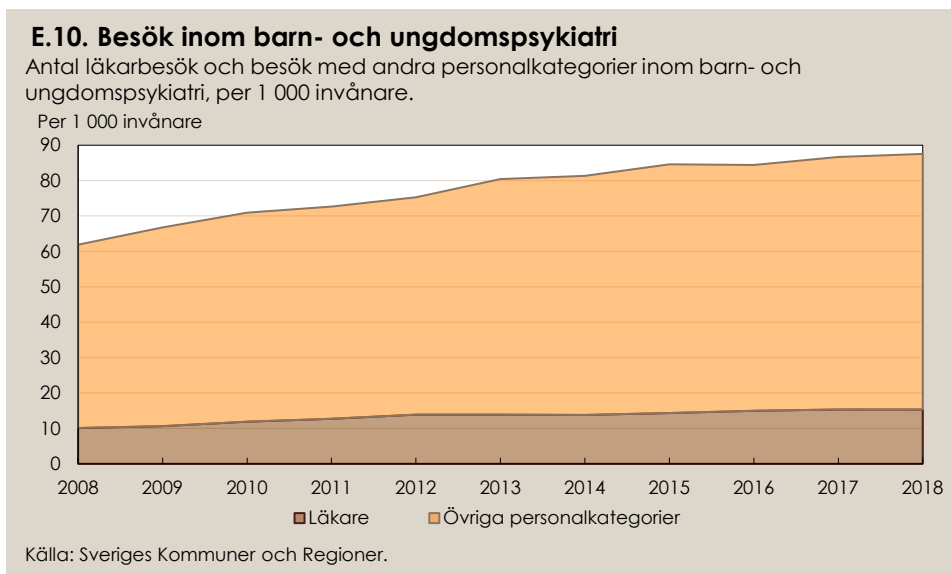
Procent



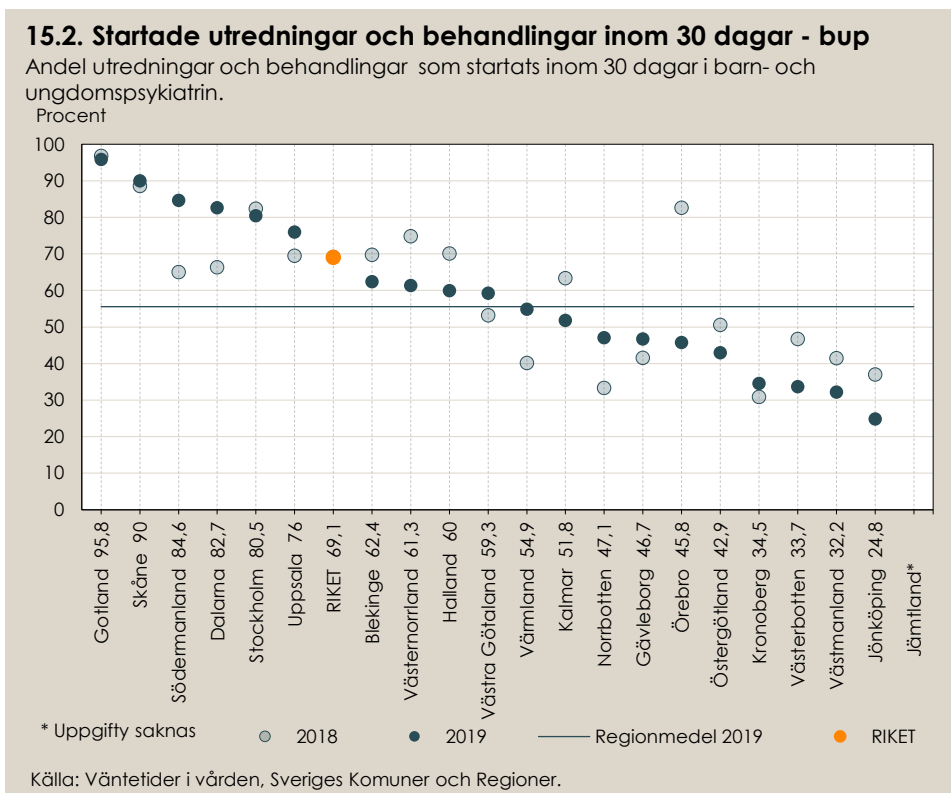
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Verksamheten och efterfrågan/behoven inom barn och ungdomspsykiatrin har ökat kontinuerligt vilket är en bidragande orsak till att det blivit svårare

att klara tillgänglighetsmålen. Diagram E.10 visar utvecklingen av patientbesök. Mellan 2008 och 2018 har antalet läkarbesök per 1 000 invånare ökat med drygt 50 procent och för andra personalkategorier med nära 40 procent.



Det är en betydande variation mellan de olika regionerna – från 25 till 96 procent, variationsvidden har också ökat jämfört med 2018.



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.

År 2018 slöts en ny överenskommelse kring barn och ungas psykiska hälsa mellan staten och SKR. Utöver satsningar på BUP fokuserar överenskommelsen i högre grad än tidigare på första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Verksamheten kan bedrivas av både kommuner och regioner och fokuserar på tidiga insatser och stöd till andra verksamheter som kommer i kontakt med barn, personalkategorier kan vara exempelvis psykologer, sjuksköterskor eller socionomer [75, 77]. Exempel på insatser är:

- att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa
- att ringa in och definiera problem, symtom och besvär
- att hänvisa och remittera vidare till andra aktörer
- att vara ett konsultativt stöd för andra verksamheter som möter barn som mår dåligt
- att ge stöd till barn enskilt eller i grupp, och till familjen [77].

En viktig part i arbetet med barn och ungas psykiska hälsa är elevhälsan. Skolinspektionen konstaterade i en granskning av elevhälsan 2014 och 2015 att skolpsykolog ofta saknades i det förebyggande arbetet samt att hälften av de barn och ungdomar som ingick i undersökningen hade mått dåligt eller känt oro. Skolinspektionen konstaterade även att eleverna behöver få mer kunskap om psykisk ohälsa [78].

## Om relaterade mått och data

På webbplatsen [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) redovisas uppgiften om barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett första besök till BUP och även tillgängligheten inom första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

I januari 2020 publicerade Socialstyrelsen en temarapport med öppna jämförelser av barn och ungas psykiatriska vård och behandling, i rapporten presenteras ett flertal indikatorer och vårdkonsumtionsuppgifter [79].

## 16. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

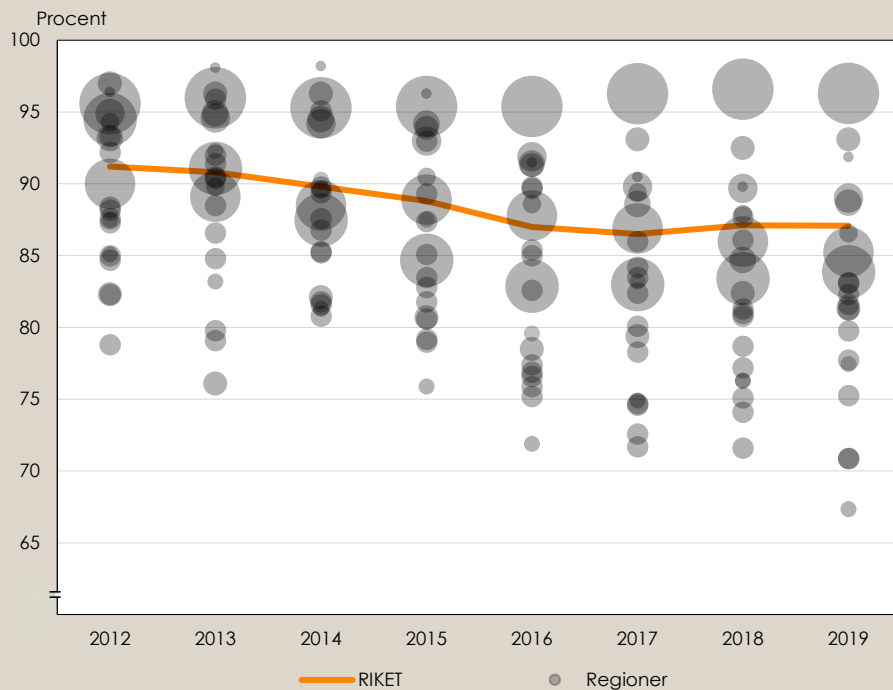
Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Indikatorn visar andelen besök där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, av totalt antal genomförda besök, vilket fastställs i vårdgarantin<sup>10</sup>. Patientvald väntetid är exkluderad. I indikatorn ingår 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 genomförda besök inom 90 dagar har sjunkit från över 90 procent 2012 ner till 87 procent för 2017 och ligger sedan kvar på den nivån för 2018 och 2019.

---

<sup>10</sup> HSL

### 16.1. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.

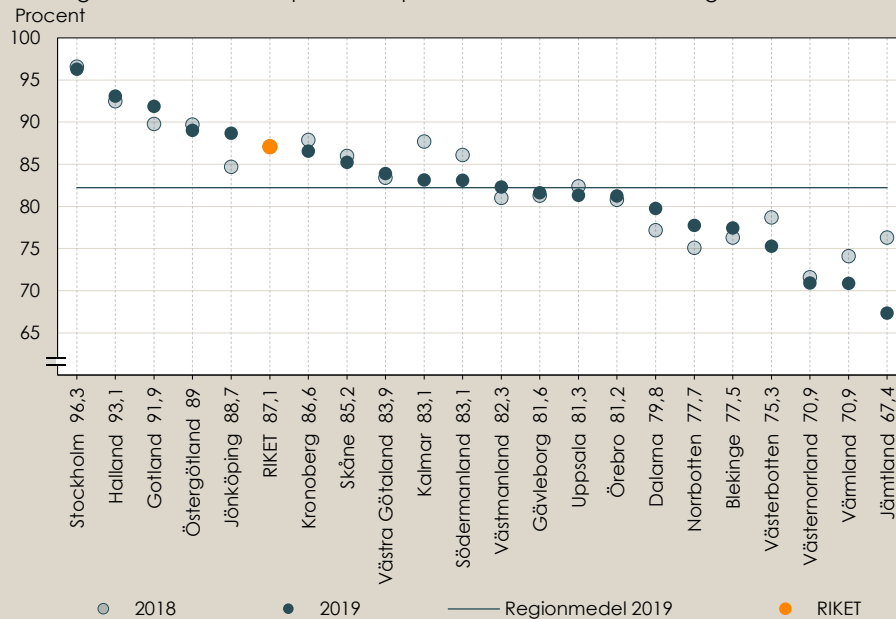


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

I diagram 16.2 redovisas andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård per region. Andelen varierar betydande mellan regionerna, från lite mer än 67 procent till drygt 96 procent för 2019.

### 16.2. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Det kan 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.

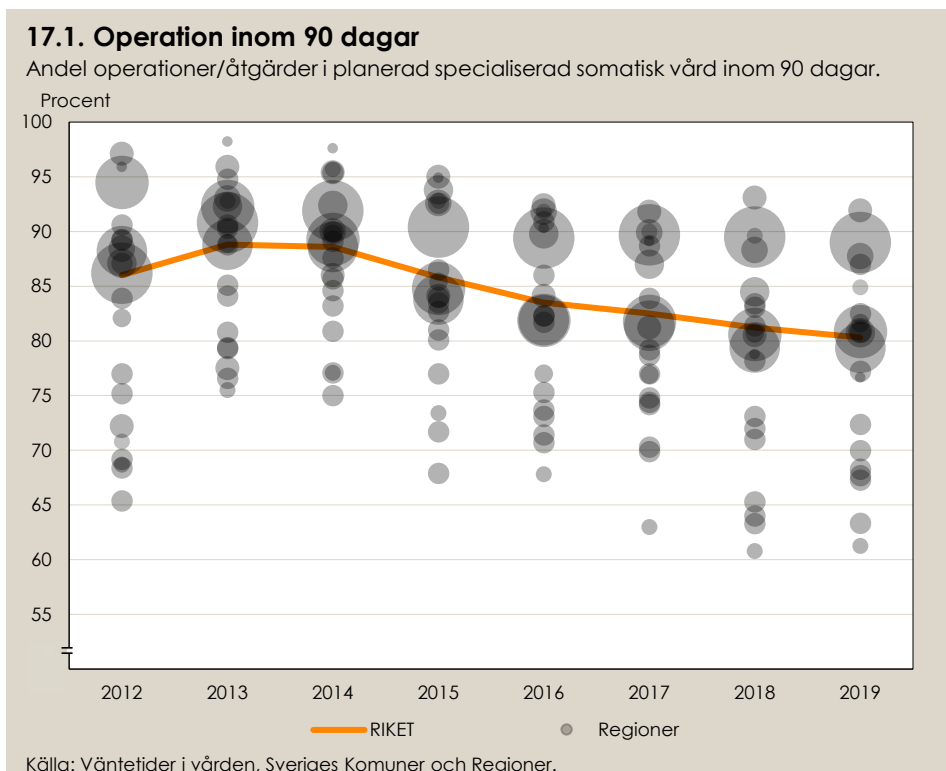
## Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

# 17. Operation inom 90 dagar

Indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Indikatorn visar andelen operationer eller andra behandlingsåtgärder där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, av totalt antal genomförda operationer och åtgärder, vilket fastställs i vårdgarantin<sup>11</sup>. Patientvald väntetid är exkluderad. Andelen operationer/åtgärder inom 90 dagar har minskat varje år sedan 2013 (diagram 17.1). Under 2019 genomfördes drygt 80 procent av åtgärderna inom 90 dagar.

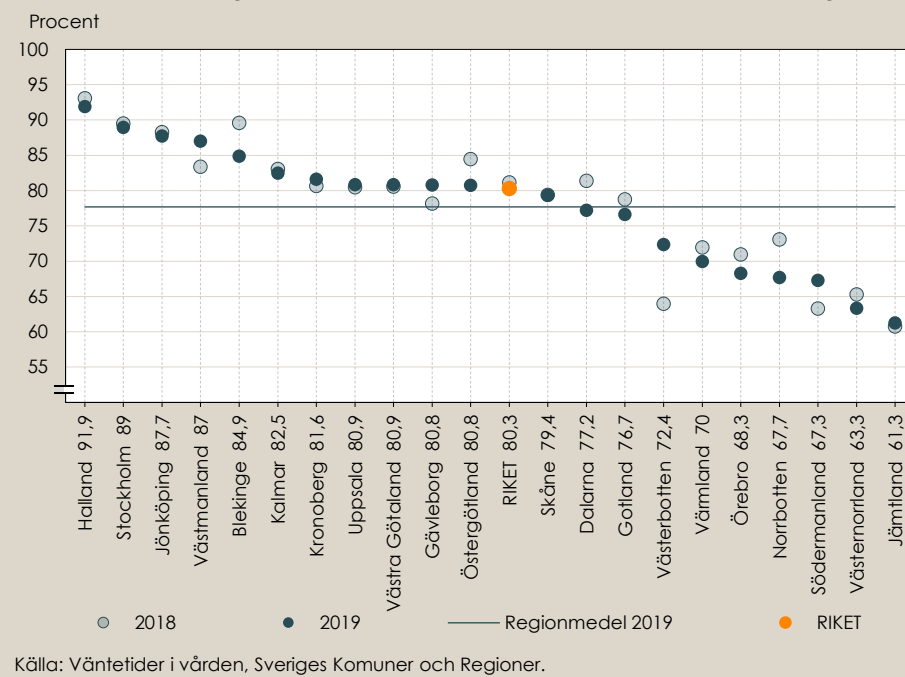


Mellan regionerna varierar värdena betydligt från drygt 61 till 92 procent för 2019. Det kan dock finnas metodproblem i all uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

<sup>11</sup> HSL

## 17.2. Operation inom 90 dagar

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



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Komuner och Regioner.

## Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se), även nedbrutet på specialiteter och enheter så som vårdcentraler och kliniker.

## 18. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

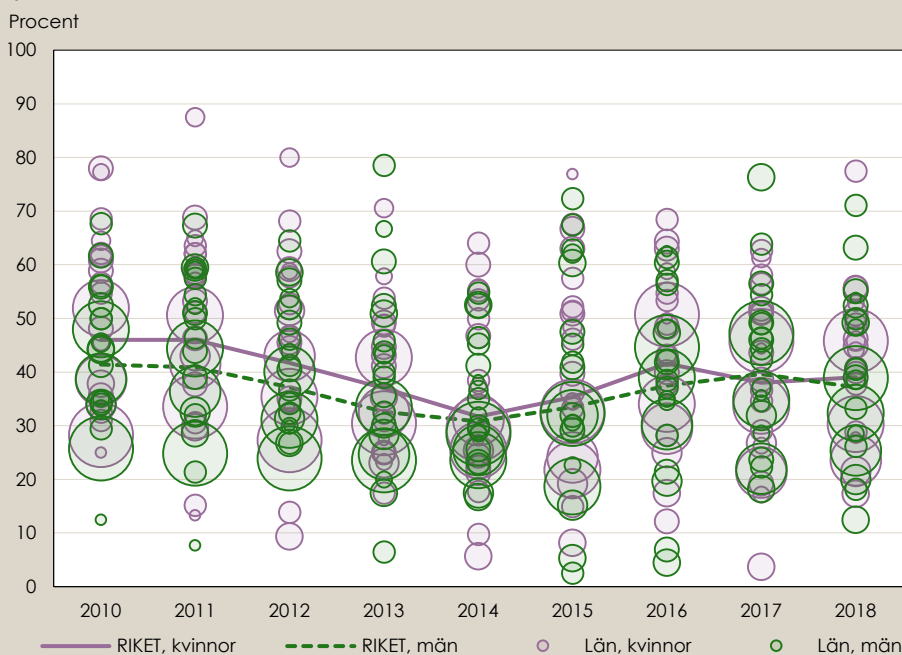
Tjocktarmscancer är den tredje vanligaste cancersjukdomen hos både män och kvinnor och lika vanligt förekommande hos båda könen. Årligen upptäcks omkring 4 500 nya fall av tjocktarmscancer i Sverige [58, 80].

Indikatorn visar andel patienter som fått vänta högst 28 dagar från diagnos till start av behandling vid tjocktarmscancer. Det är viktigare att utredningen är av god kvalitet och görs grundligt än att behandlingen påbörjas snabbt. Men en väntetid på 28 dagar ses av Svenska Kolorektalcancerregistret som mer än tillräcklig för utredning för majoriteten av patienter och att väntetiderna bör hållas nere – bland annat på grund av den oro och det lidande som finns hos patienterna under väntan på behandling [58]. Den viktigaste åtgärden för att behandla tjocktarmscancer är kirurgi [81].

I diagram 18.1 framgår att kring 40 procent bland både kvinnor och män påbörjade behandling inom 28 dagar efter diagnos för de tre senaste åren i uppföljningen. Det är något högre värden än för 2014 och 2015 men lägre än 2010 och 2011 och långt ifrån det målvärde på 80 procent som Svenska Kolorektalcancerregistret har fastställt. Variationen mellan länen är också påtagligt stor för alla de redovisade åren.

### 18.1. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Andel patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer.

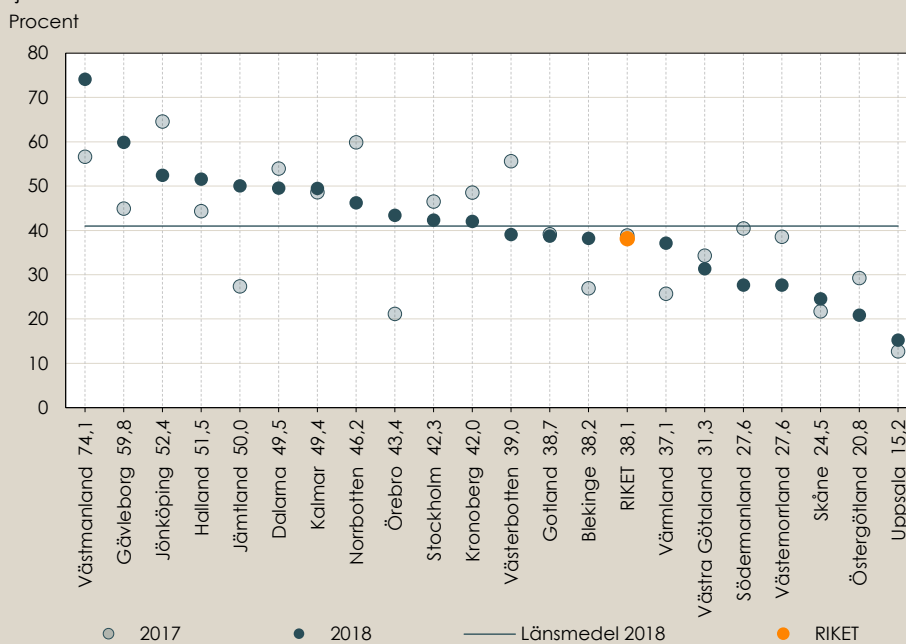


Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Variationen mellan länen framgår också i diagram 18.2. För 2018 var andelen nära fem gånger högre i länet med högst värde jämfört med det med lägst värde. Ingen skillnad kan ses för rikets värde mellan 2017 och 2018.

### 18.2. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Andel patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.



Det standardiserade vårdförloppet för tjock- och ändtarmscancer fastställdes 2016, av Regionala cancercentrum. Synkronisering har skett med Socialstyrelsens nationella riktlinjer [82].

## Om relaterade mått och data

Här redovisas en indikator som ett exempel på väntetider inom cancervården. Olika typer av väntetider och ledtider mäts och publiceras därutöver för olika typer av cancer i de olika kvalitetsregistren och i samband med uppföljning av och införandet av vårdförlopp (SVF) för ett flertal cancerformer och redovisas på webbplatsen för Regionala cancercentrum i samverkan.

## 19. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person 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 [83]. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten [84].

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. Markörbaserade journalgranskningar har visat på en tydligt ökad förekomst av vårdskador i samband med utlokaliseringar av patienter [85-87].

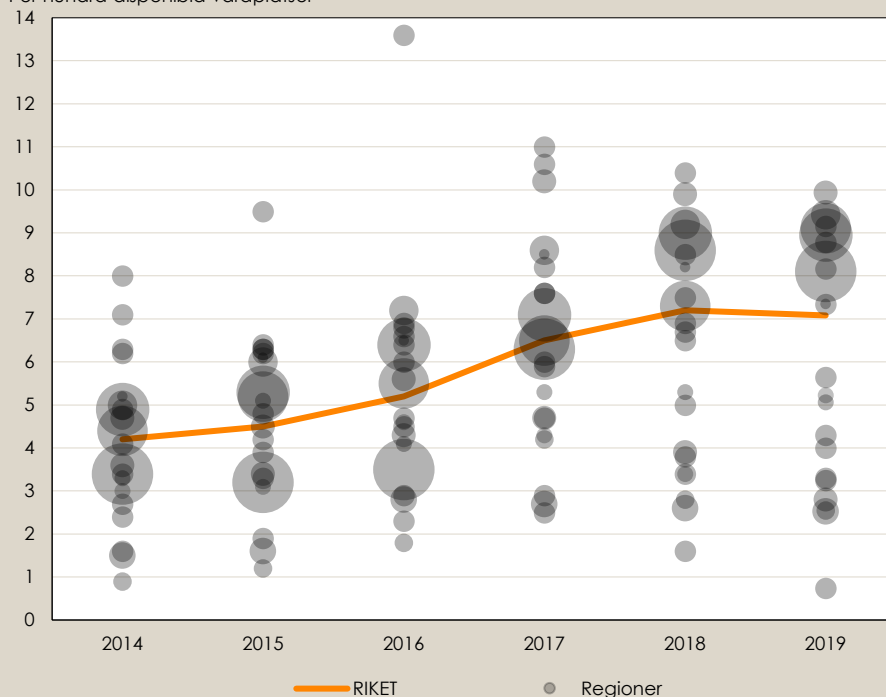
Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter i slutenvården. Dessa problem har också tilltagit under mätperioden.

I diagram 19.1 framgår att överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat för varje år mellan 2014 och 2018. För 2019 ligger värdena på i stort sett samma nivå som 2018. För första gången sedan mätningarna startade så ses alltså ingen ökning jämfört med året innan.

### 19.1. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

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

Per hundra disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

OECD samlar in uppgifter om antalet vårdplatser i olika länder. Sverige är ett av de länder som redovisar lägst antal slutenvårdsplatser per invånare, vilket framgår i avsnittet *Bakgrundsfaktorer*. 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 visar dock att slutenvårdsresurserna, oftast i form av personal, i flera fall varit otillräckliga för det aktuella behovet.

I diagram 19.2 jämförs regionerna och riket. Riksgenomsnittet för 2019 var 7,1 överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser vilket var en marginell minskning jämfört med 2018. För de enskilda regionerna varierar antalet stort från 0,7 till 9,9 under 2019.

Vissa felkällor kan finnas i mätningen, till exempel vid tillämpning av definitionerna kring disponibel vårdplats och utlokaliserad patient.

### Om relaterade mått och data

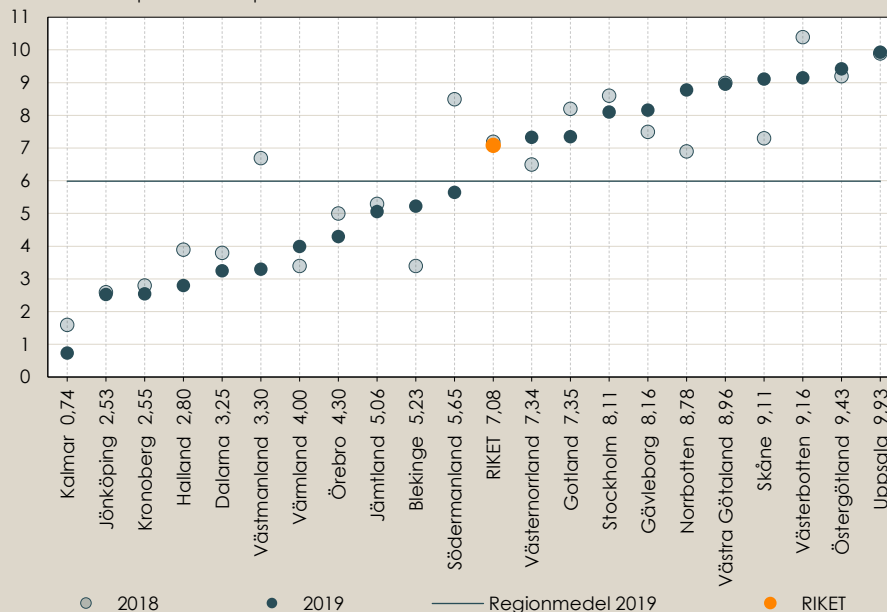
Indikatorerna *Antal överbeläggningar per 100 vårdplatser* samt *Antal utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser* redovisas i *Vården i siffror* och på [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) och då även uppgifter för respektive sjukhus.

Indikatorn *Utskrivningsklara patienter på sjukhus* är också intressant att beakta i samband med överbeläggningar och utlokaliseringar.

## 19.2. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

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

Per hundra disponibla vårdplatser



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

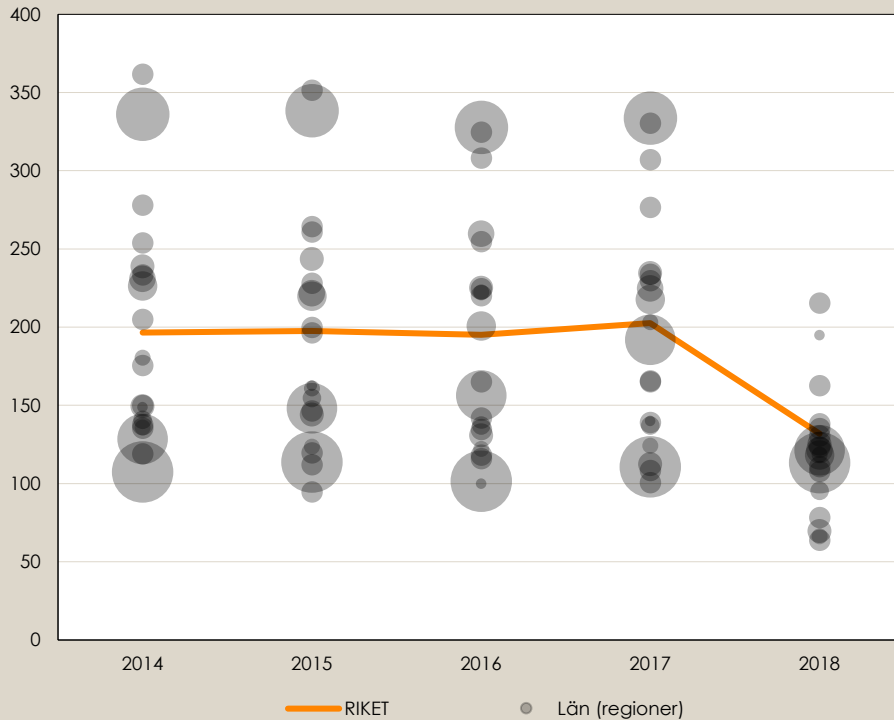
## 20. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

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 behandlande läkare inte längre bedömer att personen behöver slutna vård [88].

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. Indikatorn visar summan av dagar patienter varit utskrivningsklara per 1 000 invånare. I riket uppgick antalet till 132 dagar 2018 vilket var en nedgång med 71 dagar jämfört med 2017. Den tydliga nedgången kan kopplas till förändringar i lagstiftningen kring utskrivningsklara patienter. Den 1 januari 2018 ersattes lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Den nya lagen berör flera aspekter av samverkan mellan regionernas slutenvård och kommunernas vård och omsorg. I och med den nya lagen har kommunerna betalningsansvar för utskrivningsklara patienter efter tre dagar, om inget annat avtalats, mot tidigare fem dagar.

## 20.1. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare.  
Per 1 000 invånare

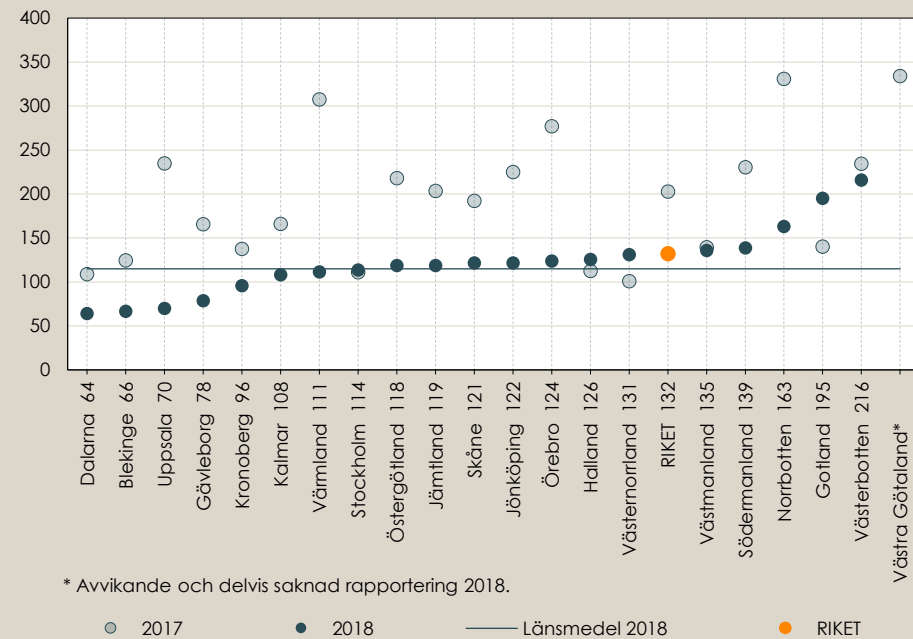


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

För de enskilda regionerna 2018 varierade antalet dygn för utskrivningsklara patienter på sjukhus per 1 000 invånare från 64 till 216.

## 20.2. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare.  
Per 1 000 invånare



\* Avvikande och delvis saknad rapportering 2018.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Ett stort antal dygn som utskrivningsklara per invånare kan vara ett tecken på att kommunerna inte har tillräcklig kapacitet eller att det finns andra brister i samverkan mellan kommuner och regioner.

### Om relaterade mått och data

Uppgifter om utskrivningsklara patienter har börjat följas och redovisas månadsvis på webbplatsen *vantetider.se*. En relaterad indikator som i vissa fall kan relateras till utskrivningsklara patienter är *Väntetid till särskilt boende*. Indikatorn presenteras nedan i denna rapport samt i *Kolada*. Uppgiften om *Tid som utskrivningsklar patient på sjukhus* kan följas månadsvis i *Vården i siffror*.

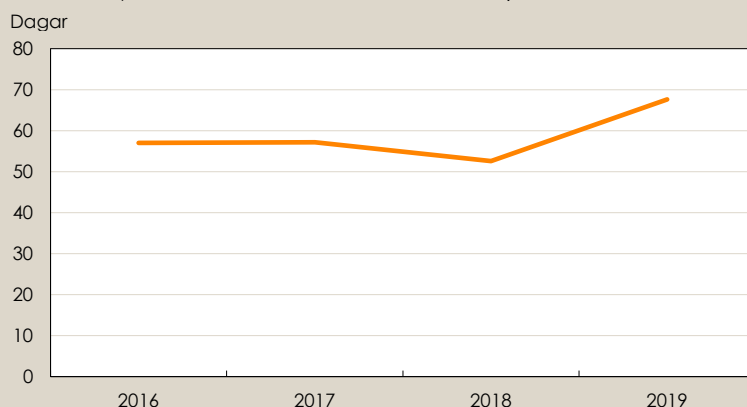
## 21. Väntetid till särskilt boende

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boenden 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 IVO om beslut inte verkställts inom tre månader.

Indikatorn visar på kommunernas 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 68 dagar för de kommuner som deltagit i mätningen 2019, vilket var 15 dagar längre än 2018.

### 21.1. Väntetid till särskilt boende

Medelväntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet/riket.

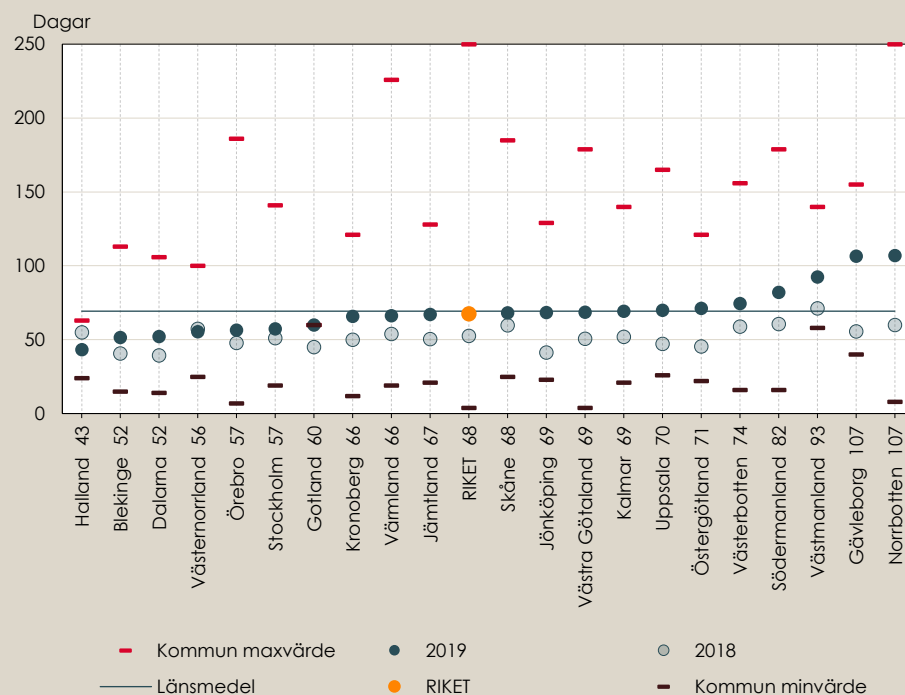


Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser.

Spridningen mellan kommunerna varierar mellan 4 och 250 dagar 2019. Väntetiden till att en person erbjuds en plats i ett särskilt boende varierar även stort mellan kommunerna inom ett län. I länet med störst spridning på kommunnivå är skillnaden 242 dagar. Medelväntetiden i genomsnitt för kommunerna i respektive län varierar från 43 till 107 dagar 2019.

## 21.2. Väntetid till särskilt boende

Medelväntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet/riket.



Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av 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.

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

## Om relaterade mått och data

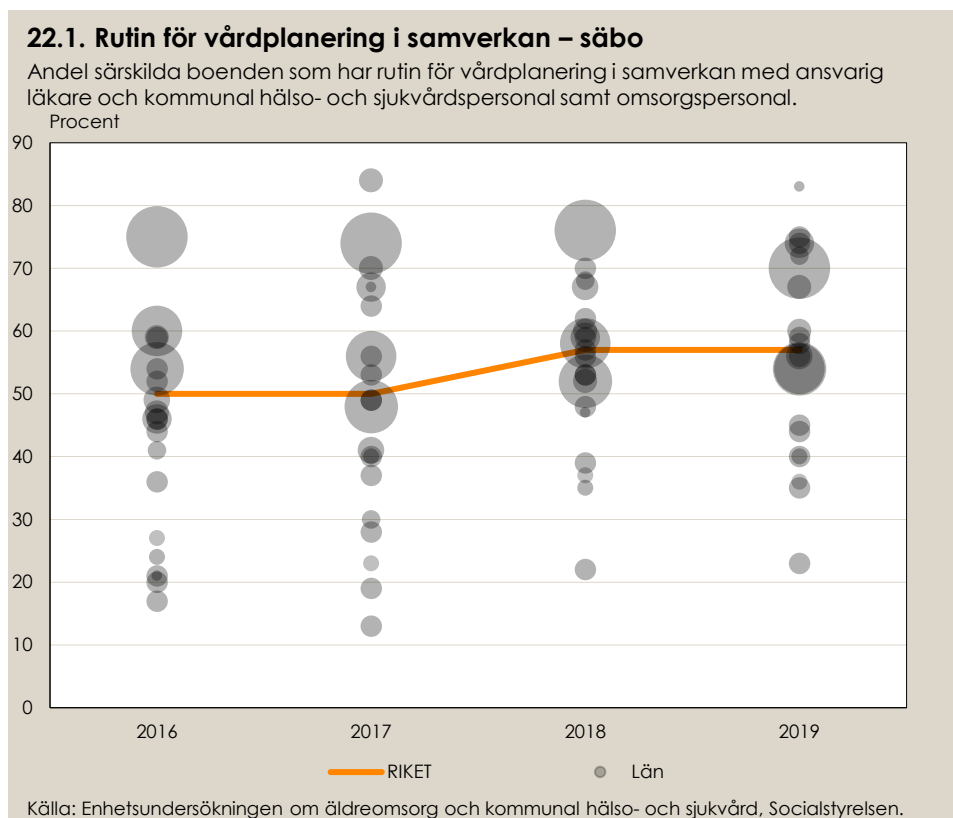
I *Kolada* redovisas *Väntetid till särskilt boende* per kommun. En relaterad indikator som i vissa fall kan påverka väntetiden är *Utskrivningsklara patienter på sjukhus*. Indikatorn presenteras i denna rapport samt i *Vården i siffror*.

## 22. Rutin för vårdplanering i samverkan – säbo

Indikatorn mäter andel särskilda boenden som har rutiner på ledningsnivå för hur vårdplanering av den enskildes hälso- och sjukvård ska genomföras i samverkan med ansvarig läkare, kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal. Här mäts om enheterna har upprättat en rutin samt om den följts upp men alltså inte i vilken mån samverkan vid vårdplanering förekommer på individnivå i enskilda fall.

Syftet med en vårdplanering är att strukturera och samordna genomförandet av vården och omsorgen samt att så långt som möjligt utforma och genomföra vården i samråd med den enskilde. Indikatorn berör samverkan mellan kommuner och regioner, som båda är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård, ofta till en och samma person.

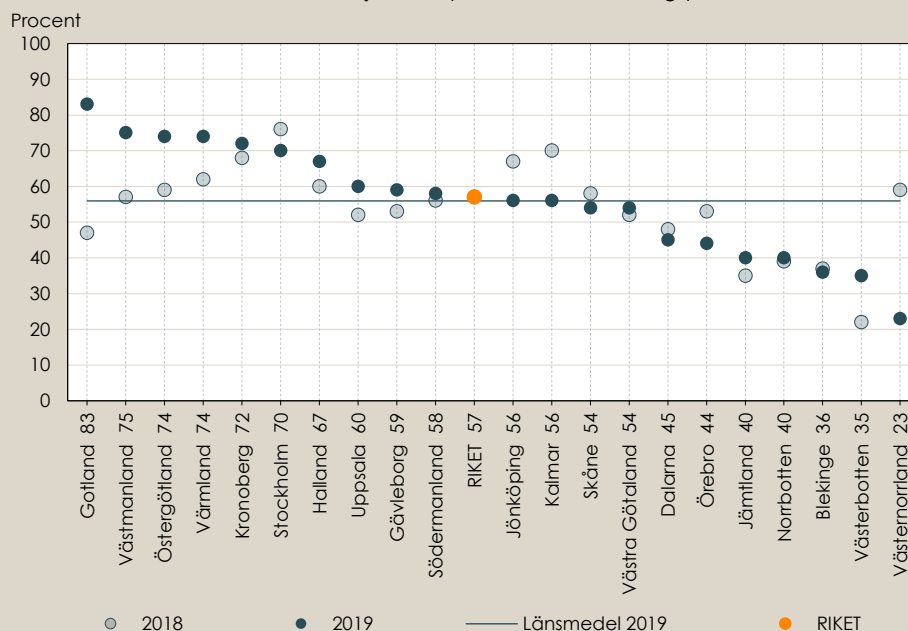
Sammantaget i riket 2019 hade 57 procent av särskilda boenden rutin för samverkan vid vårdplanering vilket var samma nivå som 2018. Mellan 2017 och 2018 ökade andelen med 7 procentenheter.



För 2019 varierar värdena mellan länen från 23 till 83 procent. Även borträknat ytterligheterna skiljer det betydligt mellan olika län hur vanligt det är med rutin för vårdplanering i samverkan.

## 22.2. Rutin för vårdplanering i samverkan – säbo

Andel särskilda boenden som har rutin för vårdplanering i samverkan med ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Kontinuitet, koordinering och delaktighet i vården är aspekter av effektiv och individanpassad vård men också tillgänglighet. Detta lyfts fram när patienter har tillfrågats om vad de ser som tillgänglig vård [63]. Kontinuitet och koordinering pekas också ut som ett förbättringsområde i utredningen Effektiv vård [5]. I internationella jämförelser har Sverige också visat svagare resultat än andra länder för kontinuitet och koordinering av vården [62, 88].

Underlaget till indikatorn kommer från den enhetsundersökning inom äldreomsorgen som Socialstyrelsen genomför årligen. Enkäter skickas till samtliga verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden som kommunerna uppgivit ingår inom kommunens äldreomsorg. I undersökningen 2018 deltog 85 procent av hemtjänstverksamheterna och 91 procent av de särskilda boendena.

## Om relaterade mått och data

I Nationell Patientenkät som SKR genomför finns också frågor och sammansatta mått som rör patienternas upplevelser av bland annat kontinuitet, koordinering och delaktighet. Uppgifterna från NPE finns tillgängliga på regionnivå men även enhetsnivå så som kliniker och vårdcentraler på webbplatsen [patientenkät.se](http://patientenkät.se).



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

Under Agenda 2030 mål 3 *Hälsa och välbefinnande* specificeras vikten av förebyggande arbete under delmål 3.4 som innebär att minska antalet förtida dödsfall av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel och främja psykisk hälsa och välbefinnande [2]. Hälso- och sjukvårdslagens portalparagrafer, 3 kap 1-2 §§ HSL, 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. I många fall kan hälso- och sjukvården även bidra till hälsofrämjande arbete inom 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. Här finns även insatser inom till exempel screening och barnhälsovård som syftar till att förebygga sjukdomar och främja hälsan bland personer utan pågående sjukdom. Under 2018 har Socialstyrelsen uppdaterat riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [89].

Under avsnittet har två indikatorer tagits bort på grund av brister i dataunderlaget, *Tobaksvanor under graviditet* samt *Fysisk inaktivitet vid diabetes*. En ny indikator som berör förebyggande och tidiga insatser har tagits med *Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll*. Mer om motiveringar för ändringar av indikatorsetet framgår i *Bilaga 1*.

## 23. 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 med allmänna vaccinationsprogram på gruppnivå överstiger riskerna [90].

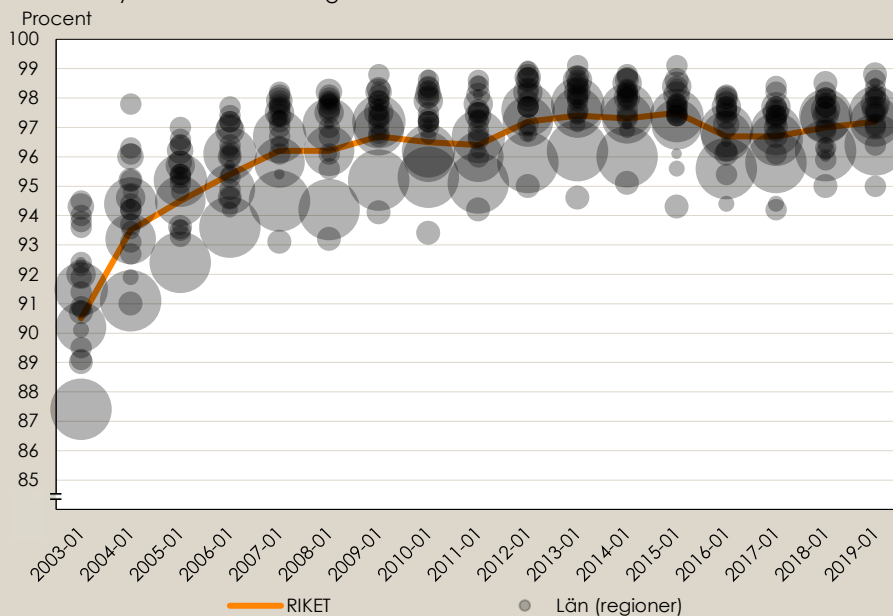
Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive vid 6–8 års ålder [91]. Barnhälsovården rapporterar årligen uppgifter om vaccinationsstatus bland inskrivna tvååringar till Folkhälsomyndigheten.

Jämfört med 15 år tillbaka har andelen vaccinerade barn ökat och variationen mellan länen minskat. Mellan januari 2015 och 2016 minskade dock andelen barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund med nästan en procentenhet ned till 96,6 procent. För de tre senaste mätperioderna har minskningen inte fortsatt och i januari 2019 var andelen för de rapporterade länen 97,2 procent. Denna siffra är troligen något överskattad

då Uppsala och Jämtland inte ingår i redovisningen för januari 2019 och de har tidigare varit bland länen med en lägre andel vaccinerade barn.

### 23.1. Vaccination av barn (MPR)

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Barn inskrivna på BVC som fyllde 2 år under föregående kalenderår.

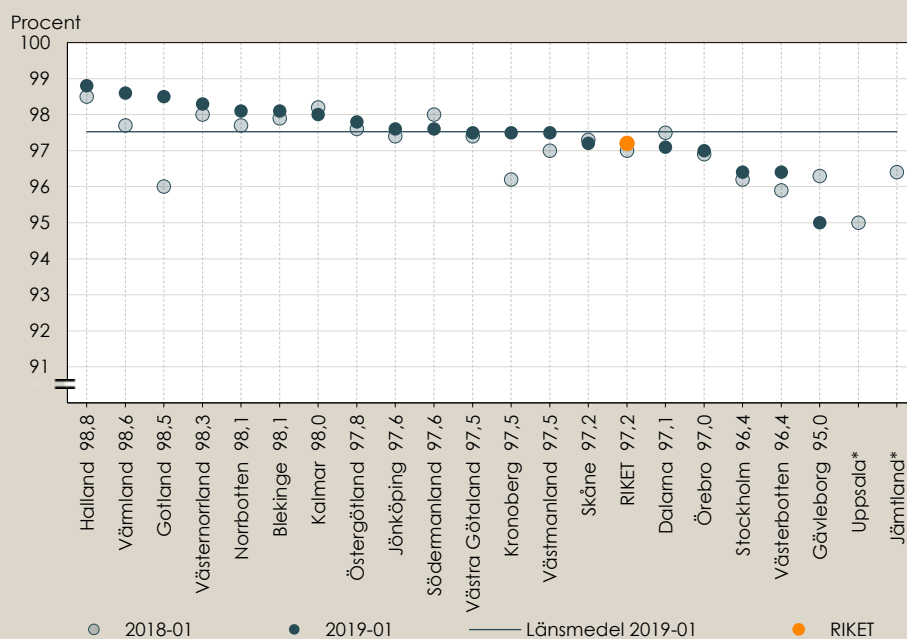


Källa: Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

Det finns skillnader mellan länen gällande vaccinationstäckningen. Andelen barn som vaccinerats varierar mellan 98,8 till 95,0 procent mellan länen med rapporterade uppgifter för januari 2019.

### 23.2. Vaccination av barn (MPR)

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Barn inskrivna på BVC som fyllde 2 år under föregående kalenderår.



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 [91]. Utbrott av mässling förekom under 2018 främst i Västra Götaland och i Stockholms län, av de drabbade var 14 barn och 29 vuxna [92].

Sverige visar god vaccinationstäckning relativt andra länder, exempelvis för mässling och röda hund [93]. Ett delmål gällande hälsa i Agenda 2030 är att vaccin ska finnas tillgängligt.

## Om relaterade mått och data

Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket publicerar flera uppgifter om barnvaccinationsprogrammet däribland vaccinationstäckning över tid och vaccinationstäckning för HPV-vaccin [92].

## 24. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll

Cancer i livmoderhalsen är relativt ovanlig i Sverige jämfört med världen i övrigt. År 2016 insjuknade 541 kvinnor och medianåldern vid insjuknandet var 45 år. Livmoderhalscancer har mer än halverats sedan 1960-talet då screening med gynekologisk cellprovtagning infördes. I dag erbjuds dessutom alla flickor i årskurs fem eller sex vaccinering mot humant papillomvirus (HPV) som är bakomliggande orsak till cirka 70 procent av all livmoderhalscancer i Sverige [80].

I juni 2015 rekommenderade Socialstyrelsen ett nytt program där cellprovskontroll erbjuds vart tredje år i åldrarna 23–50 år och vart sjunde år i åldrarna 51–64 år. Socialstyrelsens bedömning är att rekommendation om ett nationellt screeningprogram ska skapa förutsättningar för en jämlik vård, uppnå en bättre cancerförebyggande effekt samt resultera i ytterligare hälsovinster i befolkningen.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för livmoderhalscancer med

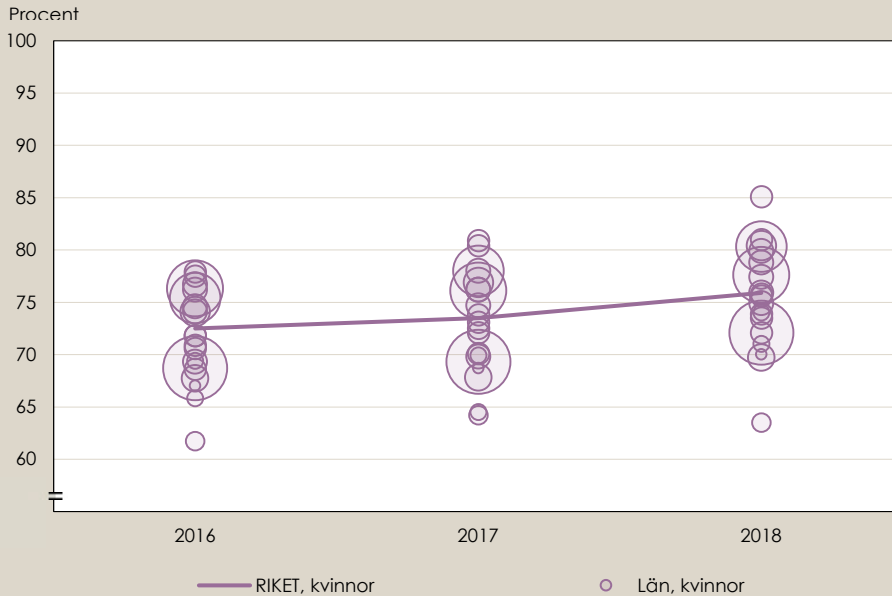
- cellprovtagning med analys för cytologi vart tredje år till kvinnor i åldern 23–29 år
- cellprovtagning med analys för humant papillomvirus (HPV) vart tredje år till kvinnor i åldern 30–49 år samt en kompletterande analys även för cytologi för kvinnor som är cirka 41 år
- cellprovtagning med analys för HPV vart sjunde år till kvinnor i åldern 50–64 år. [94].

Med täckningsgrad avses i indikatorn som redovisas här andelen kvinnor i befolkningen i åldrarna 23-70 år som har tagit ett cellprov enligt de rekommenderade intervallen. Åldersgruppen 61-70 år har ett lågt deltagande, men en ökning av täckningsgraden i just den åldersgruppen kan ses om man jämför 2018 med 2017 års data [95].

Resultat för indikatorn 2018 visar att 76 procent av kvinnorna har genomgått en gynekologisk cellprovskontroll enligt de angivna intervallen. Värdet har ökat sedan 2016.

### 24.1. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll

Andel kvinnor som genomgår gynekologisk cellprovskontroll. Avser kvinnor 23–70 år.

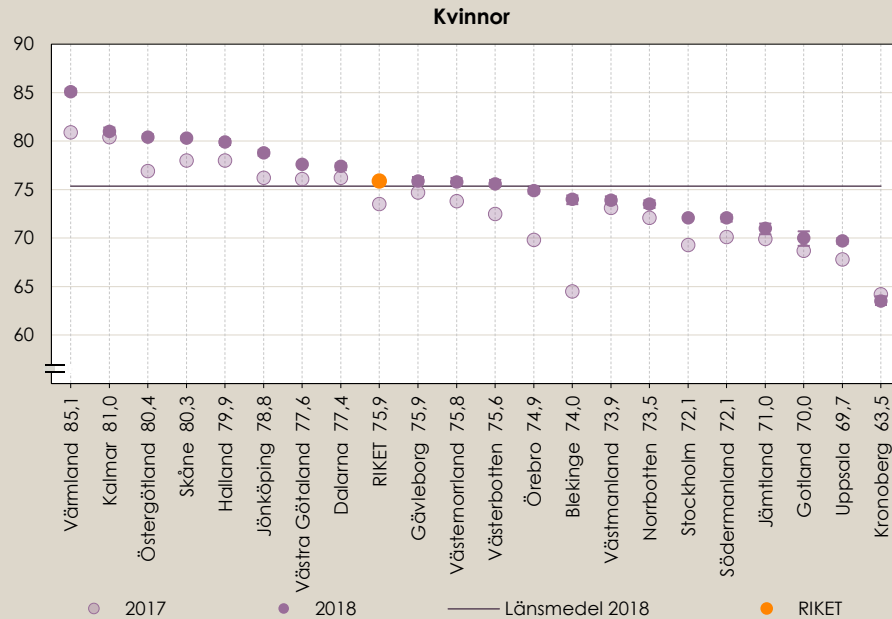


Källa: Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

För de enskilda länen varierar värdena stort för 2018, från knappt 64 till 85 procent. Täckningsgraden har ökat i alla län utom ett mellan 2017 och 2018. Fortsatta ökningarna förväntas framöver eftersom flera regioner fortfarande är mitt inne i en omställning till de nya rekommendationerna [95].

### 24.2. Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll

Andel kvinnor som genomgår gynekologisk cellprovskontroll. Avser kvinnor 23–70 år.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

## 25. 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 [96]. I NDR finns det möjlighet att följa andelen rökare bland diabetespatienter, genom självrapporterade data. Däremot saknas kompletterande uppgifter om rökavvänjning eller eventuellt rökstopp.

### Nationell målnivå

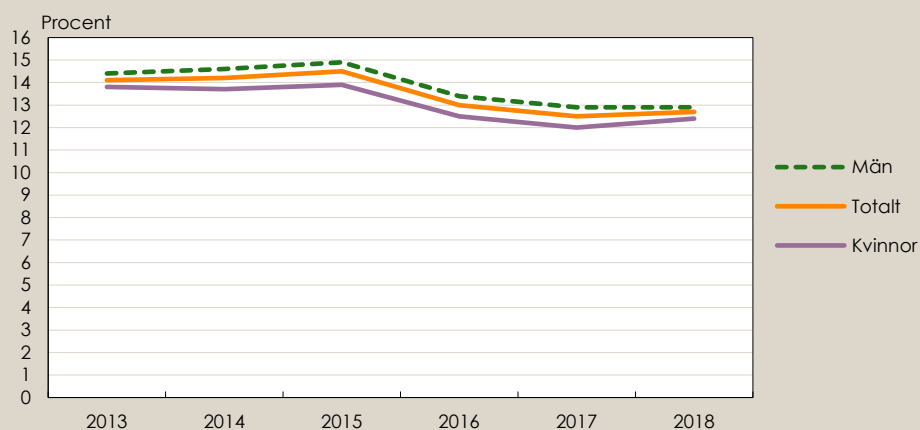
För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 95$  procent.

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

Totalt 12,7 procent av personerna med diabetes var rökare 2018. En något större andel av män än kvinnor med diabetes är rökare – 12,9 procent bland män och 12,4 procent bland kvinnor. I avsnittet *Bakgrundsfaktorer* framgår att andelen som röker dagligen i befolkningen i stort uppmäts till drygt 7 procent för 2018.

### 25.1. Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)

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

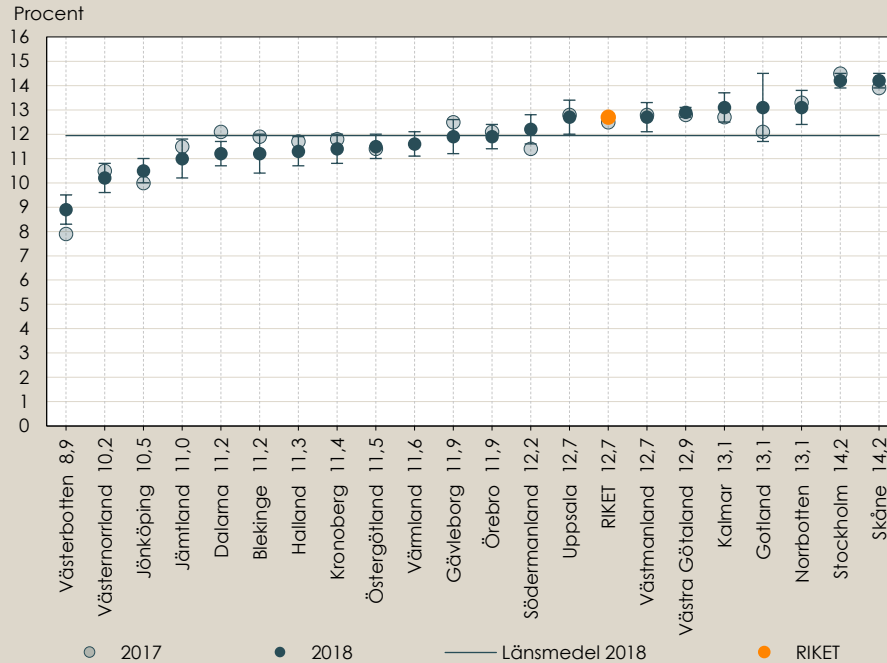


Källa: Nationella Diabetesregistret.

I länet med lägst andel rökare vid diabetes röker 9 procent. I länet med högst andel röker drygt 14 procent av personerna med diabetes 2018.

## 25.2. Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)

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



Källa: Nationella Diabetesregistret.

I de nationella riktlinjerna kring prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018 har rekommendationen *kvalificerat rådgivande samtal* till personer med diabetes som röker dagligen högsta prioritet. Det finns även rekommendationer om nikotinersättningsmedel och andra läkemedel för rökavvänjning [89]. Även om alla län 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, är realistisk på sikt [96].

### 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*. Rökning i befolkningen följs även via Agenda 2030.

## 26. 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. Strukturerad fysisk träning kan minska risken att återinsjukna eller dö med 20 procent och har i forskning visats ha lika god effekt som blodfettsänkande läkemedel [97] [98]. Indikatorn avser andel patienter yngre än 75 år som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter en hjärtinfarkt.

Från och med 2018 höjdes åldersgränsen för vilka patienter som följs upp till yngre än 80 år, dock syns några av dessa patienter inte i indikatorn förrän uppföljningsåret 2019. En annan förändring som gjorts är att definitionen av fysiskt träningsprogram har skärpts. Kriterierna som gäller är att ett år efter infarkt ha deltagit i fysiskt träningsprogram minst två gånger i veckan i minst tre månaders tid. Med fysisk träning menas träning på sjukhus eller vårdcentral under ledning av en fysioterapeut som syftar till att förbättra kondition och muskelfunktion [98]. Skärpningen av definitionen ger en betydligt lägre nivå för andelen patienter som erbjuds och deltar i fysiskt träningsprogram.

I diagram 26.1 framgår att kriterierna var uppfyllda för endast 19 procent av patienterna 2018. Även om andelen ökat under den redovisade perioden skriver kvalitetsregistret Swedeheart i sin årsrapport att den låga andelen visar att fysiskt träningsprogram inte prioriteras av sjukhusledningarna och att det saknas fysioterapeuter. Samt att detta är beklagligt då strukturerad fysiskt träningsprogram är en billig och effektiv form av vård med hög prioritet i både svenska och internationella riktlinjer [98, 99].

Det är stora skillnader i andelen patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt i olika län. Andelen som deltagit i fysiskt träningsprogram varierar från 4 till 49 procent mellan länen (diagram 26.2). Med den skärpta definitionen är även de län med högst andelar under de målnivåer som har satts. För indikatorn har kvalitetsregistret 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 till 60 procent eller mer [100].

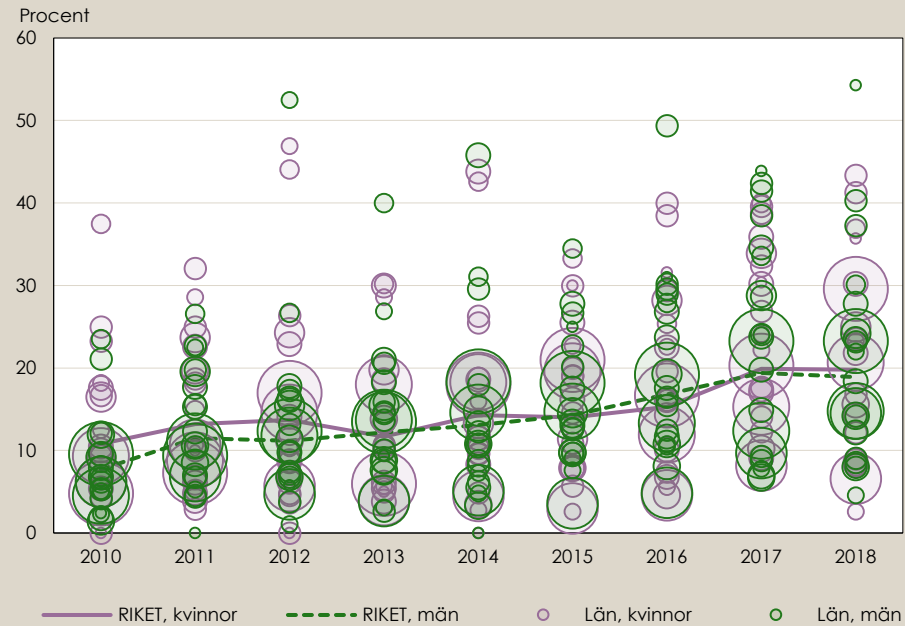
Uppgiften i 12–14 månadsuppföljningen fångas via fråga till patienten eller genom hälso- och sjukvårdspersonalens notering, vilket kan innebära en variation i hur resultatet fångas och rapporteras som kan påverka värdena.

### Om relaterade mått och data

Indikatorn som redovisas här ingår som en del av ett kombinerat mått 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.

### 26.1. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

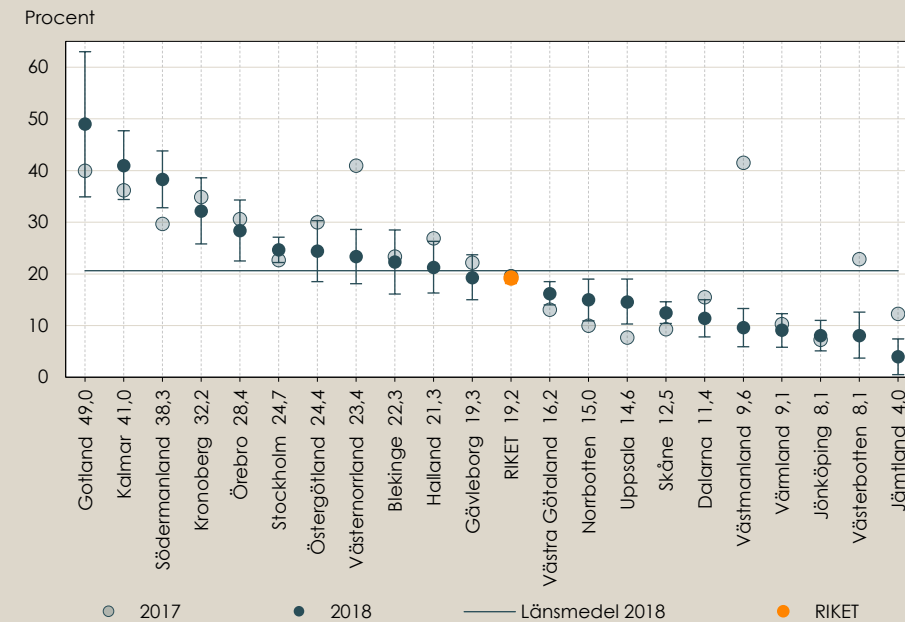
Andel patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt, under minst tre månader två gånger per vecka under ledning av fysioterapeut. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: Swedeheart - SEPHIA.

### 26.2. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

Andel patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt, under minst tre månader två gånger per vecka under ledning av fysioterapeut. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: Swedeheart - SEPHIA.



## 27. 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. Samhällets kostnader för fallskador är omfattande [101].

Fall utgör också en betydande del av måttet förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY – *disability adjusted life years*) i Sverige. Enligt *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) är fallskador den sjunde största orsaken bakom hälsoproblem i Sverige. I en global jämförelse framgår att Sverige ligger genomsnittligt jämfört med andra länder gällande fallskador [23].

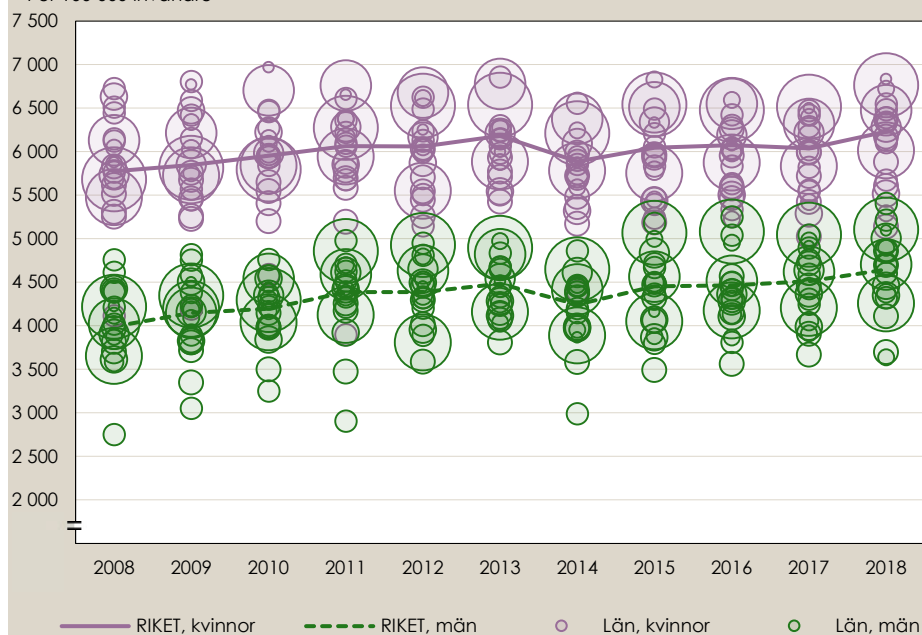
Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet vårdtillfällen eller läkarbesök i specialiserad vård till följd av fallolyckor per 100 000 invånare bland personer som är 65 år och äldre. En felkälla för jämförelsen kan vara bristande och varierande registrering av skadeorsaker, både över tid och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

Totalt sett vårdades drygt 5 500 personer per 100 000 invånare 65 år och äldre för en fallskada 2018. Betydligt fler kvinnor än män vårdades för fallskada, drygt 6 200 jämfört med lite mer än 4 600 per 100 000. Värdet visar ingen förbättring över tioårsperioden i diagram 27.1.

### 27.1. 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. Ålderstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



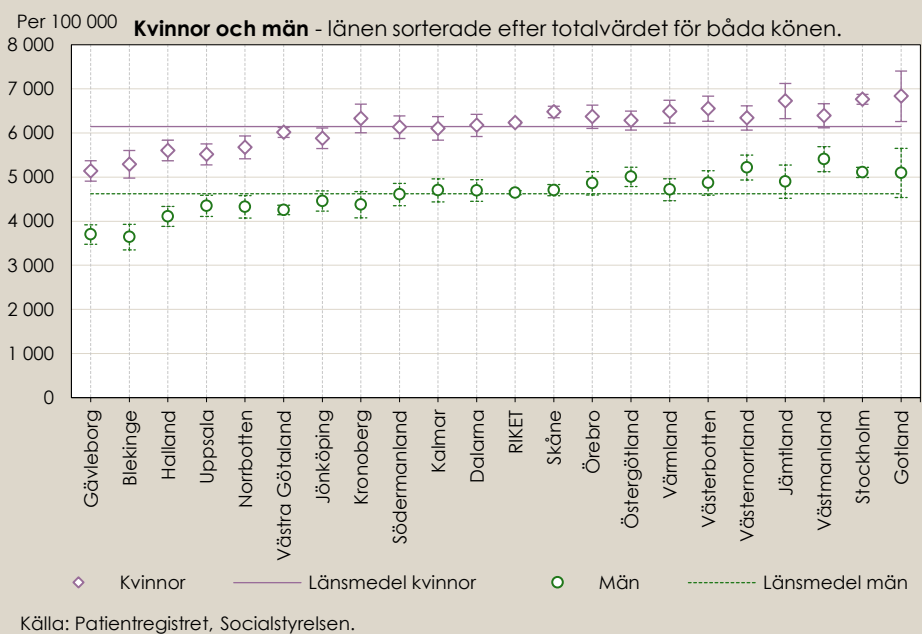
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor varierar värdena mellan länen från cirka 5 100 till 6 800 per 100 000 invånare 65 år och äldre och för män från drygt 3 600 till 5 400.

Falloyckor går att förebygga; inte minst fysisk träning minskar effektivt risken för både fall och frakturer hos äldre. Bland annat lyfter Socialstyrelsens kampanj – *Balansera mera* – kost, motion och läkemedel [102]. Dessutom erbjuder Socialstyrelsen en kostnadsfri webb utbildning ”Ett fall för teamet” om att förebygga fallolyckor. Den riktar sig till dem som arbetar inom hälso- och sjukvård och social omsorg och uppmuntrar till ett teambaserat, systematiskt arbete för att förebygga fallhändelser och olyckor.

## 27.2. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i sluten vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden, 2018.



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. Socialstyrelsen har tagit fram en utbildning i fallolyckor som vänder sig till vård- och omsorgspersonal [103]. Flera av dessa åtgärder förutsätter ett samarbete mellan kommuner och regioner.

I de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar finns också rekommendationer om hälso- och sjukvårdens arbete med benskörhet [16]. En revidering av de nuvarande nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar pågår och en remissversion kommer att publiceras under våren 2020.

## Om relaterade mått och data

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

# "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.

## 28. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan i de flesta fall 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.

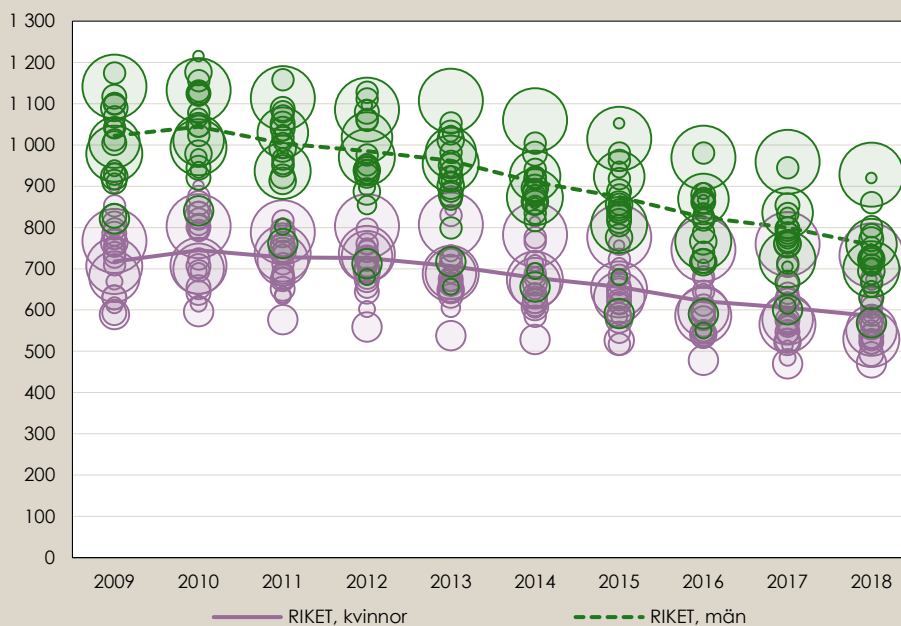
När det gäller primärvård avses här inte enbart den del som regionerna ansvarar för utan även kommunal hälso- och sjukvård. Exempelvis har Socialstyrelsen noterat att kommunerna kan förbättra diabetesvården genom bland annat höjd utbildningsnivå bland personalen och kontinuerliga riskbedömningar av individer inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens utvärdering av vård vid Astma och KOL visar också att det saknas kännedom om de nationella riktlinjerna inom den kommunala hemsjukvården som möter många patienter med Astma och KOL [104].

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre, värdena är åldersstandardiserade. Antalet sådana slutenvårdsperioder 2018 var totalt 685 per 100 000 invånare i hela riket, vilket är en viss nedgång jämfört med 2017. En kontinuerlig förbättring kan ses för båda könen under de åtta senaste åren. Generellt sett vårdas män inom slutenvården i högre utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. För riket 2018 var värdet för män 757 och för kvinnor 586.

### 28.1. Påverkbar 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.

Per 100 000 invånare



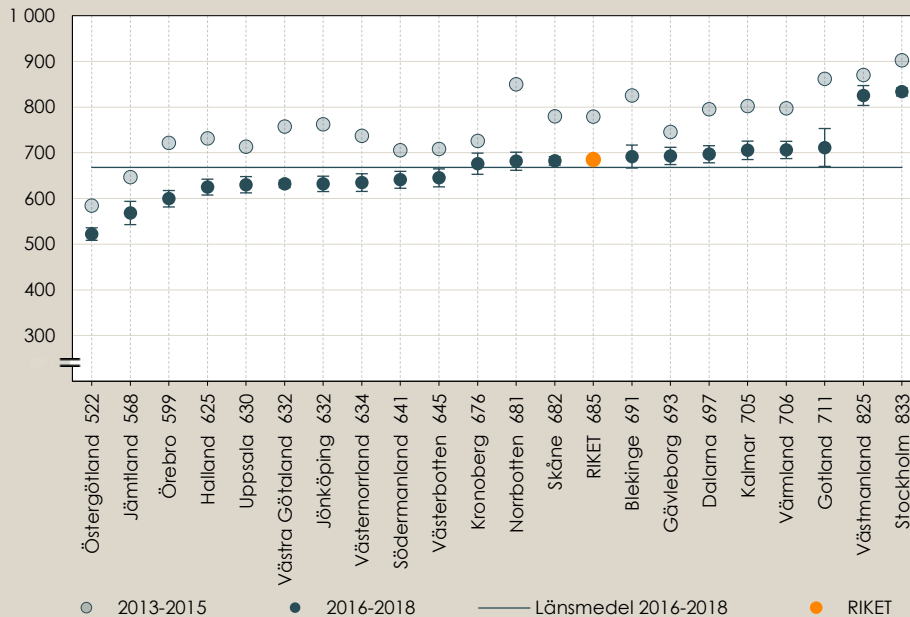
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I jämförelsen mellan länen i diagram 28.2 används treårsvärden. Variationen mellan länen är stor. Värdena varierar mellan 522 upp till 833 slutenvårdsperioder per 100 000 invånare, 2016–2018.

### 28.2. Påverkbar 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.

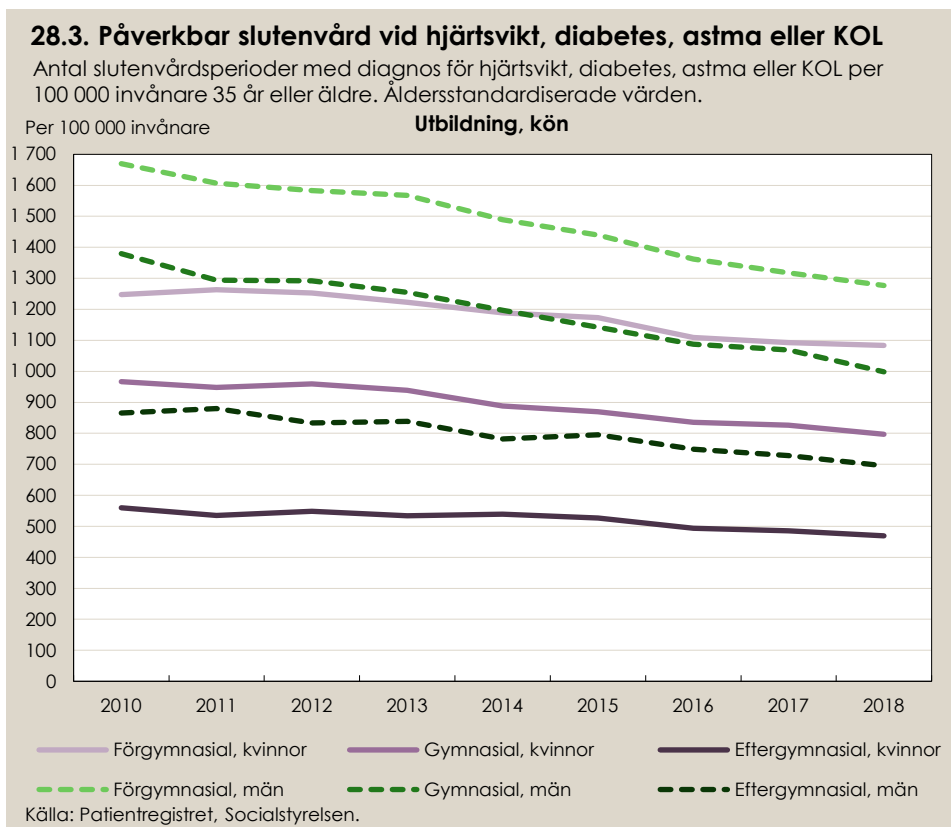
Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

De iakttaga skillnaderna kan utöver sjukvårdens insatser vid de aktuella diagnoserna bland annat bero på variation av förekomsten av dessa sjukdomar mellan län och utbildningsgrupper.

Jämförelsen mellan utbildningsgrupper avgränsas till 35 år eller äldre. För samtliga utbildningsgrupper slutenvårdas män mer för dessa kroniska sjukdomar. Utbildningsgradienten är tydlig för respektive kön på så vis att de med kortare utbildning har högre värden, det vill säga ett ej önskvärt utfall för indikatorn.



## I Sverige slutenvårdas fler med hjärtsvikt än i många andra länder

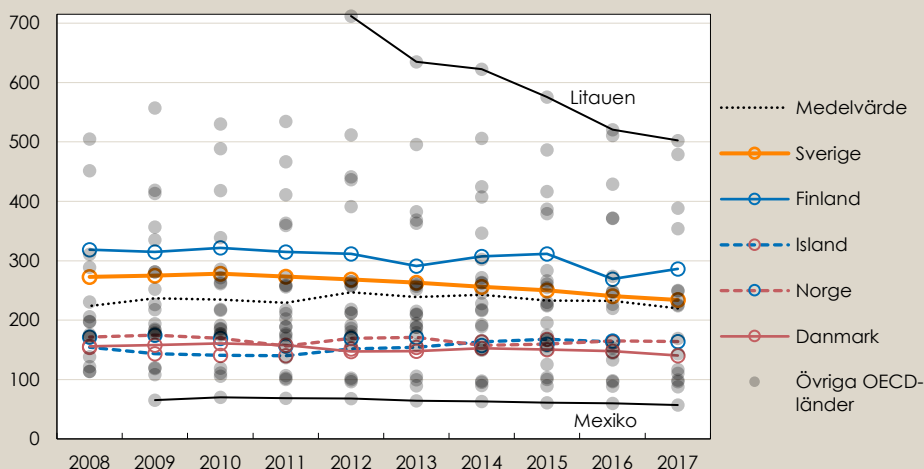
I OECD:s uppföljning redovisas påverkbar slutenvård enbart för de olika diagnoserna uppdelat. I en internationell kontext är Sverige bland de länder som ligger lägre när det gäller påverkbar slutenvård vid KOL, astma och diabetes [105].

Sverige har i relation till övriga OECD-länder ett svagare resultat för hjärtsvikt. En viss minskning ses i diagram E.11 men för hela perioden ligger Sverige över medelvärdet för rapporterade OECD-länder. Bortsett från Finland så har Sverige också tydligt högre värden än övriga nordiska länder.

### E.11. Länder. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt per 100 000 invånare 15 år eller äldre. Ålders- och könsstandardisering enligt OECD-standardpopulation.

Per 100 000 invånare



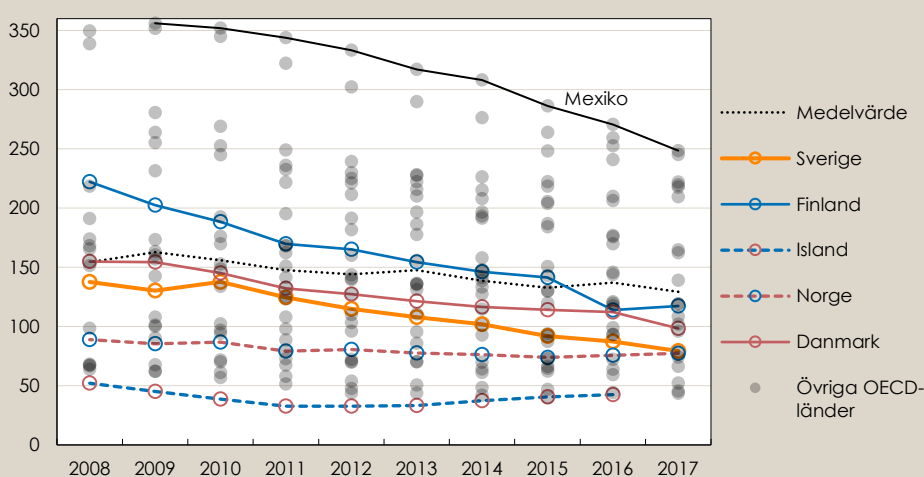
Källa: OECD (www.stats.oecd.org).

För diabetes framgår i diagram E.12 att Sverige har haft en bättre utveckling än medelvärdet för rapporterade OECD-länder och ligger även tydligt under medelvärdet. För det senaste året ligger Sverige på samma nivå som Norge, tack vara en större minskning över tid i Sverige än i Norge. Danmark och speciellt Finland visar också förbättringar över tid men ligger över Sveriges nivå för hela perioden. Island har för alla rapporterade år de lägsta värdena, utom för 2015 då Italien hade ett något lägre värde.

### E.12. Länder. Påverkbar slutenvård vid diabetes

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes per 100 000 invånare 15 år eller äldre. Ålders- och könsstandardisering enligt OECD-standardpopulation.

Per 100 000 invånare



Källa: OECD (www.stats.oecd.org).

En viktig aspekt att ta med i tolkningen av påverkbar slutenvård är att skillnaderna utöver sjukvårdens insatser kan bero på sjukdomsförekomst eller på den övergripande tillgången till hälso- och sjukvård. Detta kan vara speciellt viktigt vid internationella jämförelser där förutsättningarna skiljer stort. Även

skillnader i kodning och möjligheten att rensa bort överföringar mellan kliniker kan påverka värdena [105].

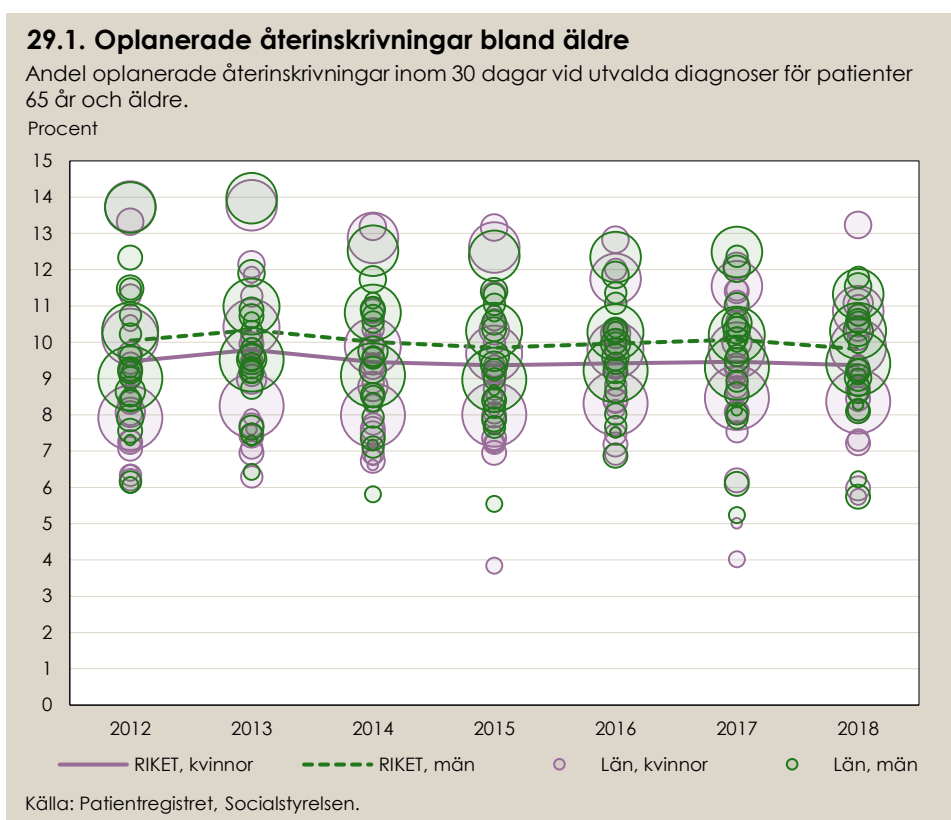
## Om relaterade mått och data

Måttet som ingår i den här jämförelsen finns även på länsnivå uppdelat för de olika sjukdomarna som ingår. Flera processindikatorer finns publicerade i Socialstyrelsens utvärderingar av vård vid diabetes, hjärtsjukdom samt astma och KOL.

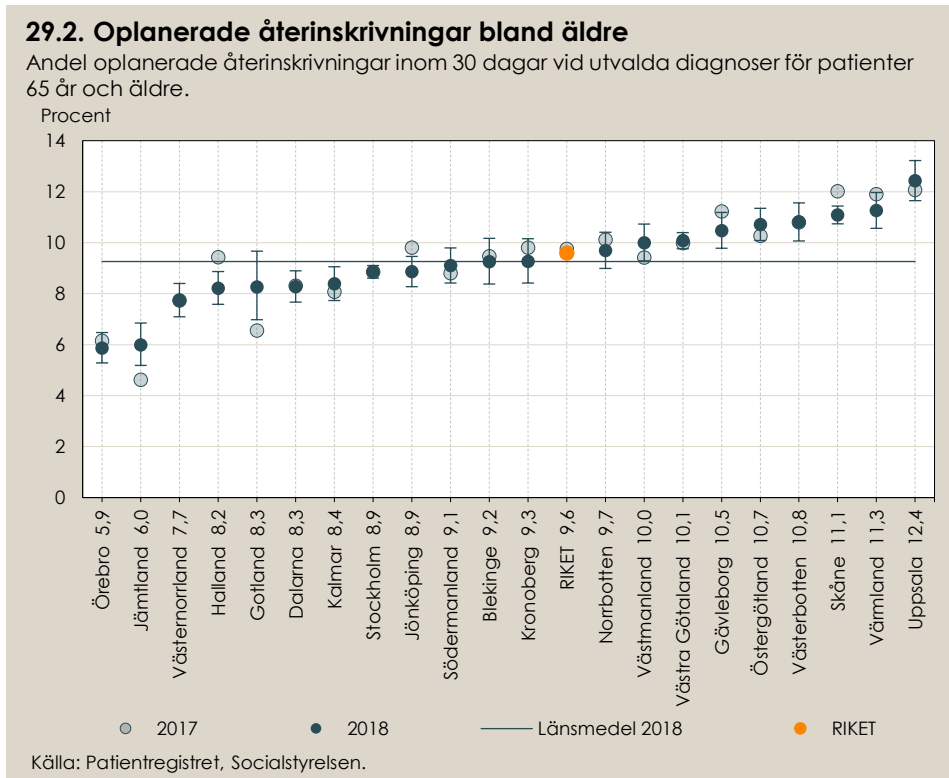
## 29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

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 återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid vårdtillfälle ett eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser [106].

I diagram 29.1 framgår att knappt 10 procent av patienterna fick en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 2018, efter vård vid de diagnoser som ingår i indikatorn. Nivån är i stort sett oförändrad mellan åren. Även om skillnaden mellan könen är mindre än en procentenhet är den konsekvent på riksnivå för hela den redovisade perioden.



Variationen är stor mellan länen 2018, från knappt 6 procent i Örebro till en dubbelt så hög andel i Uppsala. En felkälla vid jämförelsen kan vara att kategoriseringen av vårdtillfällen som planerade eller oplanerade kan skilja mellan länen.



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 gällande demens, i socialtjänsten och primärvården kan påverka indikatorn.

### Om relaterade mått och data

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

## 30. 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



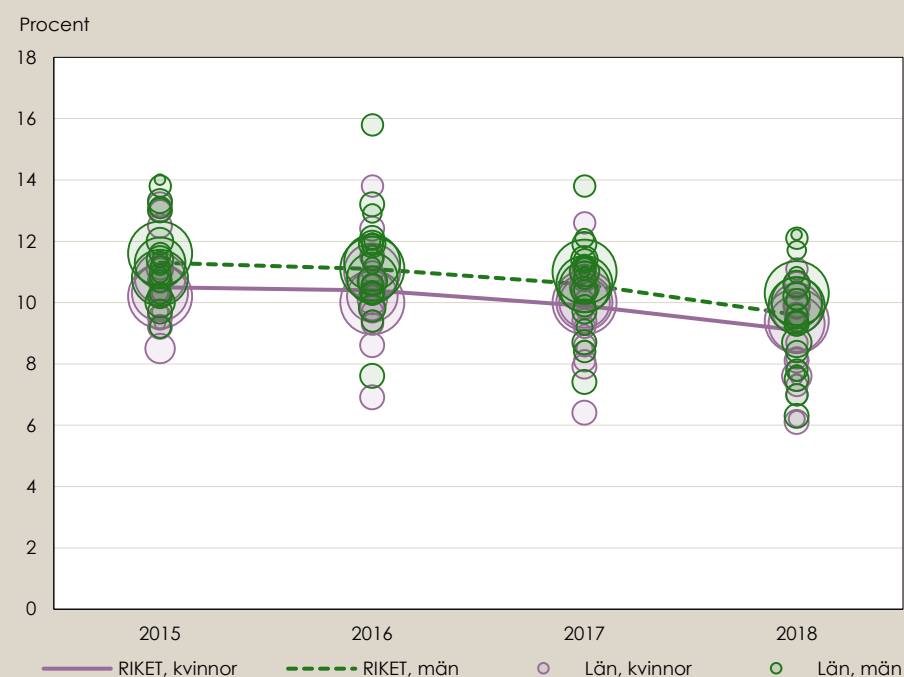
mmol/mol. Denna grupp bör enligt Socialstyrelsens riktlinjer ges, och uppmuntras till, extra insatser som kan minska HbA1c-värdet, vilket i sin tur kan ge markanta förbättringar av prognosen och bidra till bättre hälsa och livskvalitet. Täckningsgraden för denna variabel är hög i det nationella diabetesregistret (NDR), med små skillnader mellan regionerna [107].

I indikatorn ingår personer med typ 2-diabetes. Även motsvarande uppgifter för personer med typ 1-diabetes publiceras kontinuerligt på 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. Socialstyrelsens målnivå för indikatorn som avser typ-2 diabetes är 10 procent eller lägre [108].

För 2018 är andelen i riket 9,4 procent, och har under året nått målnivån, då värdet för 2017 var 10,3 procent. Andelen bland kvinnor har minskat under mätperioden och rikets värde ligger för de två senaste åren inom målnivån, med ett värde på 9,1 procent för 2018. Även bland männen har indikatorn förbättrats och når för 2018 också målnivån, med en andel på 9,6 procent för 2018.

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

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



Källa: Nationella Diabetesregistret.

## Nationell målnivå

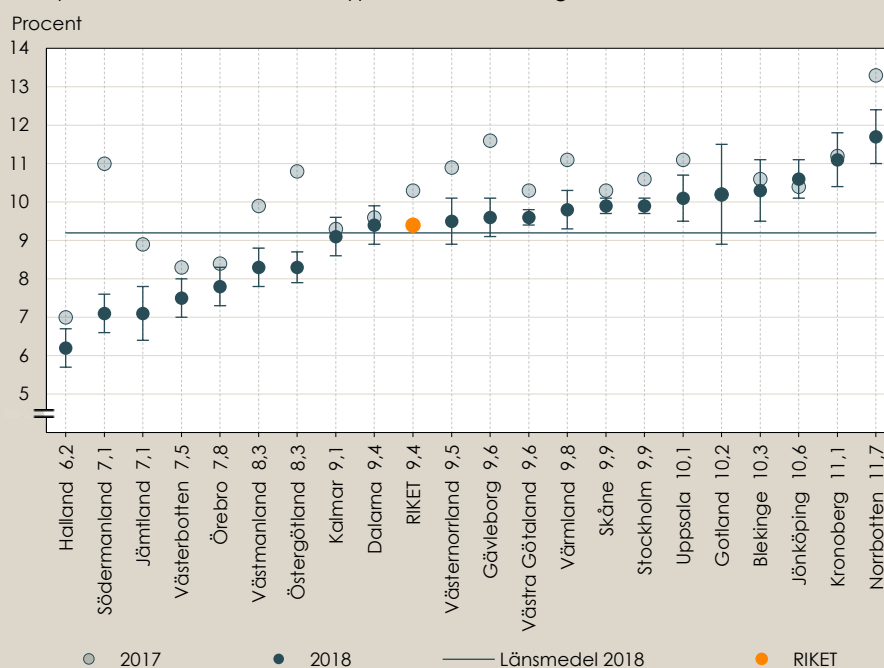
För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 10 procent.

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

Andelen varierar från 6,2 procent till 11,7 procent mellan länen för 2018. Lägst andel finns i Halland som tillsammans med fjorton andra län har värden inom målnivån för indikatorn 2018.

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

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



Källa: 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. Socialstyrelsen bedömde i den senaste utvärderingen av följsamheten till diabetesriktlinjerna att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper och med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes [107].

## Om relaterade mått och data

Som indikator för ett övergripande perspektiv har myndigheten valt den indikator som avser typ 2-diabetes då den omfattar en större verksamhet och fler patienter än typ-1. 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 medicinkli-

nik. Blodsockervärdet ska inte ses som ett sammanfattande mått på diabetesvården utan som ett viktigt exempel av flera faktorer och mått som kan behöva 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.

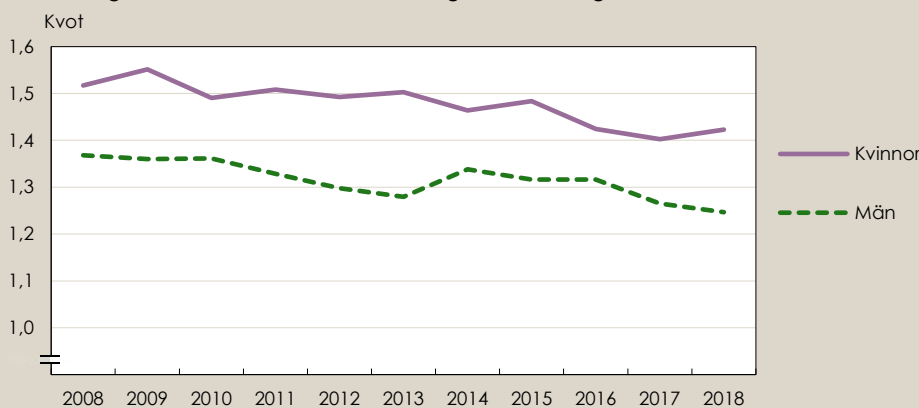
## 31. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

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. 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 diabetesvården 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 [109].

Indikatorn mäter den åldersstandardiserade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes dividerat med motsvarande dödlighet i hela befolkningen. Kvoten 1,0 innebär då att ingen överdödlighet vid diabetes finns jämfört med befolkningen i sin helhet. Överdödligheten har minskat för både kvinnor och män sedan 2008. Kvinnor med diabetes har en högre överdödlighet jämfört med män. För 2018 är kvinnornas värde 1,42 medan männens värde är 1,25.

### 31.1. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

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

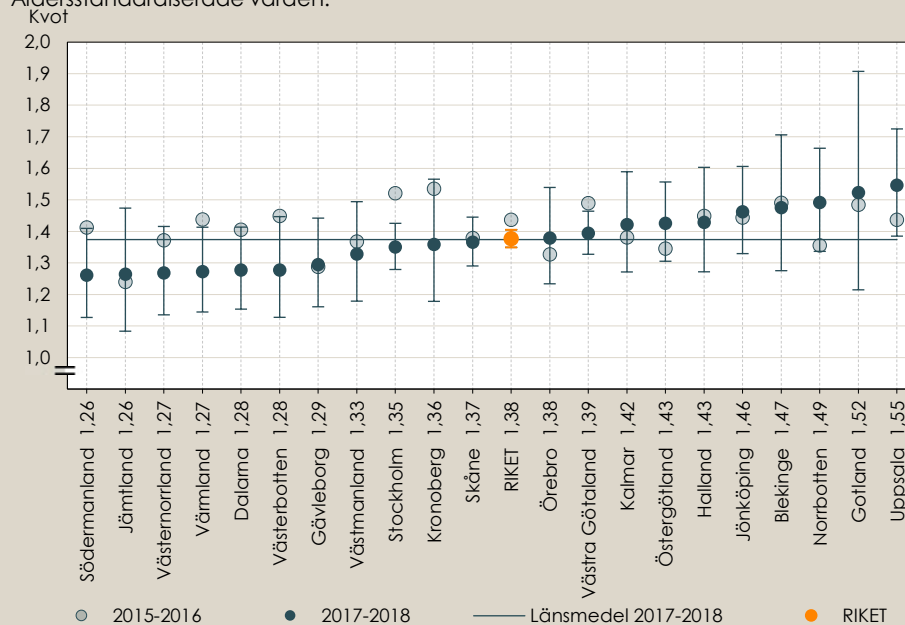


Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kvoten varierar från 1,26 till 1,55 mellan länen för 2017–2018, konfidensintervallen visar dock att jämförelsen inte ger en tydlig signal om skillnad i diabetesvårdens kvalitet i olika län.

### 31.2. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

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



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

## Om relaterade mått och data

I denna rapport och på Socialstyrelsens webbplats presenteras flera indikatorer med bäring på vården av personer med diabetes. Dessutom finns flera indikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna för diabetesvården.

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

## 32. Trycksår i slutenvård (kategori 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.

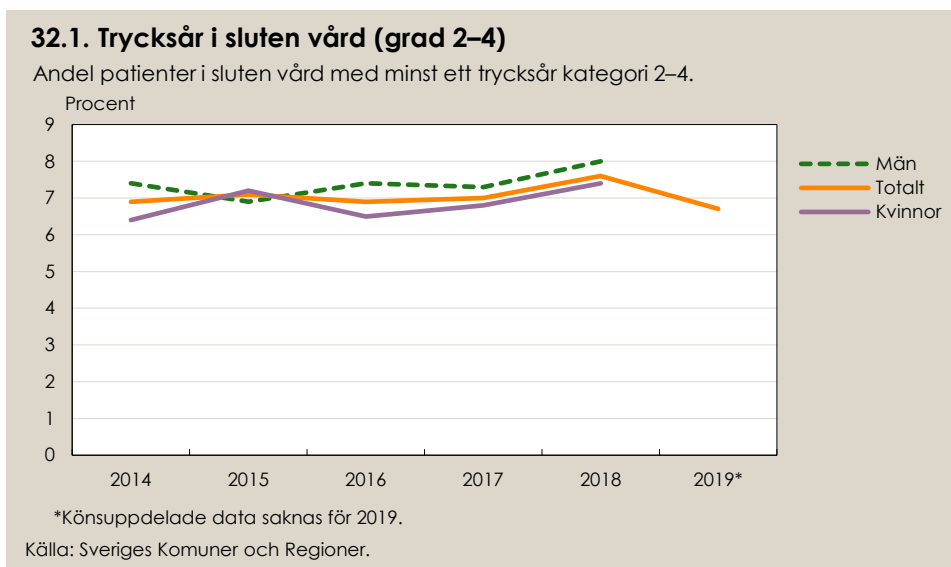
Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person under en längre tid ligger eller sitter i samma ställning. Omkring hälften av de upptäckta trycksåren är lindriga och visar sig som en hudrodnad, och vanligaste trycksåren uppstår i rygglutet och i hälar. Endast en liten del av trycksåren utgörs av fullhuds-skada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

Nationella punktmätningar av trycksår förekomst har genomförts en till två gånger per år sedan 2011 inom både kommuner och regioner. 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. 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 32.1 redovisas andelen patienter med trycksår kategori 2–4 från 2014 till 2019. Andelen för riket är vid mätningen 2019 strax under 7 procent, vilket är en minskning sedan 2018 och det lägsta värdet för hela den redovisade perioden, även om skillnaden mot åren 2013 till 2017 är små.

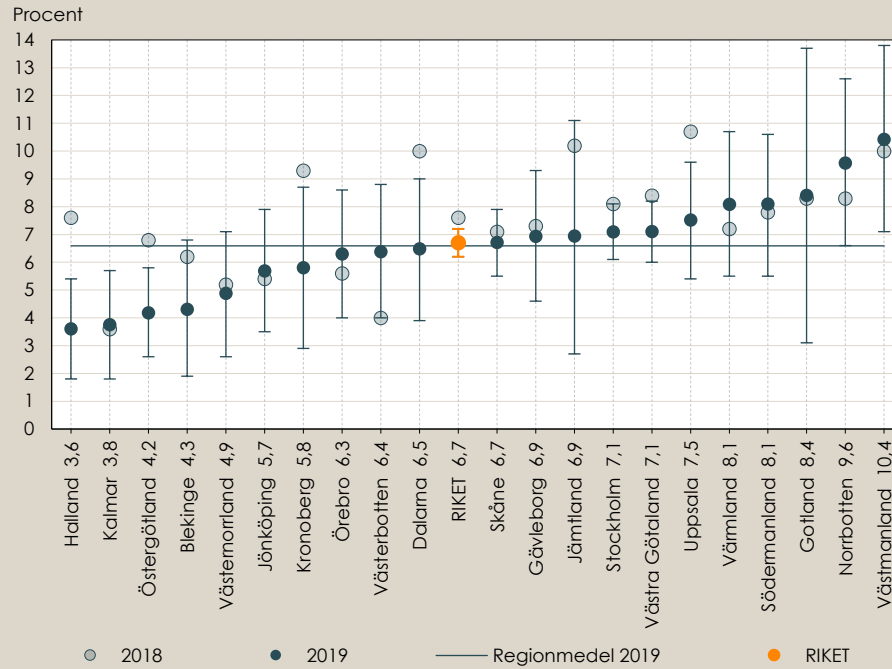
Trycksår av graden 2–4 var något vanligare bland män än bland kvinnor visar de flesta av mätningarna, för 2019 saknas dock könsuppdelade data från mätningarna.



I diagram 32.2 redovisas resultatet uppdelat per region, och värdena varierar stort i den senaste punktprevalensmätningen, dock är utrymmet stort för tillfälliga variationer i mätningarna vilket gör det svårt att i de flesta fall se resultatet som tydliga indikationer på varierande kvalitet. Kalmar som har det näst lägsta värdet 2019 har dock haft ett ungefär lika lågt värde även under de tre föregående åren, vilket tillsammans med konfidensintervallet indikerar att det inte är en tillfällighet att Kalmars värde är lägre än medelvärdet (data med tidsserier för regionerna finns tillgängliga i bilaga 2).

### 32.2. Trycksår i sluten vård (grad 2–4)

Andel patienter i sluten vård med minst ett trycksår kategori 2–4.



Källa: Sveriges Komuner och Regioner.

Trycksår innebär ett onödigt lidande för patienten och onödiga kostnader för sjukvården. De flesta trycksår går dessutom att undvika med förebyggande åtgärder. Bland annat kan 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 [110].

Punktprevalensmätning innebär att patientgrupper med långa vårdtider blir överrepresenterade jämfört med andelen av vårdtillfällena. Enligt markörbaserad journalgranskning har vårdtillfällena med trycksår 2–4 cirka dubbelt så lång vårdtid jämfört med genomsnittet. Det innebär att förekomsten av trycksår 2–4 uttryckt som andel av vårdtillfällena, är betydligt lägre än de som uppmäts vid prevalensmätning hos inskrivna patienter en viss dag.

### 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*. Svenska palliativregistret redovisar uppgifter för trycksår i den palliativa vården. Trycksår kategori 2–4 som uppkommit på sjukhus mäts också inom ramen för *Markörbaserad journalgranskning* i SKR:s regi.

## 33. Vårdrelaterade infektioner

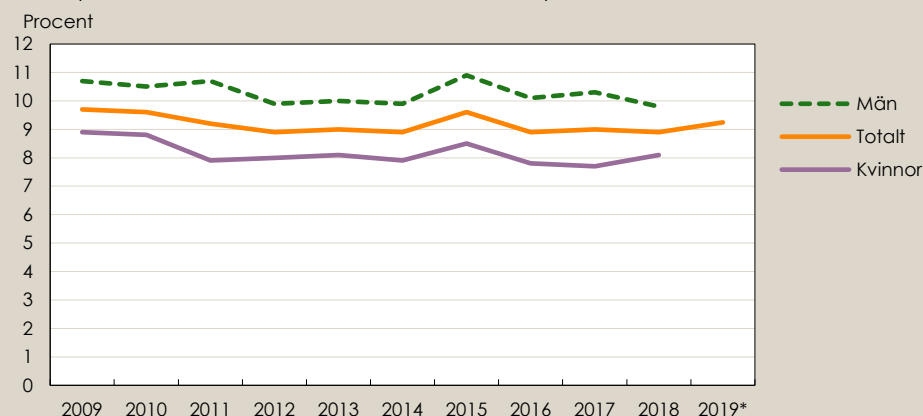
En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som ”infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning” [111].

Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården, samt ett antal privata sjukhus som har avtal med regionerna deltar i punktprevalensmätning 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 mätdagen 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 drygt 9 procent av patienterna i slutenvården drabbats av VRI vid mätningen våren 2019. För 2019 saknas information om könsuppdelade data men alla övriga mätningar har visat på en högre förekomst bland män än bland kvinnor. Ingen tydlig trend kan ses och sedan 2012 då värdena legat kring 9 procent för de flesta mätningarna.

### 33.1. Vårdrelaterade infektioner

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård somatisk vård.



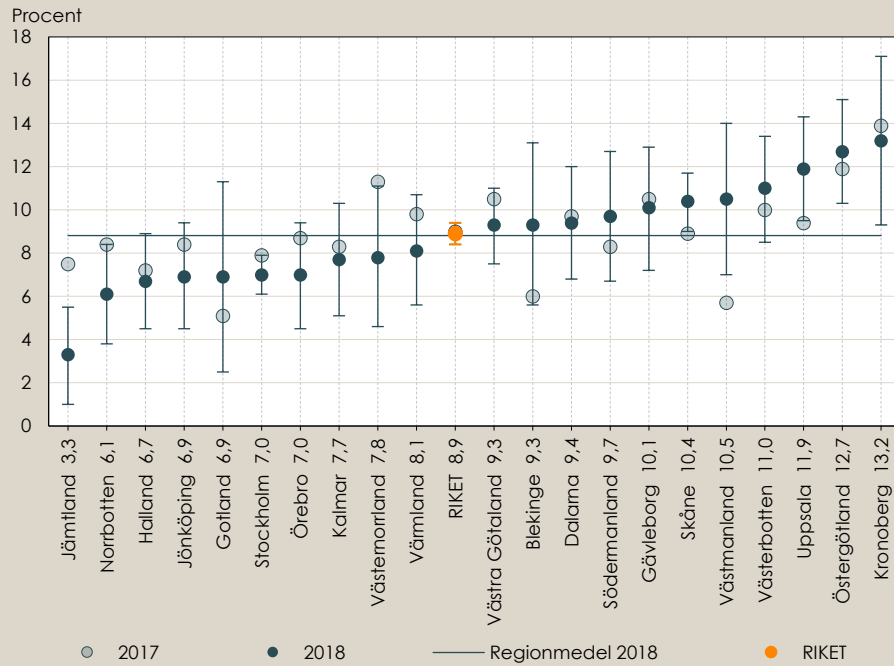
Källa: Sveriges Komuner och Regioner.

Storleken på konfidensintervallen visar att resultaten av de enskilda punktprevalensmätningarna är osäkra som indikation på skillnader i kvalitet för de flesta regionerna. I Jämtland hade 3,3 procent av patienterna VRI enligt mätningen 2018<sup>12</sup> vilket är tydligt under rikets värde. I regionen med högst andel drabbade gällde detta drygt 13 procent av patienterna.

<sup>12</sup> Uppgifter för länen 2019 finns tillgängliga i bilaga 2. För dessa uppgifter saknas dock konfidensintervall och uppgift om underlagets storlek, på grund av detta redovisas uppgifterna för 2018 i regionjämförelsen här.

### 33.2. Vårdrelaterade infektioner

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutet somatisk vård.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning. Framgångsfaktorer som kan bidra till att begränsa VRI är bland annat riskbedömningar, ett tätt samarbete mellan funktionen vårdhygien och verksamheten, frekvent och kvalificerad städning och att högsta ledningen har ett tydligt fokus på VRI. Även patienter ska om möjligt göras delaktiga och få kunskap om hygiens betydelse för att minska förekomsten av VRI [112].

#### 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 regioner, uppgifterna för regionerna tillgängliggörs bland annat i *Vården i siffror*.



## 34. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Indikatorn visar andelen barn som efter födelsen har låg Apgar-poäng, ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Oftast är det barnmorskan som gör Apgar-bedömningen, eller barnläkaren om man misstänker att barnet inte mår bra. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvansvärt med höga Apgar-poäng. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier på en skala mellan 0 och 10. Kriterierna är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus samt reflexer och den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng. Bedömningen görs vid en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen.

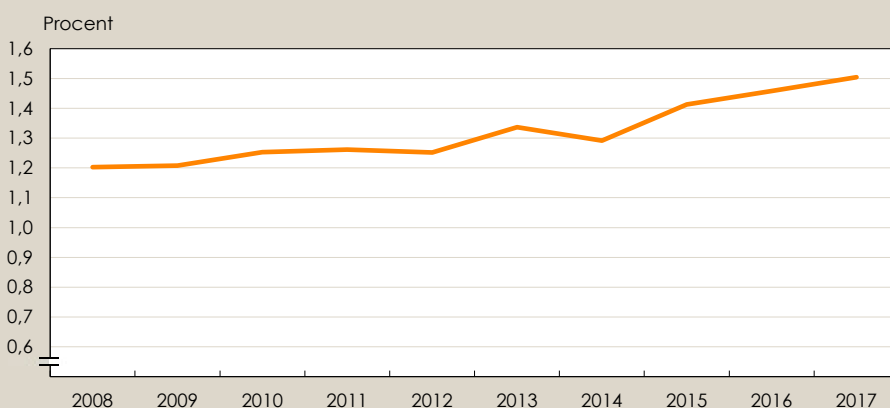
Låg Apgar-poäng brukar definieras som under 4 poäng, eller under 7 poäng vid fem minuters ålder. Nyfödda barn som får under 4 poäng kan få en specifik diagnos, måttlig asfyxi, en form av akuta andningssjukdomar. Apgar under 7 poäng vid fem minuter ålder är en vedertagen indikator för jämförelser av utfall vid forskning och utvärderingar [113].

Det kan finnas flera skäl till att ett barn får låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Orsaken kan vara komplikationer i moderkakan eller navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning. Barnet kan också ha påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga Apgar-poäng.

Indikatorn visar att andelen barn med lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder var 1,50 procent 2017. Här ses en försämring över tid vilket innebär att fler nyfödda barn har låga Apgar-poäng.

### 34.1. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.

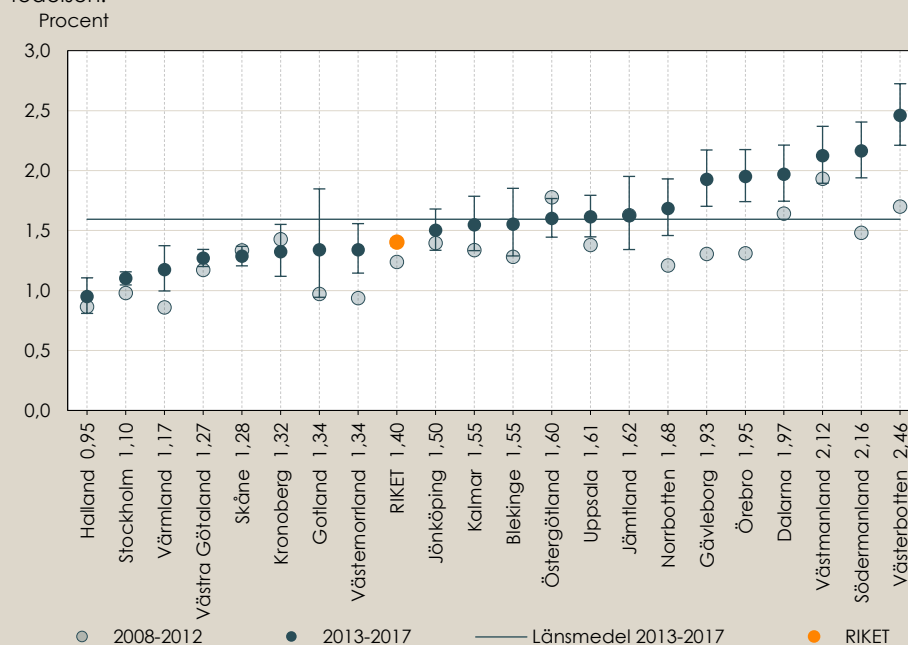


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Variationen i utfallet mellan länen är från knappt 1 procent till nära 2,5 procent för perioden 2013–2017. Bland länen med högre värden syns också i många fall ganska tydliga försämringar sedan 2008–2012.

### 34.2. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

## Om relaterade mått och data

Flera uppgifter om förlossningsvården publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas. Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorerna: *Akut återinskrivning efter förlossning* och *Skador hos nyfödda barn*. Att resultatutvecklingen är viktig att följa för dessa mått har tidigare lyfts av Socialstyrelsen [113].

## 35. 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.

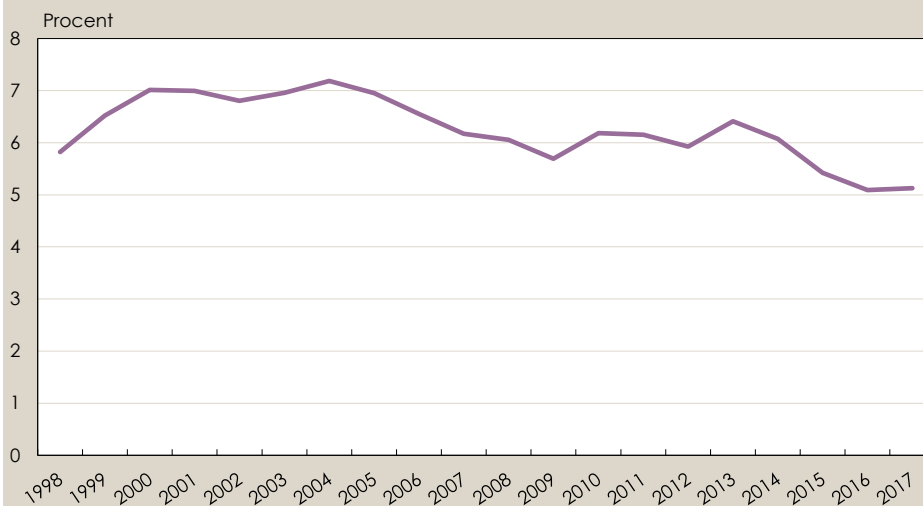
Kända riskfaktorer för grad III- och grad IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska och föder ett stort barn eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse för graden av bristning. Indikatorn kan kopplas till hållbarhetsmål 5 i Agenda 2030 och delmålet om

rätten till reproduktiv hälsa. Socialstyrelsen har tidigare visat att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara har ett sämre utfall än andra grupper [114].

Indikatorn redovisar andel bristningar av grad III och grad IV vid vaginala förlossningar och värdena är åldersstandardiserade. I riket låg andelen på 5,1 procent 2017, vilket är i stort sett samma nivå som 2016. På längre sikt har andelen bristningar sjunkit.

### 35.1. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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

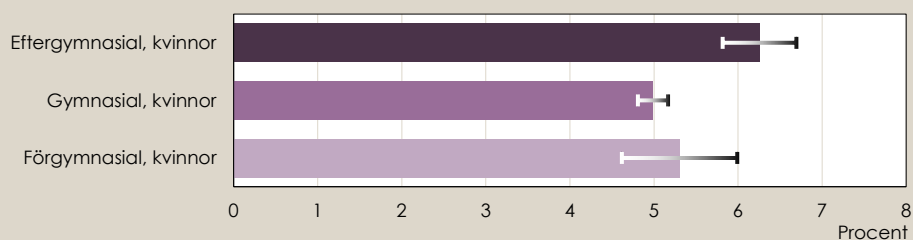


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Registrerade bristningar bland förstföderskor har visat sig vara vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Så även för perioden 2013–2017 då andelen var 6,3 bland mödrar med eftergymnasial utbildning jämfört med kring 5,0 för dem med högst gymnasial utbildning och 5,3 för dem som inte gått gymnasiet. Förhållandet har undersökts vidare av Socialstyrelsen, i rapporten *Komplikationer efter förlossning*, genom att kontrollera för olika samvarierande faktorer. Detta har dock inte kunnat förklara sambandet, vilket ökar sannolikheten för att det kan ha att göra med att diagnostisering av svåra bristningar, snarare än den faktiska förekomsten ökar med kvinnans utbildningsnivå [115]. Det är av mycket stor vikt att uppkomna bristningar uppmärksammas och registreras så att rätt insatser kan ges. Därför är det viktigt att säkerställa att ett lägre värde också verkligen beror på en lägre förekomst och inte bristande förmåga att upptäcka och registrera till exempel på grund av varierande lyhörddhet för personer med olika socioekonomiska förutsättningar.

### 35.2. Bristningar vid förlossning bland förstfödorskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstfödorskor, 30 år eller äldre, 2013–2017. Åldersstandardiserade värden.

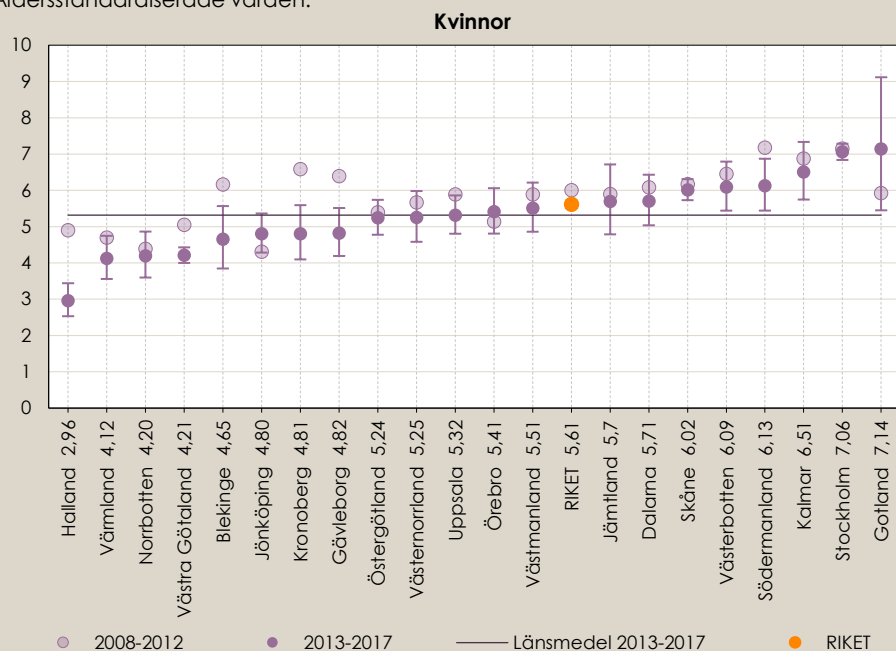


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Vid jämförelser mellan länen framgår att andelen grad III- och grad IV-bristningar varierade mellan knappt 3 upp till drygt 7 procent under perioden 2013–2017.

### 35.3. Bristningar vid förlossning bland förstfödorskor

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



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

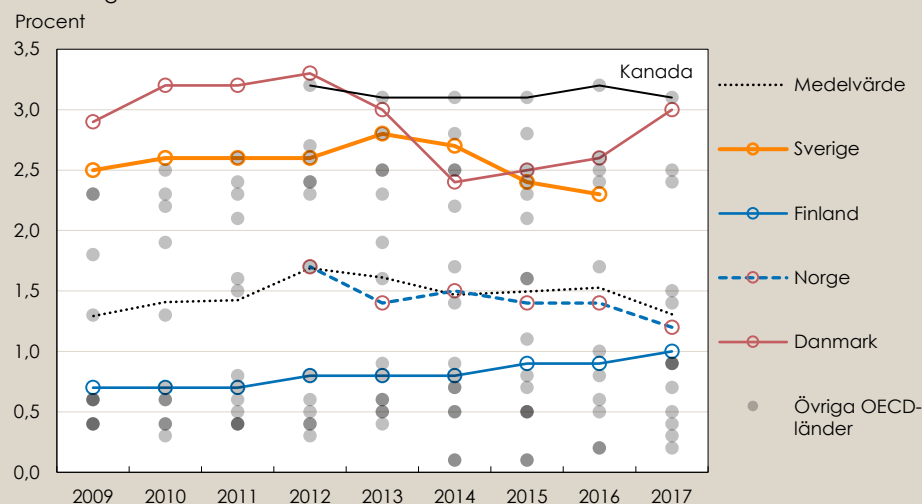
### Sverige redovisar hög andel bristningar

Jämfört med länder i OECD rapporterar Sverige en hög andel bristningar. I OECD-redovisningen rapporteras inget sammanlagt mått utan en uppdelning görs på de förlossningar som avslutas med tång eller sugklocka (instrumentella) och de som inte gör det (icke instrumentella). Den rapporterade andelen bristningar i Sverige vid icke instrumentella vaginala förlossningar var 2,4 procent 2016 (diagram E.13). För instrumentella förlossningar var andelen 11,3 procent (diagram E.14). För båda måtten var Sveriges värden tydligt högre än medlet av rapporterade OECD-länder. En viss förbättring kan dock ses för Sverige under de senare åren i perioden. För båda måtten är värdena

2016 lägst i Polen och Lettland och högst i Kanada. Dock kan andelen registrerade bristningar påverkas av hur bra hälso- och sjukvården i enskilda länder är på att uppmärksamma och rapportera bristningar, det finns exempelvis viss evidens för att användandet av register innebär bättre datakvalitet och fler rapporterade fall [105, 116]. Även inom norden är det stora skillnader där Sverige och Danmark redovisar tydligt högre siffror än OECD-medlet medan Norge och speciellt Finland redovisar lägre förekomst av dessa allvarliga bristningar.

### E.13. Länder. Bristningar vid förlossning (ej instrumentella)

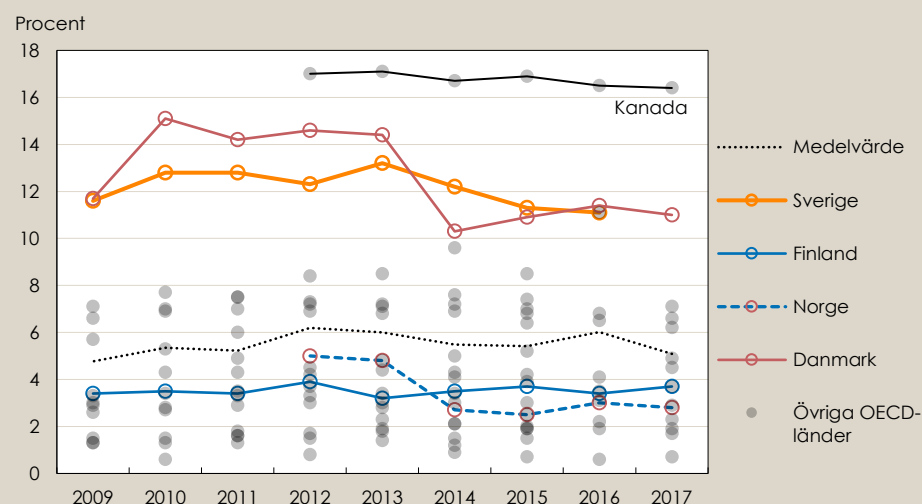
Andel perinialbristningar av grad III och IV vid icke instrumentella vaginala förlossningar.



Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

### E.14. Länder. Bristningar vid förlossning (instrumentella)

Andel perinialbristningar av grad III och IV vid instrumentella vaginala förlossningar.



Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

## Om relaterade mått och data

Flera uppgifter om förlossningsvården ur moderns perspektiv publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas. Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorn *Akut återinskrivning efter förlossning*.

Indikatorn avgränsas till bristningar av grad III och IV eftersom dessa rapporteras till medicinska födelseregistret och finns tillgängligt på nationell nivå. Men förekomsten av bristningar av grad II är också viktig att följa, vilket kan ske lokalt. Socialstyrelsen arbetar också för att utöka rapporteringen till medicinska födelseregistret till att även inkludera bristningar av grad II så att dessa även ska kunna följas upp på nationell nivå.

## 36. Äldre med läkemedel som bör undvikas

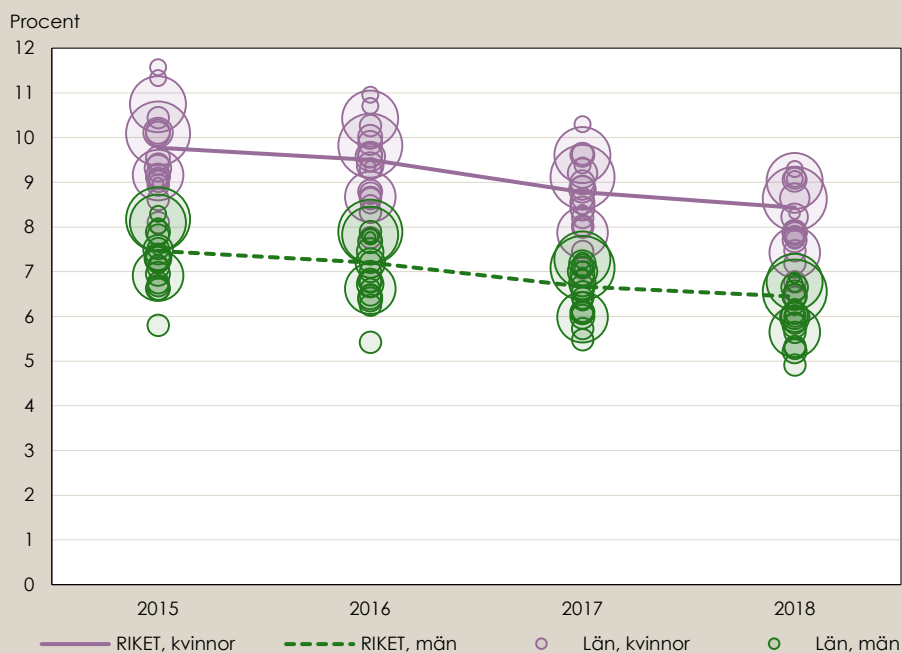
Med stigande ålder sker flera förändringar som påverkar hur läkemedel omsetts och verkar i kroppen. Därför kan användning av vissa läkemedel innebära en betydande risk för biverkningar hos äldre, och dessa läkemedel bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl för behandlingen. Om de ska användas ska förskrivande läkare ha bedömt att det finns en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet och att den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall. I samband med en revidering av *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* som publicerades 2017 har indikatorn setts över och urvalet läkemedel består numera av:

- långverkande bensodiazepiner (vissa lugnande medel och sömnmedel)
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- tramadol (smärtstillande)
- propiomazin (sömnmedel)
- kodein (smärtstillande)
- glibenklamid (diabetesmedel) [117].

För indikatorn så minskade andelen äldre med de läkemedel som anges för indikatorn för samtliga år mellan 2015 och 2018. Skillnaden mellan könen har legat konstant kring 2 procent. För 2018 var andelen bland kvinnorna 8,4 procent och bland män 6,4 procent.

### 36.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas

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

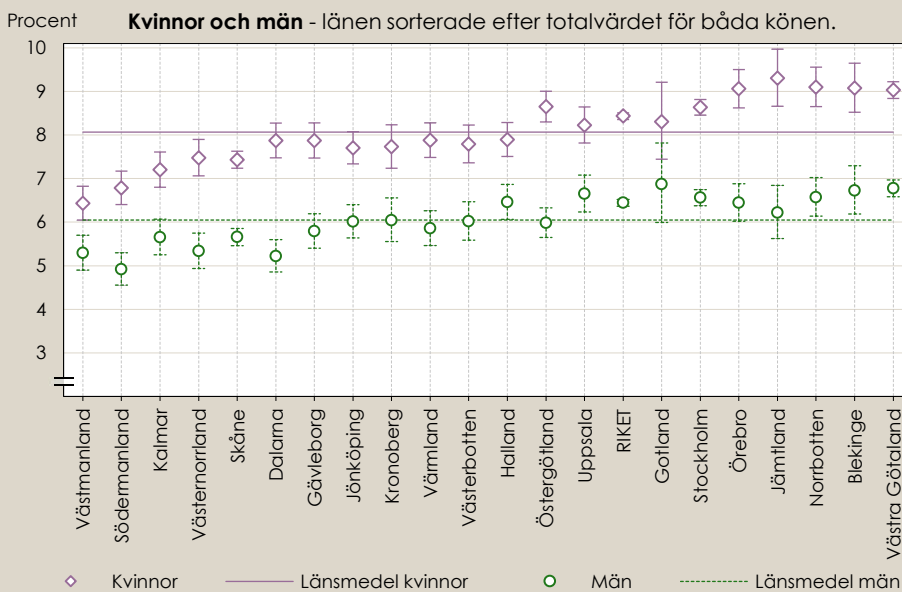


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer 75 år och äldre i Södermanland har bland männen den lägsta andelen läkemedel som bör undvikas och som specificeras av indikatorn. För kvinnor var andelen lägst i Västmanland. Andelen bland kvinnor är högre än bland män i samtliga län.

### 36.2. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2018.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter<sup>13</sup> 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 ansvarig sjuksköterska, farmakologisk expertis och den personal som dagligen möter den äldre personen. Syftet med en enkel läkemedelsgenomgång är att kartlägga en persons ordinerade och använda läkemedel, upprätta en korrekt och aktuell läkemedelslista samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Rapporten ger också vägledning om hur checklistan kan implementeras i ett elektroniskt beslutsstöd [118].

## Om relaterade mått och data

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

## 37. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

För antipsykotiska läkemedel finns indikation för förskrivning vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesymptom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldreomsorgen används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesymtom som motorisk oro samt rop och vandring, dock oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar, 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 [117].

Indikatorn visar användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer som är 75 år och äldre. I riket som helhet har andelen minskat under de två senaste åren i jämförelsen. Kvinnor har generellt ett högre värde än män för indikatorn men skillnaden har minskat något. För 2018 var kvinnornas andel 2,0 och männens 1,4 procent.

---

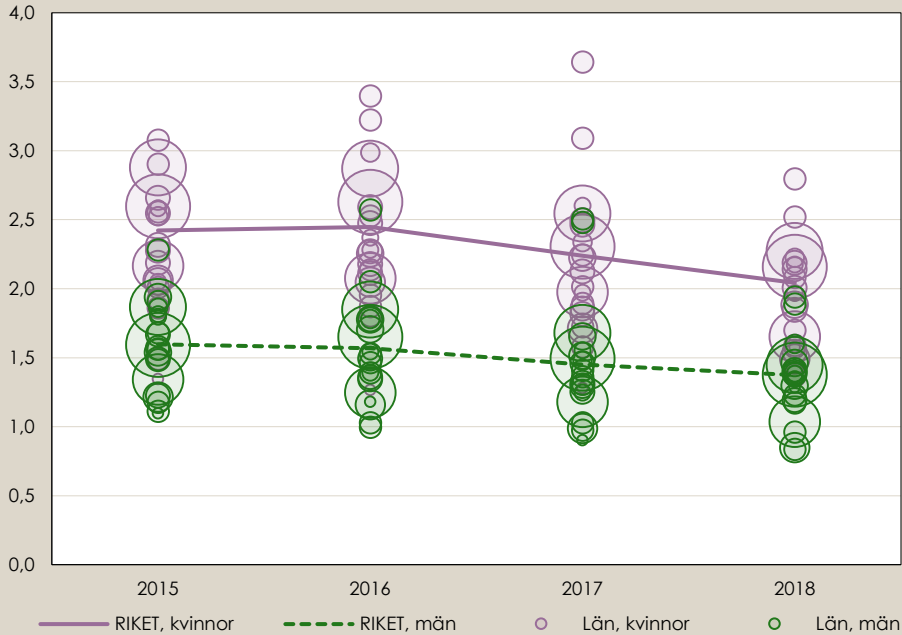
<sup>13</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården



### 37.1. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

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

Procent



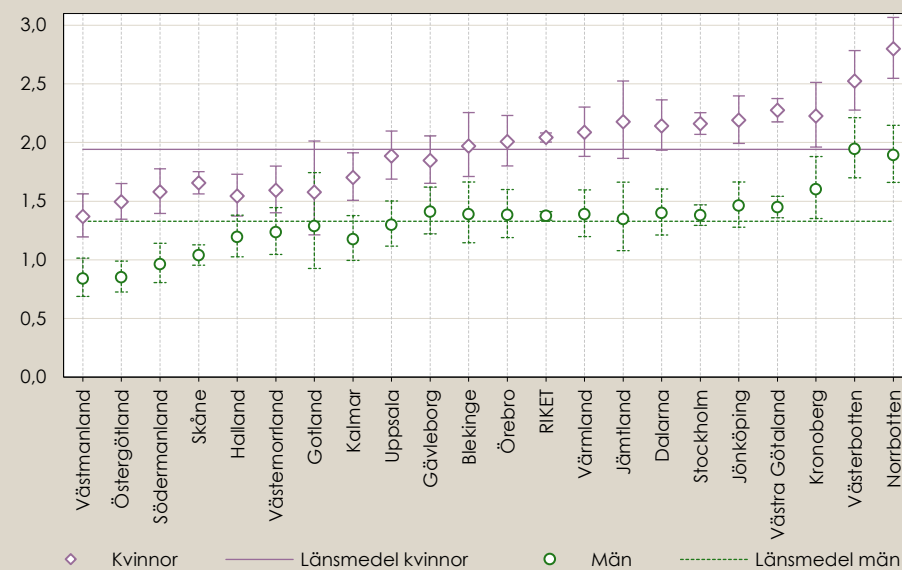
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor, 75 år och äldre, varierar andelen på länsnivå som använder antipsykotiska läkemedel från 1,4 till 2,8 procent. Bland männen varierar andelen som använder antipsykotiska läkemedel mellan 0,8 till 1,9 procent. I samtliga län har kvinnor ett högre värde än män.

### 37.2. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2018.

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Precis som för indikatorn *Äldre med läkemedel som bör undvikas* 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. Antipsykotiska läkemedel förekommer också på flera ställen i det förslag till diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre som Socialstyrelsen har publicerat. Rapporten innehåller bland annat också vägledning om hur checklistan kan implementeras i ett elektroniskt beslutsstöd [118]. Eftersom läkemedelsregistret inte innehåller uppgifter om förskrivningsorsak påverkas indikatorns värde även av att det förekommer förskrivning med lämplig indikation i åldersgruppen, så som vid psykosjukdom och i palliativ vård.

## 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.

## 38. 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 förstagångsfragilitetsfraktur 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.

Den nationella målnivån som tagits fram innebär att antalet återfrakturer ska minska med 20 procent i respektive region jämfört med utfallet 2003–2007 [107].

### Nationell målnivå

För indikatorn *Återfrakturer inom 3 år* har Socialstyrelsen fastställt att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive region fram till år 2018, jämfört med perioden 2003–2007.

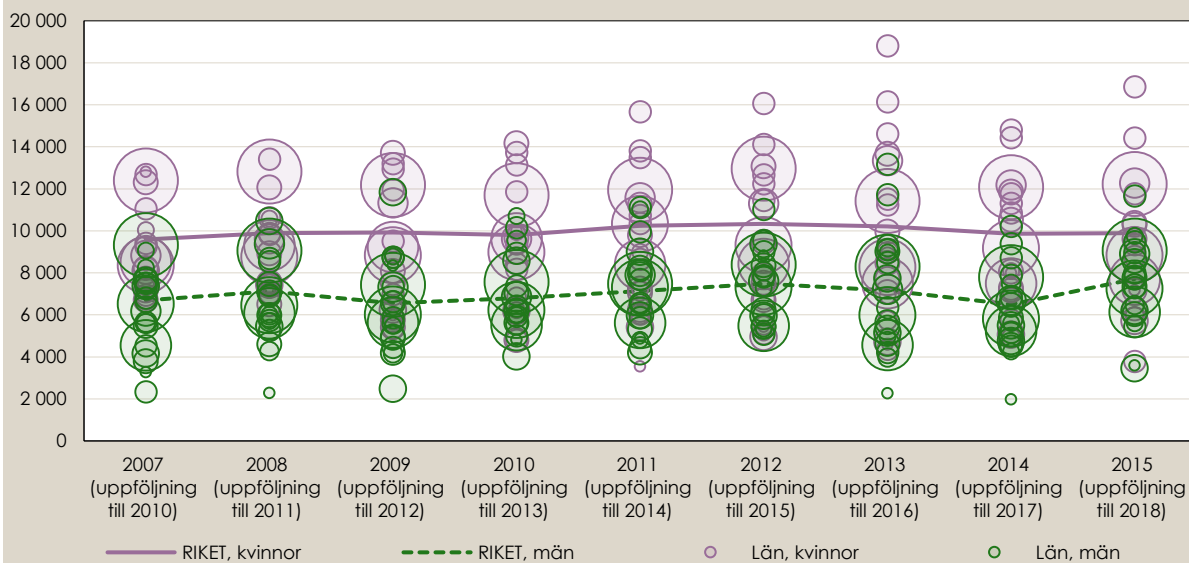
I jämförelsen över tid, som nu har nått fram till 2018 som det senaste uppföljningsåret, syns ingen förbättring alls på riksnivå. Alltså långt ifrån den nationella målnivån om en 20-procentig minskning fram till 2018.

Vid senaste mätperioden hade värdet för män ökat något till 7 713 per 100 000 levnadsår och för kvinnor var värdet 9 895 per 100 000 levnadsår. Utöver att återfrakturer är vanligare bland kvinnor är merparten av de som haft en fragilitetsfraktur till att börja med också kvinnor. Indikatorn mäts per levnadsår istället för per person eftersom flera i denna patientgrupp avlider under uppföljningsperioden.

### 38.1. Återfrakturer efter 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.

Återfrakturer per 100 000 levnadsår



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

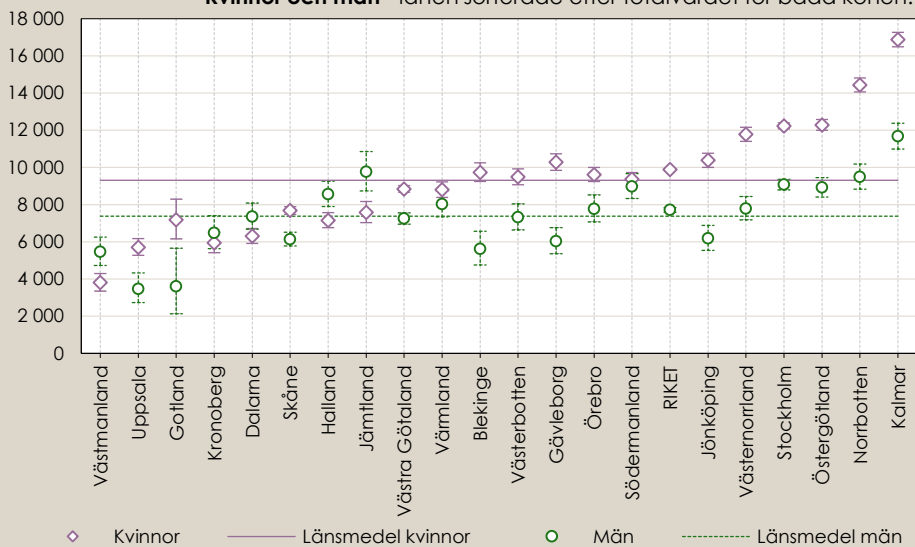
Mellan länen varierar värdena betydligt, speciellt för kvinnor då länen med sämre totalvärden ofta också har en större skillnad mellan könen. Bland kvinnor med en första fragilitetsfraktur 2015, som följs upp till och med 2018, varierar antalet återfrakturer från 3 802 till 16 875 per 100 000 levnadsår. För män varierar antalet mellan länen från 3 464 till 11 671.

### 38.2. Återfrakturer efter 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, 2015 (uppföljning till 2018).

Återfrakturer per 100 000 levnadsår

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagnossättningen för kotfrakturer kan vara bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom vårdkontakter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

I Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar finns rekommendationer om hur hälso- och sjukvården kan arbeta med benskörhet [16]. Revidering av riktlinjerna kommer att publiceras i en remissversion under våren 2020.

## 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. I denna rapport redovisas även indikatorn *Fallskador bland äldre*, vilken också kan relateras till benskörhet.

## 39. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke

Stroke är en av landets stora folksjukdomar och kräver insatser från både kommuner och regioner. Indikatorn för tillgodosedda rehabiliteringsbehov visar hur stor andel av de personer som vårdats för stroke som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sin rehabilitering 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 omsorgen.

Den enkätfråga som används har ändrats från 2016 och därför görs ingen jämförelse längre tillbaka.

### Nationell målnivå

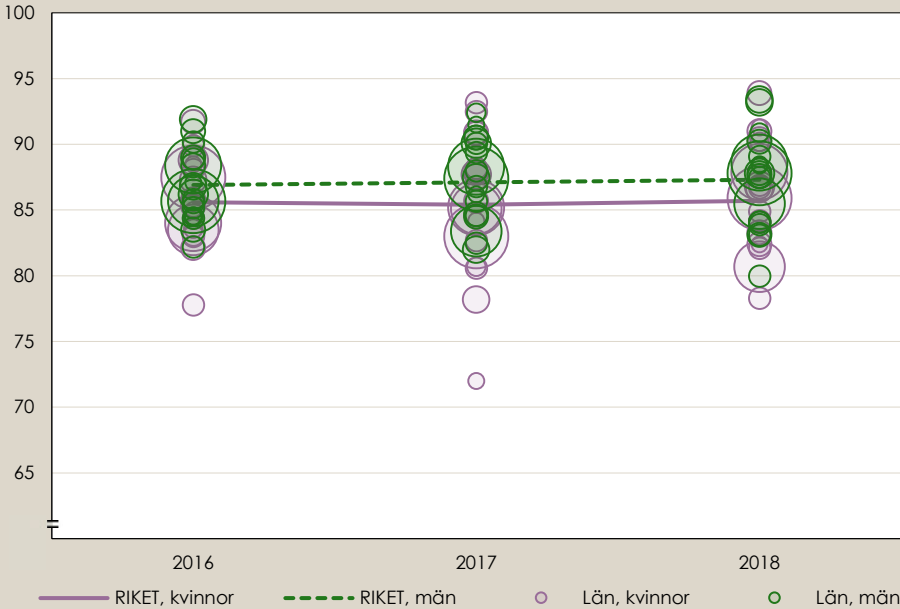
För indikatorn *Nöjda med rehabilitering efter stroke* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till  $\geq 87$  procent.

För 2018 uppgav knappt 87 (86,6) procent att de var nöjda med sin rehabilitering vilket också var i nivå med 2016 och 2017. Det är precis under den nationella målnivån som är satt till 87 procent [119]. Det finns en viss skillnad mellan könen på riksnivå för de svarande över åren, som visar att män är mer nöjda än kvinnor. För 2017 var skillnaden 1,6 procentenheter mellan könen. På riksnivå innebär detta också att kvinnor hamnar under målnivån medan män hamnar precis över den.

### 39.1. Nöjd med rehabilitering efter stroke (12 månader)

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?".

Procent

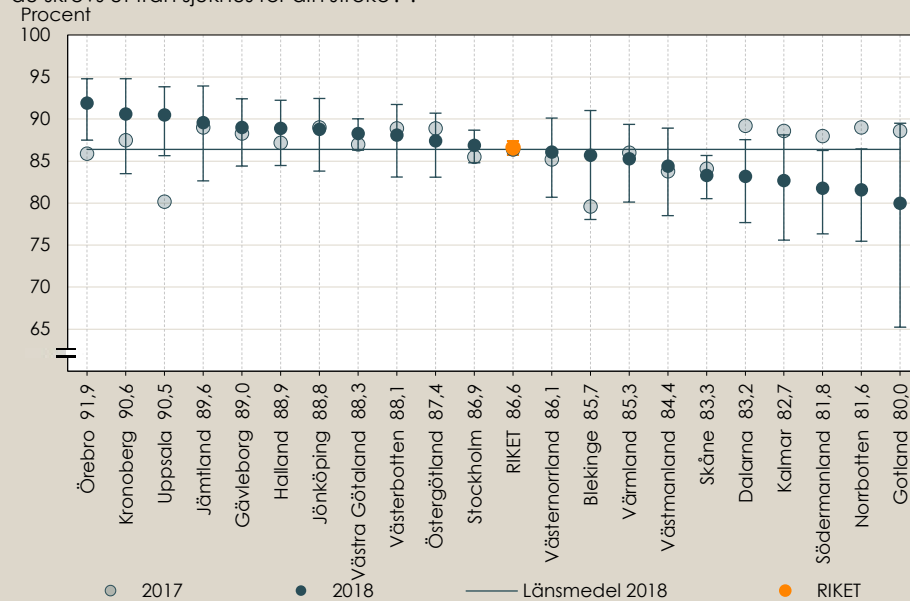


Källa: Riksstroke.

Mönstret mellan könen är inte lika tydligt på länsnivå och för att öka underlaget för jämförelsen på länsnivå så redovisas värden för kvinnor och män tillsammans på (könsuppdelad data på länsnivå finns i Bilaga 2). Trots att könen redovisas tillsammans så är underlaget så pass litet för enskilda län att konfidensintervallen i de flesta fall överlappar varandra och rikets värde. Detta visar att resultaten utifrån underlaget för ett enskilt år på länsnivå inte är tydliga som indikationer på skiftande kvalitet – trots att den uppmätta skillnaden mellan länen för 2018 uppgår till 12 procentenheter.

### 39.2. Nöjd med rehabilitering efter stroke (12 månader)

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?".



Källa: Riksstroke.

En av många faktorer som kan påverka utfallet är kvaliteten i en samordnad vårdplanering som kan involvera såväl olika verksamhetsdelar i regionerna som kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg. En ytterligare aspekt är att upplevelsen kan påverkas av förväntningar.

### Om relaterade mått och data

Indikatorn som används i redovisningen här är samma som den som relaterats till den nationella målnivån och som använts i utvärdering av strokevården. I den indikatorn ingår enbart de som fått rehabilitering. Kvalitetsregistret Riksstroke publicerar även uppgifter om andelen svarande som inte fått rehabilitering trots att de upplevt behov av rehabilitering.

Det finns även ett flertal andra indikatorer från kvalitetsregistret Riksstrokes uppföljningsenkäter vid 3 respektive 12 månader. För indikatorn *Helt tillgodosett behov av hjälp och stöd efter stroke efter 3 månader* finns en nationell målnivå om minst 75 procent.

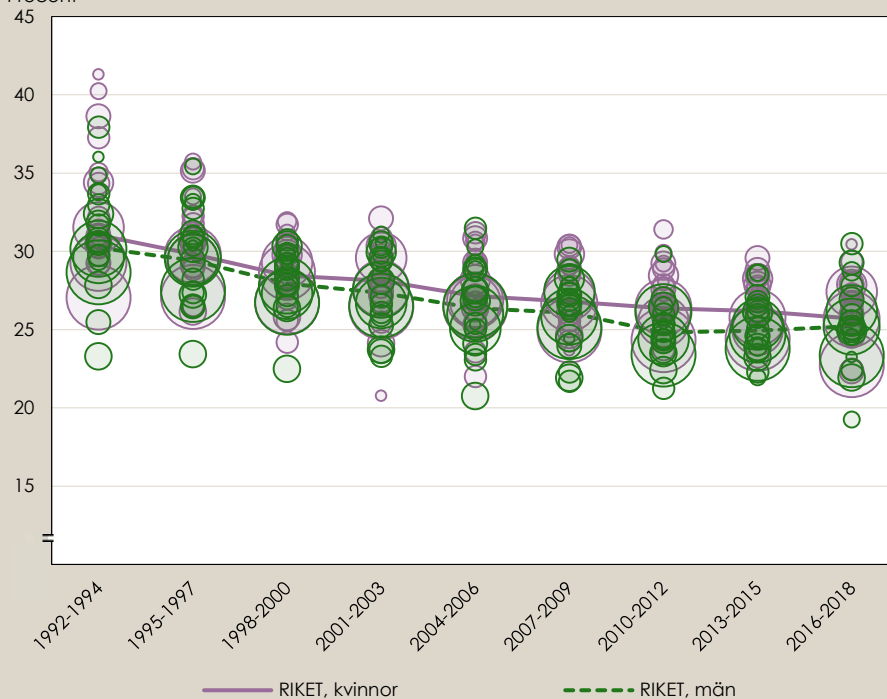
## 40. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Indikatorn visar andelen patienter som avled 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 avled under eller efter sjukhusvård men också de som avled utan att ha hunnit vårdats på sjukhus. Som förstagångsfall räknas personer som inte haft någon stroke de sju föregående åren. Andelen har sjunkit på längre sikt men har för de senaste åren legat på ungefär samma nivå, kring 26 procent för kvinnor och 25 procent för män. För alla mätperioder i jämförelsen är den åldersstandardiserade dödligheten inom 90 dagar något högre bland kvinnor än bland män i riket.

### 40.1. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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

Procent



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

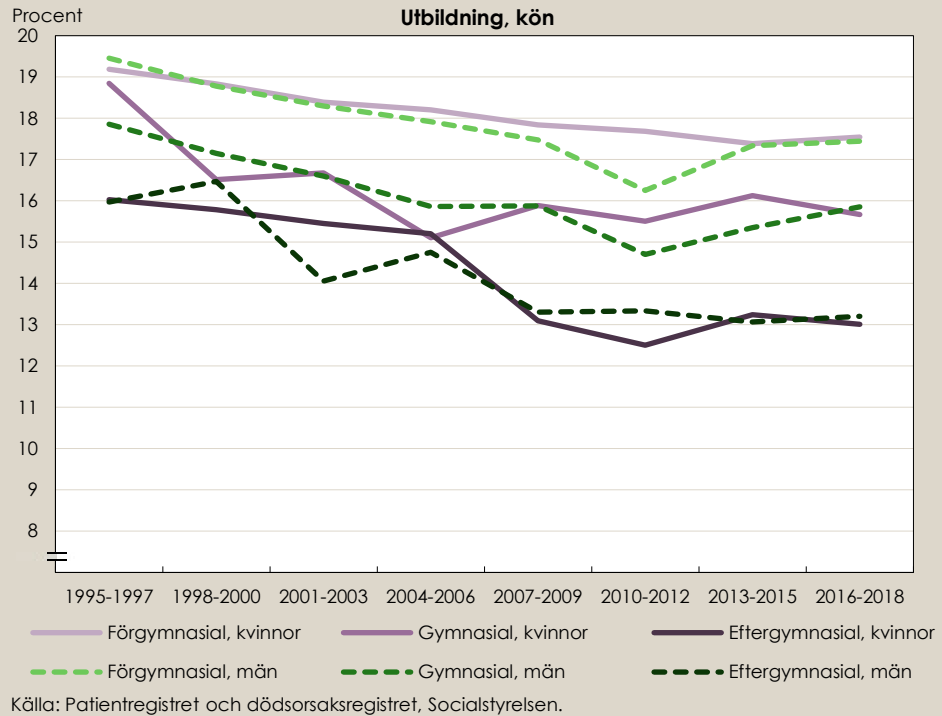
Vid jämförelse av utbildningskategorier i diagram 40.2 avgränsas gruppen åldersmässigt från 35 till 79 år, vilket ger generellt lägre nivå för andelen döda inom 90 dagar. Andelen bland dem med kortare utbildning är generellt högre för hela perioden och ingen minskning av skillnaden ses över tid.

För att öka underlaget och minska osäkerheten i länsjämförelsen redovisas värden för könen tillsammans i diagram 40.3 (könsuppdelade värden på länsnivå finns tillgängliga i Bilaga 2). På länsnivå skiljer det nära 8 procentenheter mellan länet med högst respektive lägst värde. Många läns konfidensintervall överlappar rikets värde och länsmedelvärdet, men bland dem med

högst och lägst värden gör de det inte vilket kan tyda på att det kan finnas systematiska skillnader mellan länen i vårdens kvalitet eller andra regionala förutsättningar.

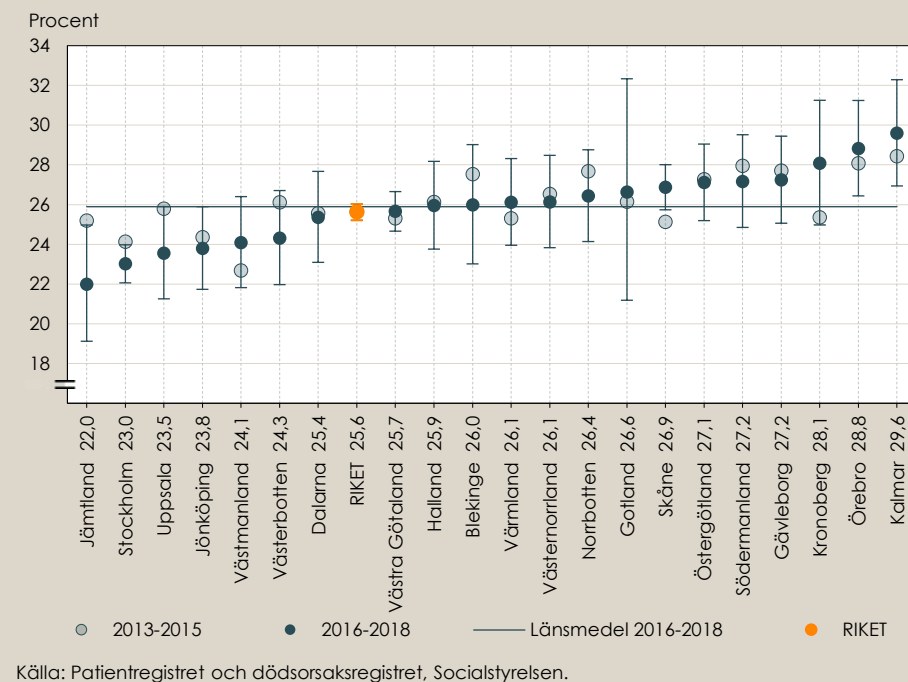
#### 40.2. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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



#### 40.3. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

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



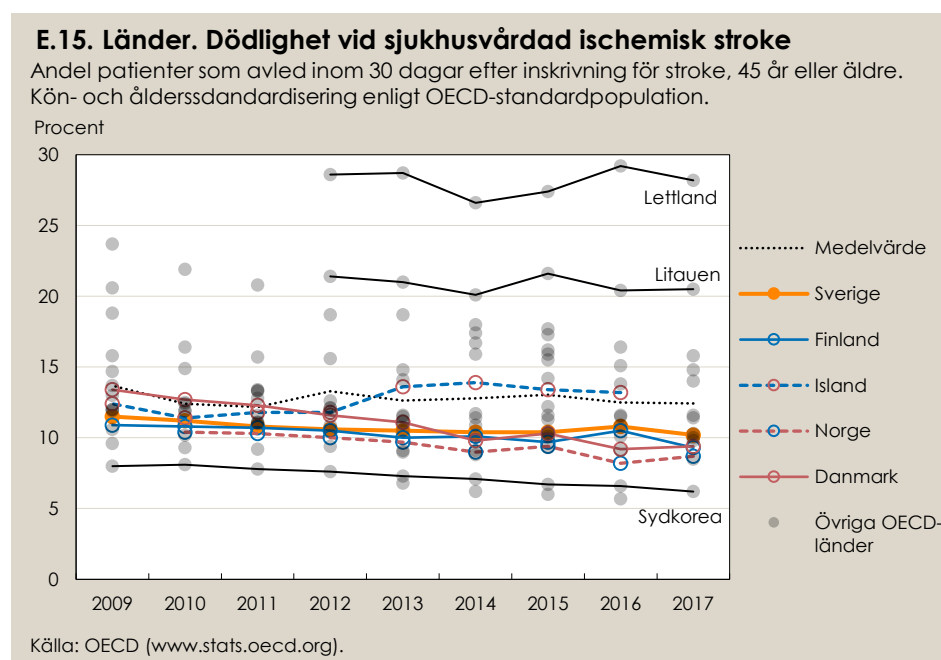


Indikatorn avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Därför fångar den även in effekter av samverkan mellan regionernas olika verksamheter och kommunernas hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har under 2018 publicerat en uppdaterad version av riktlinjerna för strokesjukvård som ska kunna utgöra stöd till verksamheterna [119, 120]. En svensk studie från 2017 visar att endast tio procent av personer som avlider efter tre månader eller upp till ett år efter stroke, avlider i det egna hemmet. Merparten av personerna avlider på äldreboenden eller på sjukhus [121].

## Sverige i mitten av strokevårdsjämförelse

OECD använder indikatorn *Dödlighet efter sjukhusvårdad ischemisk stroke inom 30 dagar* som en indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Till skillnad från huvudindikatorn redovisas alltså enbart de patienter som sjukhusvårdats med ischemisk stroke och för en kortare uppföljningsperiod med åldersavgränsningen 45 år och äldre. Resultaten visar för denna indikator att Sverige rangordningsmässigt ligger ungefär i mitten av de OECD-länder som rapporterat värden. Två baltiska länder rapporterar mer än dubbelt så hög dödlighet som Sverige. Island har för de senaste rapporterade åren högre värden än de övriga nordiska länderna. Förutom Island redovisar Sverige högst värde i norden 2017 även om skillnaderna inte är stora. Lägst dödlighet 2017 har Sydkorea.



## Om relaterade mått och data

Via Socialstyrelsens webbplats kan andelen som dör inom 28 dagar efter stroke jämföras, även enbart för dem som sjukhusvårdats. I Socialstyrelsens utvärdering av strokevård finns flera indikatorer och målnivåer [119].

Exempelvis *Rökstopp efter stroke* belyser sekundärpreventiv behandling, medan effekter på vård och omsorg kan belysas genom indikatorerna *ADL-*

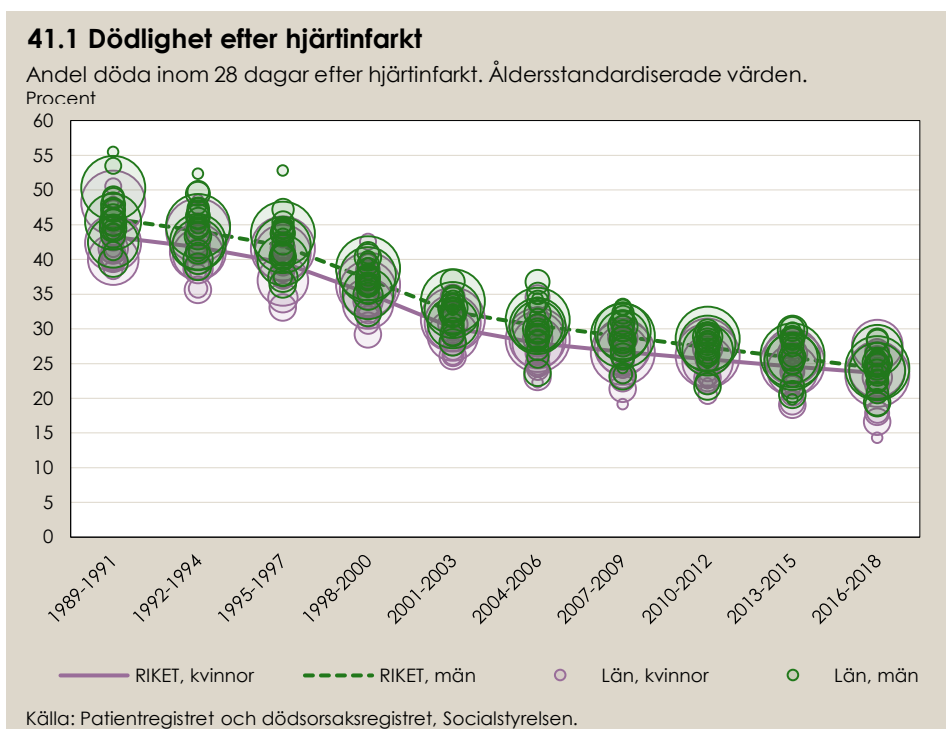
oberoende samt Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning. Mer information finns även på kvalitetsregistret Riksstrokes webbplats.

## 41. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller *case fatality*) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mäter 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 för 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.

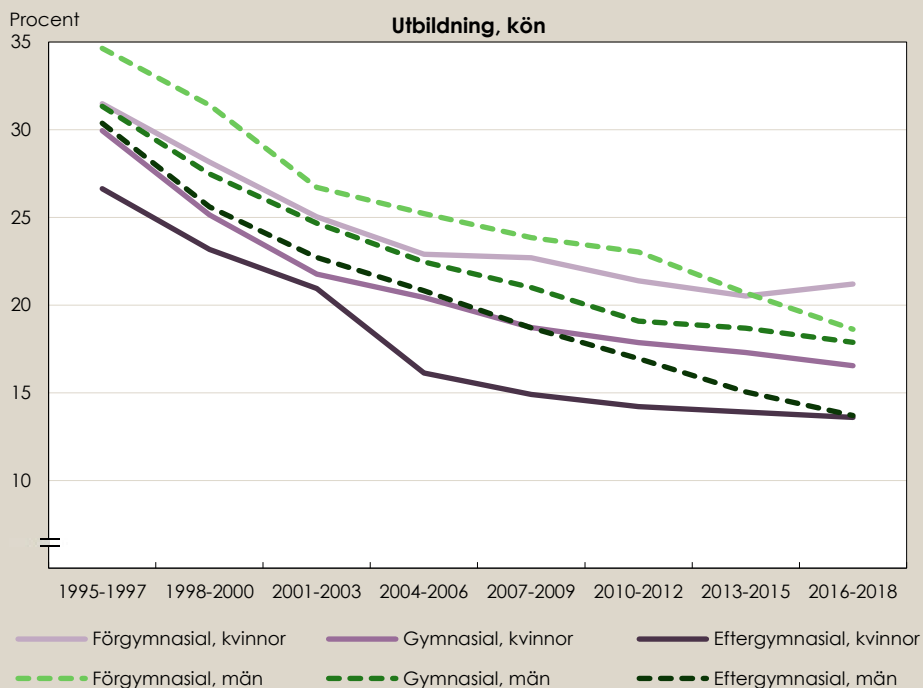
Värdena för riket har kontinuerligt förbättrats sedan början på 90-talet och för den senaste mätperioden når värdet under 25 procent – för både kvinnor och män. Män har en liten men över tid tydligt högre åldersstandardiserad andel som dör inom 28 dagar även om skillnaden mellan könen har minskat och är för 2016–2018 drygt en halv procentenhet.



Skillnaden i dödlighet efter hjärtinfarkt är större mellan utbildningsgrupper än mellan könen.

## 41.2. Dödlighet efter hjärtinfarkt

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

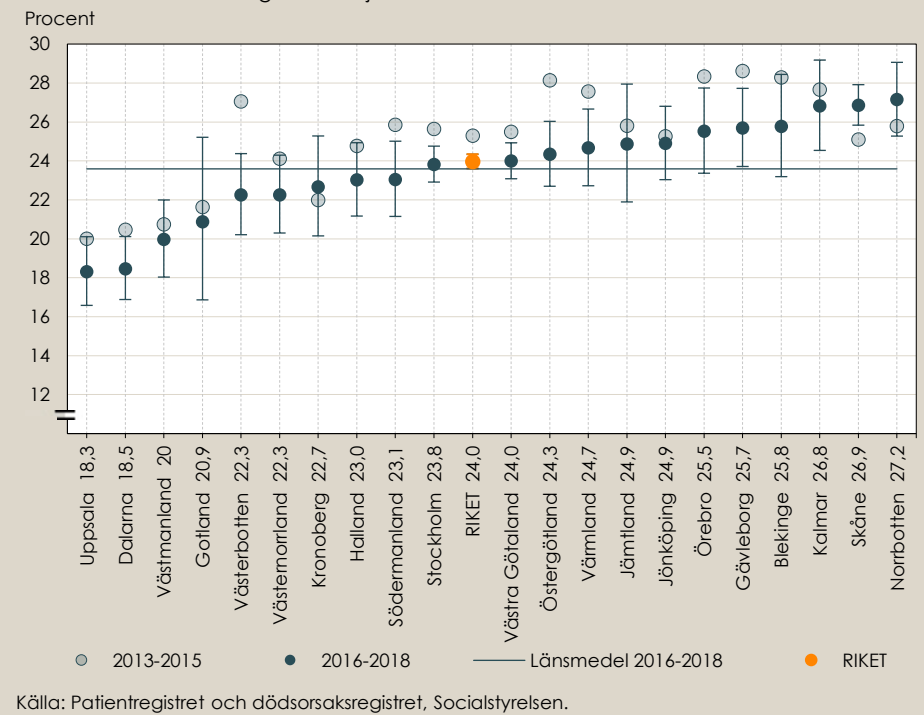


Bland dem som inte gått på gymnasiet avled drygt 21 procent av kvinnorna och nära 19 procent av männen inom 28 dagar 2016–2018, medan andelen bland båda könen för personer med eftergymnasial utbildning är knappt 14 procent. Dödligheten bland kvinnor med högst förgymnasial utbildning har dessutom ökat något mellan de två senaste mätperioderna. Mellan länen med högst respektive lägst åldersstandardiserad dödlighet skiljer det 9 procentenheter för perioden 2016–2018. I de flesta län har värdena förbättrats mellan de två senaste mätperioderna och några län har en tydligt lägre dödlighet. Ett par län visar sämre värde än genomsnittet och samtidigt sämre värde än perioden 2013–2015.

Variationer mellan länen kan ha flera orsaker. Exempelvis 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. Häls- och sjukvården kan förbättra hjärtsjukvården genom att exempelvis öka andelen som får reperfusionsterapi vid hjärtinfarkt med ST-höjning och genom att korta tiden mellan första EKG och start av reperfusionsterapi hos patienter med ST-höjningsinfarkt [99].

### 41.3. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



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 den patientgrupp 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 hjärtinfarktbehandling där flera processmått samt resultatmått för sekundärprevention ingår.

### Låg dödlighet vid hjärtinfarktbehandling i Sverige

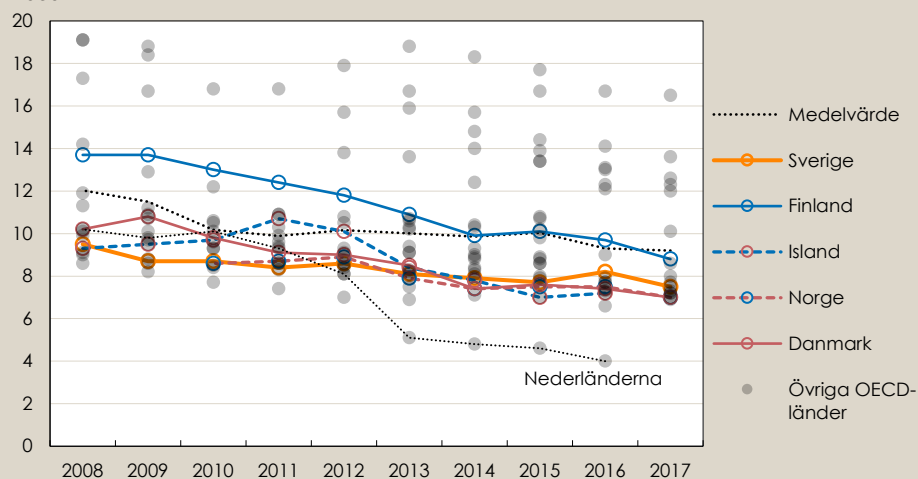
Diagram E.16 visar andelen patienter i olika OECD-länder som avlider inom 30 dagar efter inskrivning för akut hjärtinfarkt. Sverige hamnar för 2017 i en grupp av 10 länder med en jämförelsevis låg redovisad dödlighet – mellan 7 och 8 procent. Övriga nordiska länder hamnar också i denna grupp, utom Finland som har ett högre värde i nivå med medelvärdet för de rapporterade OECD-länderna. Generellt sett har förbättringar gjorts för alla länder över

den redovisade tioårsperioden. Nederländerna sticker ut med ett tydligt lägre redovisat värde för åren 2013–2016 (Nederländerna saknas i redovisningen för 2017 i januari 2020).

### E.16. Länder. Dödlighet vid sjukhusvårdad akut hjärtinfarkt

Andel patienter som avled inom 30 dagar efter inskrivning för akut hjärtinfarkt, 45 år eller äldre. Kön- och åldersstandardisering enligt OECD-standardpopulation.

Procent



Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

## 42. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

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 effektiva behandlingar.

Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, bröstcancer eller hudcancer som inte är malignt melanom, och dessa cancertyper ingår inte i indikatorn. Jämfört med att inkludera alla tumörlägen är nivån cirka tio procentenheter lägre. Generellt har överlevnaden utvecklats positivt för merparten av områdena inom cancervården.

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. För 2013–2017 ligger andelen bland kvinnor på nära 62 procent och bland män 59 procent. Överlevnaden har ökat kontinuerligt för både män och kvinnor, vilket framgår av diagram 42.1.

### 42.1. 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.

Procent



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

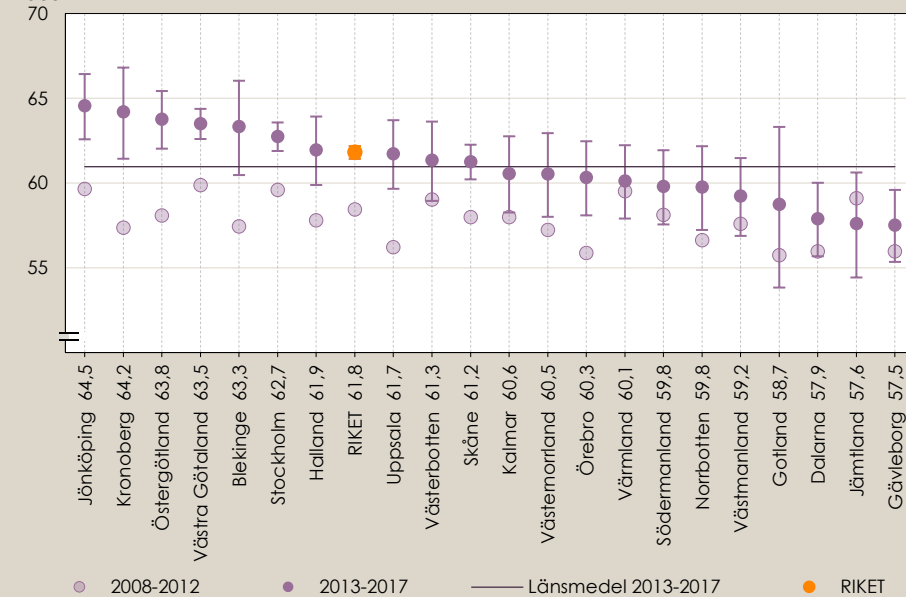
För kvinnor varierade värdet mellan länen från knappt 58 upp till nära 65 procent för perioden 2013–2017.

### 42.2. 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.

Procent

Kvinnor

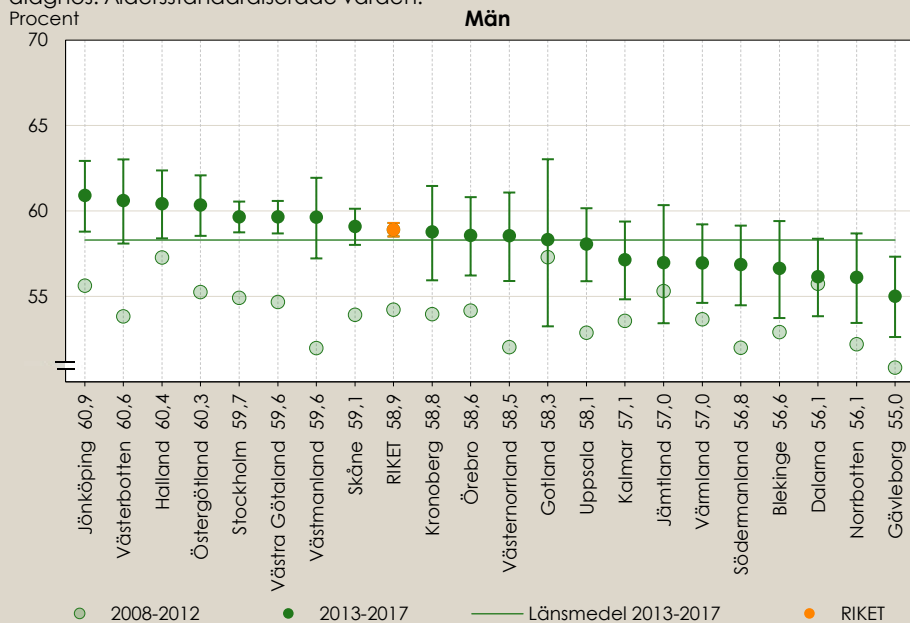


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Bland män varierar den relativa femårsöverlevnaden från 55 till nästan 61 procent. För både män och kvinnor syns tydliga förbättringar för flertalet av länen mellan perioderna.

### 42.3. 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.



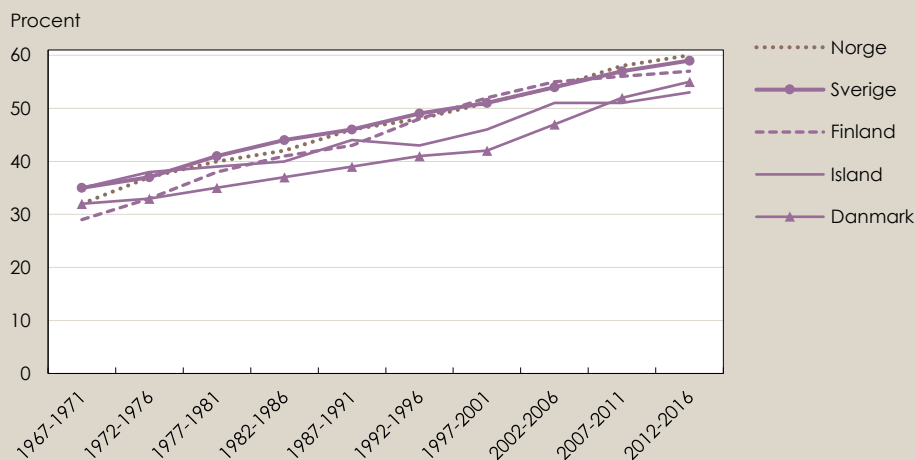
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

## Hög överlevnad vid cancer i Sverige

Jämförelserna mellan länderna i Norden bygger på data från *NordCan*. Måttet som presenteras i diagram E.17 för kvinnor och E.18 för män, har samma avgränsning som huvudindikatorn vad gäller tumörlägen men inte den nedre åldersavgränsningen till 30 år. Utvecklingen i de nordiska länderna är likartad med kontinuerliga ökningar. För hela den redovisade perioden har Sverige legat i toppen bland de nordiska länderna. För den senaste mätperioden som avser dem som diagnostiserats 2012–2016 har Sverige och Norge det högsta värdet, både för män och kvinnor. För män är värdet lika och för kvinnor hade Norge en procentenhets högre värde.

### E.17. Länder. Kvinnor. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

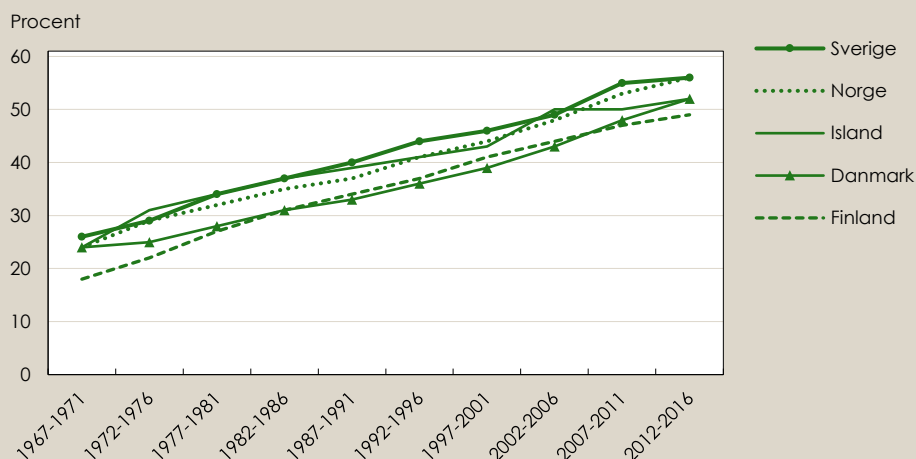
Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser kvinnor 0–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



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

### E.18. Länder. Män. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser män 0–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



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

I förhållande till andra länder inom OECD står sig de nordiska länderna bra i jämförelser av överlevnad för olika cancerarter [105].

## Om relaterade mått och data

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



## 43. Dödlighet efter höftfraktur

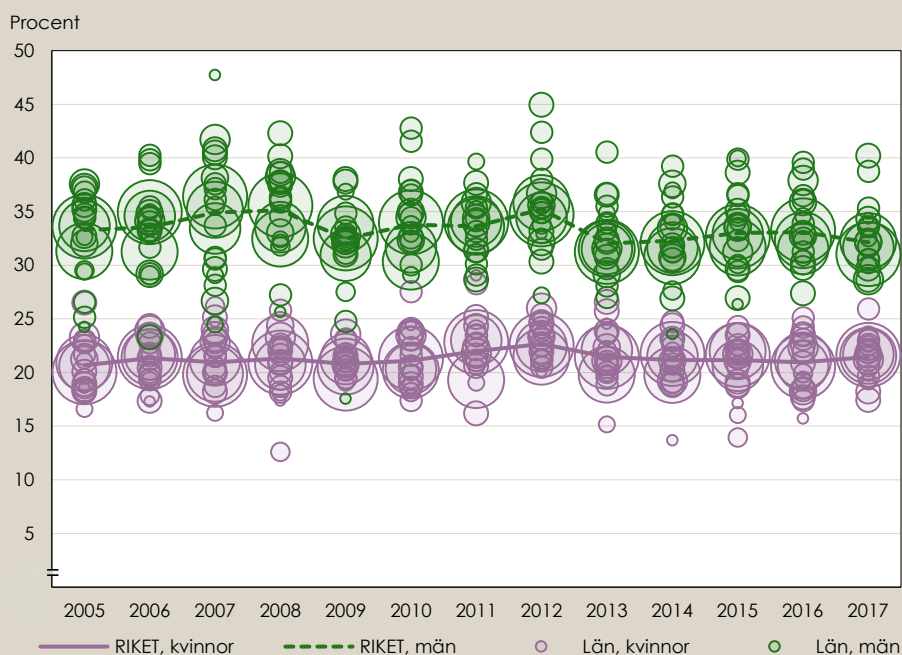
Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med benskörhet. Höftfrakturer leder ofta till försämrad livskvalitet, bland annat till följd av försämrad gångförmåga. Detta kan göra det svårt för en person att återgå till eget boende och även påverka det sociala livet negativt. Därutöver är dödligheten inom det första året efter höftfraktur hög [16].

Indikatorn visar andelen patienter som var 50 år och äldre och som avled inom 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur. Förstagångshöftfraktur avser här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. De höftfrakturer som inkluderats i måttet är i de flesta fall relaterade till benskörhet.

Bland dem med en höftfraktur under perioden 2015–2017 var den åldersstandardiserade dödligheten drygt 21 procent för kvinnor och drygt 32 procent för män, antalsmässigt avled dock fler kvinnor eftersom två tredjedelar av de som råkar ut för höftfraktur och ingår i måttet är kvinnor. I diagram 43.1 framgår att nivån har varit ungefär den samma för de redovisade åren. Årsvärdena varierar lite från år till år, speciellt för män och län där respektive mätvärde bygger på färre observationer.

### 43.1. Dödlighet efter höftfraktur

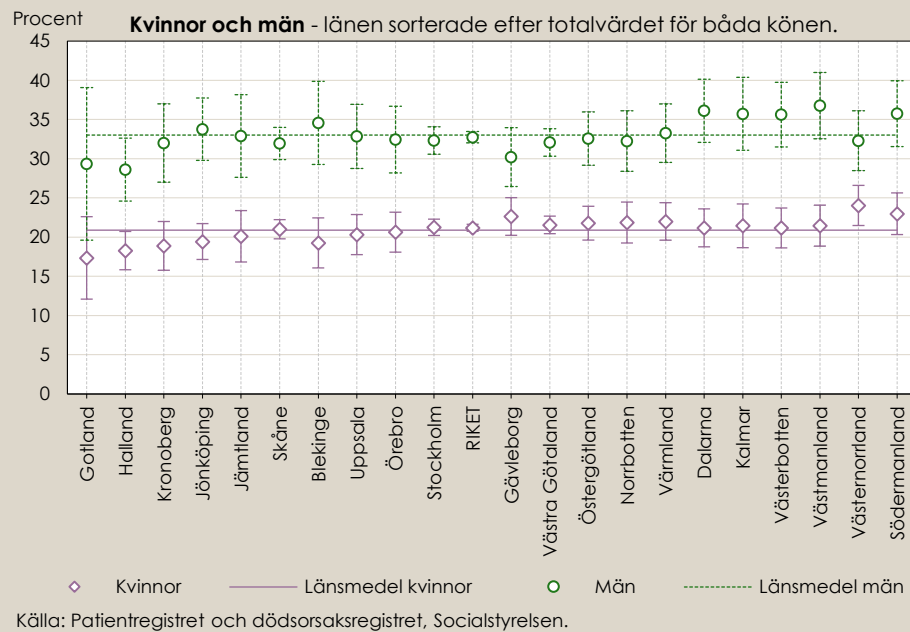
Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Även på länsnivå är skillnaden mellan kvinnor och män genomgående men ingen tydlig skillnad kan ses mellan olika läns resultat för respektive kön, då länsens konfidensintervall i nästan samtliga fall överlappar varandra.

### 43.2. Dödlighet efter höfffraktur

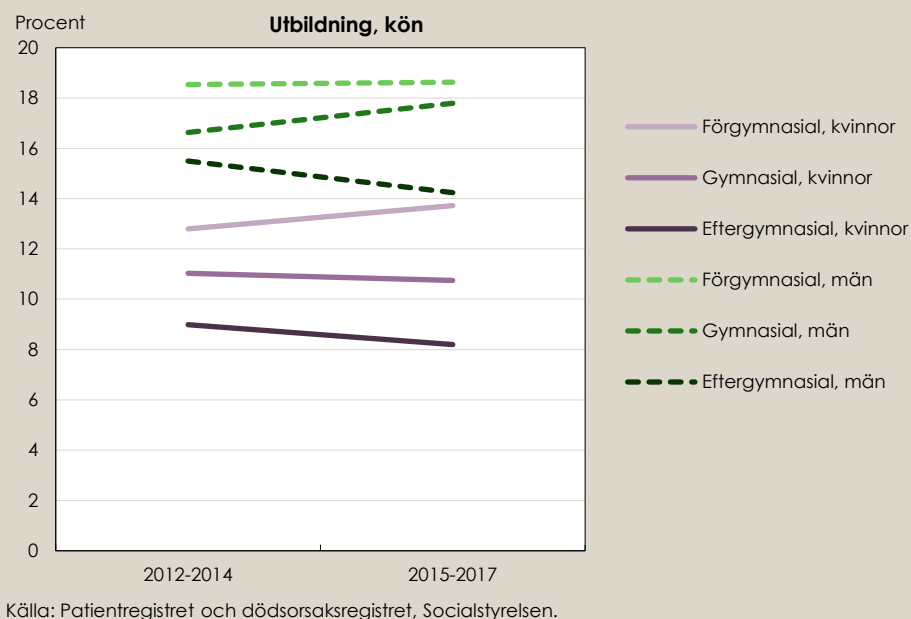
Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2015-2017.



Utöver den tydliga skillnaden mellan män och kvinnor syns i diagram 43.3 även ett konsekvent mönster för respektive kön, när det gäller skillnader mellan utbildningsnivåer. Kortare utbildning hänger samman med högre dödlighet. Utvecklingen mellan mätperioderna förstärker också detta mönster då de med högst förgymnasial utveckling har haft en sämre utveckling. Jämförelsen för utbildningsnivå avgränsas till högst 79 år vilket gör att värdena generellt blir lägre.

### 43.3. Dödlighet efter höftfraktur

Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50-79 år. Åldersstandardiserade värden.



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 [16].

## 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 *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. I kvalitetsregistret Rikshöft finns bland annat indikatorn *Väntetid inför höftfrakturopoperation*.

## 44. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Psykofarmaka är en vanlig behandlingsform i samband med psykisk ohälsa och används inom såväl öppen- som slutenvården. Godkända läkemedel för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar är bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel. De används även för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Psykofarmaka till vuxna förskrivs vanligtvis av allmänläkare och psykiatriker samt i viss utsträckning av invärtesmedicinare. Bensodiazepiner kan dock ge biverkningar, särskilt vid hög konsumtion och långvarigt bruk. De är dessutom narkotikaklassade och kan framkalla beroende och missbruksproblem. Det är därför viktigt att inte förskriva dessa läkemedel under längre perioder, utan noggrant övervägande [35]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom anges att behandling med bensodiazepiner inte bör erbjudas överhuvudtaget vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi och akut stressyndrom eller post-traumatiskt stressyndrom [122].

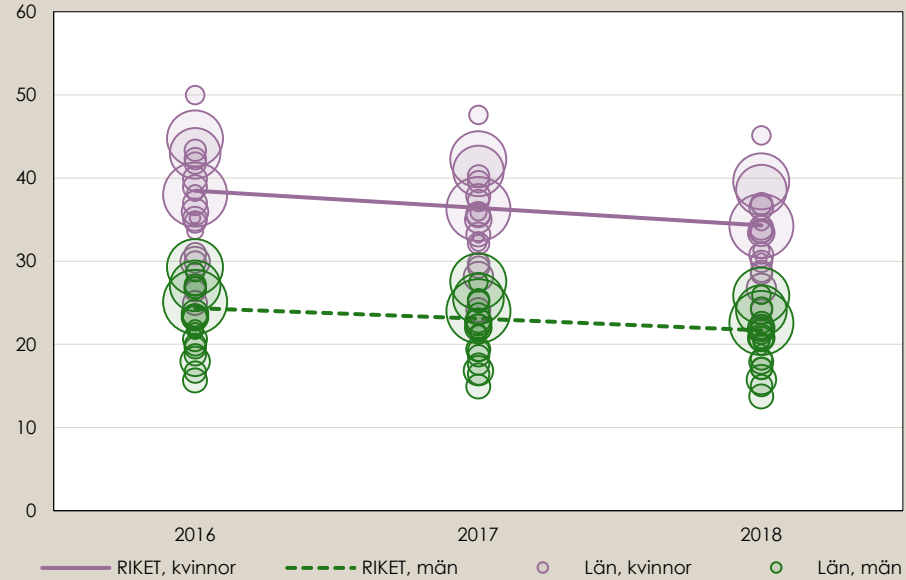
Indikatorn visar antalet personer med långvarig förskrivning av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldrarna 20–79 år per 1 000 invånare. Med långvariga användare avses här individer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år. I sammanhanget bör påpekas att det i dagsläget inte finns någon fastställd rekommenderad nivå för hur denna konsumtion bör se ut.

Det långvariga användandet av bensodiazepiner minskade i riket under 2016–2018. Men skillnaderna mellan könen, länen och olika utbildningsgrupper är fortsatt stora och tydliga.

#### 44.1. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal personer med regelbunden användning, ( $\geq 0,5$  DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

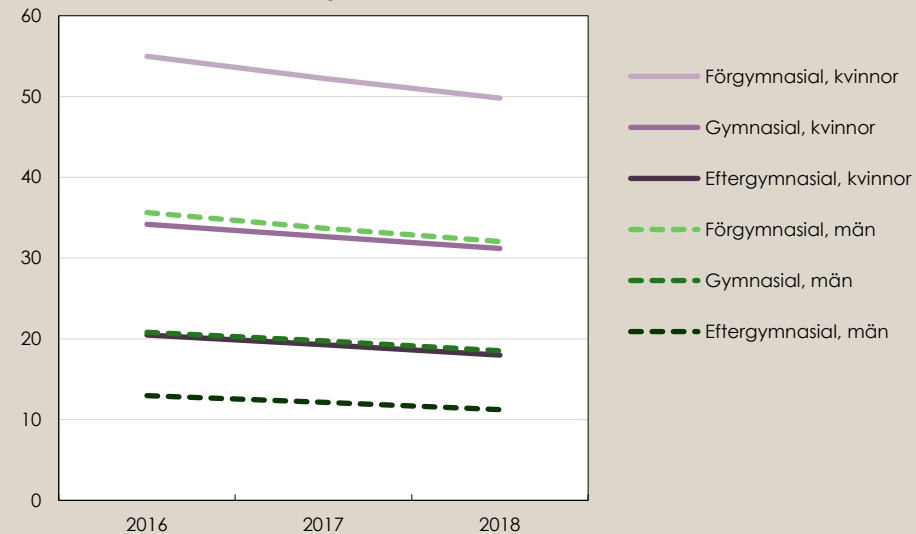
Förekomsten av långvarig behandling som kan leda till beroende är mer än fyra gånger så stor bland kvinnor med högst förgymnasial utbildning jämfört med bland män med eftergymnasial utbildning. Jämförelsen mellan utbildningsgrupper avgränsas till 30-64 år.

#### 44.2. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal personer med regelbunden användning, ( $\geq 0,5$  DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 30-64 år. Åldersstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare

Utbildning, kön



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Resultatet visar också att den långvariga användningen i åldern 20–79 år varierar rejält mellan olika län.

#### 44.3. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal personer med regelbunden användning, ( $\geq 0,5$  DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden, 2018.

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



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Tidigare analyser på länsnivå har visat på låg samvariation mellan långvarig förskrivning och socioekonomiska förhållanden i länen. Viss samvariation visades med förekomst av psykisk ohälsa. Men skillnader i vårdens praxis att förskriva dessa läkemedel under lång tid kvarstår som en trolig viktigare förklaring [123]. Även nedbrytning på kommunnivå har stärkt det antagandet eftersom samvariationen är låg mellan långvarig förskrivning och andelen med låg utbildning i olika kommunerna [19].

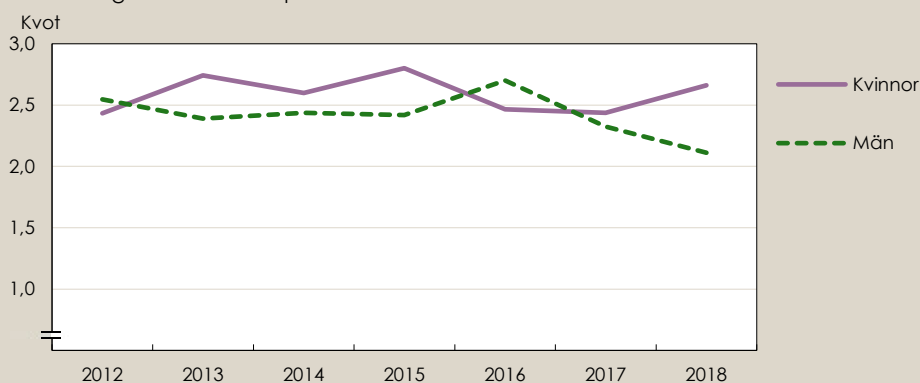
## 45. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Indikatorn visar dödligheten bland personer 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 2018 var värdet för kvinnor med bipolär sjukdom 2,7 och för män 2,1, det finns dock ingen tydlig skillnad mellan könen då underlaget för enstaka år blir relativt litet och kvinnor och män ligger relativt nära varandra givet den naturliga variationen.

### 45.1. 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.

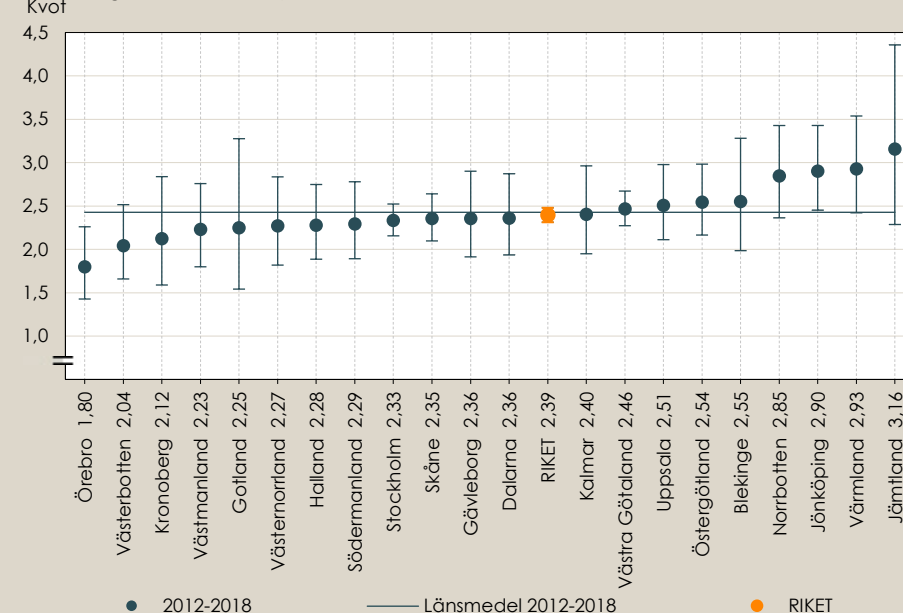


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Samtliga län 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 indikatorer på varierande kvalitet i hälso- och sjukvården. Detta trots att mätperioden för dödsfallen i länsjämförelsen omfattar hela sex år. Totalt för riket för sexårsperioden 2012–2018 var värdet 2,4. Vilket innebär att den åldersstandardiserade dödligheten är mer än dubbelt så hög bland personer med bipolär sjukdom som hos befolkningen i stort.

### 45.2. 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.

Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär sjukdom. 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 [124].

## Om relaterade mått och data

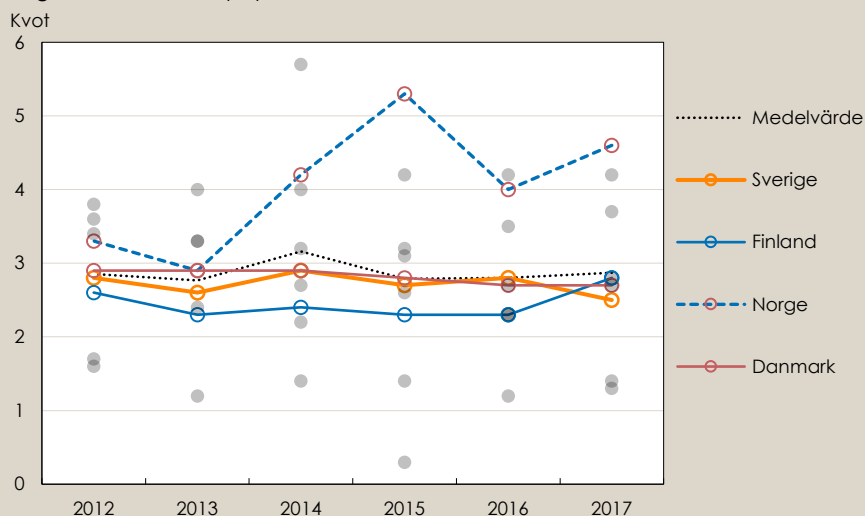
I internationella jämförelser publiceras även motsvarande indikator men för schizofreni: *Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni*.

## Överdödlighet vid bipolär sjukdom i olika länder

Överdödlighet vid bipolär sjukdom i Sverige är något lägre än genomsnittet för andra länder inom OECD som rapporterat uppgifter för indikatorn 2017, värdena kan dock skilja sig ganska stort från år till år på grund av det begränsade underlaget för enskilda år. Sverige har tillsammans med Danmark för alla redovisade år legat på en kvot mellan 2,5 och 3. Finland har legat något under det för tidigare år. Norge har för perioden 2014 till 2017 rapporterat väsentligt högre värden.

### E.19. Länder. Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Avser personer 15–74 år. Kön- och åldersstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation.



Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

## 46. Återkommande slutenvård i livets slutskede

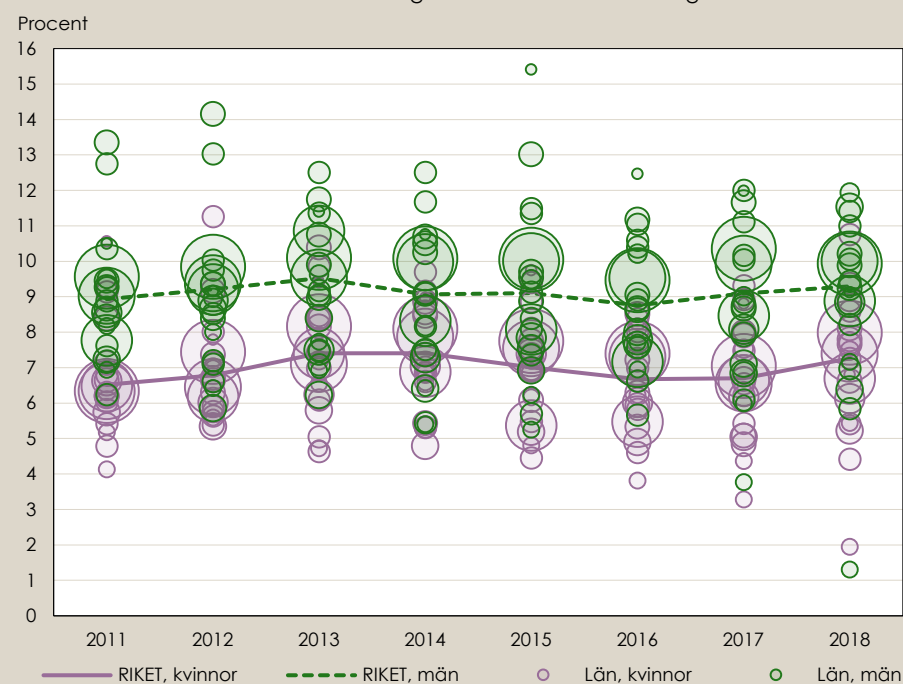
En stor del av de obotligt sjuka tillbringar sin sista tid på sjukhus, i en miljö som huvudsakligen är inriktad på korta vårdtider och kurativa åtgärder. Många äldre blir dessutom föremål för förflyttningar mellan slutenvård och hemsjukvård de sista två veckorna i livet, för att slutligen dö på sjukhus [125].

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Indikatorn som visas här 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 [126].

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 strax över 8 procent av patienterna som dog 2018 hade varit inskrivna två eller flera gånger de sista 30 dagarna i livet. Över de åtta år som visas i diagram 46.1 syns ingen tydlig förändring av nivån eller skillnaden mellan könen, mäns värde håller sig kring 9 procent och kvinnors värde kring 7 procent för alla åren.

### 46.1. Återkommande slutenvård i livets slutskede

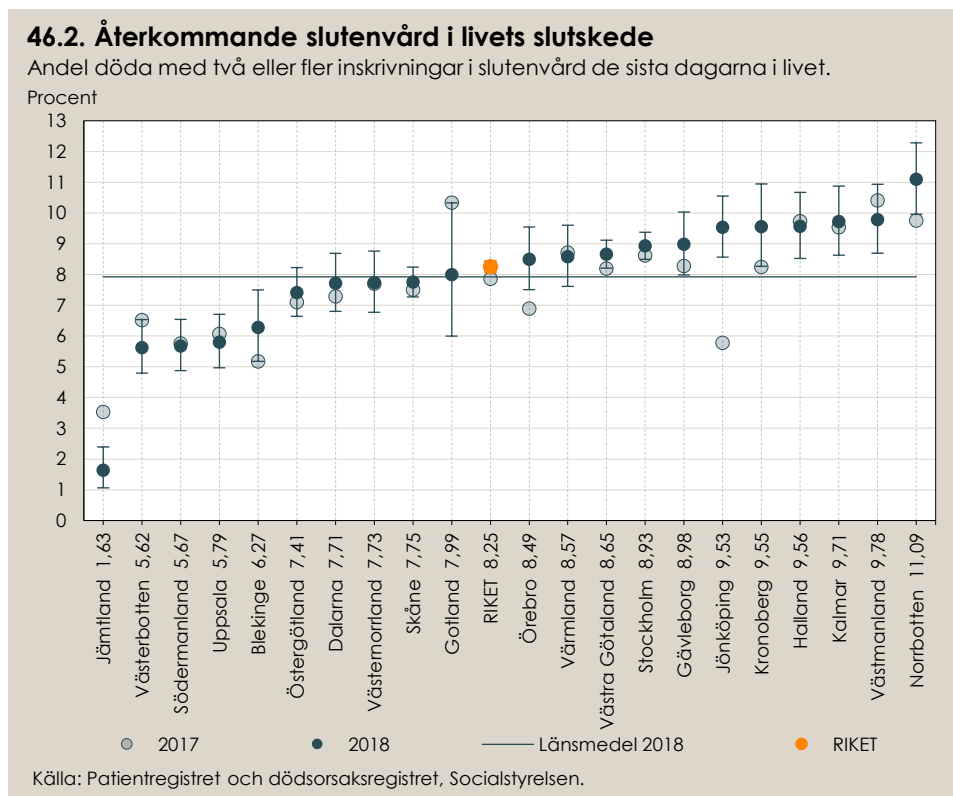
Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista dagarna i livet.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



När indikatorn används för jämförelser mellan länen i diagram 46.2 så visar resultaten att andelen patienter som de sista 30 dagarna i livet hade två eller fler inskrivningar varierar betydligt, mellan 1,6 och drygt 11 procent. Jämtland utmärker sig med ett väldigt lågt värde relativt andra län och en stor minskning från en redan låg nivå 2017. I Jönköping har istället en stor ökning mellan åren skett.



## Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och utvärderingar för palliativ vård finns flera relaterade indikatorer. Socialstyrelsen har även tagit fram målnivåer kopplade till flera indikatorer som följs i *Svenska palliativregistret* [127]. Dessutom presenteras data för indikatorerna *Brytpunktsamtal* samt *smärtskattning sista levnadsveckan* på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*.

## ”Blir vi friskare och lever längre?”

Här redovisas indikatorer i form av breda mått för hälsoutfall där kvaliteten i hälso- och sjukvården spelar roll men där utfallet även i hög grad påverkas av andra 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 andra politikområden, exempelvis 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 [128-130].

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 övergripande beskriva hälsoläget.

### 47. Självskattat allmänt hälsotillstånd

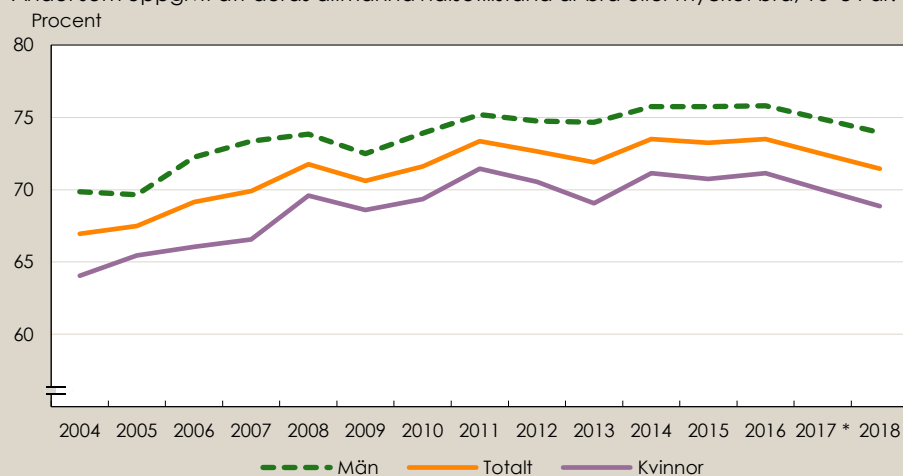
Hälsan är inte jämnt fördelad i befolkningen. Befolkningens självskattade hälsa har följts sedan 1980 i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Dessa undersökningar har visat att den självskattade hälsan tidigare har försämrats bland kvinnor med kort utbildning [131]. Ingen tydlig förbättring syns heller på senare tid för de 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?” i den nationella folkhälsoenkäten.

Andelen med god självskattad hälsa ligger på drygt 71 procent 2018. Det är lägre än den senaste föregående mätningen som gjordes 2016<sup>14</sup> men en ökning jämfört med de tidigare redovisade åren i diagram 47.1. En större andel män än kvinnor har under hela perioden uppgett det egna hälsotillståndet som bra eller mycket bra.

<sup>14</sup> Enkäten skickas numera ut vart annat år och 2017 gjordes därför ingen insamling.

### 47.1. Självskattat allmänt hälsotillstånd

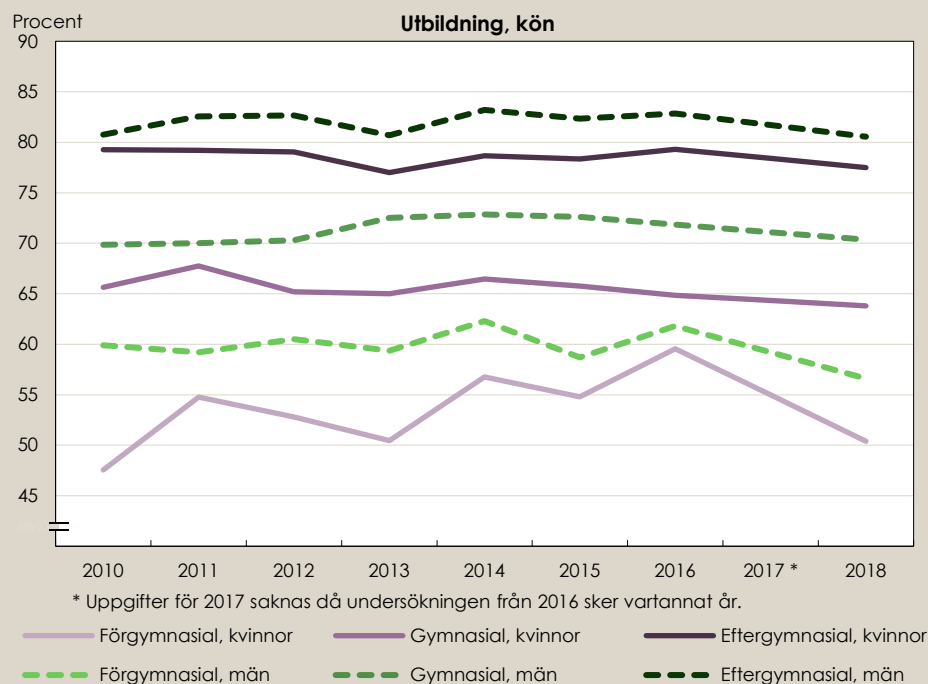
Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



Det finns tydliga mönster för indikatorn där män oftare än kvinnor anger att det egna hälsotillståndet är bra eller mycket bra och personer med hög utbildningsnivå oftare anger att de har en god hälsa än vad de med kortare utbildning gör. Resultatet för 2018 förstärker detta mönster jämfört med 2016 eftersom minskningen är störst bland dem med enbart förgymnasial utbildning och särskilt bland kvinnor.

### 47.2. Självskattat allmänt hälsotillstånd

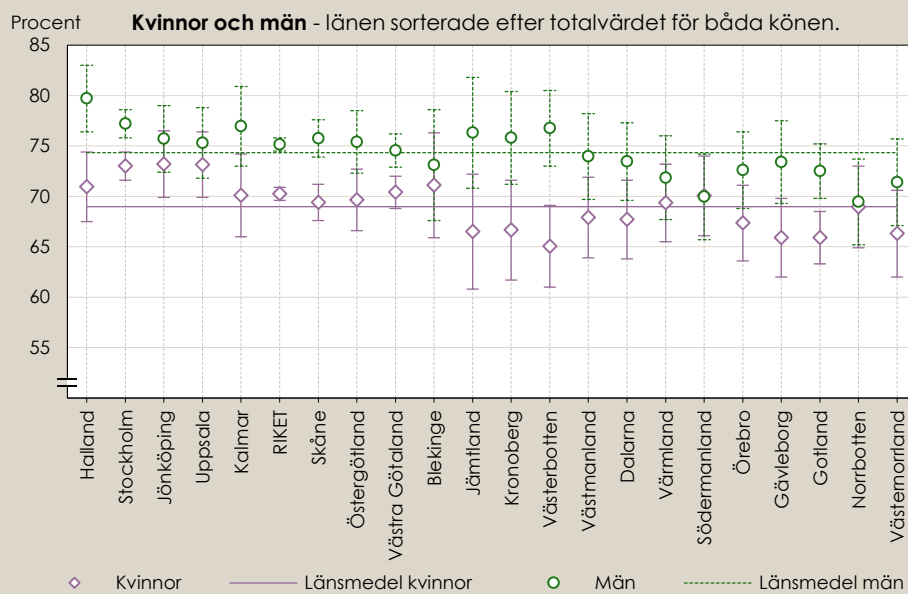
Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 25–64 år.



Länsjämförelsen avser ett samlat värde för undersökningarna 2015, 2016 och 2018 (eftersom ingen insamling förekom 2017). Mellan länen varierar andelen kvinnor som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra från 65 till 73 procent. Männens värde varierar mellan drygt 69 och 80 procent. I samtliga län är de uppmätta värdena högre bland män än bland kvinnor.

### 47.3. Självskattat allmänt hälsotillstånd

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2015,2016,2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Förutsättningarna för hälsofrämjande livsmiljöer formas i hög grad av regionala och lokala aktörer så som regioner, kommuner och ideella organisationer. En viktig del i detta är att regioner och kommuner tillser invånarnas behov av sjukvård.

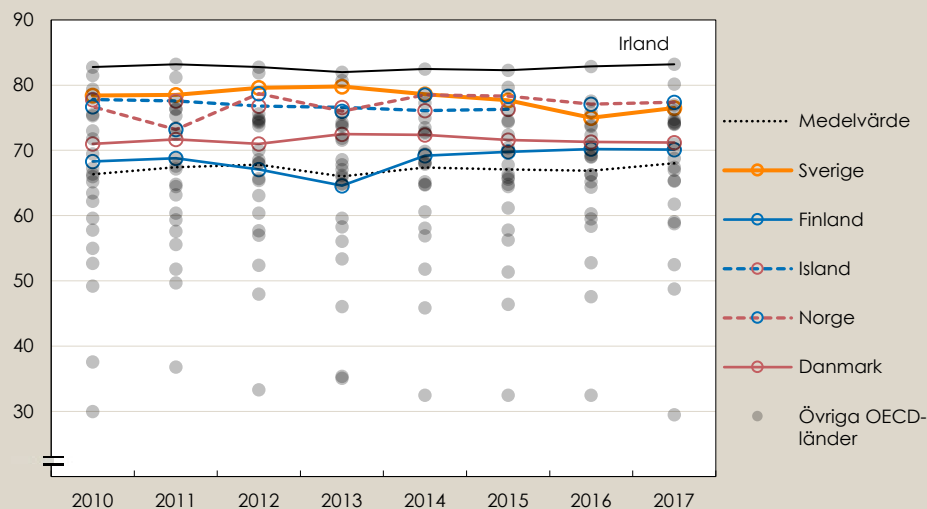
Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra OECD redovisar flera indikatorer för hälsostatus och bland dem självskattad hälsa. Sverige hamnar högt över medelvärdet för hela den redovisade perioden. År 2017 har Sverige det 5:e högsta värdet för hur stor andel som uppgivit att deras hälsotillstånd är bra eller mycket bra. I jämförelse med övriga nordiska länder är detta i nivå med Norge och tydligt högre än Danmark och Finland. Höst andel för samtliga år har Irland.

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, vilket måste beaktas i sammanhanget [132-135].

### E.19. Länder. Självsfattad hälsa

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 15 år eller äldre.

Procent



Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

För Sverige och övriga europeiska länder, utom Turkiet, baserar OECD uppgifterna om självskattad hälsa på undersökningen *The European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC). Det gör att uppgifterna för Sverige kan skilja sig mot de som kommer från Folkälsmyndighetens enkätundersökning *Hälsa på lika villkor*.

## Om relaterade mått och data

### Psykisk ohälsa

Kommuner och regioner har även ett ansvar för invånarnas psykiska hälsa, dels i verksamheter där de har kontakt med invånarna och dels som arbetsgivare när det gäller arbetsklimate 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 ökningar av den psykiska ohälsan bland unga och den ligger fortsatt på en hög nivå, i synnerhet bland barn och unga vuxna mätt som bland annat förekomsten av ångslan, oro och ångest och förskrivning av psykofarmaka [136-138].

## 48. Egenrapporterad tandhälsa

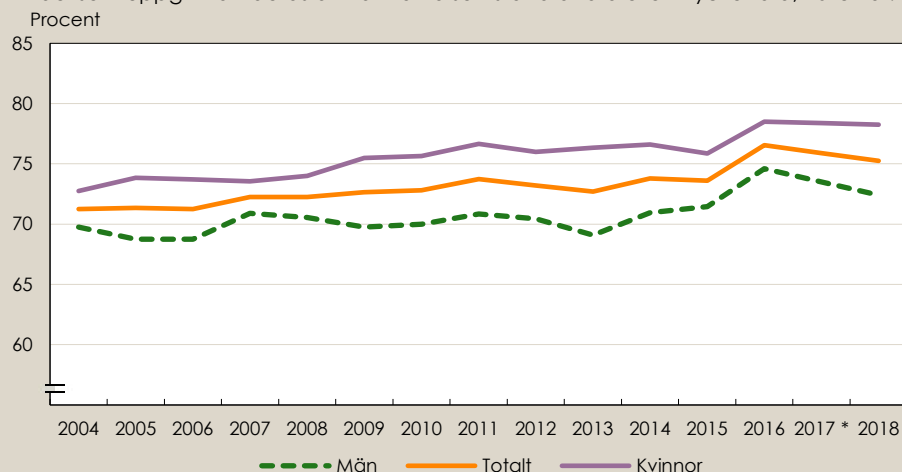
Tandhälsan utgör en viktig del av människors livskvalitet och välbefinnande. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med kostvanorna, eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandkvaliteten påverkar kostintaget. Inom det folkhälsopolitiska målområdet *Goda matvanor*, som antagits av riksdagen, 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 [139].

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 [140].

En större andel kvinnor än män uppger att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra och skillnaden mellan könen är cirka 6 procentenheter 2018. Totalt uppger 75 procent att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra.

### 48.1. Egenrapporterad tandhälsa

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



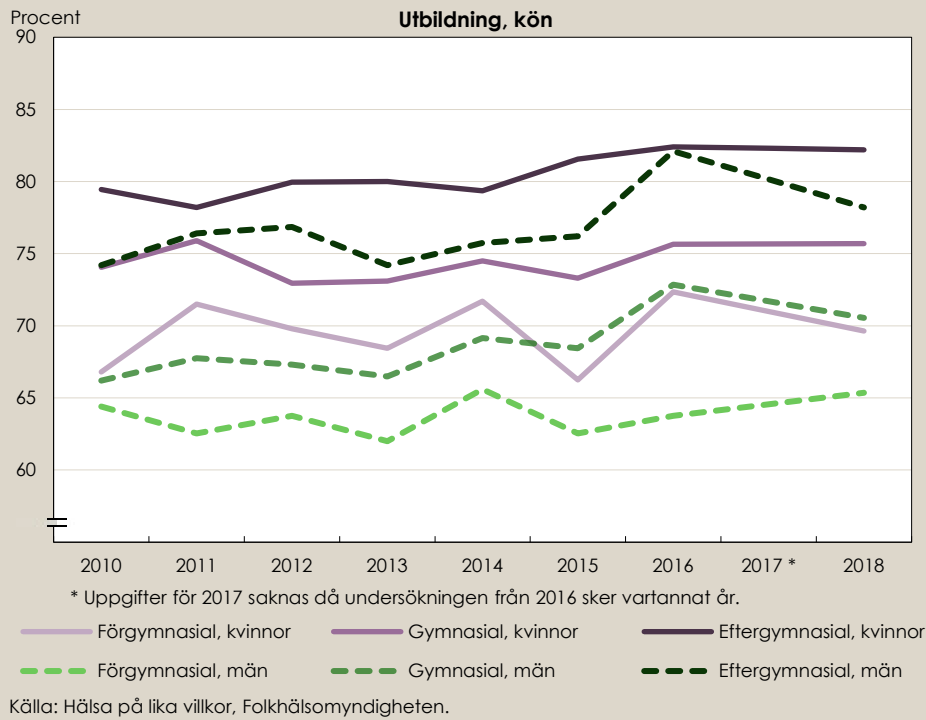
\* Uppgifter för 2017 saknas då undersökningen från 2016 sker vartannat år.

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I diagram 48.2. framgår att kvinnor har ett högre värde än män inom samtliga utbildningsgrupper 2010 till 2018. Men för respektive kön är utbildningsgradienten tydlig på så vis att de med högre utbildning i högre grad rapporterar god tandhälsa.

## 48.2. Egenrapporterad tandhälsa

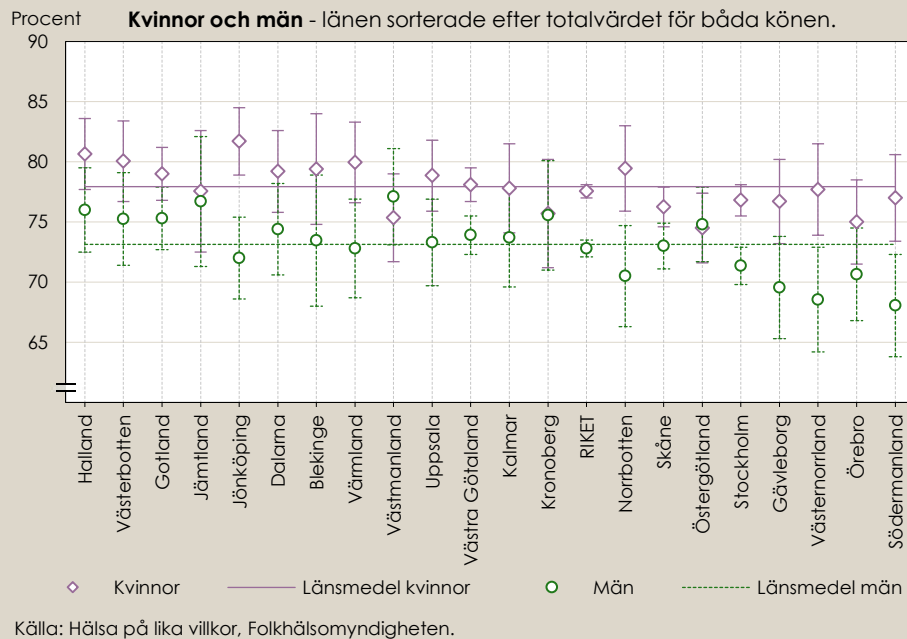
Andel som uppgivit att deras tandhälsa är bra eller mycket bra, 25–84 år.



I de flesta län uppger en större andel av kvinnorna sin tandhälsa som god jämfört med männen. Trots att underlaget från tre år används i länsjämförelsen syns inga tydliga skillnader mellan länen. I de flesta fall överlappar länsens konfidensintervall övriga läns intervall och länsmedelvärdet.

## 48.3. Egenrapporterad tandhälsa

Andel som uppgivit att deras tandhälsa är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2015,2016,2018.



Regionerna kan arbeta förebyggande arbete för en god mun- och tandhälsa, inte minst bland barn och ungdomar eftersom ungefär 85 procent av alla barn och ungdomar i allmäntandvården är listade inom folktandvården [141].

## 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.

## 49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

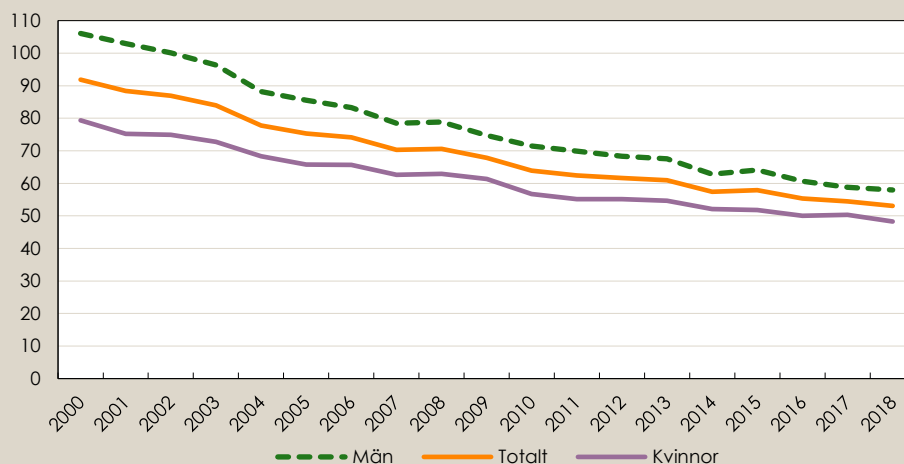
Indikatorn speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som särskilt bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. OECD och Eurostat har nyligen enats kring en ny utformning av detta mått och det relaterade måttet *Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet*.

En betydande förändring är att för flera av de sjukdomar och dödsorsaker som tidigare helt ingått i respektive mått nu delats mellan de två måtten så att 50 procent av dödsfallen klassas som åtgärdbara genom hälso- och sjukvårdsinsatser och 50 procent genom folkhälsoarbete och primärprevention. Det gäller bland annat ischemisk hjärtsjukdom, diabetes och cerebrovaskulär sjukdom (som kan orsaka stroke). Även om dödsorsaker kopplade till dessa sjukdomar fortfarande utgör betydande del i resultatet så har tyngden från dessa därigenom reducerats för indikatorn. Andra exempel på betydande dödsorsaker som ingår i måttet är lunginflammation och olika typer av cancer speciellt tarmcancer och bröstcancer. Åldersavgränsningen har också justerats till att vara 0–74 år för samtliga dödsorsaker [142].

### 49.1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s-standardbefolkning.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



Sammantaget är värdet för män högre än för kvinnor. Den åldersstandardiserade dödligheten per 100 000 män 2018 var 58, jämfört med 48 för kvinnor. Även om det förekommer könsspecifika dödsorsaker går merparten av skillnaden att härleda till stora folksjukdomar där den åldersstandardiserade dödligheten är högre bland män.

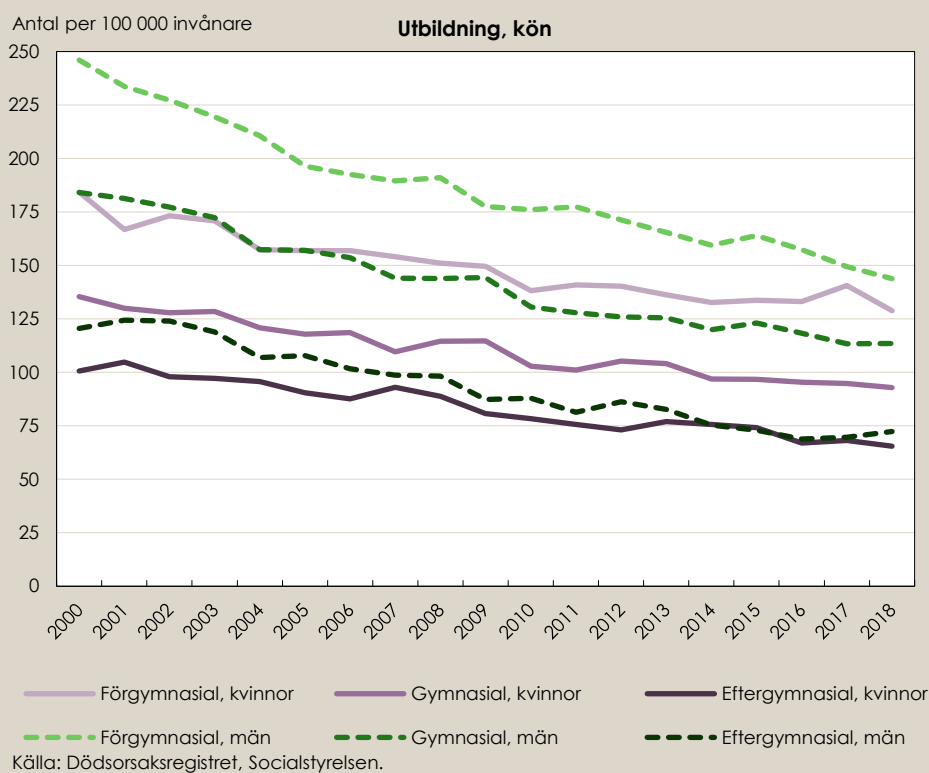
Under de år som visas i diagram 49.1 har dödligheten som fångas av indikatorn minskat med nära 45 procent för män och knappt 37 procent för kvinnor. Till stor del beror minskningarna på att dödlighet i hjärtinfarkt och stroke gått ned. Dödligheten ser också olika ut för kvinnor och män för dessa stora komponenter i måttet.

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 högst förgymnasial utbildning, men under perioden 2000–2018 har denna grupp haft störst förbättring. Männen har också närmat sig kvinnornas värden inom respektive utbildningsgrupp.

Värdena för jämförelsen mellan utbildningsnivåer är generellt högre eftersom åldersavgränsningen är högre och att åldersstandardiseringen sker utifrån fördelningen i utbildningsregistret. Riket och länens värden standardiseras efter OECD:s standarbefolkning, som har en yngre struktur än den svenska befolkningen.

#### 49.2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

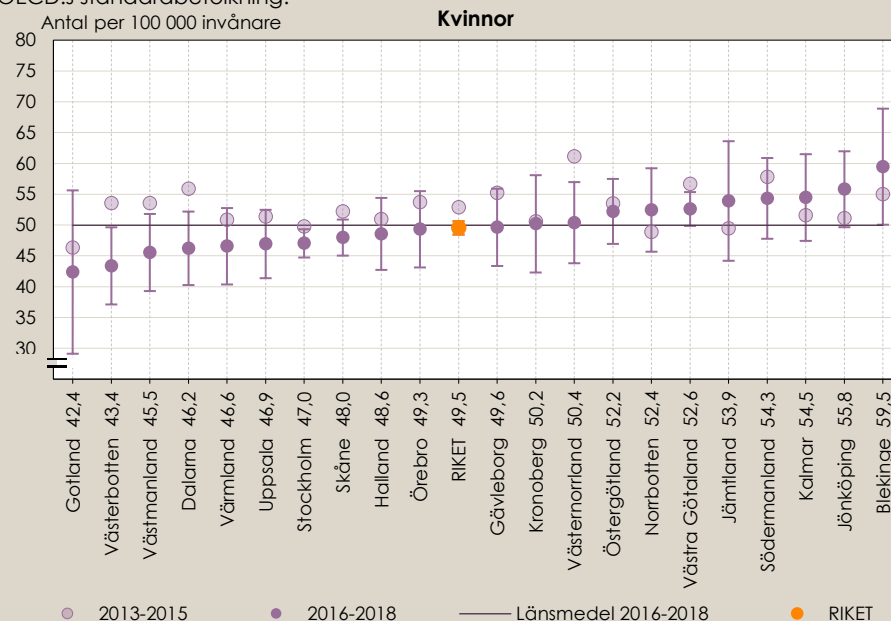
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 35–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Vad gäller kvinnor (diagram 49.3) i olika län 2016–2018 är skillnaderna i utfallet inte så stora att de tydligt signalerar något utöver den naturliga variation som kan förväntas.

### 49.3. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

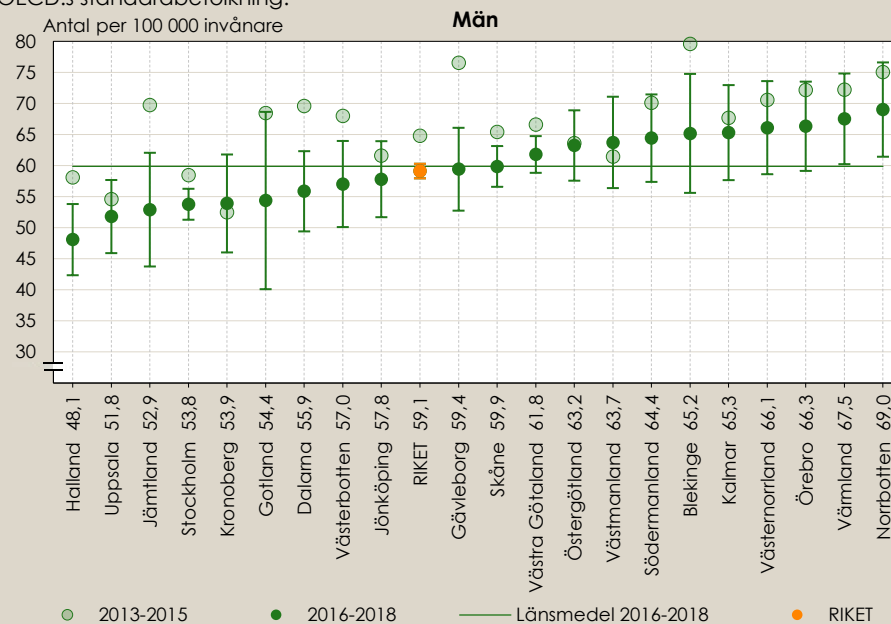
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### 49.4. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt Eurostat och OECD:s urval för orsaker och åldrar, 0–74 år – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt OECD:s standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Bland männen (diagram 49.4) är skillnaderna mellan länen något mer påtaglig även om variationsvidden har minskat jämfört med föregående period. I vissa fall, speciellt åt det positiva hållet, så överlappar inte vissa läns konfidensintervall medelvärden. Det kan indikera att förutsättningarna för lägre dödlighet i de utvalda sjukdomarna är bättre i en del län. Här kan finnas skillnader i hälso- och sjukvårdens botande och vårdande insatser, men förutsättningarna utgörs även till stor del av faktorer så som levnadsvanor, livsvillkor och levnadsförhållanden i stort.

Det är möjligt att analysera antalet döda för enskilda dödsorsaker i indikatorn för att få kunskap om vilka orsaker 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.

## Om relaterade mått och data

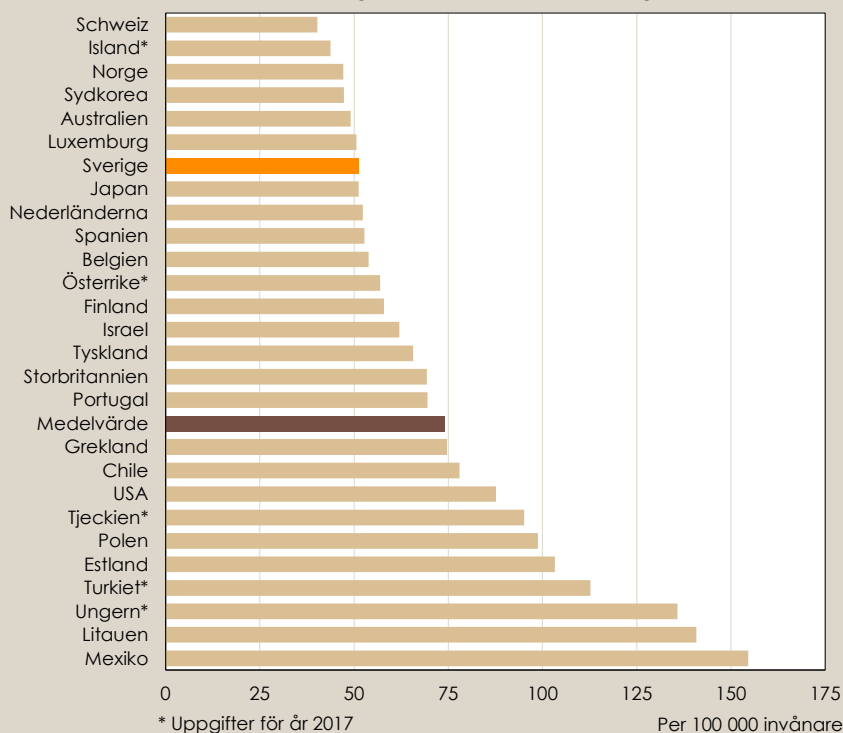
De flesta dödsfall i indikatorn i en Svensk kontext gäller ischemisk hjärtsjukdom, stroke och vissa typer av cancer. Viktiga relaterade indikatorer är därför sådana som belyser dessa diagnosgrupper. Resultat för indikatorn *Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom* och *Åtgärdbar dödlighet i stroke* finns tillgängligt via Socialstyrelsens webbplats, där finns även uppgifter för den nordiska varianten av måttet som används tidigare i öppna jämförelser. Dödlighet i alla typer av orsaker finns tillgängligt via Socialstyrelsens statistikdatabas. I statistikdatabasen kan dödsorsaker visas både åldersuppdelade och åldersstandardiserade efter län.

## Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige

I diagram E.20 redovisas uppgifter om sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet som publicerats i samband med rapporten *Health at a glance 2019*. Sverige finns bland OECD-länderna med lägre förekomst av den typ av åtgärdbar dödlighet som relateras till hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det fanns dock även länder med lägre värden än Sverige, exempelvis Schweiz och Norge. I Sverige var det åldersstandardiserade värdet drygt 51 per 100 000 invånare 2016, medelvärden av OECD-länderna i redovisningen är drygt 74.

## E.20. Länder. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT/OECD)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – enligt EUROSTAT och OECD:s urval för orsaker och åldrar (vanligen 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare, 2016 (2017). Åldersstandardiserade värden enligt OECD-standardbefolkning.



Källa: OECD (Health at a glance 2019).

Sveriges uppgifter avser 2016 och länder med äldre uppgifter har inte tagits med i jämförelsen, däremot finns några länder med uppgifter för 2017. Troligtvis beror detta på en tidigare rapportering till WHO vars dödsorsaksstatistik ligger till grund för beräkningarna.

Vanligtvis brukar internationella jämförelser av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet göras mellan länder med likartade förutsättningar vad gäller levnadsstandard och tillgängliga resurser. I ett omfattande samarbete har dock dödlighet i ett flertal sådana orsaker vägts samman och justerats för flera riskfaktorer för att öka jämförbarheten. Det sammanfattande måttet benämns Healthcare Quality and Access (HAQ) Index och jämförs mellan 195 länder och territorium. Resultatet från den senaste studien publicerades i tidskriften *The Lancet* 2018 och Sverige hade då det åttonde bästa resultatet [69].

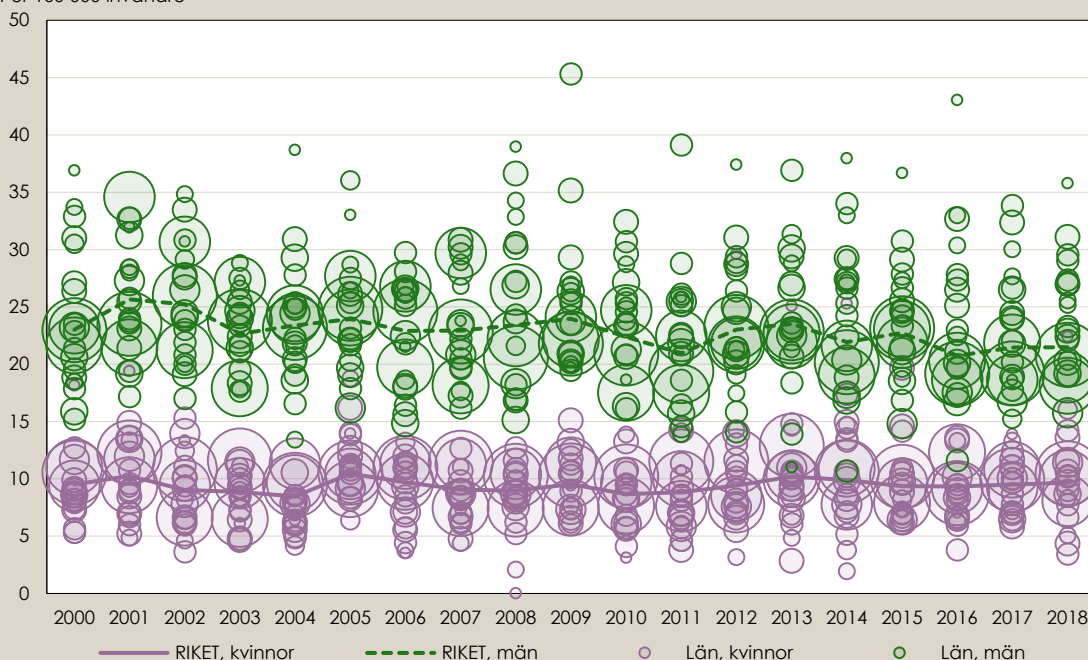
## 50. Självmord i befolkningen

För indikatorn *Självmord i befolkningen* redovisas åldersstandardiserade värden och antalet självmord är omräknat till antal per 100 000 invånare. Indikatoren utgörs både av konstaterade självmord samt dödsfall med oklar avsikt. Rikets värde för båda könen 2018 är drygt 15 per 100 000 invånare. Självmord är dock dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. För 2018 var värdet per 100 000 kvinnor knappt 10 och för män drygt 21. Rikets värde varierar för enskilda år men för den uppföljda perioden ses ingen märkbar förbättring, det sammanlagda värdet för båda könen 2018 är exempelvis något högre än 2003.

### 50.1. Självmord i befolkningen

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

Per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

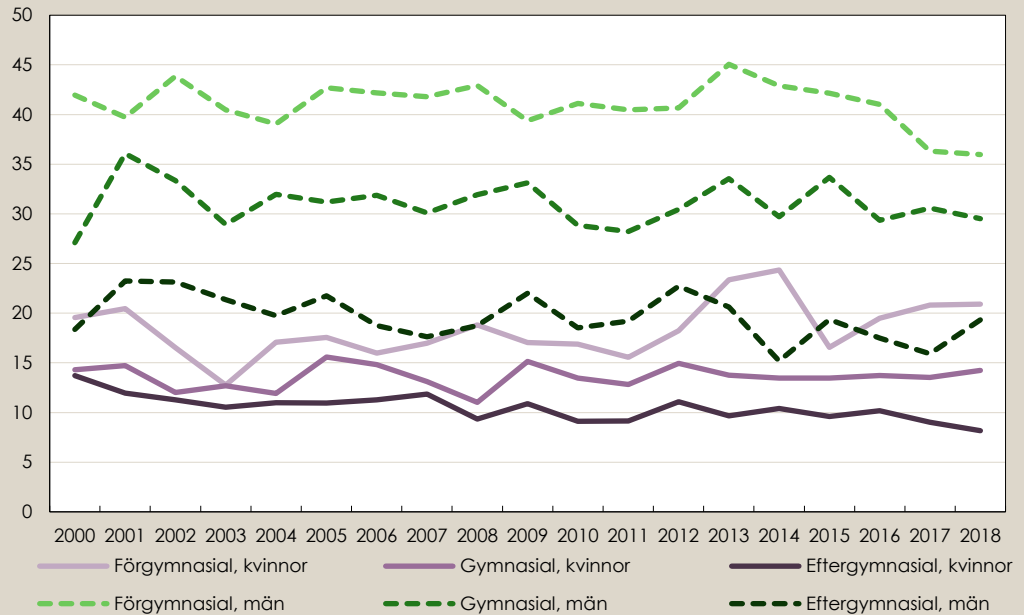
För respektive kön finns ett tydligt mönster som visar att det är vanligare med självmord bland dem med kortare utbildning.

### 50.2. Självmord i befolkningen

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

Per 100 000 invånare

Utbildning, kön



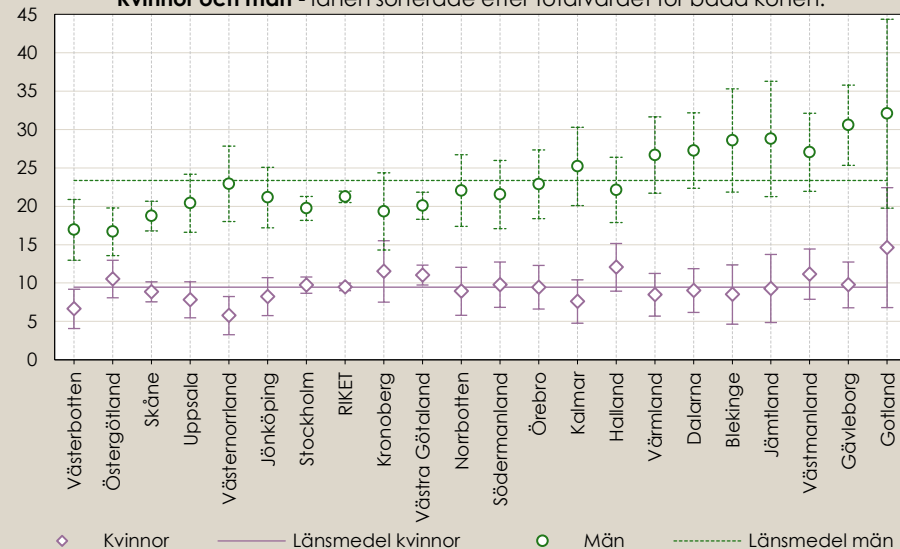
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I länet med högst antal rapporterade självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare är värdet nära det dubbla mot i det län med lägst värden, både för kvinnor och män.

### 50.3. Självmord i befolkningen

Antal självmord och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden, 2016-2018.

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



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid depression och ångest visar att var fjärde person med depression eller ångestsyndrom haft kontakt med psykiatri inom tolv månader de begått självmord [143].

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har gjort en genomgång av samtliga så kallade händelseanalyser som utförts och rapporterats av vården rörande självmord som inträffat mellan 2006–2018. Vid genomgången identifierades 650 så kallade felhändelser med 750 bidragande bakomliggande orsaker. De vanligaste felhändelserna som identifierades var brister i uppföljning av vårdåtgärder, vårdplaner, självmordsriskbedömningar och brister i samverkan mellan vårdaktörer som har kompletterande ansvar för patienten. De bidragande bakomliggande orsakerna rörde brister inom framförallt fyra områden:

- rutiner och procedurer (50 procent)
- kommunikation (20 procent)
- organisation (18 procent)
- utbildning och kompetens (10 procent).

Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens slutsats utifrån genomgången av händelseanalyserna är att det behövs insatser för ett mer hållbart och effektivt patientsäkerhetsarbete för självmordsbenägna patienter. Framför allt behövs ökad kunskap om uppföljningar i vården och hur dessa bör genomföras, hur självmordsriskbedömningar bör genomföras, dokumenteras och följas upp, hur samverkan inom vården och mellan aktörer bör ske samt att arbetet med individuella vård- och behandlingsplaner utökas [144].

## Om relaterade mått och data

Det finns en rad olika indikatorer som kan relateras till indikatorn *Självmord i befolkningen*. I Socialstyrelsens utvärdering för depression och ångest från 2019 redovisas 37 indikatorer och för 12 av dem har även nationella målnivåer tagits fram. Flera av indikatorerna berör specifikt barn och ungas behandling [143].

## Skillnader i antal självmord i OECD Sverige i mitten

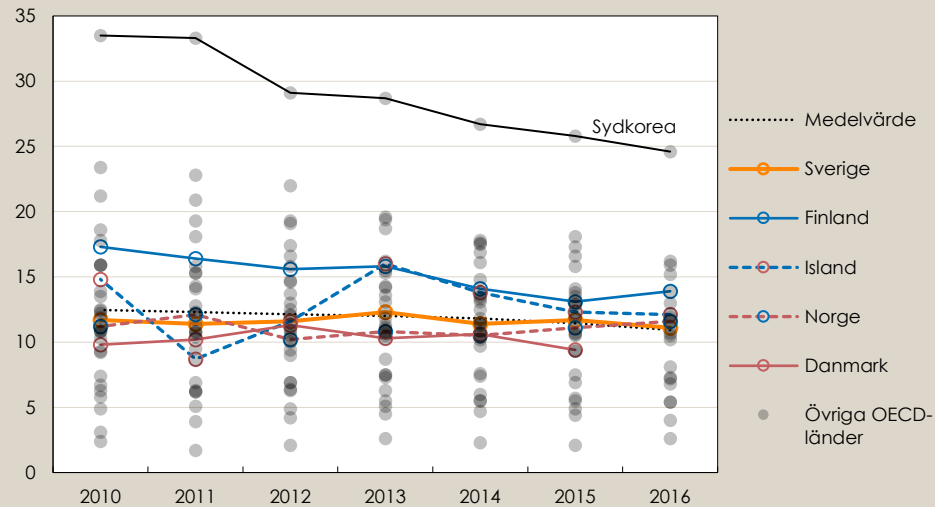
Till skillnad från huvudindikatorn ingår inte dödsfall med oklar avsikt i uppgifterna från OECD. Bland OECD-länderna hamnar Sverige nära medelvärdet för de fyra senaste åren i redovisningen. I en nordisk jämförelse har Sverige för samma tid legat i nivå med Norge men lägre än Finland och Island. Danmark har legat lägre än Sverige för samtliga rapporterade år. Sydkorea rapporterar i särklass flest konstaterade självmord per invånare.

Vissa av skillnaderna mellan länderna kan troligtvis förklaras av hur bra de olika länderna är på att fastställa självmord som dödsorsak

### E.21. Länder. Självmord (konstaterade)

Antal självmord per 100 000 invånare (dödsfall med oklar avsikt ingår ej).  
Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



Källa: OECD (www.stats.oecd.org).

## 51. Återstående medellivslängd

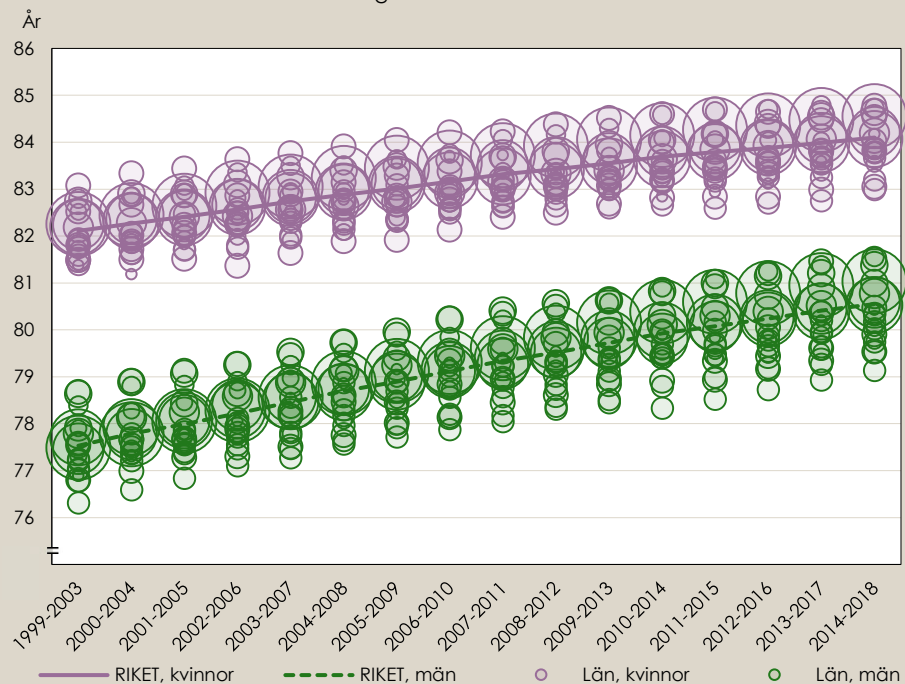
Medellivslängd är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Den kan ses som ett viktigt mått på hur samhället som helhet har förutsättningar för goda livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. En del i detta är hur hälso- och sjukvården bidrar till en ökad livslängd för befolkningen genom förebyggande arbete och behandling. Medellivslängden redovisas här som beräknad återstående medellivslängd baseras på dödsriskerna för varje åldersår, vid födseln respektive vid 30 års ålder när utbildningsgrupper jämförs.

Medellivslängden i Sverige har ökat kontinuerligt under de senaste 30 åren. Den minskade förtida dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (främst hjärtinfarkt och stroke) har bidragit mest till ökningen. Förbättrade levnadsvanor (minskad rökning samt lägre blodfetter och lägre blodtryck) samt bättre behandlingsmetoder gör därtill att färre insjuknar och dör i dessa sjukdomar [36, 145, 146]. Den höjda utbildningsnivån i befolkningen som helhet bidrar också på olika vis till att medellivslängden har ökat [147]. För personer födda 2014–2018 är den återstående medellivslängden beräknad till 84,1 år för kvinnor och till 80,6 år för män. Skillnaderna mellan kvinnor och män har minskat. Sedan 1999–2003 har mäns återstående medellivslängd ökat med 3 år medan kvinnors ökning var 2 år.



### 51.1. Återstående medellivslängd

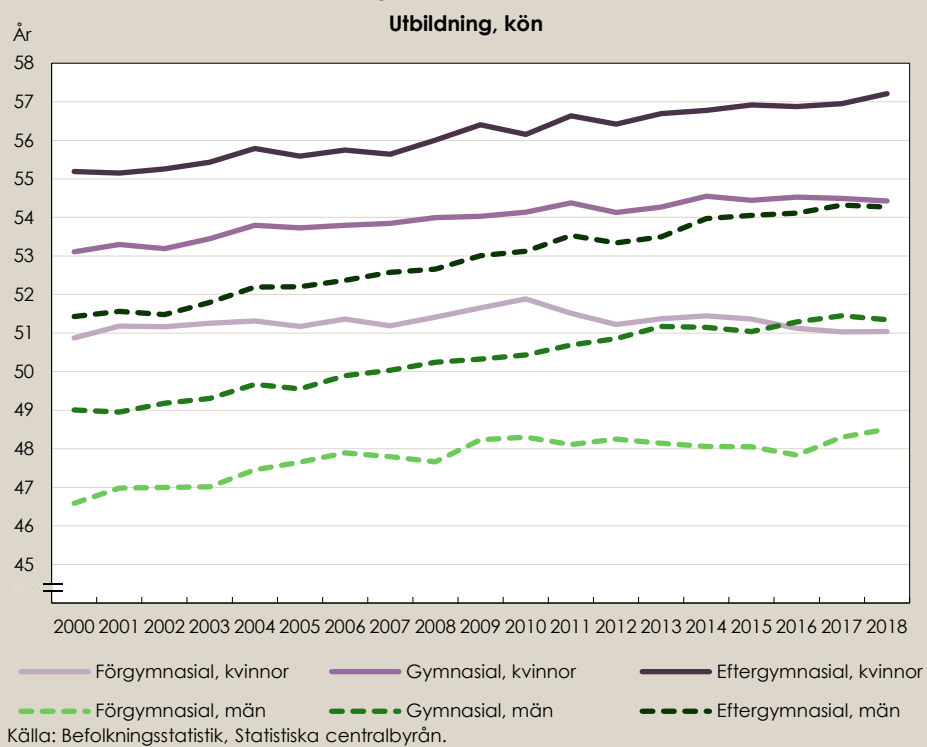
Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

### 51.2. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid 30 års ålder.

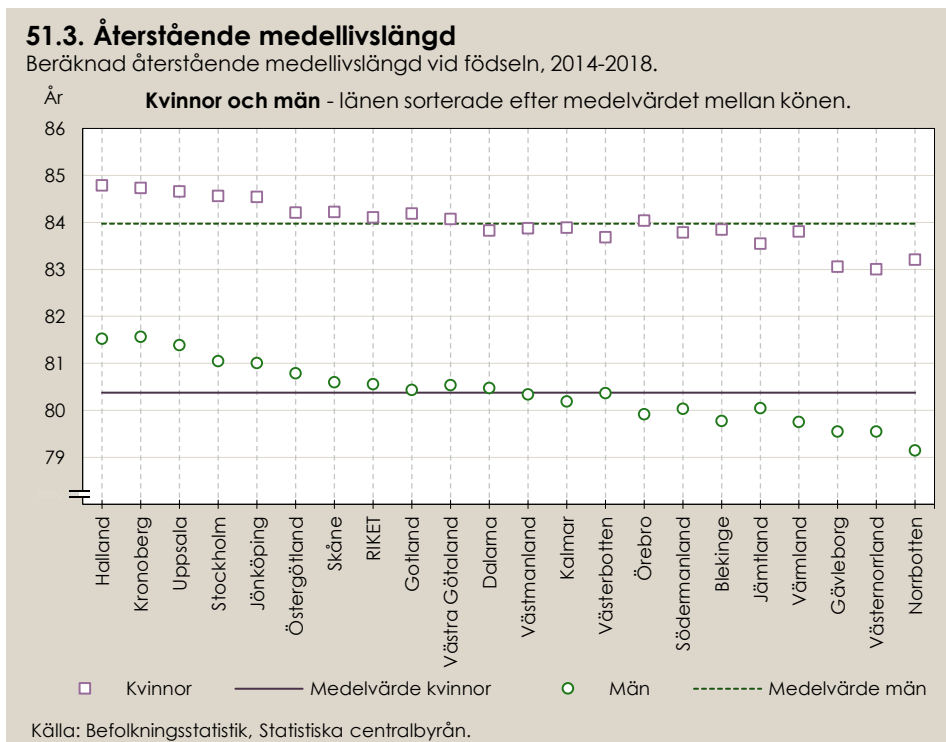


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

I diagram 51.2 visas den återstående medellivslängden vid 30 års ålder för olika utbildningsgrupper åren 2000 till 2018.

För respektive kön finns ett tydligt mönster där längre utbildning hänger samman med längre medellivslängd. Skillnaderna har också blivit större under perioden då ökningen i förväntad medellivslängd har varit störst i gruppen med högst utbildningsnivå. Anmärkningsvärt är att kvinnor som inte gått gymnasiet hade en minskning av sin förväntade livslängd med nästan ett år mellan 2010 och 2012 och sedan i stort sett legat kvar på den nivån. Sedan 2014 ses inte heller någon ökning av medellivslängden för kvinnor med högst gymnasial utbildning.

Det finns också skillnader inom landet. För kvinnor är skillnaderna i medellivslängd mellan länen som mest 1,8 år och för män 2,4 år. Kronoberg har den längsta beräknade medellivslängden för män och Halland den längsta för kvinnor.

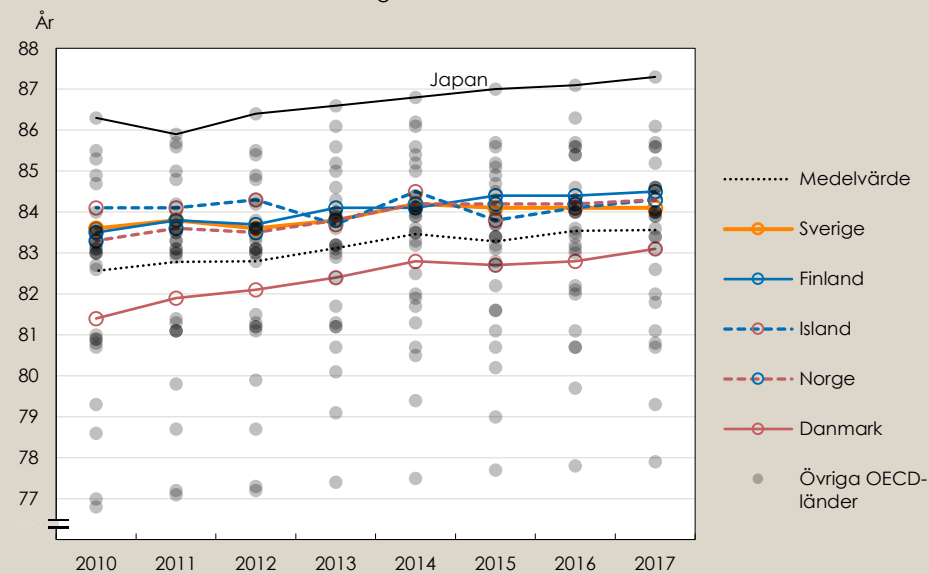


## Medellivslängd inom OECD och Sverige

För kvinnor hamnar Sverige 2017 i en grupp av ett tiotal länder kring 84 år. Det är över medelvärdet inom OECD och i nivå med övriga nordiska länder. Undantaget är kvinnor i Danmark som har en tydligt kortare förväntad medellivslängd än övriga nordiska länder och även medelvärdet inom OECD. Avståndet har dock minskat över den redovisade perioden då danska kvinnor ökat sin förväntade livslängd mer än övriga nordiska länder och medelvärdet. Japanska kvinnor har för hela den redovisade perioden den längsta förväntade medellivslängden. Noterbart är också att de har ökat sin förväntade medellivslängd från en redan hög nivå för de senaste sex åren i rad. Ett närmare exempel på lång medellivslängd är kvinnor i Spanien som för 2016 och 2017 ligger över 86 år, alltså cirka 2 år mer än Svenska kvinnor.

## E.22. Återstående medellivslängd, kvinnor

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln för kvinnor.

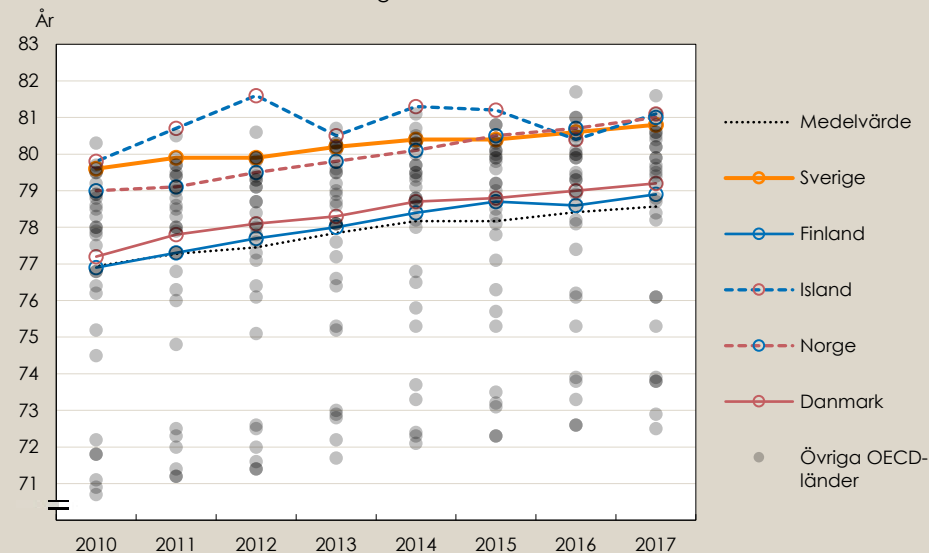


Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

Jämfört med övriga OECD-länder ligger svenska män bra till. De hamnar bland de sex länder med längst förväntad medellivslängd 2017. Här återfinns även Island och Norge. Finländska och Danska män har en tydligt kortare förväntad medellivslängd än övriga Norden. För den redovisade perioden har de dock utökat sin förväntade medellivslängd med cirka 2 år medan Svenska män haft en förbättring på knappt 1 år. Även Norska män har haft en mer gynnsam utveckling än Svenska män.

## E.23. Återstående medellivslängd, män

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln för män.



Källa: OECD ([www.stats.oecd.org](http://www.stats.oecd.org)).

# Referenser

1. Statistisk uppföljning av Agenda 2030. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017.
2. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Hämtad 2019 11-29 från: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
3. Cylus, J, Papanicolas, I, Smith, PC, editors. Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management; 2016.
4. Efficiency estimates of health care systems. Luxemburg: European Commission; 2015.
5. Effektiv vård. Stockholm: Regeringen; 2016.
6. Kommunalekonomisk utjämning. En informationsskrift om utjämningsystemet för kommuner och landsting. 2008.
7. Sundquist, K, Malmstrom, M, Johansson, SE, Sundquist, J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *Journal of epidemiology and community health*. 2003; 57(5):347-52.
8. Sundquist, K, Malmstrom, M, Johansson, SE. Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of epidemiology and community health*. 2004; 58(1):71-7.
9. Malmstrom, M, Sundquist, J, Johansson, SE, Johansson, LM. The influence of social deprivation as measured by the CNI on psychiatric admissions. *Scandinavian journal of public health*. 1999; 27(3):189-95.
10. Malmstrom, M, Johansson, SE, Sundquist, J. A hierarchical analysis of long-term illness and mortality in socially deprived areas. *Social science & medicine* (1982). 2001; 53(3):265-75.
11. Lindstrom, K, Simonsson, AS, Engstrom, S, Buhr, JJ, Ivarsson, A, Borgquist, L. [Socioeconomic factors important in health care resource allocation!]. *Lakartidningen*. 2009; 106(11):732-3.
12. Borgquist, L, Andersson, D, Engstrom, S, Magnusson, H. [Primary health care reimbursement based on socio-economics or disease burden. Registry study from Ostergotland shows different results depending on analysis level]. *Lakartidningen*. 2010; 107(37):2158-63.
13. Ostberg, AL, Kjellstrom, AN, Petzold, M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2017; 45(3):233-41.
14. Wilkinsom, R, Marmot, M. Social determinants of health: the solid facts. 2 uppl: World Health Organization; 2008.
15. Lundborg, P, Vikström, J, Nilsson, M. Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av olika hälsoproblem? *Ekonomisk debatt*. 2011; 39(4).
16. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Vård vid rörelseorganens sjukdomar. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
17. Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
18. Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohäl-

- sosamma matvanor - Stöd för styrning och ledning. Västerås: Socialstyrelsen; 2011.
19. Socialstyrelsen. En god vård?: Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat: Öppna jämförelser 2018 2019:
  20. OECD.Stat. stats.oecd.org: OECD; 2019.
  21. State of Health in the EU. Sverige. Landsprofil hälsa 2019. 2019:
  22. En god vård? : övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat : öppna jämförelser 2017. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
  23. IHME. Sweden - Country Profile. 2018. Hämtad 2018 2018-10-23 från: <http://www.healthdata.org/sweden>
  24. Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård : nationella planeringsstödet 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
  25. Arbetskraftsbarometern 2019 – vilka utbildningar ger jobb? : Statistiska Centralbyrån; 2019.
  26. Trender och Prognoser 2017. Statistiska Centralbyrån; 2017.
  27. Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på fem års sikt. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2019.
  28. Långtidsutredningen 2019, huvudbetänkande [Elektronisk resurs]. 2019.
  29. Stiernstedt, G. Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet 2019:
  30. Forskningsbarometern 2019 [Elektronisk resurs]. 2019.
  31. Hälsoräkenskaper. Statistiska Centralbyrån. 2019. Hämtad 2019 09-04 från: [https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/#\\_Tabellerochdiagram](https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/#_Tabellerochdiagram)
  32. Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2015.
  33. Läget för införande av KPP. 2018. Hämtad 2019 2019-11-29 från: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/omkpp/inforandeavkpp.1054.html>
  34. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Socialstyrelsen; 2018.
  35. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
  36. Folkhälsans utveckling Årsrapport 2019 [Elektronisk resurs]. 2019.
  37. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsstatistik. 2018. Hämtad 2018 12-07 från: [www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/)
  38. Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA). Folkhälsomyndigheten. 2019. Hämtad 2019 12-06 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/meticillinresistenta-gula-stafylokocker-mrsa/?t=com>
  39. Framtida kostnader för antibiotikaresistens. Slutredovisning av regeringsuppdrag om direkta och indirekta kostnader och konsekvenser av antibiotikaresistens i svensk vård. Folkhälsomyndigheten; 2017.
  40. Antimicrobial consumption rates by country. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2018. Hämtad 2018-12-11

- från: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial-consumption/esac-net-database/Pages/Antimicrobial-consumption-rates-by-country.aspx>
41. Quality indicators for antibiotic consumption in the community (primary care sector) in Europe 2018. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2019.
  42. 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.
  43. 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.
  44. 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.
  45. Flygets klimatpåverkan. 2019. Hämtad 2019 11-14 från: <https://www.transportstyrelsen.se/sv/luftfart/Miljo-och-halsa/Klimat/Flygets-klimatpaverkan/>
  46. Josh Karliner, SS, Richard Boyd, Ben Ashby, and Kristian Steele. Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action: Health Care Without Harm (HCWH) and Arup; 2019.
  47. Watts, N, Amann, M, Arnell, N, Ayeb-Karlsson, S, Belesova, K, Boykoff, M, et al. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet.* 2019.
  48. Salam Kaddouh, TPaMC. Identifying High Greenhouse Gas Intensity Procured Items for the NHS in England. NHS England. Sustainable Development Unit; 2017.
  49. Landstingens miljöpåverkan. 2019. Hämtad 2019 11-14 från: <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/verktyg/statistik-om-offentlig-upphandling/miljospendanalys/landstingens-miljopaverkan/>
  50. Öppna jämförelser - Miljöarbetet i regioner och landsting 2019. Stockholm: Sveriges komuner och landsting; 2019.
  51. 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>
  52. Statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning. 2019. Hämtad 2019 01-09 från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning>
  53. Godkännande av en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
  54. Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister.: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
  55. Täckningsgrader 2019 – Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrerna. 2019. Hämtad 2019 12-13 från:
  56. Kodningskvalitet i patientregistret. Ett nytt verktyg för att mäta kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

57. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård - jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting; 2014.
58. Koloncancer. Nationell kvalitetsrapport för år 2018 från Svenska Kolorektalcancerregistret. Umeå: Svenska Kolorektalcancerregistret; 2019.
59. Rektalcancer 2018. Nationell kvalitetsrapport för år 2018 från Svenska Kolorektalcancerregistret. Umeå: Regionalt cancercentrum Norr; 2019.
60. Svenska trender 1986-2018. Göteborg: Göteborgs universitet; 2019.
61. 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.
62. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
63. Att förändra vår värld [Elektronisk resurs] : Agenda 2030 för hållbar utveckling. Stockholm: Regeringskansliet; 2016.
64. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
65. Nationell utvärdering 2013. Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
66. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Stockholm: Regeringen; 2017. Report No.: SOU 2017:47.
67. Folktandvården kan försvinna på flera orter: ”Folk får kanske resa”. 2019. Hämtad 2019 12-06 från:  
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/norrboten/folktandvarden-kan-forsvinna-fran-flera-orter-i-norrboten>
68. Suslick, J. Fortsatt brist på tandläkare. Tandläkartidningen. 2019.
69. Statistik om tandhälsa 2018. Socialstyrelsen; 2019.
70. Fullman, N, Yearwood, J, Abay, SM, Abbafati, C, Abd-Allah, F, Abdela, J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2018; 391(10136):2236-71.
71. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
72. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
73. Vårdprioritering. SOS Alarm. 2016. Hämtad från:  
<https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Vardprioritering/>
74. Ambulance Quality Indicators: Systems Indicators. National Health Service. 2019. Hämtad 2019 08/07 från:  
<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/>
75. Socialdepartementet. Överenskommelse om insatser inom psykisk hälsa-området 2018 2018:
76. Långa köer till Barn- och ungdomspsykiatri. Dagens Medicin. 2019 2019-10-31.
77. Första linjen för barn och unga. 2018. Hämtad 2018 12-18 från:  
<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/fl/>

78. Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser. Stockholm: Skolinspektionen; 2015.
79. Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
80. Cancer i siffror 2018. Populärvetenskaplig fakta om cancer. Socialstyrelsen, Cancerfonden. . 2018.
81. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
82. Cancercentrum. Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF). 2018. Hämtad 2018 08-07 från:  
<https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/resultat-och-statistik/>
83. Överbeläggning. 2017. Hämtad 2017 11-21 från:  
<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=507>
84. Utlokaliserad patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från:  
<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=dXRsb2thbGlzZXJhZCBwYXRpZW50&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject=>
85. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2012.
86. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus.: Socialstyrelsen; 2019.
87. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 – december 2018, nationell nivå.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
88. Utskrivningsklar patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från:  
<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=58>
89. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
90. Vacciner till barn. Skyddseffekt och biverkningar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009.
91. Fortsatt arbete mot mässling och röda hund i Europa. Folkhälsomyndigheten. 2016 2016-03-31. Hämtad 2016-10-31 från:  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/mars/fortsatt-arbete-mot-massling-och-roda-hund-i-europa/>
92. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2018. Årsrapport. Folkhälsomyndigheten, Läke-medelsverket. 2018.
93. Progress Towards Global Immunization Goals - 2018. Unicef och WHO; 2019.
94. Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Socialstyrelsen. 2015.
95. Vården i siffror, Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll. 2019. Hämtad från:  
<https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=0af2d126-513b-470b-a55c-a940113b34ab&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13>
96. Målnivåer för diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.



97. Hjärtinfarkt - livet efteråt. 2017. Hämtad 2017 11-28 från:  
<https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Leva-med-sjukdomen/>
98. SWEDEHEART Årsrapport 2018. SWEDEHEART; 2019.
99. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård, stöd för ledning och styrning 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
100. Nationella riktlinjer – Målnivåer. Hjärtsjukvård. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
101. Öppna jämförelser 2016. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. 2017.
102. Socialstyrelsen. Balansera mera- kampanj för att förhindra fallolyckor 2017. Hämtad 2017 12-08 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/balanseramera>
103. Socialstyrelsen. Stöd och utbildning 2017. Hämtad 2017 12-08 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/stodochutbildning>
104. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Utvärdering av vård vid stroke. Indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm; 2018.
105. Health at a Glance 2019. OECD Indicators. Paris: OECD; 2019.
106. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
107. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
108. Målnivåer för diabetesvård : uppföljning och översyn. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
109. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
110. 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>
111. 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>
112. Vårdrelaterade infektioner-framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
113. Öppna jämförelser 2016 - Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
114. Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
115. Komplikationer efter förlossning. Socialstyrelsen; 2018.
116. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. Paris: OECD; 2017.
117. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
118. Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
119. Nationella riktlinjer : vård vid stroke : målnivåer för indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
120. Nationella riktlinjer för vård vid stroke : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

121. Kjell Asplund, SL, Birgitta Stegmayr. End of life after stroke: A nationwide study of 42,502 deaths occurring within a year after stroke. *European Stroke Journal*. 2017.
122. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
123. Öppna jämförelser Folkhälsa 2014. 2014:
124. Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
125. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2016. Kalmar: Svenska Palliativregistret; 2017.
126. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
127. Nationella riktlinjer – Målnivåer. Palliativ vård i livets slutskede. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
128. Rosen, M. Sjukvårdens bidrag till folkhälsan: Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. *Lakartidningen*. 1997.
129. Bunker, JP. Medicine matters after all. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1995; 29(2):105-12.
130. John P Bunker, HSF, Frederick Mosteller. Improving health: measuring effects of medical care. *The Milbank Quarterly*. 1994; 72(2):225-58.
131. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
132. Meijer, E, Kapteyn, A, Andreyeva, T. Internationally comparable health indices. *Health economics*. 2011; 20(5):600-19.
133. 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.
134. 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.
135. Jurges, H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. *Health economics*. 2007; 16(2):163-78.
136. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2017.
137. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
138. Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018. Folkhälsomyndigheten; 2018.
139. Klinge, B, Holmstrup, P. Parodontit och allmänsjukdomar. *Tandläkartidningen*. 2004; 2.
140. Stigendal, M, ., Östergren, P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013.
141. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2017 - Verksamhetstabeller. 2018. Hämtad 2019 01-07 från: <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>
142. Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version). OECD och Eurostat, Europeiska kommissionen; 2019.

143. Vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Underlagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
144. Folkhälsomyndigheten. Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank 2019:
145. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.; 2013.
146. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
147. Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Örebro: Statistiska Centralbyrån; 2016.



# Bilaga 1. 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. En närmare beskrivning av respektive indikator och hur de beräknas finns tillgängligt i *Bilaga 3. Indikatorbeskrivningar. Övergripande indikatorset för hälso- och sjukvårdens resultat.*

## Om jämförelserna, diagram och tolkning

För resultatindikatorer, vilka utgör den största delen i rapporten, är tiden från eventuell åtgärd 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 då bör mätas kontinuerligt [4].

Det är önskvärt att redovisa så aktuella data som möjligt, men om datamängden är liten bör längre sammanlagda 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 patienters val av vårdgivare.

## Datakällor för indikatorerna

### Datakällor för indikatorerna i rapporten

Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån
Cancerregistret, Socialstyrelsen
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.
Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner
Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Nationella Diabetesregistret
Patientregistret, Socialstyrelsen
Riksstroke
SOS Alarm
Swedeheart
Rikshöft
Svenska Kolorektalcancerregistret
Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen
Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten
Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner
Räkenskapssammandrag, Statistiska Centralbyrån
Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Regioner

## Om diagrammen

Diagram som presenterar jämförelser mellan län/regioner, och i vissa fall länder, sorteras utifrån en önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering till vänster eller högt upp i ett diagram är ett bättre utfall än en placering till höger eller längre ned.

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.

I vissa diagram som visar rikets utveckling över tid visas även länen/regionerna som cirklar, storleken på cirklarna motsvarar då genomgående befolkningens storlek i respektive län/region 2018. Detta kan skilja sig stort från fördelningen av exempelvis patienter mellan könen.

För diagram som visar data från OECD över tid redovisas ett medelvärde för länder med data. Länderna som har data kan variera mellan åren och därigenom också vilka länder som utgör medelvärdet. För att se vilka länder som ingår med data för respektive år så finns underlaget tillgängligt via [stats.oecd.org](http://stats.oecd.org). Länder som har en notering om avvikande definition för årsvärdet redovisas inte i diagrammen och ingår då inte heller i medelvärdet.

## 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.

I samband med jämförelser av resultat och utfall som indikationer på kvalitet är det också vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som utöver kvaliteten också innehåller en slumpfaktor [2–4]. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen.

## Internationella data

I de internationella jämförelser som presenteras kan fallgropar gällande jämförbarhet, datakvalitet och tolkning av resultaten i vissa fall förekomma. 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 mått och indikatorer som presenteras i denna rapport är ett urval och det finns fler tillgängliga hos exempelvis OECD och Eurostat.

## Beräkning av antalet förbättrade indikatorer

I sammanfattningen anges att 31 av de 51 indikatorerna visar en förbättring. Beräkningen är en summering av hur många indikatorers värde som har ett högre eller lägre värde åt det bättre hållet för den senaste mätperioden jämfört mot den näst senaste mätperioden. Detta oavsett hur liten eller osäker den förändringen är, vilket gör att uppgiften ska ses som en grov indikation på utvecklingen.

Om olika typer av mätperioder funnits tillgängliga för en indikator har den längsta typen använts. Exempelvis flerårsperioder om även ettårsdata eller månadsdata funnits. Utöver de 31 indikatorerna med bättre värden för riket var 2 indikatorer exakt oförändrade och 18 visar en försämring. För män visade 11 indikatorer försämringar 2 var exakt oförändrade och 20 visade förbättring. För kvinnor visade 13 indikatorer försämring, 1 var exakt oförändrad och 21 visade på förbättring, varav 2 av indikatorerna enbart avser kvinnor.

## Indikatorurval

Det grundläggande arbetet med urvalet av indikatorer till det övergripande indikatorsetet gjordes inför den första rapporteringen 2016. Genom workshoppar och avstämningar har synpunkter och andra bidrag hämtats in från representanter från bland annat: Myndigheten för vårdanalys, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Lunds universitet, Qulturum, regioner, kommunal hälso- och sjukvård, Sveriges Kommuner och Regioner, samt medarbetare på Socialstyrelsens dåvarande avdelningar för utvärdering och analys respektive statistik och jämförelser. Inventering av systemen för nationell uppföljning i olika länder har också påverkat urvalet av indikatorer och utformningen av uppföljningen.

I de senare arbetet har främst avstämningar gjorts för specifika indikatorer och områden, exempelvis i samband med nya datainsamlingar och rapporteringar internt på Socialstyrelsen men även med exempelvis kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Regioner. Synpunkter på indikatorsetet har också inkommit vid exempelvis besök hos myndigheter, ideella organisationer, regioner och nationella nätverk. Socialstyrelsen välkomnar kontinuerligt inspel kring indikatorurvalet. En förutsättning för eventuella ändringar är att 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.

Samt att följande kriterier är vägledande i urvalet av enskilda indikatorer:

- **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.
- **Bredd och relevans.** Indikatorn bör gärna gälla flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet och stora volymer. 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 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.



## Ändringar av indikatorer och urval

Nedan redovisas ändringar i indikatorsetet sedan föregående rapportering. Orsakerna till förändringarna ser olika ut men utgår från ovan givna urvalskriterier. Ett viktigt sådant är att försöka begränsa antalet indikatorer. Att indikatorer lyfts ur detta övergripande indikatorset innebär inte att de inte fortsätter att uppdateras och publiceras via exempelvis Socialstyrelsens webbplats eller *Vården i siffror*.

### Nya indikatorer

#### *Utsläpp av medicinska gaser med klimatpåverkan*

Indikatorn har tagits med för att den berör hälso- och sjukvårdens påverkan på klimatet, en aspekt som tidigare inte varit representerad. Indikatorn utgör enbart en liten del av hälso- och sjukvårdens omfattande klimatavtryck, men ett mer övergripande mått är osäkert att beräkna, speciellt för jämförelse mellan regioner avgränsat till deras hälso- och sjukvård.

#### *Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar*

Indikatorn som följs upp för vårdkontakter i primärvården har ändrats i likhet med vårdgarantin. Mätningarna av den nya indikatorn har precis kommit igång och har vissa brister. Trots det tas den nya indikatorn in då rapporteringen antas förbättras framöver och för att den tidigare indikatorn med läkarbesök inom 7 dagar inte följs upp längre.

#### *Rutin för vårdplanering i samverkan – säbo*

Indikatorn har tagits med för att den bland annat berör samordning och koordinering mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård.

#### *Täckningsgrad för gynekologisk cellprovskontroll*

Indikatorn har tagits med för att den berör förebyggande och tidiga insatser, som är underrepresenterat i indikatorsetet och där två indikatorer också tagits bort på grund av tveksamheter i data. Dessutom har screeningverksamhet helt saknats i indikatorsetet tidigare.

### Ändrade indikatorer

#### *Utskrivningsklara patienter på sjukhus*

Måttet har tidigare avgränsats till personer 65 år och äldre. Det har nu ändrats till hela befolkningen.

#### *Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt*

Definitionen av fysisk aktivitet har skärpts så att enbart patienter som deltagit i fysiska träningsprogram under ledning av fysioterapeut på sjukhus eller vårdcentral i minst tre månader räknas. Den övre åldersgränsen för uppföljningen är också höjd från yngre än 75 till yngre än 80 år från och med 2018, detta syns dock inte i indikatorn fören uppföljningsåret 2019.

#### *Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke*

Indikatorn har justerats till att följa den definition som användes i Socialstyrelsens strokeutvärdering. Ändringen består i att de personer som svarat att

de inte fått rehabilitering trots ett upplevt behov inte tas med i nämnaren. Motiveringen att använda samma indikator är att öka tydligheten och att den ska kunna relateras till den målnivå som också tagits fram i utvärderingen. Andelen personer som inte fått rehabilitering trots upplevt behov redovisas separat i Riksstrokes årsrapport.

*Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat/OECD)*  
Indikatorn är ändrad till det urval och den logik som Eurostat och OECD enats kring och publicerat uppgifter för under 2019. Indikatorn beskrivs i dokumentet: *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death* [6].

## Borttagna indikatorer

### *Läkarbesök inom sju dagar i primärvård*

Indikatorn följs inte upp längre och tas därför ur indikatorsetet, den ersätts av indikatorn *Medicinsk bedömning i primärvård inom 3 dagar*.

### *Tobaksvanor under graviditet*

Indikatorn har tagits bort på grund av bristande och varierande rapportering av variabeln till medicinska födelseregistret.

### *Dimensionsindikatorer från nationell patientenkät*

Dimensionsindikatorerna från nationell patientenkät (NPE) har tagits ur årets rapportering, med hänsyn tagen till flera faktorer som rör möjligheten till jämförelser.

Möjligheten till jämförelser över tid för dimensionerna är begränsade för den senaste nationella reguljära undersökningen som skulle vara aktuell för föreliggande rapport. Undersökningen rör specialiserad vård och för motsvarande verksamhet finns en tidigare mätning. Men komponenterna (frågorna) för de aktuella dimensionerna var då annorlunda vilket begränsar möjligheten till jämförelser mellan de två mätningarna, (samtliga indikatorer i årets rapportering har minst två perioder med data för jämförelse över tid).

En aspekt som också bidrar negativt till jämförelserna och robustheten i dataunderlaget är en låg svarsfrekvens. I undersökningen för specialiserad öppenvård 2018 var svarsfrekvensen 43 procent.

Avsaknaden av konfidensintervall eller annan beskrivning av slumpvariation för punkttestimaten av dimensionsmåttan gör också jämförelser mellan regionerna svårtolkade.

Uppgifter om människors möte med vården är viktiga att följa upp och belysa även om dimensioner från NPE inte ingår som indikatorer i det övergripande indikatorsetet detta år. I redovisningen på NPE:s webbplats ges mer underlag till tolkning samt möjlighet att studera respektive dimension med underliggande frågor än vad som är möjligt i denna övergripande uppföljning. Till viss del fångas de aspekter som indikatorerna representerar av andra indikatorer. Här kan dock ytterligare utveckling behövas framöver med nya indikatorer eller att åter ta med uppgifter från NPE när utvecklingen över tid kan beskrivas bättre.

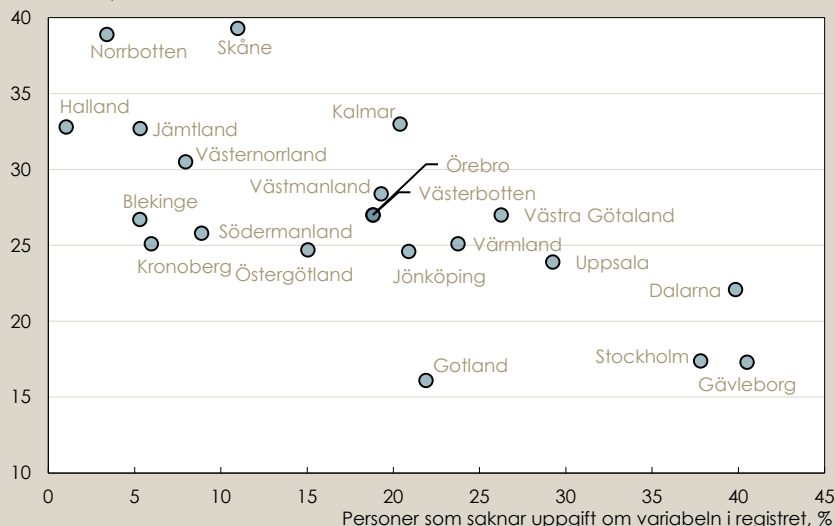
### Fysisk inaktivitet vid diabetes

Det är viktigt att följa arbetet kring levnadsvanor i olika patientgrupper. Trots det tas indikatorn om fysisk inaktivitet vid diabetes tills vidare ur detta övergripande indikatorset, på grund av osäkerheter kring jämförelserna. En stor och varierande andel av patienterna i olika län saknar uppgift om indikatorn i registret. Andelen som saknar uppgift om detta 2018 var 23 procent och varierade stort mellan länen, från 1 till 41 procent. I diagram E.23 framgår dessutom att bortfallet tydligt samvarierar<sup>15</sup> med en lägre andel registrerade personer med fysisk inaktivitet. Att en lägre grad av registrering samvarierar med ett, uppmätt, bättre resultat för indikatorn bidrar till tveksamheten kring användbarheten av måttet för jämförelse mellan länen och över tid. En ytterligare bidragande osäkerhet är att uppgiften mäts på ett ej standardiserat vis där både vårdgivarens och patientens subjektiva definitioner av fysisk aktivitet kan påverka värdet.

#### E.23. Andel saknade uppgifter & fysisk inaktivitet vid diabetes

Andel personer som saknar uppgift om fysisk aktivitet i registret respektive andelen av dessa som bedömts som fysiskt inaktiva, 2018.

Fysisk inaktivitet, %



Källa: NDR – Nationella diabetesregistret.

<sup>15</sup> Pearsons korrelationskoefficient = -0,69.

## Referenser (bilaga 1)

1. Handbok för utveckling av indikatorer. Stockholm: 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. *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*. OECD. 2019. Hämtad 2020 01-01 från <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>