

Öppna jämförelser 2017

En god vård?

Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om
hälso- och sjukvårdens resultat

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

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

Artikelnummer 2018-1-4
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2018

Förord

Föreliggande rapport fokuserar på att ge en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat. I rapporten presenteras 53 indikatorer utifrån Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Rapporten riktar sig främst till lednings- och styrningsfunktioner i hälso- och sjukvården.

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

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	9
Inledning	11
Nya och ändrade indikatorer	11
Ramverk för uppföljningen	13
Hållbar hälso- och sjukvård och Agenda 2030	14
Bakgrundsfaktorer	15
Metod och redovisning	26
Om jämförelserna	26
Indikatorurval och indelning	28
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?"	29
Om effektivitet på övergripande nivå	30
1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)	31
Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder	33
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?"	35
2. Tillgång till sjukvård	36
3. Tandvårdsundersökning de senaste två åren	37
4. Primärvårdens tillgänglighet per telefon	40
5. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	42
6. Tid till läkarbedömning vid akutbesök	43
7. Responstid för ambulans	45
8. Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri	46
9. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	49
10. Operation inom 90 dagar	51
11. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	53
12. Utskrivningsklara patienter på sjukhus	55
13. Väntetid till särskilt boende	57
14. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer	59
15. Kontinuitet och koordinering	60
16. Delaktighet och involvering	62
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?"	65
17. Tobaksvanor under graviditet	66
18. MPR-vaccination av barn	67
19. Fysisk inaktivitet vid diabetes	68
20. Rökning vid diabetes	70

21. Antikoagulantia till riskpatienter.....	72
22. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt.....	76
23. Fallskador bland äldre	77
Fallskador är en stor bidragande orsak till hälsoproblem i Sverige	80
"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?"	81
24. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL	81
Sverige är bland de bättre när det gäller diabetes, men inte hjärtsvikt.....	83
25. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar bland äldre	84
26. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)	86
27. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes.....	88
28. Trycksår i slutenvård (kategori 2–4)	90
Effektiv resursanvändning – 50 000 undvikbara vårdagar?	92
29. Vårdrelaterade infektioner	95
30. Låg Apgar-poäng hos nyfödda	96
31. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor.....	98
Sverige redovisar hög andel bristningar	100
32. Äldre med läkemedel som bör undvikas.....	101
33. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre.....	105
34. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur	106
35. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation	109
36. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke....	110
37. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)	112
Sverige i jämförelse av dödlighet vid strokesjukvård	115
38. Dödlighet efter hjärtinfarkt	116
Låg dödlighet vid hjärtinfarktvård i Sverige	119
39. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	119
40. Dödlighet efter höftfraktur	122
41. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom	124
Överdödlighet vid bipolär sjukdom i olika länder.....	126
42. Återkommande slutenvård i livets slutskede	127
"Blir vi friskare och lever längre?"	130
43. Självskattat allmänt hälsotillstånd	130
Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra	133
44. Egenrapporterad tandhälsa	134
God tandhälsa hos svenska 12-åringar	136
45. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat).....	136
Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige	140
46. Suicid i befolkningen	141
Skillnader i antal suicid i Europa, Sverige i mitten	144
47. Återstående medellivslängd	145

"Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård?"	147
48. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet	147
49. Förtroende för att vård ges på lika villkor.....	149
50. Förekomst av antibiotikabehandling	150
Sverige har låg förskrivning av antibiotika i slutenvården	153
51. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda.....	154
Svårt att jämföra sjukfrånvaro mellan länder	156
52. Rapportering till kvalitetsregister – tre folksjukdomar	157
53. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer	159
Diskussion.....	161
Referenser	164

Sammanfattning

Rapporten är en del i en omfattande 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. En kontinuerlig uppföljning, på alla nivåer i systemet, är viktigt eftersom det är en utmaning att 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. I rapporten görs den indikatorbaserade uppföljningen efter sex viktiga frågeställningar som berör kostnader, tillgänglighet, prevention, kvalitet, hälsa och hållbarhet:

- Avsnittet "*Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?*" visar att Sverige satsar relativt stora resurser på hälso- och sjukvården. Av kostnaden står den kommunala hälso- och sjukvården för en inte obetydlig del.
- Avsnittet "*Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?*" visar att det är variationer i resultat mellan län och inga tydliga förbättringar kan ses. För de indikatorer som belyser tillgänglighet i form av väntetider visar månadsdata på stora säsongsvariationer.
- Indikatorn *Antikoagulantia till riskpatienter*, som redovisas i avsnittet "*Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?*" visar på en kontinuerlig förbättring och är nu nära målnivån på minst 80 procent. Fallskador är fortsatt en stor bidragande orsak till hälsoproblem i Sverige och indikatorn *Fallskador bland äldre* visar inte på positiv utveckling. Detsamma gäller indikatorn *Fysisk inaktivitet vid diabetes* och andelen fysiskt inaktiva har ökat sedan 2014.
- Rapporten visar på en generell förbättring i resultat för indikatorerna i avsnittet "*Hur är kvaliteten i den hälso- och sjukvård vi får?*". Bland annat har den positiva trenden för andel äldre med olämpliga läkemedel fortsatt. Ett undantag är *Låg Apgar-poäng hos nyfödda* där resultatet inte har förbättrats.
- I avsnittet "*Blir vi friskare och lever längre?*" redovisas en ny indikator. Indikatorn är Eurostats variant av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Avsnittet visar på en generell förbättring.
- Avsnittet "*Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård?*" visar att 53 procent av den svenska befolkningen anser att hälso- och sjukvården ges på lika villkor. Ökningen av MRSA fortsätter och antibiotikaförskrivningen ligger kvar på i stort sätt samma nivå. Sjukfrånvaron hos landstingens personal fortsätter att öka och ökningen syns för olika personalgrupper inom hälso- och sjukvårdssystemet. Det är särskilt personal inom särskilda boendeformer som ligger långt över övriga delar av hälso- och sjukvården.

För enskilda indikatorer framgår bland annat att:

- Befolkningens förväntade medellivslängd ökar, men samtidigt ökar även skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper.
- Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar ökar.
- Dödlighet efter hjärtinfarkt minskar bland både kvinnor och män. Sverige har också, jämfört med flera andra länder, en låg dödlighet vid sjukhusvårdad akut hjärtinfarkt.
- Indikatorn Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt visar på fortsatt stora skillnader mellan länen.
- Det är fortsatta skillnader mellan län, kvinnor jämfört med män och mellan utbildningsgrupper gällande antal per 100 invånare som fått en tandvårdsundersökning de senaste två åren.
- Andelen fysiskt inaktiva ökar i gruppen med diabetes. Dessutom visar indikatorn på stora skillnader mellan län.

Även om rapporten 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, från påverkbar slutenvård till antibiotikaföreskrivning. I rapporten finns indikatorer som direkt rör barn och unga. Bland annat finns skillnader mellan utbildningsgrupper i tobaksvanor under graviditet och andelen barn som föds med låg Apgar-poäng har ökat. Dessutom finns stora skillnader i väntetid till BUP mellan länen och mellan årets månader. Vaccinationstäckningen för MPR är fortsatt god på länsnivå.

Merparten av indikatorerna redovisas uppdelat på kvinnor och män. Dessa indikatorer visar ofta på skillnader men för att fastställa om skillnaderna beror på ojämlik hälso- och sjukvård behövs fördjupade analyser av respektive indikator. Inom ramen för öppna jämförelser har en rapport som särskilt belyser kvinnors hälso- och sjukvård publicerats. Under 2018 kommer även rapporter om barn och ungas samt äldres psykiska hälsa att publiceras. Dessutom kommer en rapport som belyser jämlik vård att publiceras under 2019.

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

Inledning

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 effektivitet¹. Fördelen med det stora antal 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 med olika fokus. Ledning och styrning samt praktiskt förbättringsarbete sker på olika nivåer, vilket också gör att olika typer av underlag behövs.

Nya och ändrade indikatorer

- Indikatorn *Tid till läkarbedömning vid akutbesök* publiceras för första gången inom öppna jämförelser.
- Indikatorn *Olämpliga läkemedel för äldre* har reviderats.
- En indikator som följer Eurostats diagnosurval för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet redovisas även för de svenska länen. Urvalet dödsorsaker är större än för indikatorn som publicerades i förra rapporten. Därför har andra liknande indikatorer tagits bort, exempelvis *Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom*.
- Förlossningsvården pekades i *Öppna jämförelser 2016 - Säker vård* ut som särskilt viktig att följa och därför redovisas indikatorn *Låg Apgar-poäng hos nyfödda*.
- Enkäten i Riksstroke har ändrats vilket påverkar indikatorn *Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknande i stroke*.

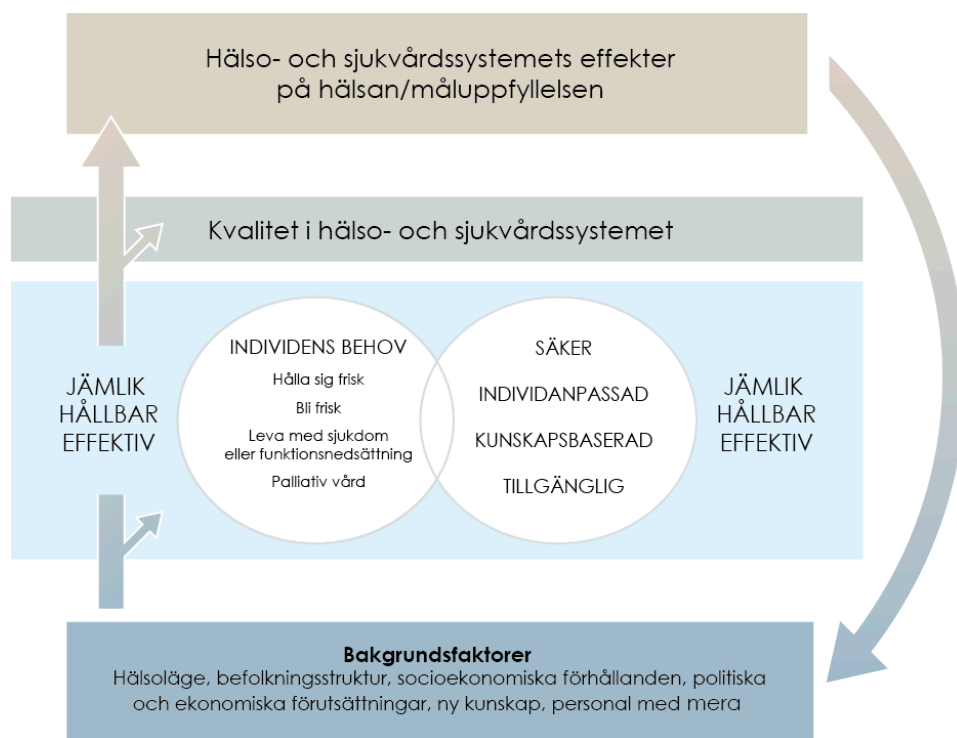
¹ Socialstyrelsen publicerar bland annat rapporter med öppna jämförelser för olika teman. Ett flertal indikatorer från Socialstyrelsens hälsodataregister utöver de som redovisas i olika rapporter uppdateras också i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* med den nuvarande adressen: oppnajamforelser.socialstyrelsen.se

- Indikatorerna som bygger på nationell patientenkät, exempelvis *Kontinuitet och koordinering*, belyser i årets rapportering akutmottagningar.
- Den tidigare indikatorn *Undvikbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma och kol* benämns i årets rapport som *Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma och kol*.
- Indikatorn *Rapportering till kvalitetsregister* har förändrats och de kvalitetsregister som ingår är Rikshöft, Riksstroke och Rikshia.

Ramverk för uppföljningen

Utgångspunkten för val av indikatorer har varit Socialstyrelsens beskrivande ramverk för hälso- och sjukvårdssystemet och indikatorerna avser att ge en bild av hälso- och sjukvårdssystemets övergripande resultat.

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



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 rätts-säkerhet.
- **Individanpassad:** Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Kunskapsbaserad:** Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **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.

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

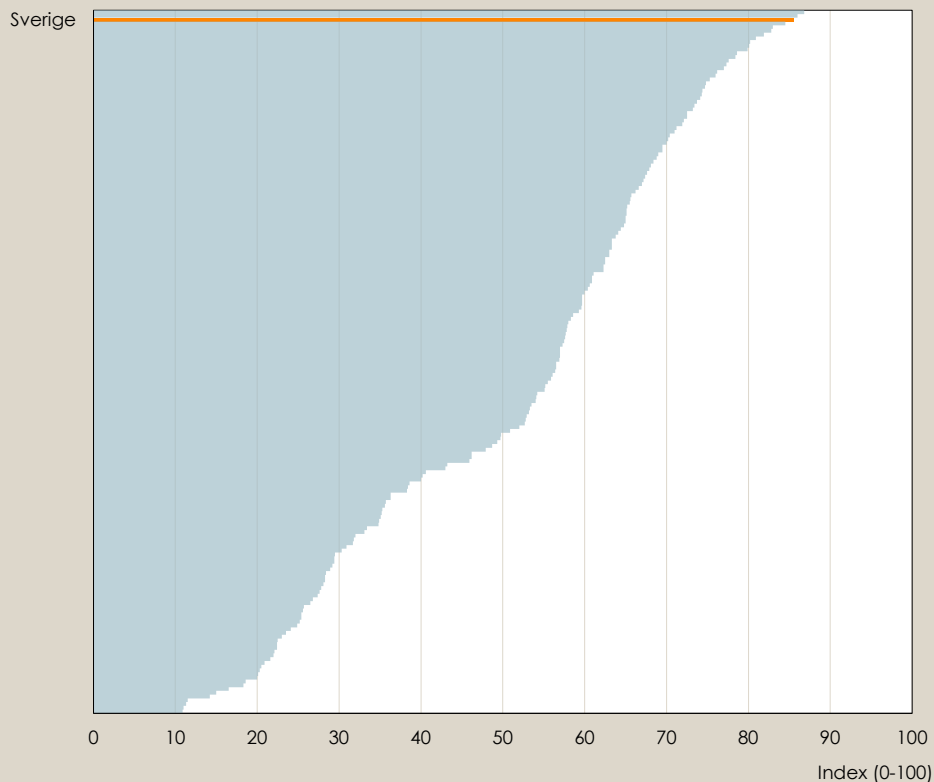
Hållbar hälso- och sjukvård och Agenda 2030

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 det ekologiska systemet, speciellt i de fall när konsekvenserna i hög grad rör hälso- och sjukvården. Ett exempel är utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska landsting och kommuner medverka i forskningsarbete som rör hälso- och sjukvård och folkhälsa.

Genom Agenda 2030 har 17 globala hållbarhetsmål formulerats med 169 delmål, delmålen kopplas i sin tur till 232 indikatorer. 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 [1]. Under hållbarhetsmålet *Jämställdhet* ryms exempelvis delmål om reproduktiv hälsa, tillgång till offentlig service och jämställdhet mellan kvinnor och män [5]. I ett omfattande internationellt arbete har 37 av de 232 indikatorerna identifierats som särskilt kopplade till hälsa och jämförts mellan 188 länder. Även ett sammansatt index för dessa 37 indikatorer har tagits fram och publicerats i artikeln *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease study 2015* [2]. I diagram A.1. visas graden av måluppfyllelse för indexet, 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 suicid, alkohol, rökning och HIV. Data för de olika delarna och indexet samordnas av *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) och uppdateras via *healthdata.org*. I denna rapport görs kopplingar av resultatet till Agenda 2030 hållbarhetsmålen även för enskilda indikatorer.

A.1. Länder. Agenda 2030. H lsorelaterat index för hållbar utveckling

Sammanvägning av de 37 (av 232) indikatorer kopplade till Agenda 2030 som bed m ts vara hälsorelaterade och följts upp för 188 länder, 2016. För indexet har indikatorerna standardiserats. Indexet kan variera mellan 0 och 100 där 100 motsvarar full m lupfyllelse.

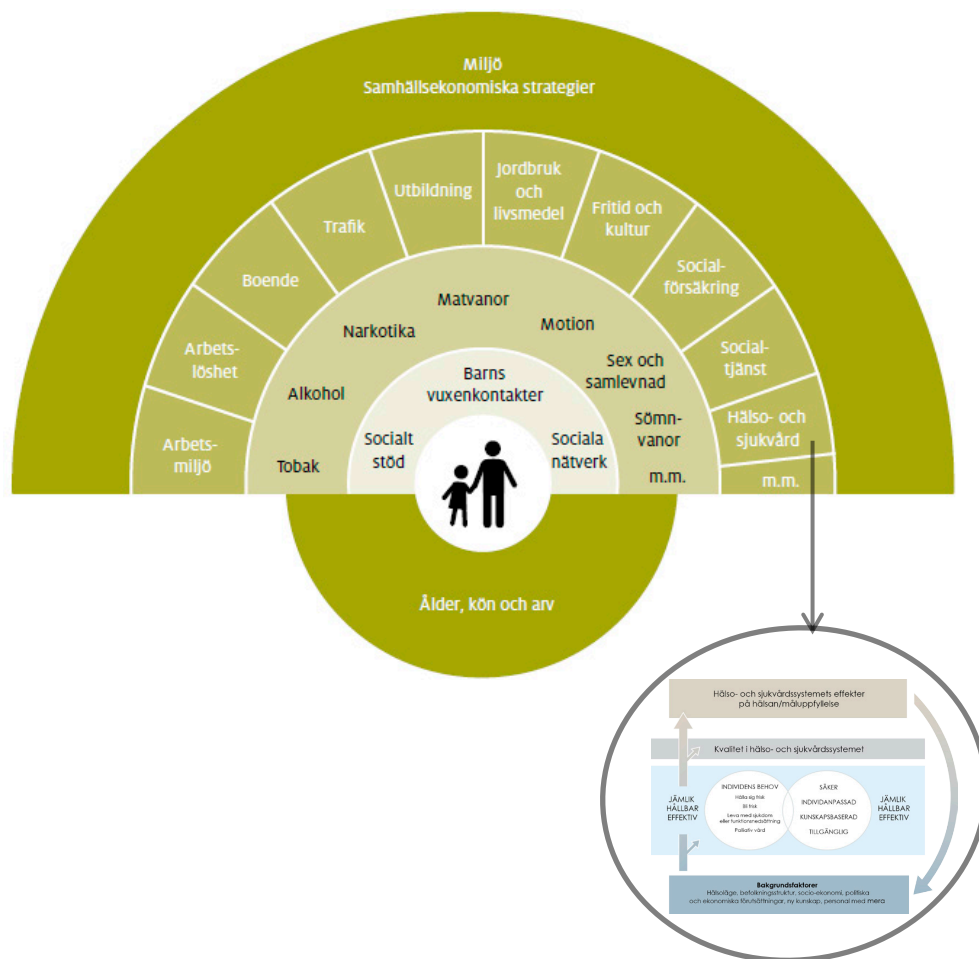


Källa: Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation.

Bakgrundsfaktorer

Bakgrundsfaktorena påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och måluppfyllnad. Det  r även så att hälso- och sjukvårdens resultat i viss mån påverkar bakgrundsfaktorena så som befolkningens åldersstruktur eller tillgängliga resurser i form av skatteunderlag, ny kunskap och inte minst hälsoläget i befolkningen.

Figur 2. Hälsans bestämningfaktorer [3] inklusive hälso- och sjukvård



I avsnittet presenteras några bakgrundsfaktorer med exempel på mått. Sorteringen av diagram med värden för län är här gjord för att öka läsbarheten och inte som en signal om önskvärt resultat för hälso- och sjukvården.

Befolkningsstruktur

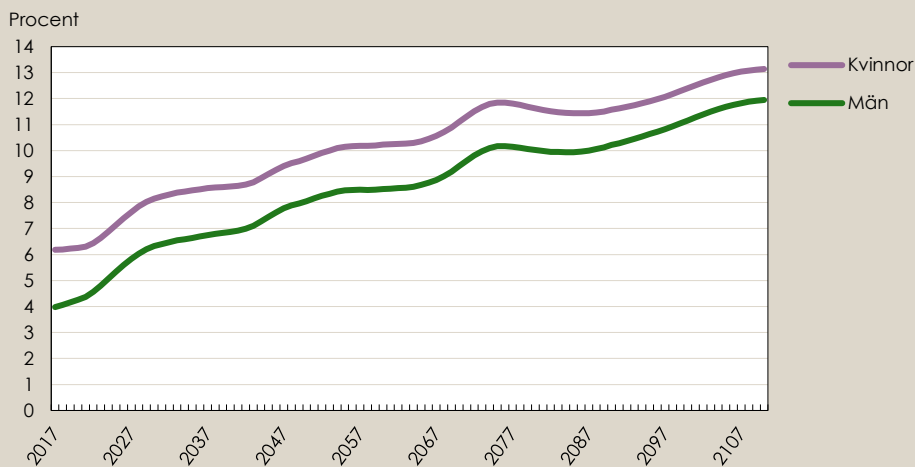
De demografiska förutsättningar som har störst betydelse för hälso- och sjukvården är befolkningens åldersfördelning och socioekonomiska sammansättning. Dessa faktorer påverkar både omfattningen av hälso- och sjukvårdens uppdrag samt de resurser som kan användas inom uppdraget. Som exempel lyfts här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

Andelen äldre i befolkningen

Andel äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet genom att denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov. Exempelvis har över hälften i åldersgruppen 65–74 år minst två kroniska sjukdomar, för personer över 85 år är den andelen drygt 80 procent [4]. Prognosen för andelen personer över 80 år i befolkningen framöver visar att det sker en stor ökning. Andelen antas börja öka i snabb takt kring 2025 och 2110 beräknas andelen kvinnor 80 år och äldre vara lite mer än dubbelt så stor som idag och för män tre gånger så stor.

B.1. Andel av befolkningen 80 år och äldre, utveckling framöver

Befolkningsprognos (2017), andel 80 år och äldre i befolkningen 2017 till 2110.

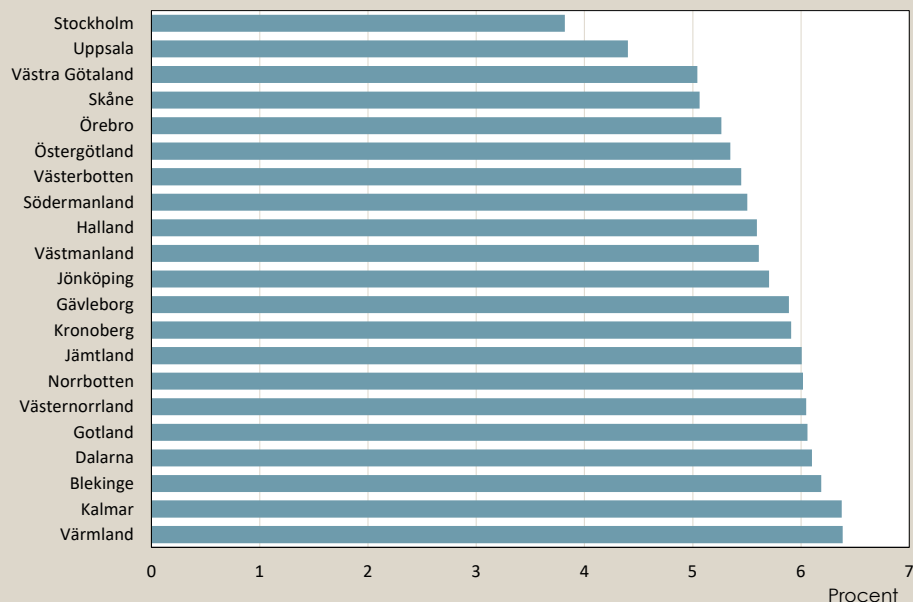


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Andelen personer över 80 år i befolkningen varierar mellan länen, vilket kan påverka hälso- och sjukvården i respektive län både vad gäller behovet av vård samt resurserna som finns tillgängliga. En stor andel kan innebära ett större behov, vilket i sin tur medför behov av större resurser eller ett effektivare arbetssätt. Andelen personer över 80 år varierar mellan länen från 3,8 procent upp till 6,4 procent, vilket framgår av diagram B.2.

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

Andel personer 80 år och äldre av den totala befolkningen, 2016.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån.

I den del av utjämningsystemet som berör hälso- och sjukvården kompenseras landsting med en äldre befolkning. I denna del av utjämningsystemet

ingår även kön, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst, boendetyp, lönestruktur samt glesbygd [5].

Utbildningsnivå i befolkningen

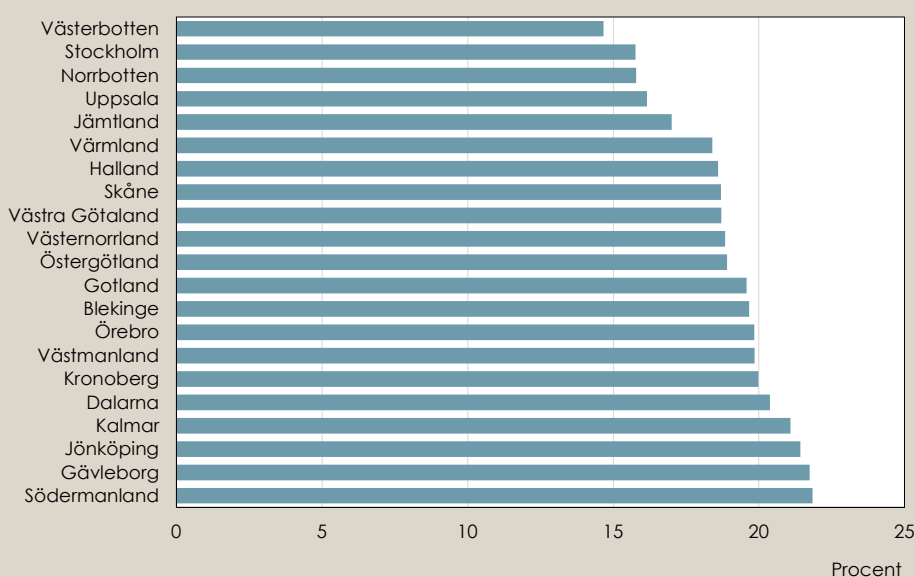
Utbildningsnivå samvarierar i väldigt hög grad med sjukdomsförekomst och hälsoläge i stort. En stor del av sambandet antas bero på att utbildningsnivån indikerar och är en del av människors socioekonomiska position i samhället. Den kan sin tur ha betydelse för många andra bestämningsfaktorer för hälsan, exempelvis levnadsvanor och sociala kontakter, men även för olika livsvillkor relaterade till bland annat arbetsliv och boende. För hälso- och sjukvården innebär detta att det kan behövas mer resurser och insatser för att kompensera för dessa förutsättningar. Skillnader i kunskap, ekonomiska och sociala förutsättningar kan även påverka efterfrågan på hälso- och sjukvård som inte är direkt kopplad till skillnader i vårdbehov [6, 7].

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 [8, 9].

I en internationell kontext har Sveriges befolkning en hög utbildningsnivå men det finns skillnader mellan länen. I län där en hög andel av befolkningen enbart har grundskoleutbildning är det en särskild utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet att verka för att utbildningsnivån inte ska påverka utfallet av systemets insatser. I diagram B.3 redovisas andelen av befolkningen med högst grundskoleutbildning. Andelen varierar mellan länen från knappt 15 procent upp till nästan 22 procent.

B.3. Län. Enbart förgymnasial utbildning

Andel av befolkningen med enbart förgymnasial utbildning (grundskolenivå), av dem med uppgift om utbildning, 2016.



Källa: Utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

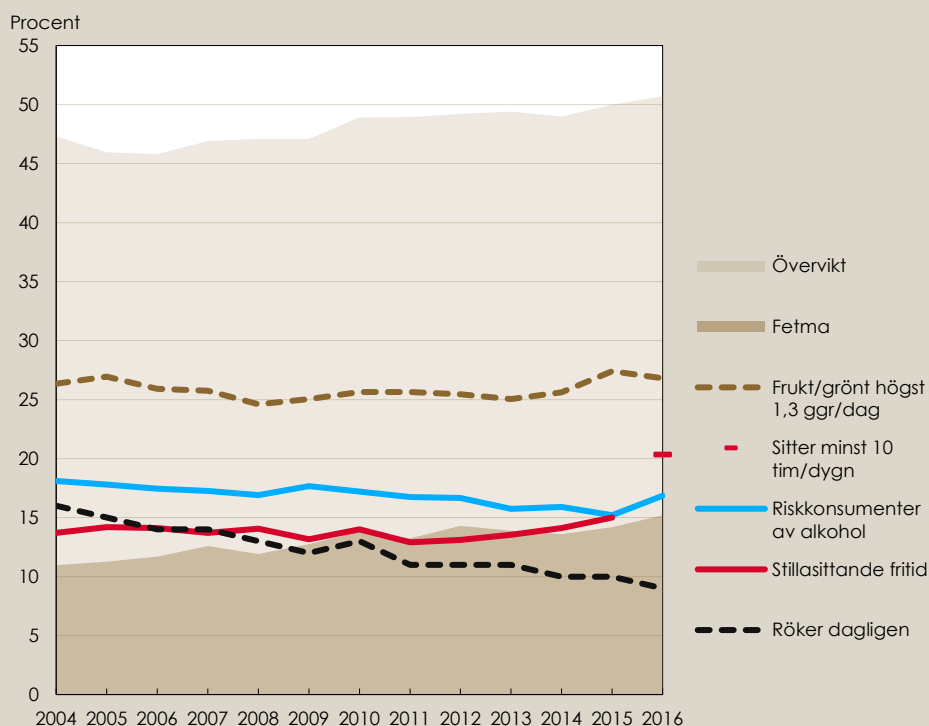
Levnadsvanor

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 [1]. I Socialstyrelsens remissversion av *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 [10]. De riskfaktorer som enligt *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) bidrar främst till sjukdomsburden i Sverige är kost, högt blodtryck och högt BMI samt tobak och alkohol [11].

I den nationella folkhälsoenkäten ställs frågor om levnadsvanor. I diagram B.4 redovisas resultaten för den andel av de svarande som under 2004–2016 riskkonsumerade alkohol, åt lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), hade en stillasittande fritid (fram till 2015 för 2016 redovisas istället minst 10 timmar stillasittande per dygn), rökte dagligen eller hade ett body mass index (BMI) som klassas som fetma. Det är främst förekomsten av dagligrökning och fetma som har förändrats under perioden. Andelen som röker dagligen har minskat från 16 till 9 procent från 2004 till 2016. Medan andelen med fetma har ökat från 11 till 15,2 procentenheter mellan 2004 och 2016.

B.4. 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.

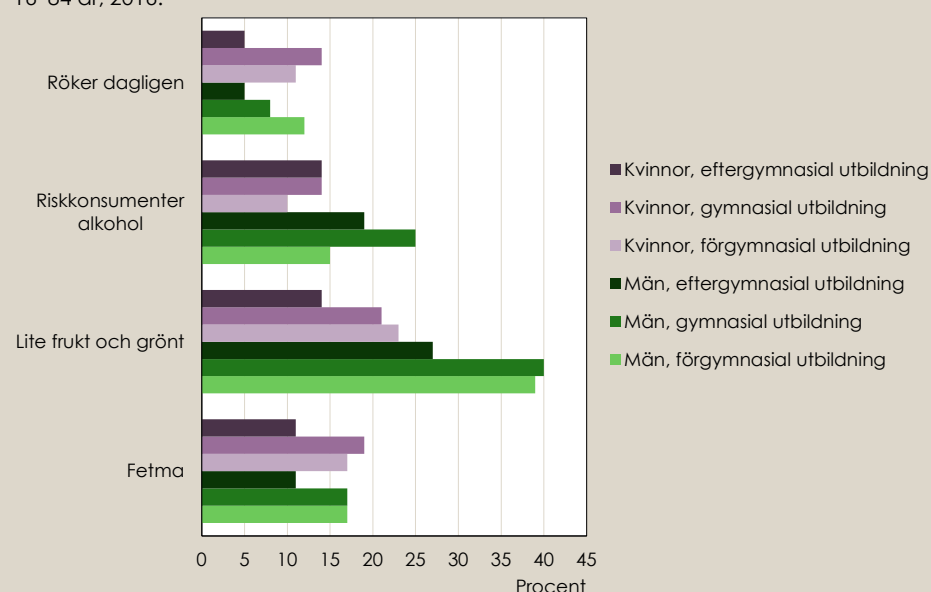


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

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

B.5. Utbildning. Levnadsvanor samt fetma

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), röker dagligen eller har ett BMI som klassas som fetma, 16–84 år, 2016.

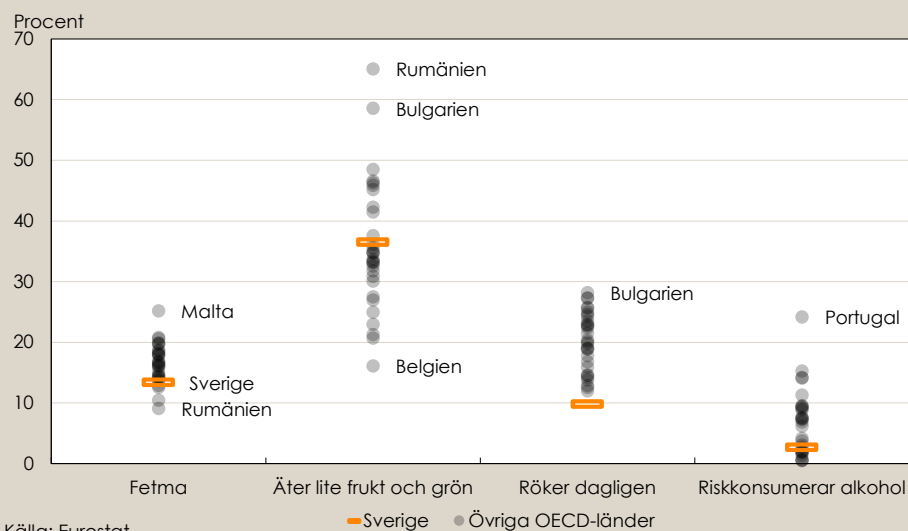


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I en internationell kontext är det en liten andel av Sveriges befolkning som röker dagligen. Sverige redovisar lägst andel dagligrökare av länderna inom OECD som redovisat värden för 2014 [12]. Sverige har även en låg andel personer med fetma och låg andel som riskkonsumerar alkohol. Sverige får relativt sett sämre resultat gällande andel som äter lite frukt och grönt.

A.2. Levnadsvanor och fetma i Europa

Andel av befolkningen i länder som rapporterat till Eurostat och som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt, röker dagligen eller har ett BMI som klassas som fetma, 2014.



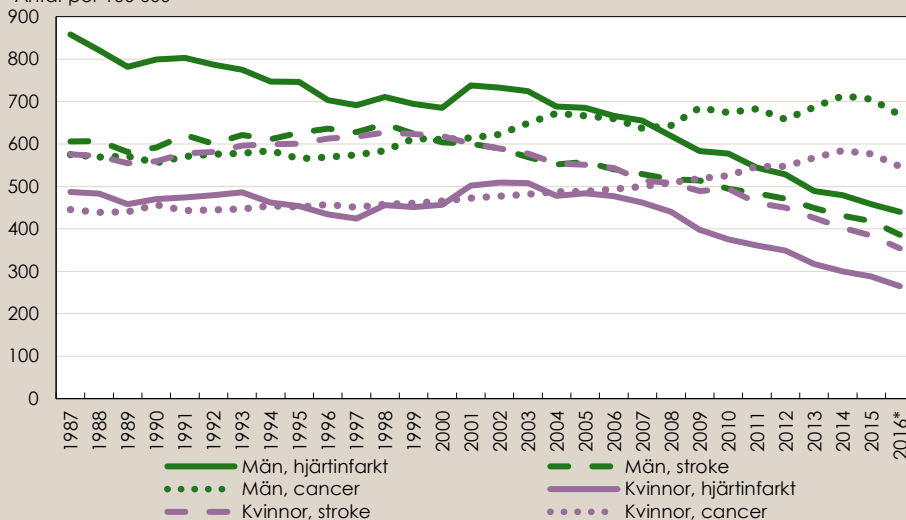
Hälsoläget i befolkningen

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 (prevalensen) påverkas genom att fler lever längre med sjukdom och funktionsnedsättning eller blir av med sina besvär. I diagram B.6 visas incidensen i cancer, hjärtinfarkt och stroke för kvinnor och män 1987 till 2016. Sedan 1987 har incidensen i cancer ökat medan incidensen i stroke och hjärtinfarkt minskat. Incidensen kan påverkas av ärftliga faktorer, levnadsvanor och miljöfaktorer där även hälso- och sjukvården ingår som en del. Enligt IHME var de vanligaste orsakerna till förtida död i Sverige ischemisk hjärtsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom samt cancer exempelvis lung-, bröst- och prostatacancer [11].

B.6. Incidens i cancer, stroke och hjärtinfarkt

Cancer, stroke och hjärtinfarkt. Incidens per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000



* Värden 2016 för stroke och hjärtinfarkt är preliminära

Källa: Cancerregistret, patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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.

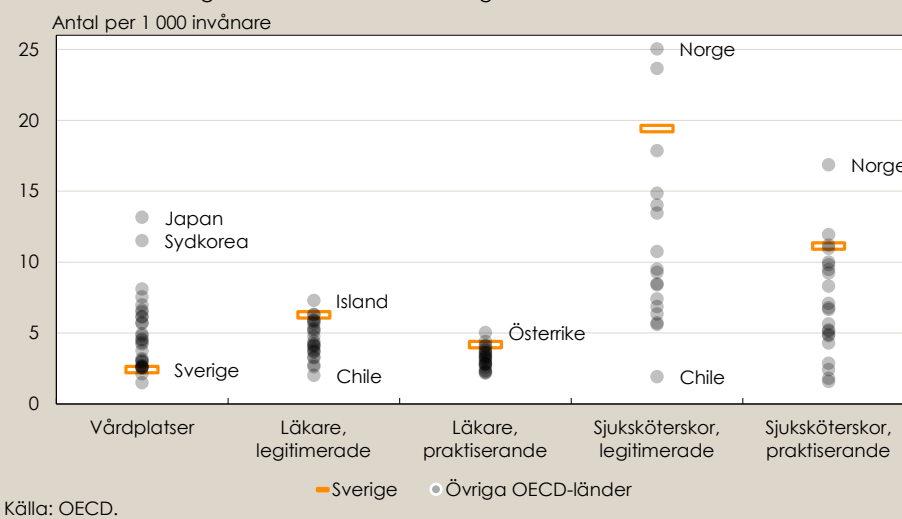
Mer om systemets finansiering berörs i avsnittet *”Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”*. Här presenteras andra exempel på resurser som är viktiga för systemet: utbildad personal, vårdplatser samt ny kunskap och teknik.

Vårdplatser och vårdpersonal

Internationellt sett brukar antalet vårdplatser per 1 000 invånare jämföras. Dock finns vissa svårigheter i jämförelserna eftersom länderna definierar vårdplatser olika. I siffrorna för Sverige ingår inte platser på särskilt boende, vilket de gör för vissa länder. I diagram A.3 redovisar Sverige bland de lägsta antalen slutenvårdsplatser per 1 000 invånare av de OECD-länder med värden för 2015.

A.3. OECD-Länder. Vårdplatser samt läkare och sjuksköterskor

Vårdplatser 2015 samt legitimerade respektive praktiserande läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare 2014, OECD-länder som redovisar värden för mätperioden och som inte har en notering om avvikande redovisningsmetod.



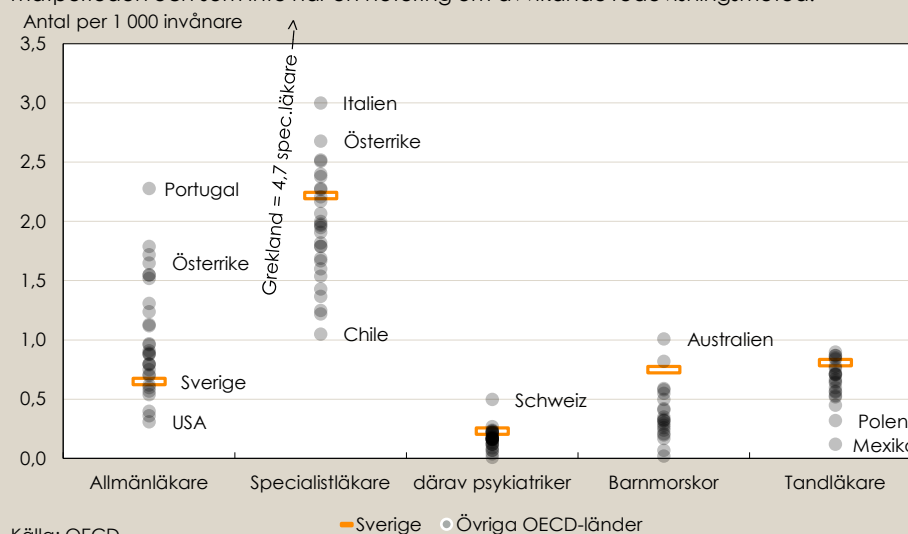
En viktig del för att beskriva tillgängliga resurser är hälso- och sjukvårdssystemets nuvarande och uppskattade framtida tillgång till personal. Enligt prognoser publicerade av Universitetskanslersämbetet (UKÄ) kommer det råda brist på flera yrkesgrupper som är betydelsefulla för hälso- och sjukvårdssystemet. I UKÄ:s planeringsunderlag för läsåret 2015/16 listar de att det i framtiden kommer att råda brist på tandläkare, specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker, tandhygienister, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och läkare [13]. För första halvåret 2018 bedömer Arbetsförmedlingen att området hälso- och sjukvård ligger på fjärde plats av samtliga yrkesområden där det råder brist på kompetent personal. Exempelvis kommer det att vara brist på specialistsjuksköterskor inom akut hälso- och sjukvård, läkare och tandläkare [14].

Vid en internationell jämförelse ligger Sverige relativt högt gällande antal praktiserande sjuksköterskor, barnmorskor och läkare per invånare bland de OECD-länder som redovisat uppgifter för 2014. Sverige har dock ett relativt lågt antal allmänläkare per invånare jämfört med andra OECD-länder vilket också innebär att andelen allmänläkare av samtliga läkare är låg i Sverige jämfört med andra länder.

För läkarna finns även uppgifter om psykiatriker särredovisade och i Sverige fanns 0,23 psykiatriker per 1 000 invånare 2014 vilket relativt sett är ett högt värde. Endast tre länder hade fler psykiatriker per 100 invånare, Norge, Finland och Schweiz.

A.4. OECD-länder. Praktiserande läkare, barnmorskor och tandläkare

Praktiserande allmänläkare, (andra) specialistläkare och därav psykiatriker samt barnmorskor och tandläkare per 1 000 invånare, 2014. OECD-länder som redovisar värden för mätperioden och som inte har en notering om avvikande redovisningsmetod.



När det gäller tandläkare har Sverige ett relativt högt antal per invånare bland de OECD-länder som redovisar data. Värdet för Sverige låg på 0,8 tandläkare per 1 000 invånare 2014, vilket är ett relativt högt värde.

Ny kunskap och ny teknik

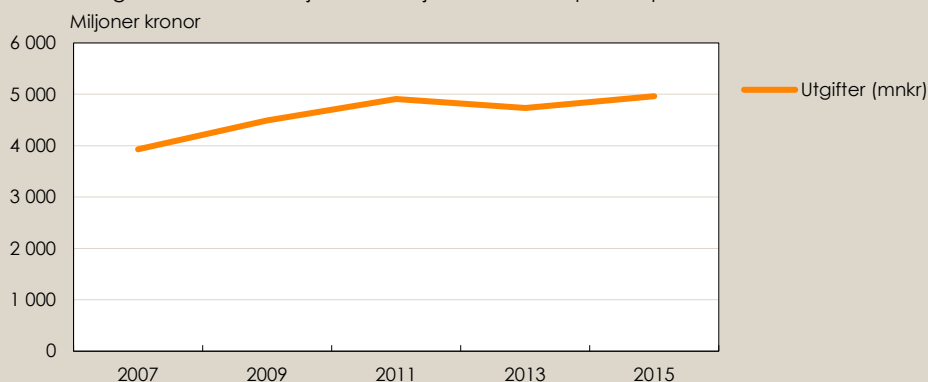
Med ny kunskap och ny teknik avses här kunskap och teknik som inte redan finns inom (hela) systemet och där det är möjligt att uppnå förbättringar genom att implementera den. Att på ett effektivt sätt identifiera och använda värdefull kunskap och teknik så att det leder till förbättringar är en stor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

Forskning och utveckling (FoU) vad gäller förbättringar inom hälso- och sjukvård berör både ny kunskap, ny teknik och implementering. De offentliga verksamheternas årliga utgifter för FoU är därmed en viktig förutsättning avseende förbättringar av hälso- och sjukvården. Dessa utgifter har ökat med drygt 1 miljard kronor (i löpande priser) sedan 2007. För 2015 var utgifterna nästan 5 miljarder kronor, vilket framgår av diagram B.7. Merparten av utgifterna står landstingen för, men även kommuner, staten och olika FoU-enheter bidrar till forskning och utveckling, och framgångsrik FoU kan vara en del av lösningen på hälso- och sjukvårdens utmaningar framöver.

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

B.7. Förbättringar av hälso- och sjukvård, kostnader för FoU

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



Källa: Statistiska centralbyrån.

År 2015 satsade Sverige totalt sett nästan 3,3 procent av bnp på forskning och utveckling vilket i en internationell kontext är en förhållandevis stor andel. Endast Sverige och Österrike nådde EU:s mål på ett treprocentsmål för FoU [15]. I detta mått ingår all FoU-verksamhet, inte endast satsningar inom området förbättringar av hälso- och sjukvården. Dock utgör läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsrelaterade områden en betydande del av all FoU i Sverige. För universitet och högskolor var exempelvis *Medicin och hälsovetenskap* det forskningsområde som hade högst intäkter 2013 [16]. I Sverige publicerades det 2016 drygt 7 000 vetenskapliga rapporter inom området medicin, vilket är en ökning med nästan 1 000 stycken sedan 2005. År 2016 utgjorde de svenska publiceringarna 1,2 procent av den totala världsproduktionen av vetenskapliga rapporter inom medicin och 12 procent var så kallade högciterade publikationer [17].

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

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 [18]. Jämförelserna kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet.

Om jämförelserna

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 bör mätas kontinuerligt.

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 [19-21].

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 [19-21].
- Jämförelserna har inte utformats för att stödja patienternas val av vårdgivare.

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 [22]. De internationella mått och indikatorer som presenteras i denna rapport är ett urval och det finns fler tillgängliga hos exempelvis OECD och Eurostat.

Om diagrammen

Diagram som presenterar indikatorvärden på läns- och landsnivå 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 utvecklingen över tid visas även länen som cirklar, storleken på cirklarna motsvarar genomgående befolkningen (antalet kvinnor och män) i respektive län 2016. Detta kan skilja sig stort från fördelningen av exempelvis patienter mellan könen.

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 [19-21]. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen.

Indikatorurval och indelning

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

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

Indikatorset

Följande egenskaper eftersträvas för indikatorsetet som helhet:

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

Indikatorer

Följande kriterier används som vägledning i urvalet av enskilda indikatorer:

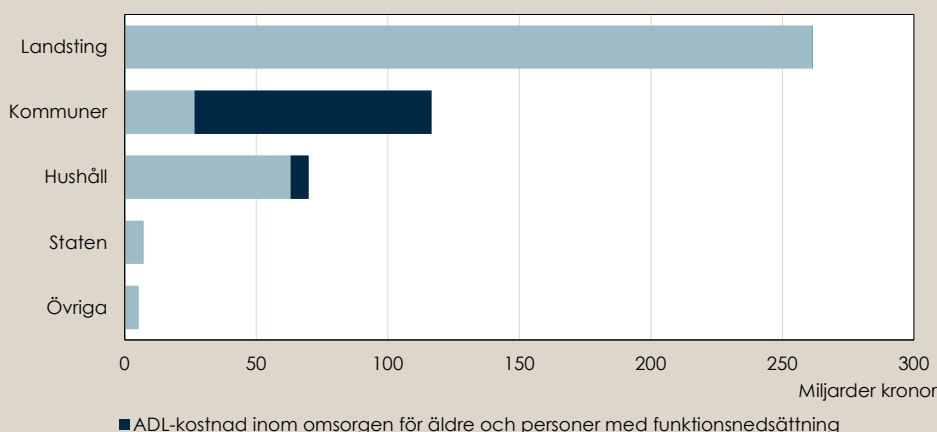
- **Bredd och relevans.** Indikatorn bör gärna gälla flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet och stora volymer. Smalare indikatorer kan motiveras av att viktiga aspekter eller problem annars inte representeras.
- **Resultat.** Både resultatmått och processmått kan användas, men breda resultatmått 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 kunna rapporteras på nationell nivå.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn bör vara vedertagen och gärna förekomma i andra etablerade sammanhang. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt som den avser att mäta.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Möjlig att påverka.** Det ska vara möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdsområdet på lokal, regional eller nationell nivå.

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

Finansieringen av hälso- och sjukvården sker till största delen av landsting² och kommuner, vilka också är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Landsting och kommuner finansieras i sin tur till övervägande del via inkomstskatt. En del av hälso- och sjukvården finansieras också direkt av dem som konsumerar den, exempelvis genom avgifter vid besök i tandvården och köp av läkemedel.

E.1. Totala hälso- och sjukvårdsutgiften i Sverige

Totala hälso- och sjukvårdsutgifter utifrån finansör, miljarder kronor, 2015 (baserat på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



Källa: Hälsoräkenskaperna, Statistiska centralbyrån.

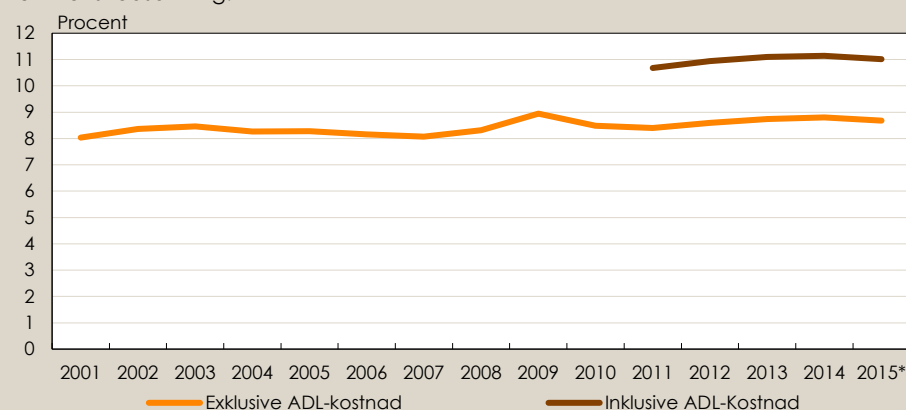
Traditionellt sett har tjänster som gäller personlig omvårdnad³ inom omsorgen om äldre och om personer med funktionsnedsättning i Sverige räknats till omsorgen, inte till hälso- och sjukvården. Hälsoräkenskaperna har anpassats till en ny internationell standard för redovisningen, och därför räknas även denna verksamhet till hälso- och sjukvården, även om verksamheten inte regleras av HSL [23]. Denna verksamhet är stor i Sverige och den nya redovisningen innebär därför även en stor förändring när kostnaderna för hälso- och sjukvården anges som andel av bnp. Denna förändring är också större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder. Hälso- och sjukvårdens andel av bnp låg 2015 på drygt 11 procent om ADL-komponenten inkluderas. Utan ADL-komponenten utgör resterande hälso- och sjukvård cirka 8,7 procent av bnp.

² Med landsting avses i denna rapport även regioner.

³ 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*).

E.2. Hälso- och sjukvårdens andel av bnp

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



* Baserat på preliminära beräkningar av nationalräkenskaperna.

Källa: Hälsoräkningsrapporten, Statistiska centralbyrån.

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

Om effektivitet på övergripande nivå

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

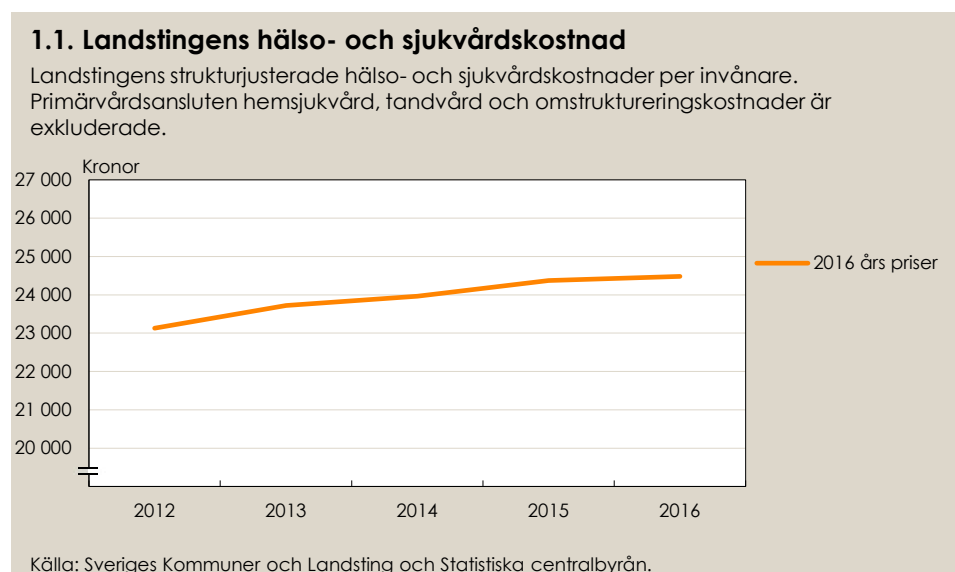
Det enklaste, och oftast enda tillgängliga, måttet på resursåtgång är kostnader, och genom att relatera måluppfyllelsen till vårdens kostnader får man fram ett mått på effektivitet. Normalt är emellertid kostnadsdata tillgängliga på en mer aggregerad nivå än resultatindikatorerna. Dessutom behöver olika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

Europeiska kommissionen presenterade 2015 en effektivitetsjämförelse av medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem. 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 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 [24].

1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

Kostnaderna för landstingsfinansierad hälso- och sjukvård har kontinuerligt ökat sedan 2012 räknat i fasta priser.

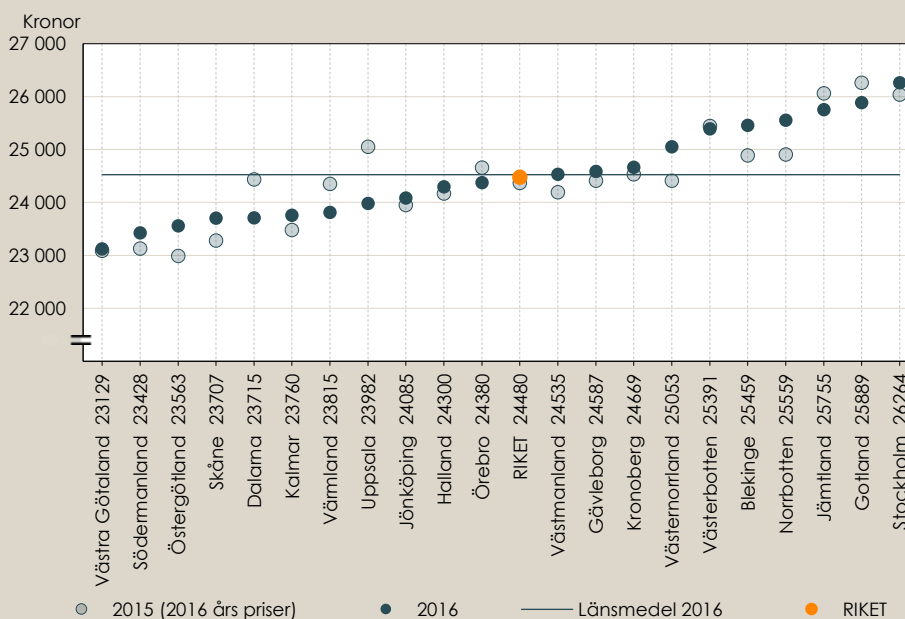


I den redovisade kostnaden exkluderas tandvård och primärvårdsansluten hemsjukvård och omstruktureringskostnader för att göra uppgifterna mer jämförbara. Det finns strukturella faktorer som inte går att påverka, exempelvis befolkningens ålderssammansättning och den socioekonomiska strukturen. För att göra jämförelser av kostnadsskillnader mellan olika landsting mer rättvisa beräknas en strukturjusterad kostnad där hänsyn tas till flera av landstingens olika förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård.

Kostnaden mätt i fasta priser har ökat i 14 av 21 landsting mellan 2015 och 2016. Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig åt mellan landstingen kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och sjukvården, men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningssystemet. Dessutom påverkas kostnadsutfallet av hälso- och sjukvårdens resultat och organisering.

1.2. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

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



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån.

Beräkning av den strukturjusterade kostnaden

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

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

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

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

Om relaterade mått och data

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

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

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

Kostnad per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård är en bred produktivitetsindikator som är värd att nämna. DRG är en förkortning av diagnosrelaterade grupper. I måttet kombineras uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) KPP-databas och verksamhetsstatistik för att få ett sammanvägt ått 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 landstingens kostnader för hälso- och sjukvård.

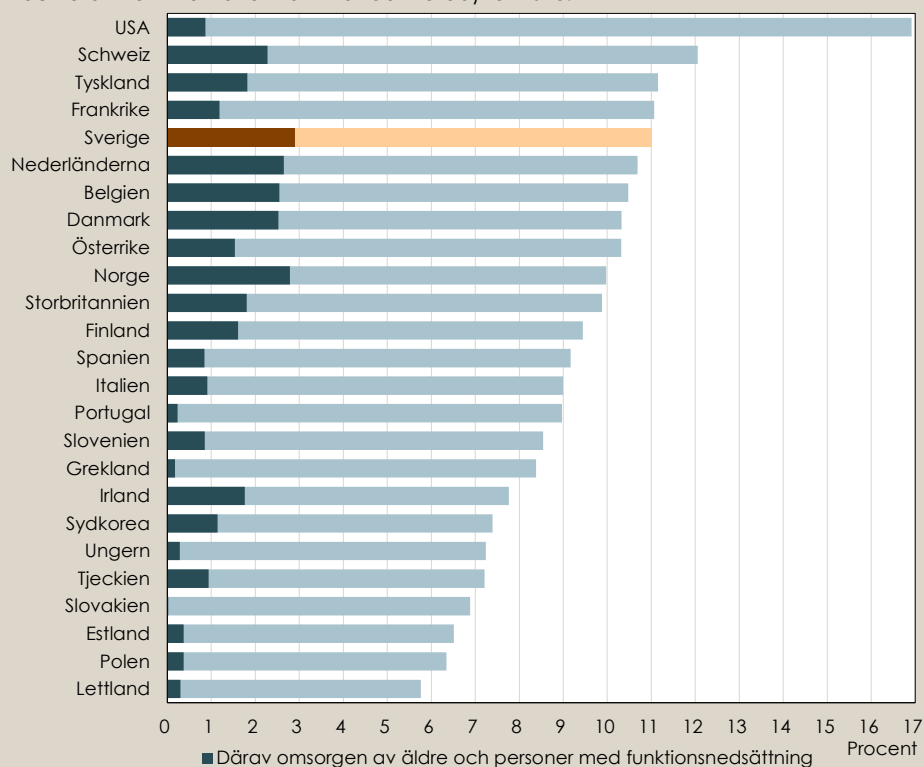
Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder

I en internationell kontext kan kostnaderna för hälso- och sjukvården visas genom områdets andel av bnp. Diagram A.1 visar att hälso- och sjukvårdens andel av bnp för Sverige uppgår till 11 procent 2015 vilket är en av de högsta andelarna bland jämförda länder i OECD. I tidigare mätningar har Sveriges placering legat mer i mitten. Skillnaden i placering ligger dock inte i att Sverige numera lägger mycket mer resurser på hälso- och sjukvården, utan är ett resultat av införandet av den nya redovisningsmetod som länderna ska följa. Denna nya metod innebär att en avsevärt mycket större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård [23]. Denna del är stor och större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder. I diagram A.5 särredovisas delen som avser omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning och av denna kostnad utgjorde 80 procent kostnader för personlig omvårdnad. Skillnader i det offentliga åtagandet kan påverka denna andel. Andra länder med en hög andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Nederländerna, Norge, Danmark och Belgien.

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

A.5. Länder. Hälso- och sjukvårdens andel av bnp

Hälso- och sjukvårdens andel av bnp för länder med rapporterade värden (slutgiltiga och utan kommentar om avvikande metod) för 2015.



Källa: OECD.

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

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är inte entydigt definierat. I Sverige har det ofta handlat om väntetider. Det kan även röra systemets täckningsgrad i befolkningen, geografiska avstånd, adekvata resurser, information, öppettider, kontinuitet, delaktighet, ekonomiska faktorer, rättigheter, diskriminering, förtroende, kulturell kompetens, funktionshinderanpassning med mera [24].

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

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

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

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

Två indikatorer om patienters upplevelser i mötet med vården vad gäller delaktighet och kontinuitet redovisas också. Dessa aspekter berör flera dimensioner av god vård, men har bland annat lyfts fram som delar av en tillgänglig vård när patienter har tillfrågats [24]. Samtliga delar i avsnittet om tillgång till hälso- och sjukvård kan kopplas till hållbarhetsmål 5 i Agenda 2030 och delmålet att alla ska ha tillgång till offentlig service [25].

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.

2. Tillgång till sjukvård

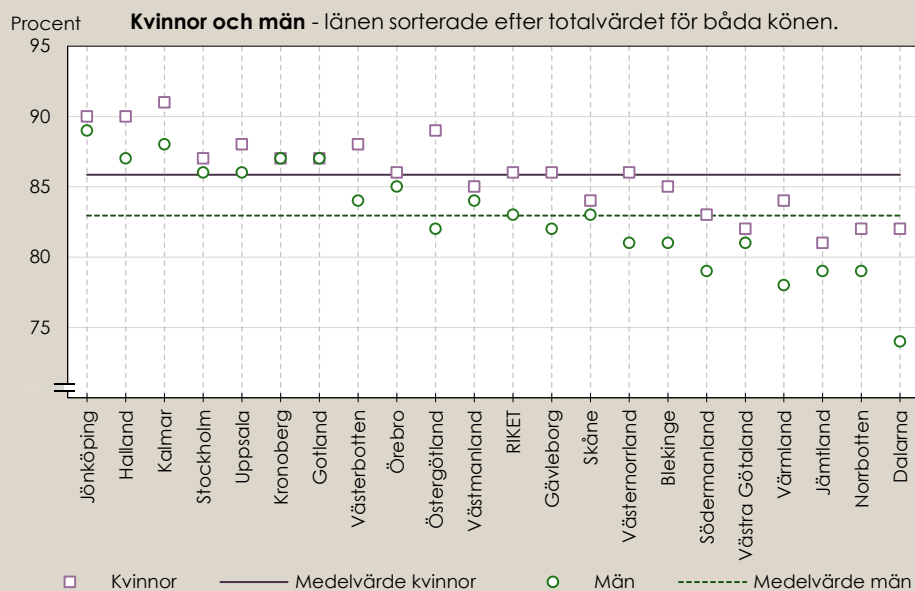
Här redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man haft kontakt med sjukvården eller inte de senaste sex månaderna. Uppgifterna avser 2016 och datainsamlingen bygger på telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer.

Indikatorn visar andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet ”*Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver*” av totalt antal svarande (alternativen ”*vet ej*” och ”*ej svar*” är exkluderade).

Landstingens resultat 2016 varierar från 74 till 89 procent för män, och mellan 91 och 81 procent för kvinnor, vilket framgår av diagram 2.1.

2.1. Län. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver

Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver, 2016.



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

I delbetänkandet från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU:2017:53) är ett förslag att det förs in en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som anger att vården ska vara tillgänglig för såväl kontakt som bedömning och besök. Enligt betänkandet ska även hälso- och sjukvården ordnas nära befolkningen [26].

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

Om relaterade mått och data

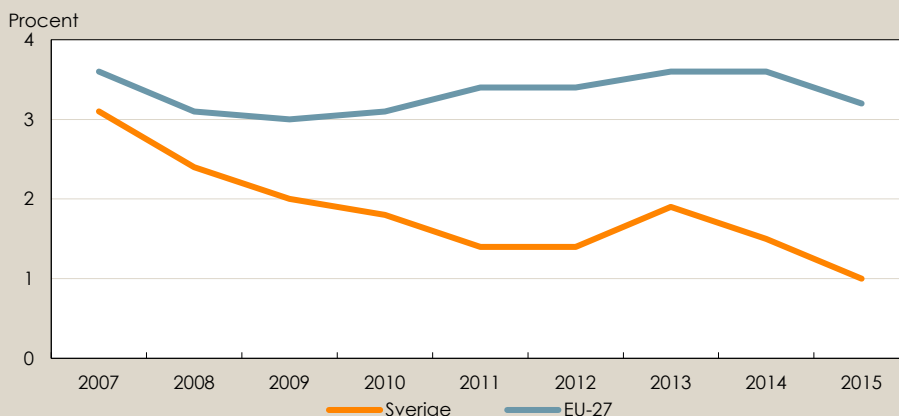
Indikatorn *Tillgång till sjukvård* speglar befolkningens upplevelser av sjukvårdens tillgänglighet. I rapporten finns flera relaterade indikatorer och mått som belyser sjukvårdens tillgänglighet från ett patientperspektiv.

Få uppger att de avstår nödvändig vård i Sverige

Jämfört med medelvärdet för EU-27 avstår få svenskar vård på grund av kostnaden, avstånd till vårdinrättning eller väntetid. I Sverige uppgav 2015 en procent att de avstått nödvändig vård. Det kan jämföras med en andel på 3,2 procent för EU-27. De länder där lägst andel svarat att de avstått vård är Nederländerna och Österrike med andelar på 0,1 procent. Högst andel i EU har Estland där 12,7 procent uppgav att de avstått nödvändig vård. Sedan 2007 har andelen svenskar som avstått vård minskat med 2,1 procentenheter.

A.6. Avstått vård på grund av kostnad, avstånd eller väntetid

Andel som uppgett att de avstått vård på grund av kostnad, avstånd eller väntetid, 2007 till 2015.



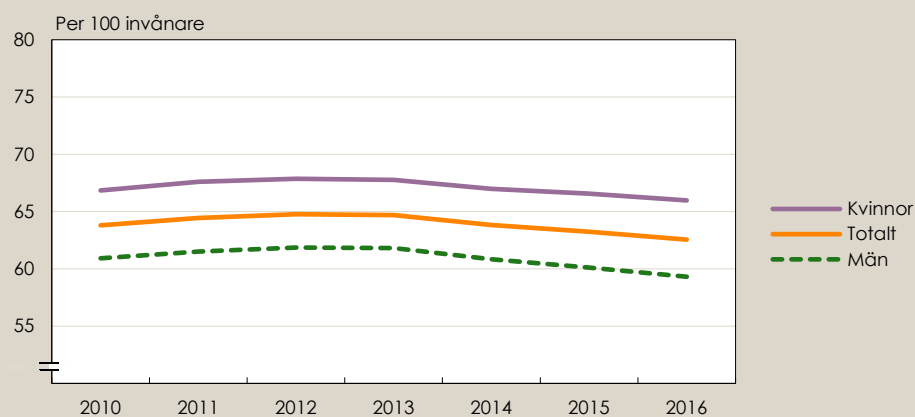
3. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § tandvårdslagen 1985:125). För barn och ungdomar upp till 22 år är tandvården avgiftsfri och landstingen ansvarar för att barn och ungdomar kallas till tandvården. 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.

Indikatorn mäter antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden. I riket var antalet nära 63 per 100 invånare 2016. Fler kvinnor än män har fått en undersökning utförd, nästan 66 per 100 kvinnor jämfört med 59 per 100 män.

3.1. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

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

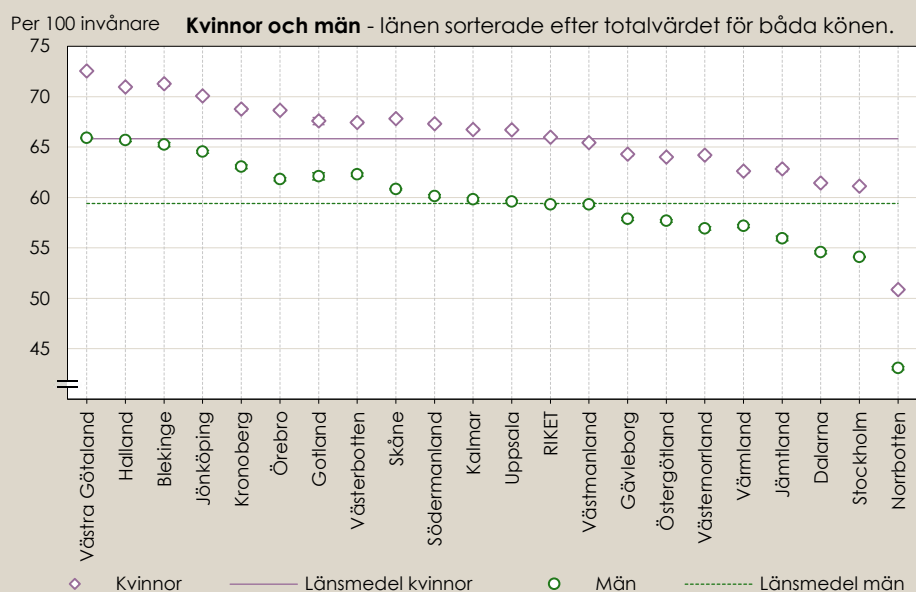


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Variationen i resultat 2016 mellan länen för kvinnor går från 51 per 100 invånare upp till nästan 73 per 100 invånare. För män varierar antalet personer som fått en undersökning mellan 43 till nästan 66 per 100 invånare.

3.2. Län. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, åldersstandardiserade värden, 2016.



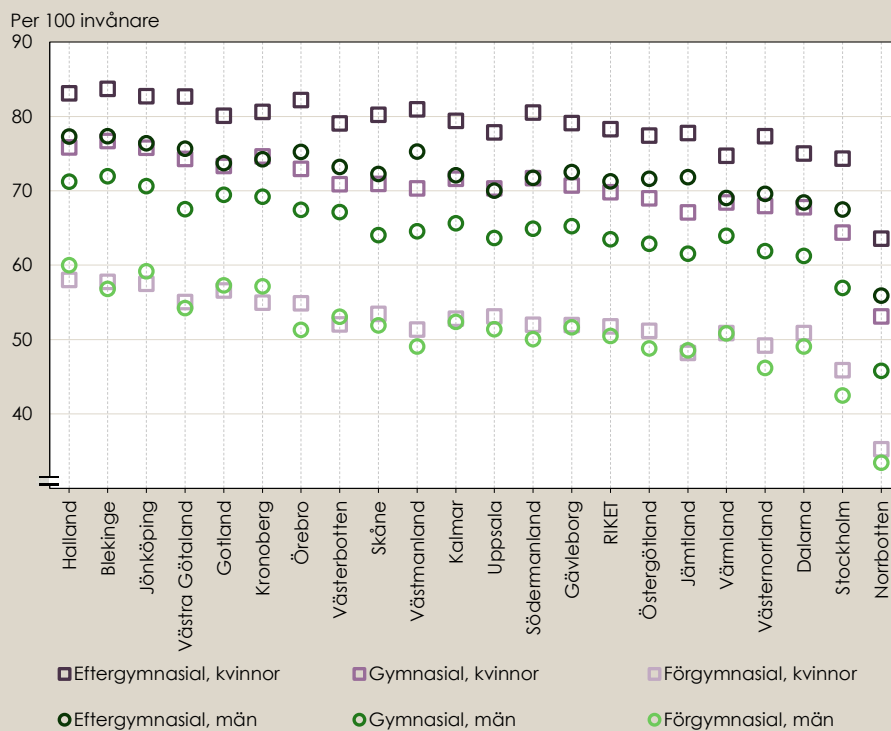
Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

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

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

3.3. 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, 2016.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Tandvårdens patienter upplever att de blir respektfullt bemötta, 95 procent uppger det, men arbetssökande, låginkomsttagare, lågutbildade och personer födda utanför EU känner sig respektfullt bemötta i lägre utsträckning än genomsnittet [27]. Socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda personer har i högre grad än genomsnittet i riket avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl, vilket innebär att det finns ett jämlikhetsproblem när det gäller tandvårdskonsumtion och tandhälsa [27]. I slutbetänkande av *Kommissionen för jämlik hälsa* från 2017 (SOU 2017:47) framhålls att tandvården bör ses som en del av det hälso- och sjukvården och man föreslår att regeringen bör utreda förutsättningarna för minskade patientavgifter i tandvården [28]. Tandvårdsavtal är ett sätt för Folk tandvården att få personer att regelbundet besöka tandvården. Enligt Folk tandvården hade 700 000 personer ett tandvårdsavtal den 31 december 2015 [29].

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

Om relaterade mått och data

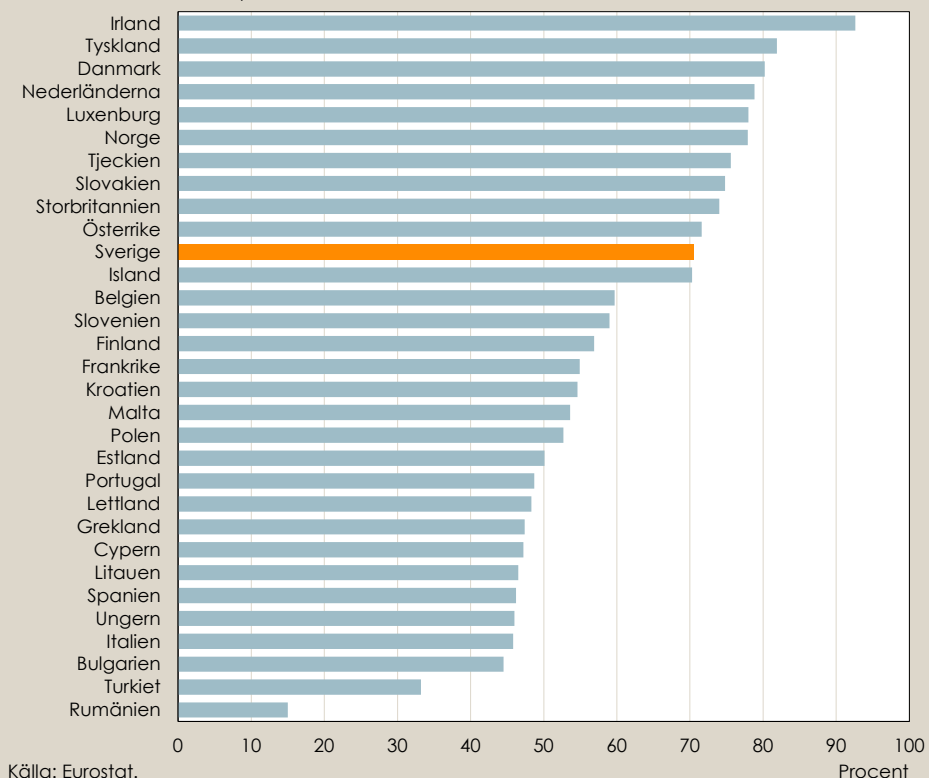
I Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvård 2013 presenterades ett antal indikatorer. Exempel på sådana indikatorer är *Sjukdomsbehandling vid karies* och *kariesfria 12-åringar* [27]. Resultat finns i Socialstyrelsens statistikdatabas.

Många i Sverige besöker tandläkaren regelbundet

Jämfört med många länder i EU besöker svenskarna tandläkaren mer regelbundet, enligt undersökningen *European Health Interview Survey* (EHIS). I Sverige uppgav nästan 71 procent att de besökt tandläkaren det senaste året, jämfört med en andel på drygt 60 procent i EU-28. Det land där högst andel uppgav sig ha besökt tandläkaren det senaste året är Irland med nästan 93 procent. En viktig skillnad mellan detta mått och indikatorn för den svenska jämförelsen är att måttet från EHIS inte avgränsas till förebyggande insatser vilket komplicerar tolkningen av vad som är ett önskvärt resultat.

A.7. Tid sedan senaste tandläkarbesöket

Andel personer i länderna i EU som uppgett att deras senaste tandläkarbesök var för maximalt ett år sedan, 2014.



4. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

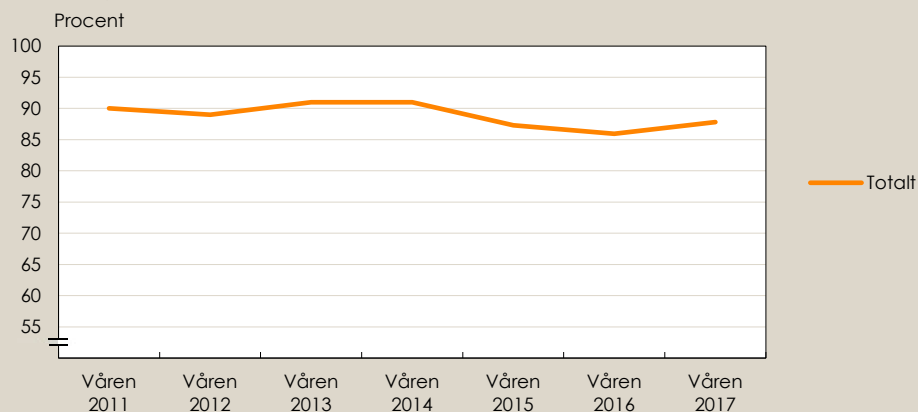
Enligt den nationella vårdgarantin som är en del av HSL (2017:30) ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. För att följa upp det mäts telefontillgängligheten två gånger per år, mars och

oktober. Resultaten som redovisas här bygger på mätningar som genomfört på våren.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonsystem förväntas rapportera uppgifter. I riket som helhet besvarades knappt 88 procent av samtalen i mätningen våren 2017. Det var en högre andel än 2016 och 2015 men något lägre än 2011–2014.

4.1. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, enbart enheter med datoriserade telefonsystem.

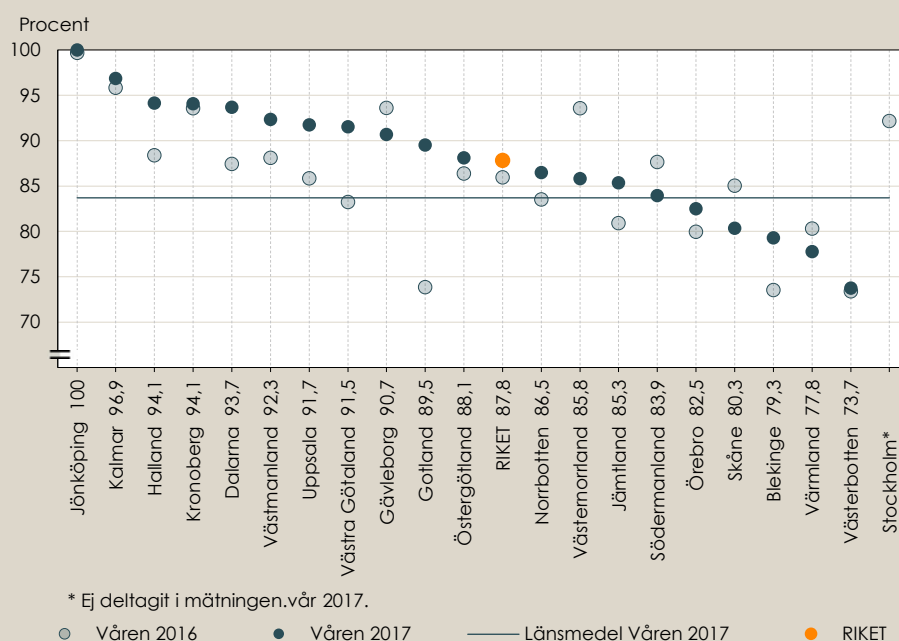


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Landstingens andel besvarade samtal varierar från knappt 74 till 100 procent.

4.2. Län. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, enbart enheter med datoriserade telefonsystem.



* Ej deltagit i mätningen.vår 2017.

Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

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

Om relaterade mått och data

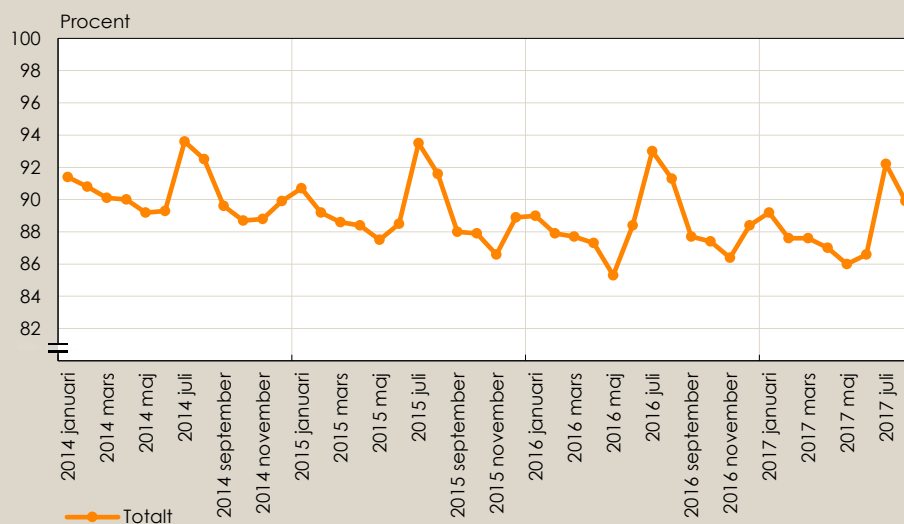
Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

5. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick en tid hos allmänläkare inom sju dagar, vilket fastställs enligt vårdgarantin i HSL (2017:30). Läkarbesök för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än sju dagar även om patienten initialt erbjudits tid inom sju dagar. Denna väntetid kallas ”patient-vald väntetid” och är exkluderad i redovisningen. I all uppföljning av väntetider kan det finnas metodproblem att beakta. Därutöver kan medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera över landet. Andelen i hela riket var 90 procent i augusti 2017.

5.1. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård. (Rapporterande landsting med månadsdata, som här utgör totalvärdet, har ökat successivt).

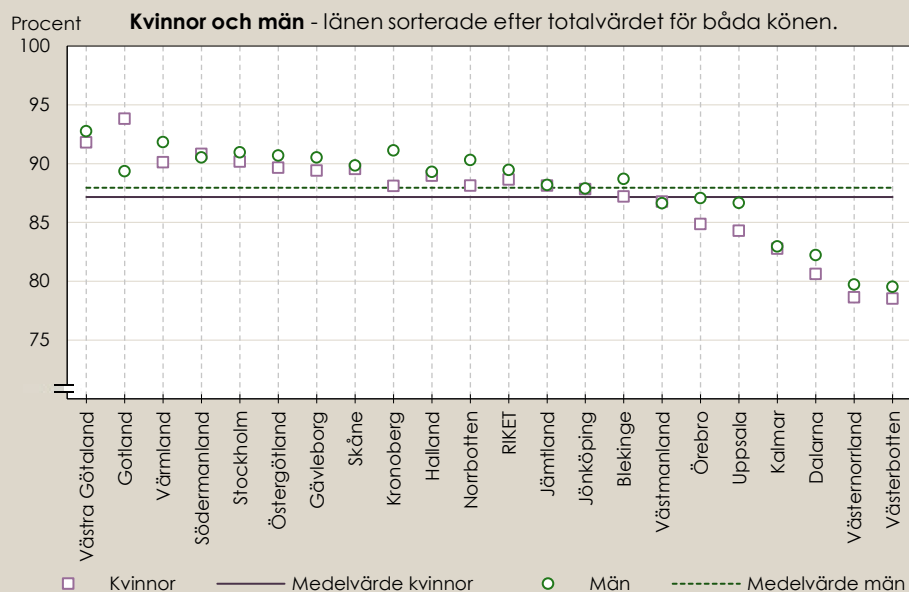


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Länsresultaten presenteras sammanslaget för våren 2017. Andelen manliga patienter som får läkarbesök inom sju dagar i primärvård varierar då mellan 79,6 till 92,8 procent i de olika landstingen. För kvinnliga patienter varierar andelen mellan 78,5 till 93,8 procent.

5.2. Län. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård, Våren 2017.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Möjligheten för personer att få ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar finns angiven i vårdgarantin. Möjligheterna att tillgodose vårdgarantin kan påverkas av antalet patienter, antalet tillgängliga läkare och primärvårdens organisering. Det är viktigt med regionala och lokala analyser av väntetider, eftersom dessa kan påverkas av patientsammansättningen och olika systemfaktorer [24].

Om relaterade mått och data

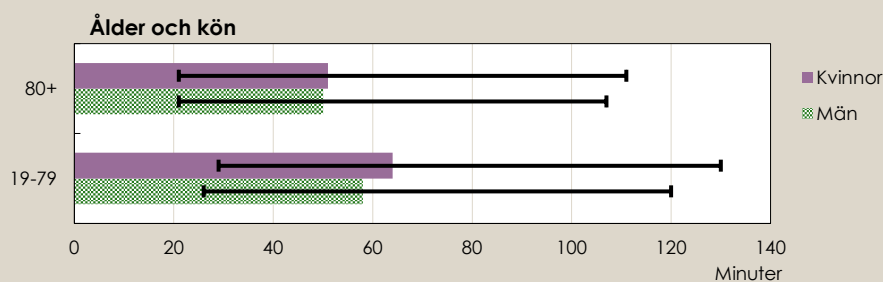
Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

6. 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. Indikatoren är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen. diagram 6.1. visar mediantiden till första läkarbedömning för kvinnor och män uppdelat på personer 19-79 år eller 80 år och äldre. Kvinnor och personer 19 till 79 år har längre mediantid till första läkarbedömning.

6.1. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning, 2016.
(De svarta strecken visar 1:a och 3:e kvartilen).

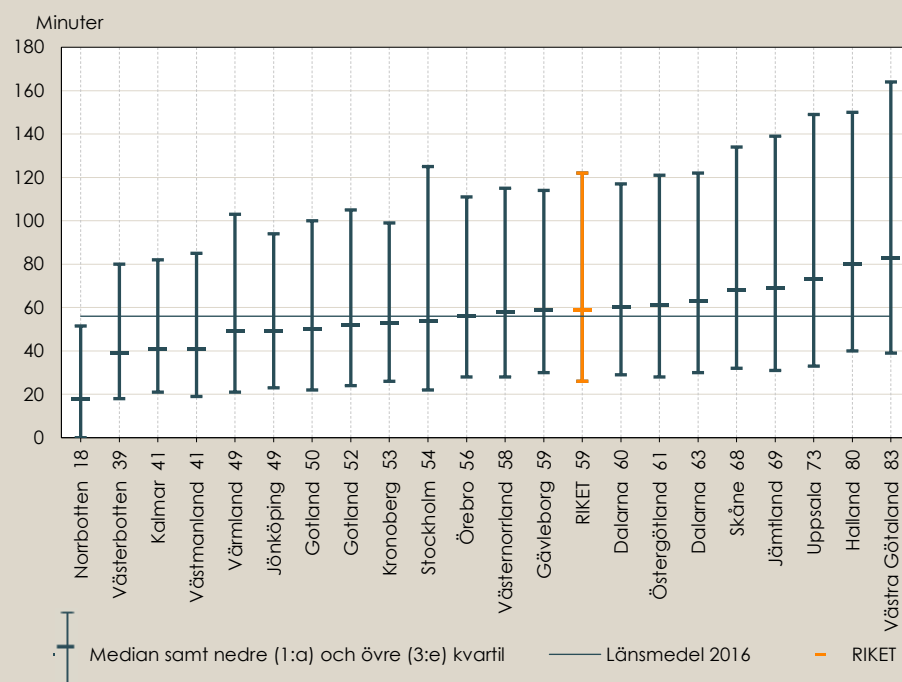


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen var för riket 59 minuter 2016. Värdena för länen varierar mellan 18 upp till 83 minuter.

6.2. Län. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning, 2016.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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 [30].

Om relaterade mått och data

Relaterad till indikatorn som presenteras i denna rapport, *Tid till läkarbedömning vid akutbesök*, är måttet som belyser patientens totala vistelsetid på akuten som visar tid från ankomst till avslutat besök på akutmottagning [31]. Via Socialstyrelsens statistikdatabas finns uppgifterna för båda måtten även nedbrutet på respektive akutmottagning.

7. Responstid för ambulans

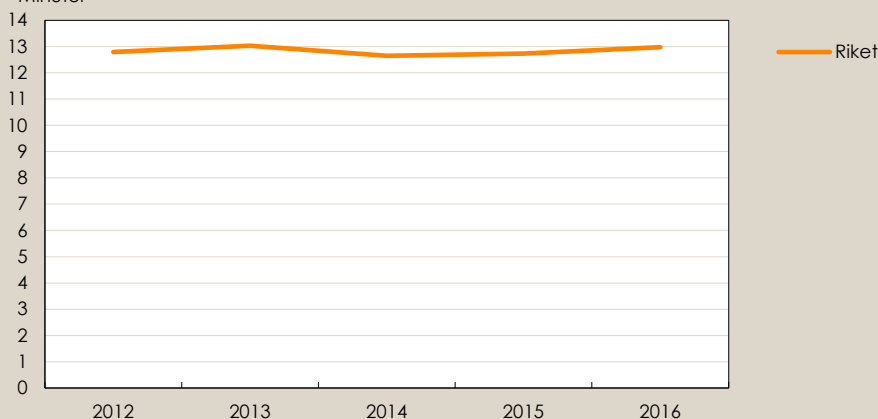
Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården gör att mer avancerad sjukvård kan utföras direkt i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit effektivare och att vårdens kvalitet ökar. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande.

Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. Data kommer från SOS Alarm. Medianresponstiden för prio 1-larm var nära 13 minuter 2016, och har legat stadigt på den nivån sedan 2012.

7.1. Responstid för ambulans

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

Minuter

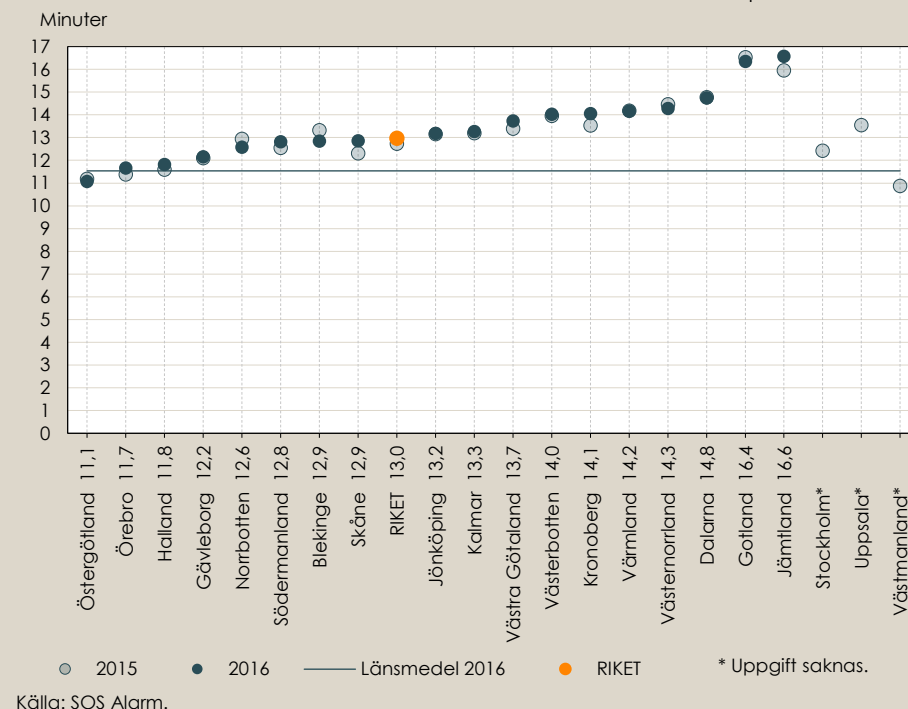


Källa: SOS Alarm.

Medianen skiljer upp till 5 minuter och 30 sekunder mellan länen. Faktorer som påverkar responstiden är framför allt hur landstingen valt att organisera ambulanssjukvården, avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.

7.2. Län. Responstid för ambulans

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



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 landsting kräver att prioriteringarna ska anpassas till respektive vårdkedjor [32].

Det är svårt att göra någon internationell jämförelse inom ambulanssjukvården. Orsaken är bland andra att prioriteringarna skiljer sig åt samt att hälso- och sjukvårdssystemet organiseras på olika sätt. *National Health Service* (NHS) i Storbritannien publicerar månadsvisa rapporter med resultat för ambulanssjukvården, och i maj 2017 tog det mindre än 8 minuter från larmsamtal till dess att ambulansen var på plats i ungefär 71 procent av prio 1-fallen [33].

Om relaterade mått och data

Indikatorn har tidigare presenterats på kommunnivå i SKL-rapporten *Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet*.

8. Väntat högst 30 dagar på utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri

Ett första mottagningsbesök hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP) bör kunna erbjudas inom 30 dagar. Därefter ska en fördjupad utredning och start av behandling erbjudas inom 30 dagar. Andelen barn och

unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom BUP för indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Det finns en variation mellan månaderna där augusti och även januari har lägre värden än övriga månader för respektive år. Samtliga månader som redovisas för 2017 visar lägre värde än motsvarande månader 2016 och 2015.

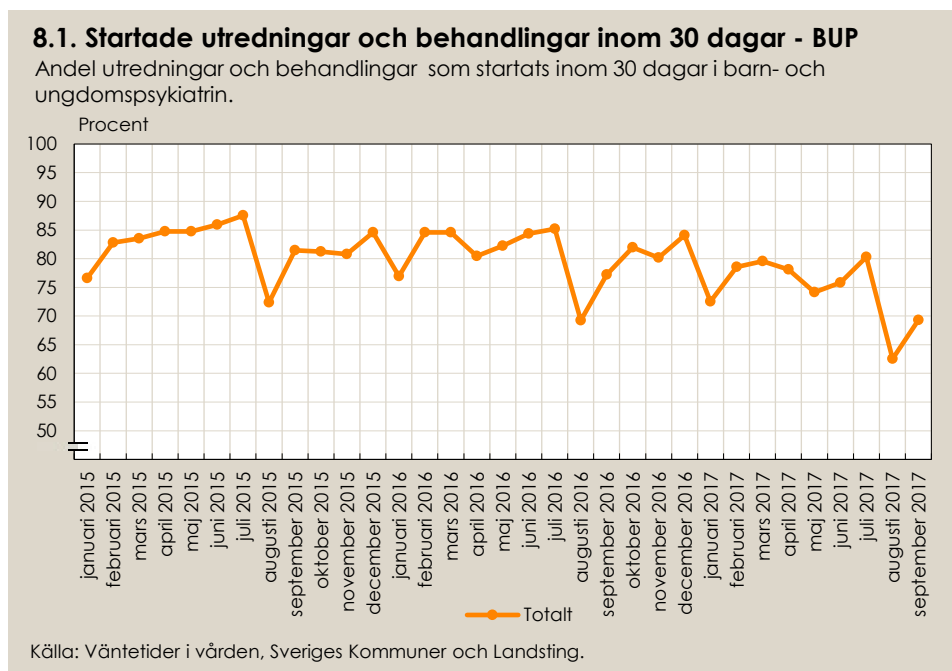
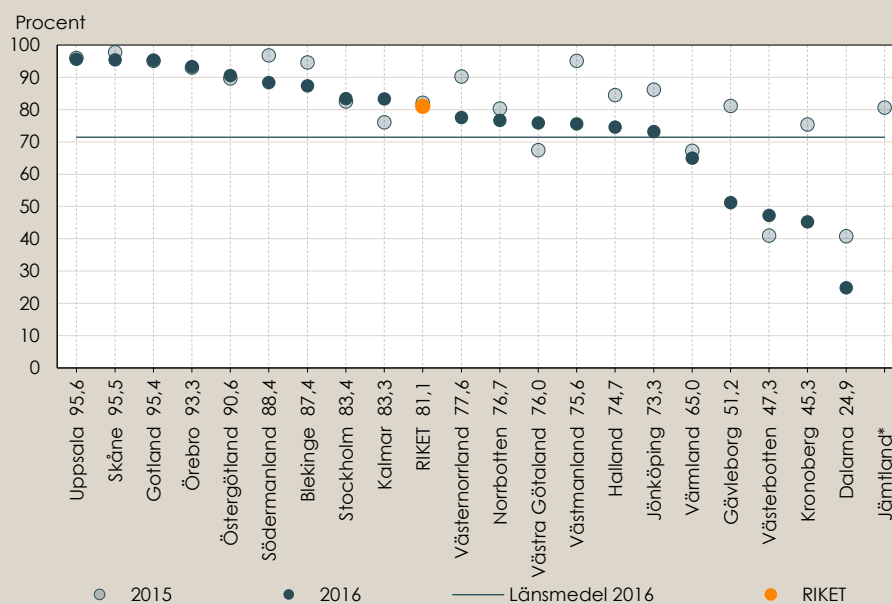


Diagram 8.2. visar helårsdata för landstingen 2016 och 2015. Det är stor variation mellan de olika länen – från knappt 25 till nära 96 procent. För riket, helåret 2016, startade 81,1 procent av samtliga utredningar och behandlingar inom 30 dagar. Det kan finnas metodproblem vid uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

8.2. Län. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - BUP

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



* Uppgift saknas.

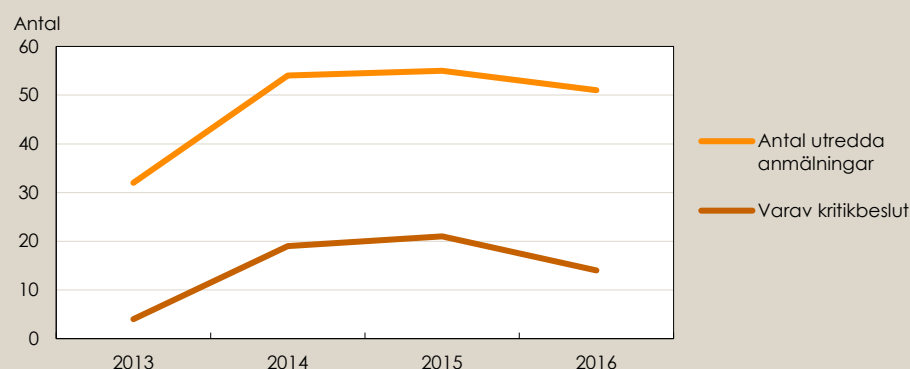
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Väntetiderna kan kortas genom ändamålsenlig personalförsörjning, bättre arbetssätt samt effektivare användning av tillgängliga resurser. Exempelvis har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) gjort en kunskapssammanställning över diagnostik och behandling av ADHD, vilken visar att behandlingsresultatet påverkas av hur vården och omsorgen är organiserad gällande tillgång till utredning, behandling, rehabilitering och stöd [34].

År 2016 gjorde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 51 utredningar utifrån anmälningar av barn- och ungdomspsykiatri utifrån patientsäkerhetslagen (2010:659). Av dess ledde 14 till kritikbeslut från IVO, vilket framgår av diagram E.3.

E.3. Utredda anmälningar och varav kritikbeslut inom BUP

Antal utredningar utifrån anmälningar av barn- och ungdomspsykiatri utifrån patient-säkerhetslagen inom barn- och ungdomspsykiatri samt varav som lett till kritikbeslut.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

En viktig part i arbetet med barn och ungas psykiska hälsa är elevhälsan. Skolinspektionen konstaterade i en granskning av elevhälsan att skolpsykolog ofta saknas i det förebyggande arbetet samt att hälften av de barn och ungdomar som ingick i undersökningen har mått dåligt eller känt oro. Skolinspektionen konstaterade även att eleverna behöver få mer kunskap om psykisk ohälsa [35]. Ett led i arbetet med att följa upp arbetet med elevhälsan är skapandet av Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser (EMQ). Syftet med kvalitetsregistret är att följa barn och ungdomars hälsa och möjliggöra öppna jämförelser av elevhälsan [36]. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten kommer under 2018 att tillsammans publicera en öppen jämförelse av barn och ungas psykiska hälsa och vård.

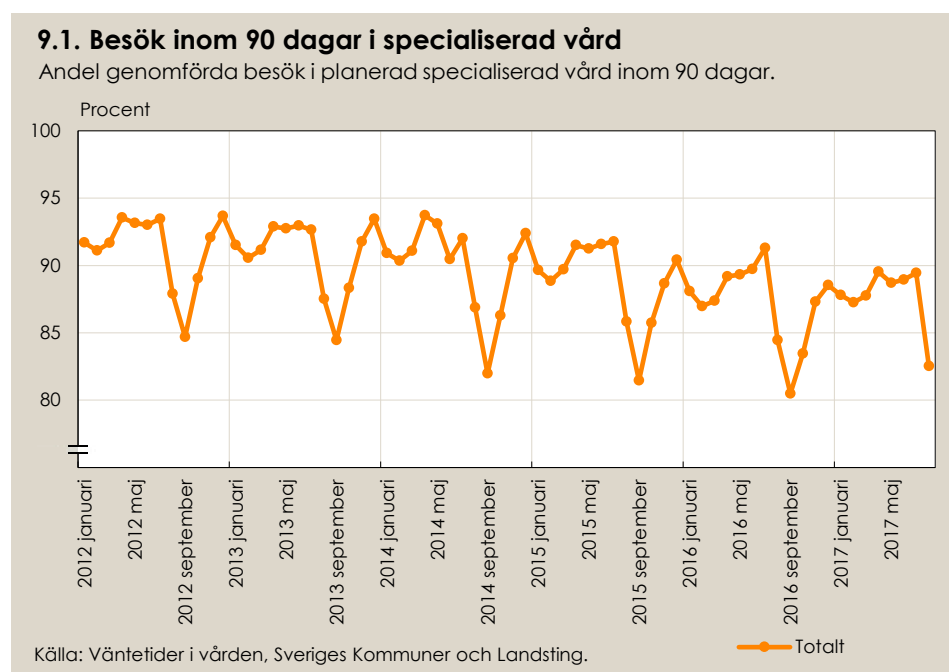
Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via www.vantetider.se, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker. Däribland även uppgiften om barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett första besök till BUP. I kvalitetsregistret EMQ finns det möjligheter att få fram information om antal elever per heltidsanställd skolläkare och antal elever per heltidsanställd skolsköterska [37].

9. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till specialiserad vård. Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på besök till specialistvård, av totalt antal väntande patienter, vilket fastställs i vårdgarantin, HSL (2017:30). Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats. I indikatorn ingår däremot inte patienter som tackat nej till vård eller patienter som bör vänta längre än den uppsatta gränsen på 90 dagar. Dessutom ingår inte medicinsk service,

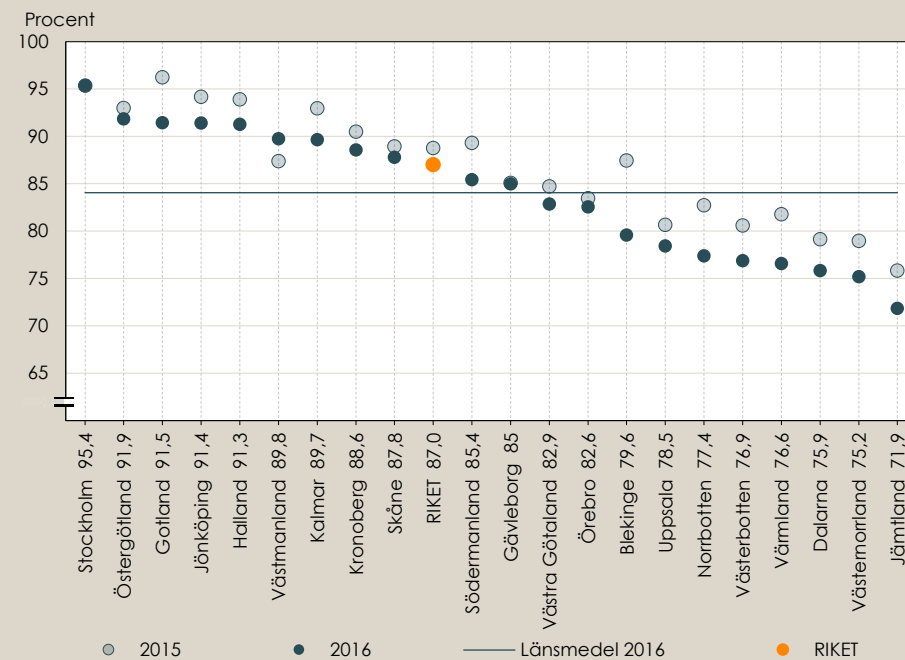
utredningar och undersökningar, återbesök och hjälpmedelsförsörjning, förutom utprovning av hörapparater. Andelen visar en tydlig säsongsvariation där lägst andel för respektive år finns i september månad. För den senaste redovisade månaden, augusti 2017, var andelen 82,5 procent vilket är den lägsta augustinoteringen för hela uppföljningsperioden. Helårsvärdena har också sjunkit, exempelvis var andelen besök inom 90 dagar 2015 högre än 2016.



I diagram 9.2 redovisas andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård med helårsdata per landsting. Mellan landstingen varierade andelen från 72 procent till drygt 95 procent för 2016 och nästan alla landsting hade ett försämrat värde jämfört med 2015. 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.

9.2. Län. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Om relaterade mått och data

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

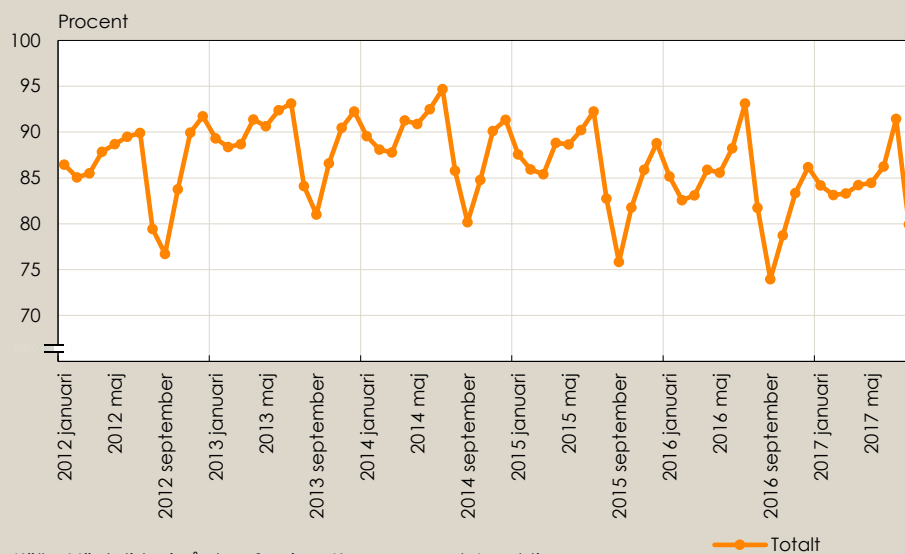
10. Operation inom 90 dagar

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

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller behandling inom specialiserad vård, av totalt antal väntande patienter, vilket fastställs i vårdgarantin (HSL 2017:30). Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, där ett beslut om vård är taget. I diagram 10.1. framgår att resultaten på riksnivå visar en tydlig säsongsvariation där andelen är hög i juli och minskar sedan kraftigt under augusti till att vara som lägst i september varje år. För den senast redovisade månaden, augusti 2017, genomfördes nära 80 procent av operationerna inom 90 dagar.

10.1. Operation inom 90 dagar

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

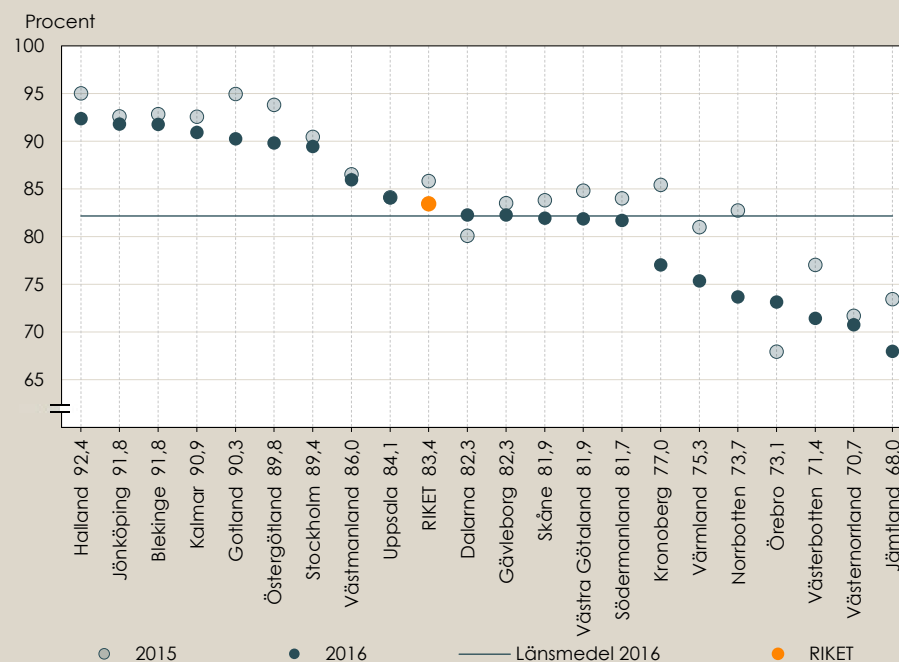


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 10.2. redovisas helårsvärden för andelen operationer som utförts inom 90 dagar i olika landsting. Mellan länen varierar värdena från 68 till drygt 92 procent 2016. 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.

10.2. Län. Operation inom 90 dagar

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



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Om relaterade mått och data

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

11. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

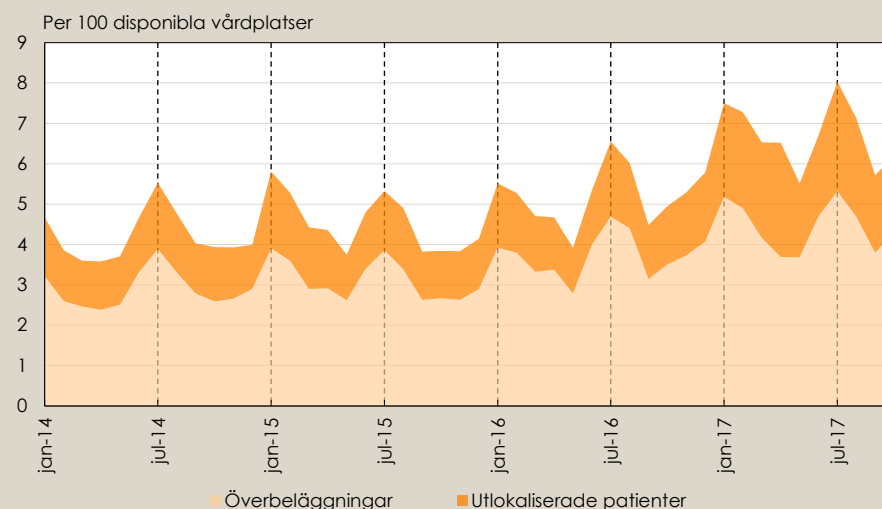
Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats [38]. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten [39].

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. Det är dubbelt så vanligt att en utlokaliserad patient drabbas av en vårdskada [40].

Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Dessa problem verkar också ha tilltagit under mätperioden. Diagram 11.1 visar överbeläggningar och utlokaliseringar för respektive månad i riket. Det finns ett tydligt mönster som visar att problemen är störst under januari samt juni–augusti samt att topparna är högre i slutet av mätperioden än i början med exempelvis en tydlig skillnad mellan 2017 och motsvarande månader 2016 och de lägsta värdena för 2017 är i nivå med de högsta värdena 2014 och 2015. Vissa felkällor kan finnas i mätningen, till exempel tillämpning av definitioner samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system.

11.1. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

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

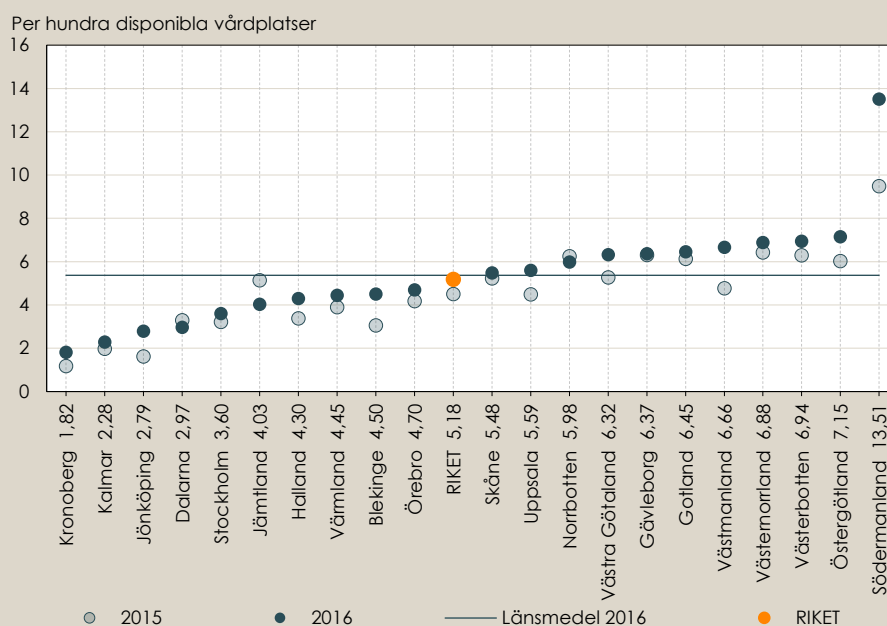


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 11.2 redovisas antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser, fördelat per landsting för 2016 och 2015. Riksgenomsnittet för 2016 var 5,2 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, vilket var en ökning jämfört med 2015. För de enskilda landstingen varierar antalet överbeläggningar och utlokaliseringar 100 disponibla vårdplatser 2016 från 13,5 till 1,8.

11.2. Län. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

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



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

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

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

- bättre fördelning av disponibla platser
- bättre samverkan mellan akutsjukvården och de övriga aktörerna
- bättre patientsäkerhetsarbete
- processutveckling [40].

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 tyder dock på att slutenvårdsresurserna i vissa fall varit otillräckliga för det aktuella behovet.

Om relaterade mått och data

Indikatorerna *Antal överbeläggningar per 100 vårdplatser* samt *Antal utlokaliserade per 100 vårdplatser* redovisas exempelvis i *Vården i siffror*. Dessutom kan indikatorn *Utskrivningsklara patienter på sjukhus*, relateras till indikatorn.

12. 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 slutenvård [41].

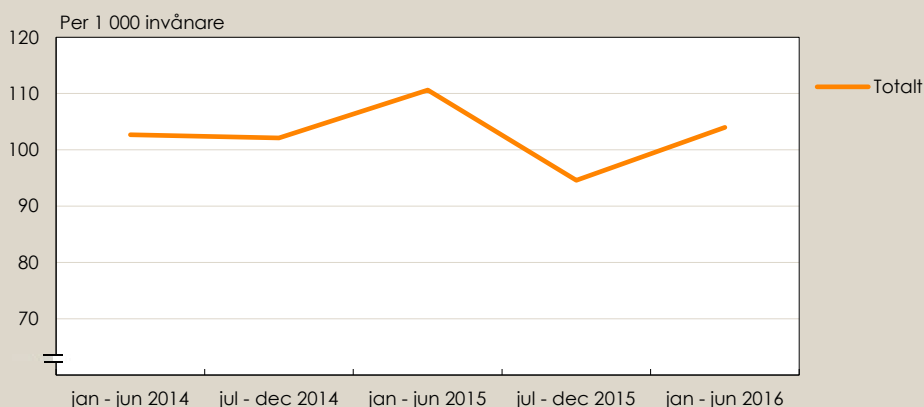
Om läkaren bedömer att personen inte klarar sig på egen hand efter utskrivningen ska läkaren kalla till vårdplanering. Den första januari 2018 trädde lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård i kraft. I och med det har kommunen betalningsansvar tre dagar efter underrättelse om en utskrivningsklar patient.

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

Indikatorn visar antalet utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare. Enbart patienter 65 år och äldre ingår. I riket uppgick antalet till 104 dagar under mätperioden januari till juni 2016, vilket är en uppgång med drygt 9 dagar jämfört med samma period 2015.

12.1. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

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

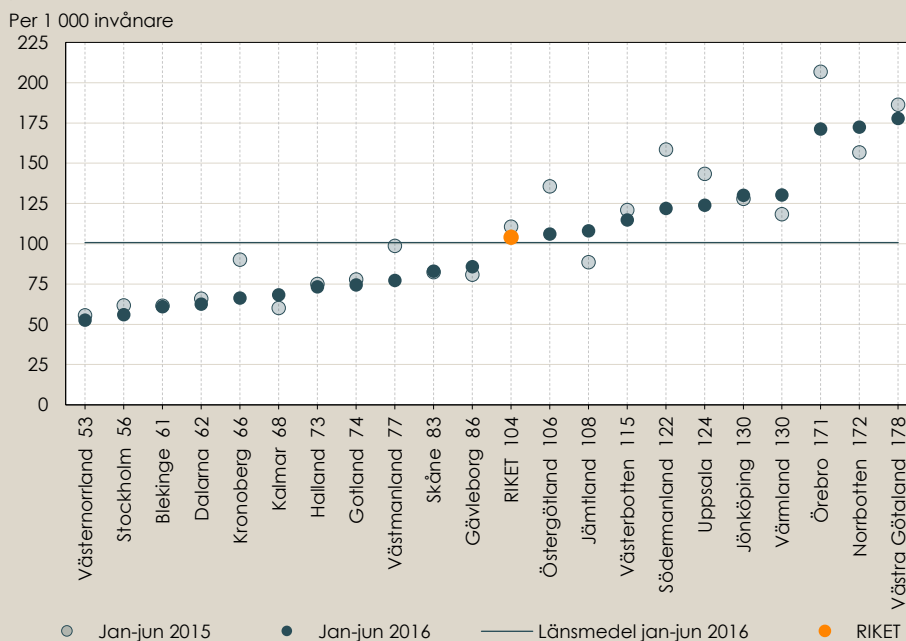


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

För de enskilda landstingen varierar antalet utskrivningsklara per 1 000 disponibla vårdplatser 2016 från 53 till 178.

12.2. Län. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

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



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

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

Om relaterade mått och data

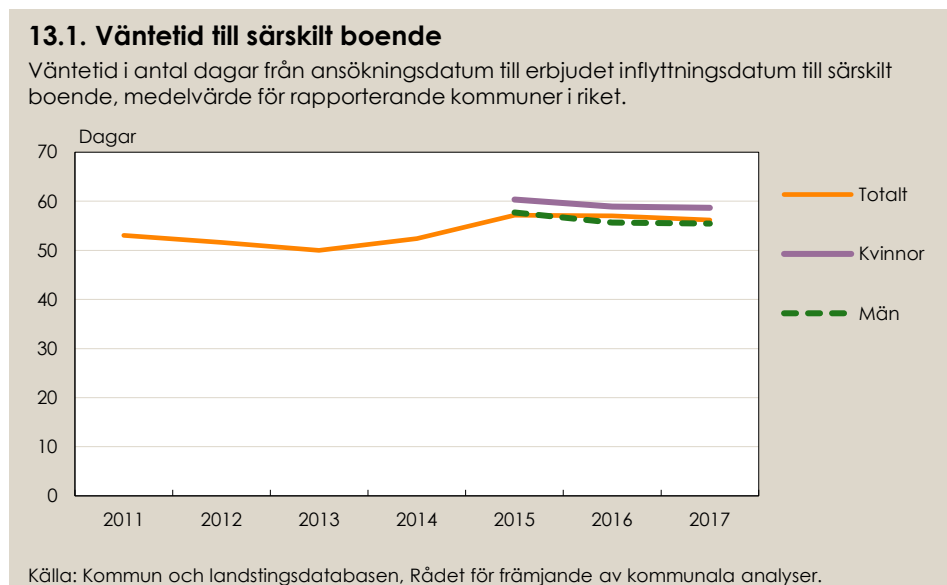
En relaterad indikator som i vissa fall kan påverka antalet utskrivningsklara patienter är *Väntetid till särskilt boende*. Indikatorn presenteras nedan i denna rapport samt i *Kolada*.

13. Väntetid till särskilt boende

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer upp till sjuksköterskenivå. En person som behöver ett särskilt boende ska inte behöva vänta på ett erbjudande om en plats, eftersom en lång väntan kan påverka den äldres hälsa. Kommunerna ska rapportera icke-verkställda beslut till IVO om beslut inte verkställts inom tre månader. År 2016 rapporterades nästan 5 000 icke-verkställda beslut, gällande permanent bostad enligt socialtjänstlagen (2001:453) till IVO. Dock gäller inte alla beslut särskilda boenden [42].

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

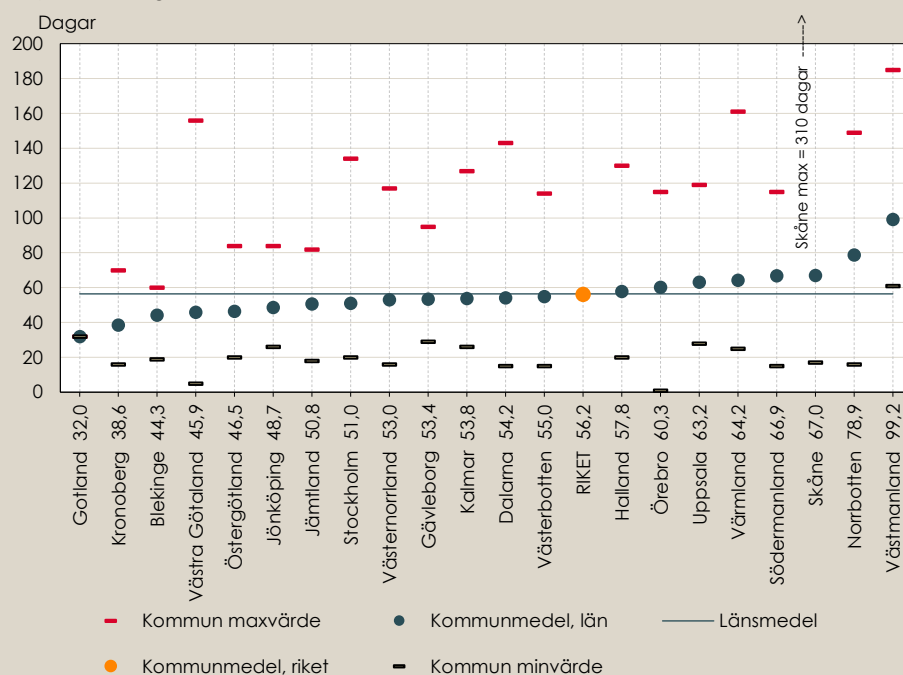
Resultat för indikatorn visar ett medelvärde på 56 dagar för de kommuner som deltagit i mätningen 2017. På riksnivå har väntetiden minskat med nära en dag jämfört med 2016. Kvinnor fick vänta längre tid än män, för de år där könsuppdelade uppgifter finns redovisade.



Spridningen mellan kommunerna varierar mellan 1 och 310 dagar 2017. Väntetiden kan även variera stort mellan kommunerna inom ett län. I länet med störst spridning på kommunnivå är skillnaden 293 dagar. Antalet dagar varierar mellan länen från 32 till 99.

13.2. Län. Väntetid till särskilt boende

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet samt värde för kommunen med kortast respektive längst tid i länet, 2017.



Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för kommunala analyser.

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

Kommunerna kan även skapa så kallade mellanboendeformer. Sådana boenden är anpassade till äldre men de boende har inga insatser. Boendetypen kallas ofta trygghetsboende och syftet är att öka den enskildes trygghet och minska behovet av bland annat särskilda boenden. I slutbetänkandet *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* (SOU 2017:21) lyfts behovet av trygghetsboenden och andra boendeformer som bidrar till vardaglig samvaro och gemensamma aktiviteter fram [43]. För trygghetsboenden har det varit möjligt att söka statsbidrag och fram till mitten av 2015 hade det beviljats sådana bidrag för drygt 3 500 boendeplatser.

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

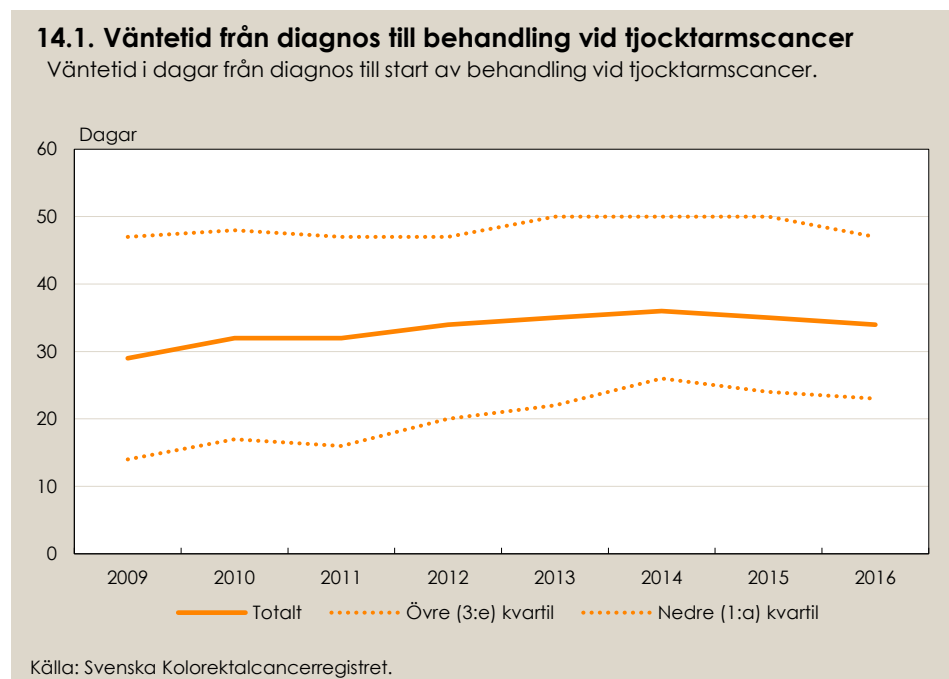
Om relaterade mått och data

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

14. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Vården bör eftersträva så korta väntetider som möjligt. Ungefär 6 000 personer insjuknar i tjock- eller ändtarmscancer årligen. Den viktigaste åtgärden för att behandla tjock- eller ändtarmscancer är kirurgi [44]. Här redovisas väntetiden från diagnos tills att en behandling har påbörjats. Vid tjocktarmscancer innebär det oftast operation.

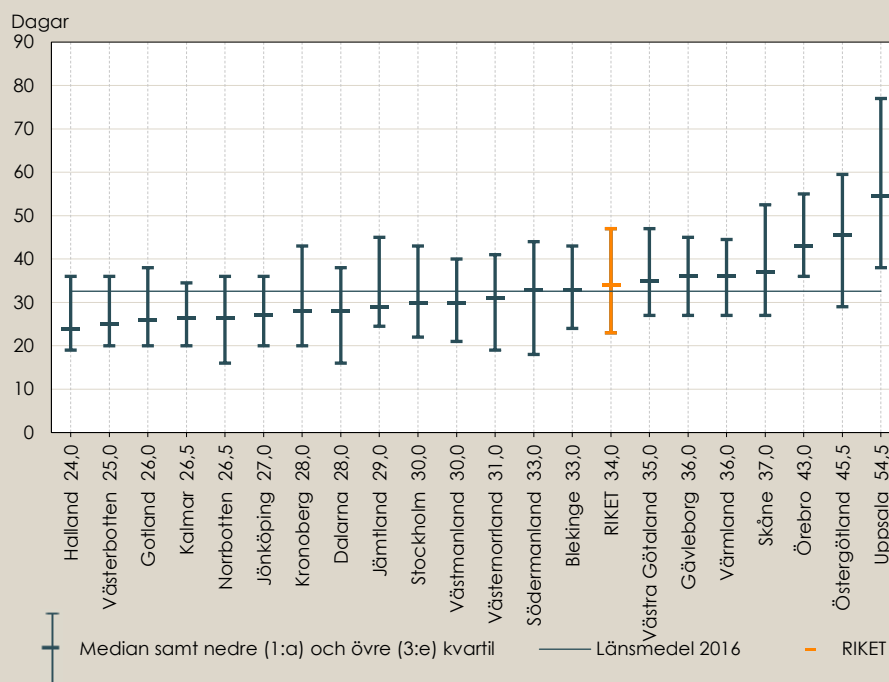
Diagram 14.1 visar väntetid i dagar från diagnos till start av behandling vid tjocktarmscancer. Medianväntetiden i riket var 34 dagar 2016. Den nedre kvartilen för väntetiden var 23 dagar och den övre kvartilen var 47 dagar.



Variationen mellan länen för medianen (när 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var från 24 till 55 dagar 2016.

14.2. Län. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Väntetid i dagar från diagnos till start av behandling vid tjocktarmscancer, 2016.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Sammantaget har nästan 14 000 patienter genomgått undersökning för tjock- och ändtarmscancer i standardiserat vårdförlopp under 2017 och samma år satsade staten 447 miljoner på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården [45].

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.

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

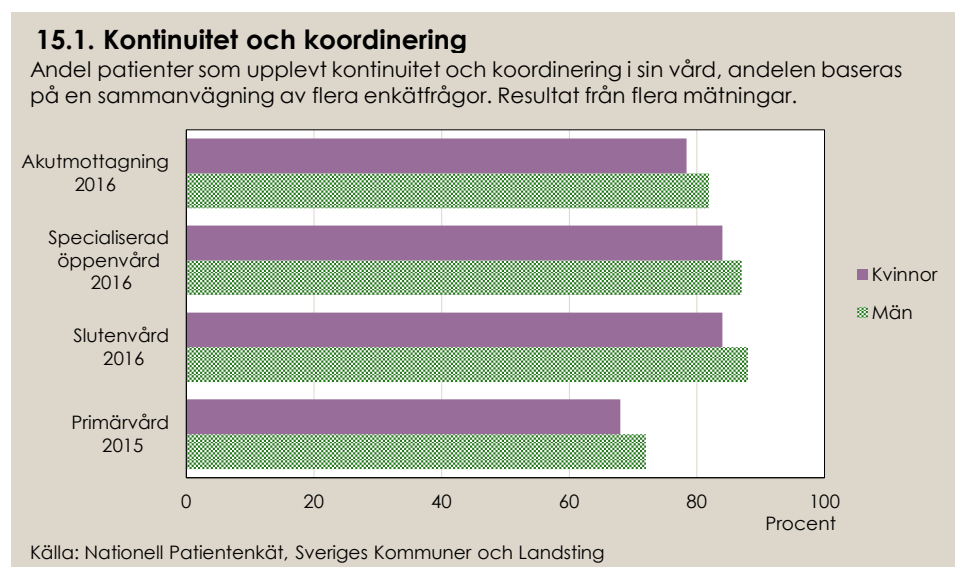
15. Kontinuitet och koordinering

Kontinuitet och koordinering av vården är aspekter av effektiv och individanpassad vård men också tillgänglighet, exempelvis har kontinuitet och koordinering lyfts fram när patienter har tillfrågats om vad de ser som tillgänglig vård [24].

Indikatorn är ett sammansatt mått av frågor från nationell patientenkät (NPE) utformade för att tillsammans fånga patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Enkätundersökningarna sker i olika delar av verksamheten, och alla delar täcks inte vid varje tillfälle. I diagram 15.1 framgår att resultatet var lägre för primärvård än för slutenvård och den specialiserade öppenvården. Det bör beaktas att frågorna som ingår i mätningarna är snarlika men inte exakt samma för de olika verksamhetsdelarna, för akutmottagning var frågorna:

- Om du vid besöket pratade med flera i vårdpersonalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Upplevde du att vårdpersonalen samarbetade väl?
- Frågade läkaren dig om vilka läkemedel du använder?

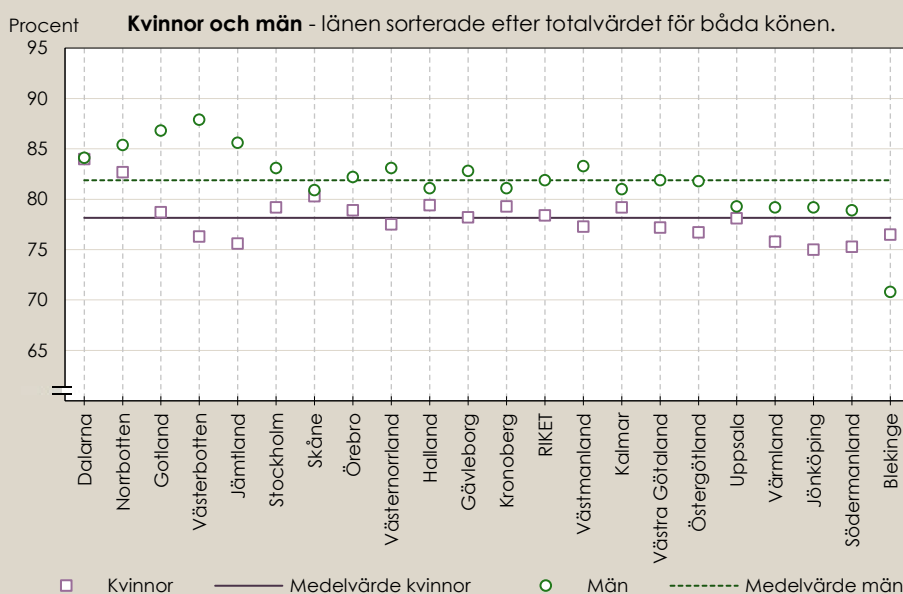
För de senaste mätningarna är resultatet lägre för kvinnor än för män inom alla olika verksamhetsdelar. Andelen män som upplever kontinuitet och koordinering, vid akutmottagning 2016, är 82 procent, jämfört med 78 procent av kvinnorna. I slutenvården var andelen män 88 procent och 84 procent av kvinnorna. I primärvården 2015 uppgav 72 procent av männen att vården gavs med kontinuitet och var koordinerad, jämfört med 68 procent av kvinnorna.



I diagram 15.2 visas resultat för landstingen i mätningen för akutmottagningar 2016. Resultaten 2016 varierar från 88 till 71 procent för män och mellan 84 och 75 procent för kvinnor.

15.2. Län. Kontinuitet och koordinering (akutmottagning)

Andel patienter som upplevt kontinuitet och koordinering i sin vård vid besök vid akutmottagning, andelen baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor, 2016.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Kontinuitet och koordinering pekats ut som ett förbättringsområde i utredningen *Effektiv vård* och i internationella jämförelser har Sverige också visat svaga resultat i förhållande till andra länder [4, 46, 47]. *The Commonwealth Fund* genomför exempelvis undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP). I undersökningen från 2016 angav den lägsta andelen av de svarande i Sverige, jämfört med övriga länder, att de ofta eller alltid fick hjälp med koordinering av vård av sin ordinarie läkare eller mottagning om de behövde det. Detta trots att detta värde för Sverige visat en tydlig och kontinuerlig förbättring när resultat från tidigare IHP-undersökningar beaktas [20]. För 2017 avgränsades urvalet i IHP till 65 år och äldre men även här hamnade Sverige tydligt lägst bland de undersökta länderna för denna fråga [47].

Om relaterade mått och data

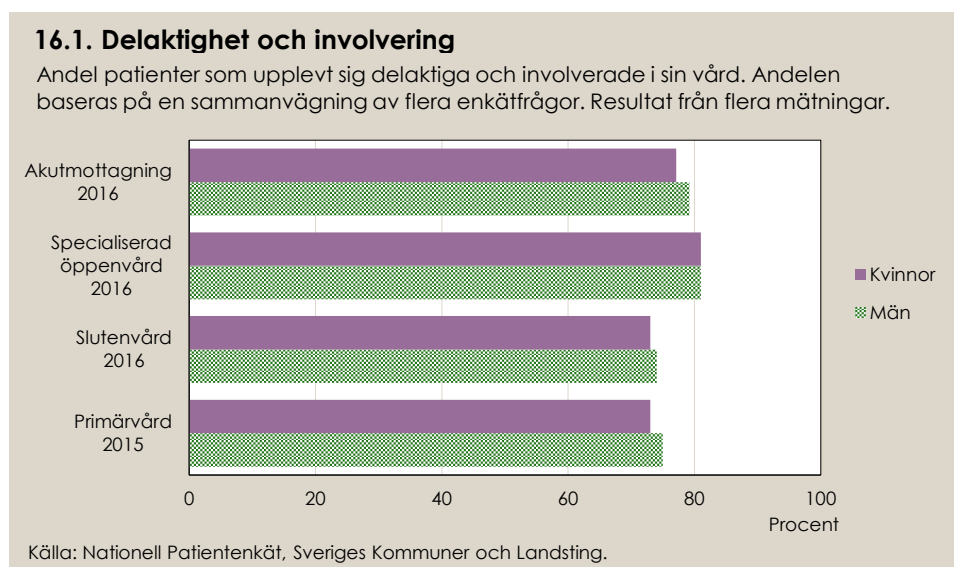
För att gå vidare med resultatet för dimensionen är ett första steg att titta på resultatet från de frågor som ingår i det sammansatta måttet. Uppgifterna från NPE finns även tillgängliga på enhetsnivå så som kliniker och vårdcentraler på webbplatsen patientenkät.se.

16. Delaktighet och involvering

Delaktighet och involvering speglar aspekter av en individanpassad och personcentrerad vård. Möjlighet att vara involverad i processen och beslut om den egna vården är också en aspekt på tillgänglighet. Bland annat har detta lyfts fram när man frågat patienter om vad tillgänglig vård innebär för dem [57]. De frågor som ingår i indikatorn för undersökningen på akutmottagningar hösten 2016 var:

- Om du vid besöket pratade med flera i vårdpersonalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Upplevde du att vårdpersonalen samarbetade väl?
- Frågade läkaren dig om vilka läkemedel du använder?

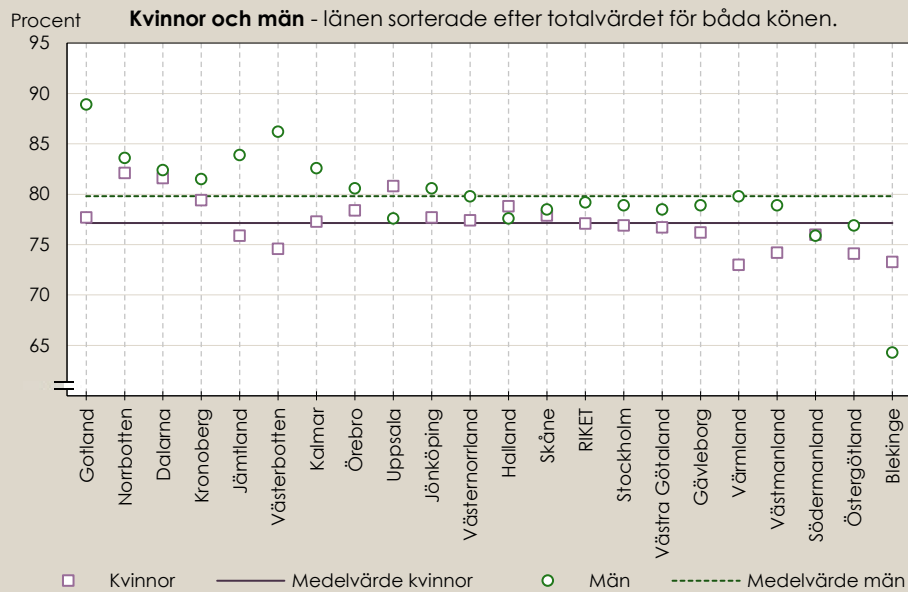
Vid akutmottagningarna upplevde 77 procent av kvinnorna och 79 procent av männen att de kände sig delaktiga och involverade 2016. I slutenvården var andelen bland män 74 procent, jämfört med 73 procent bland kvinnorna.



I diagram 16.2 visas resultat för landstingen i mätningen för akutmottagningar hösten 2016. Resultaten för landstingen varierar. Bland män varierar andelen från 89 till 64 procent och för kvinnor mellan 82 och 73 procent.

16.2. Län. Delaktighet och involvering (akutmottagning)

Andel patienter som upplevt sig delaktiga och involverade i sin vård vid besök vid akutmottagning, andelen baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor, 2016.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I internationella jämförelser har Sverige visat svaga resultat i förhållande till andra länder för olika mått på delaktighet och involvering [46, 47].

Om relaterade mått och data

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

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

Många faktorer på flera olika nivåer i samhället påverkar hälsotillståndet. De flesta faktorer är påverkbara, inte minst via politiska beslut inom till exempel sysselsättnings- och utbildningspolitik, medan andra handlar om förändringar i levnadsvanor som exempelvis rökning eller motionsvanor. Även om individens egna val har stor betydelse för hälsan kan faktorer på samhälls- och strukturnivå skapa gynnsamma förutsättningar och stödjande miljöer för att underlätta goda val. I många fall kan hälso- och sjukvården även bidra till områden som inte är dess direkta ansvar, till exempel genom samverkan och kunskapsspridning. Under Agenda 2030 målet *Hälsa och välbefinnande* specificeras vikten av förebyggande arbete och en metod för att nå målet är *"Stärka alla länders, i synnerhet utvecklingsländernas, kapacitet när det gäller tidig varning, riskreducering och hantering av nationella och globala hälsorisker."* [1].

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 mödra- och barnhälsovård som syftar till att förebygga sjukdomar och främja hälsan bland personer utan pågående sjukdom. Under 2017 har Socialstyrelsen uppdaterat riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i en remissversion [48].

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) portalparagraf säger att hälso- och sjukvården ska verka för en god hälsa och för en vård på lika villkor för alla och att hälso- och sjukvården ska arbeta sjukdomsförebyggande. Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram en modell för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård som innefattar fyra övergripande dimensioner. Förutom att främja en positiv hälsoutveckling hos individer/patienter och en jämlik hälsoutveckling i befolkningen ingår bland annat att öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat och att verka strategiskt för en hälsoorientering. Hälsoinriktad hälso- och sjukvård omfattar bland annat de centrala begreppen *hälsofrämjande* respektive *sjukdomsförebyggande* som ofta nämns tillsammans. Mer information om området finns i en särskild öppen jämförelse om hälsoinriktad hälso- och sjukvård samt i Socialstyrelsens utvärderingar och riktlinjer kring sjukdomsförebyggande metoder och levnadsvanor.

17. Tobaksvanor under graviditet

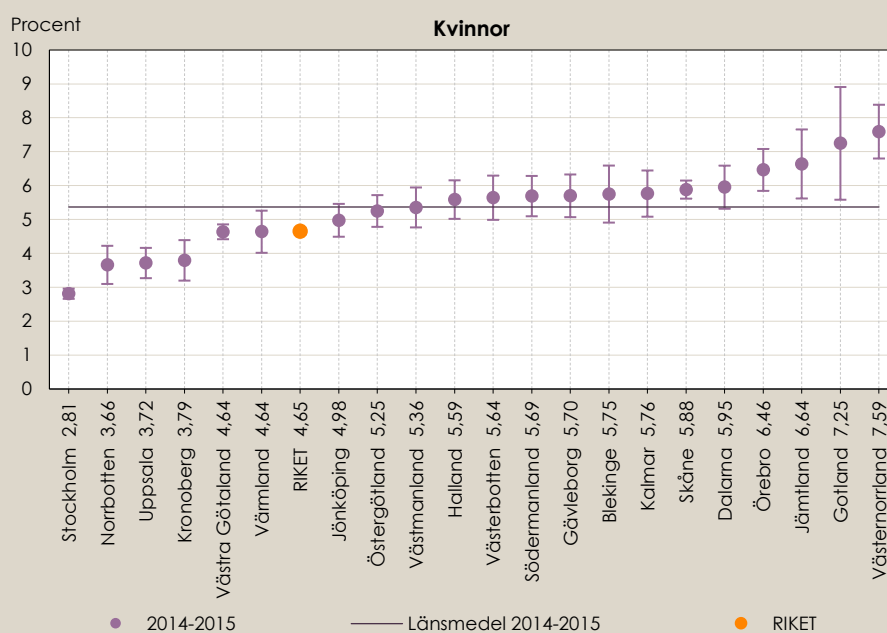
Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och tidig död. Beläggen för tobakens skadeverkningar under graviditet har stärkts. Flera vetenskapliga studier har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd och plötslig spädbarnsdöd. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret och de flesta av tobaksrökens ämnen passerar över till fostret. Därtill bidrar nikotinet i tobaken till ett sämre blodflöde i livmodern och moderkakan. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo. Hälsoeffekterna av snusning är inte lika utforskade [49].

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

Jämförelsen visar andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32 åren 2014–2015. Andelen för länen varierade mellan 2,8 och 7,6 procent med ett riksgenomsnitt på 4,7 procent, vilket redovisas i diagram 17.1.

17.1. Tobaksvanor under graviditet

Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30–32 veckors graviditet. Åldersstandardiserade värden.



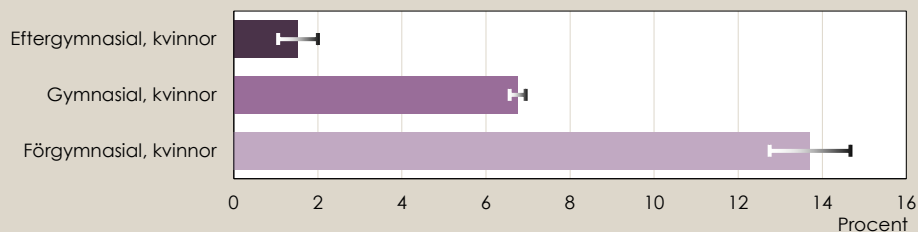
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn uppdelad på utbildningsnivå visar att det är stora skillnader i andelen rökare mellan kvinnor med endast förgymnasial utbildning och kvinnor med eftergymnasial utbildning. Andelen kvinnor med eftergymnasial utbildning som röker eller snusar vid vecka 30–32 av graviditeten är 1,5 procent. Bland kvinnor med endast förgymnasial utbildning är andelen 13,7 procent. I remissversionen av de nationella riktlinjerna kring ohälsosamma

levnadsvanor från 2017 ges erbjudande om *rådgivande samtal* till gravida som röker prioritet 1 och till dem som snusar prioritet 2 på en 10 gradig prioriteringsskala [48].

17.2. Tobaksvanor under graviditet

Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet, 30 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2014–2015.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

En av målsättningarna, för mål 3 *God hälsa och välbefinnande*, i Agenda 2030 är att stärka implementeringen av ramverket för tobakskontroll [1].

18. MPR-vaccination av barn

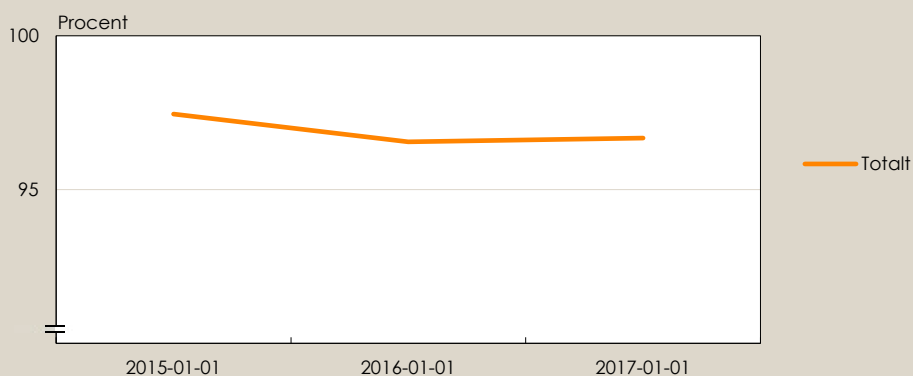
Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar som orsakades av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Allvarliga biverkningar av MPR-vaccination är ovanligt, och fördelarna med allmänna vaccinationsprogram på gruppnivå överstiger riskerna [50].

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive vid 6–8 års ålder [51]. Barnhälsovården rapporterar årligen uppgifter om vaccinationsstatus bland inskrivna tvååringar till Folkhälsomyndigheten.

Sedan januari 2015 har andelen barn som vaccinerats mot mässlingen, påssjukan och röda hund minskat från 97,5 procent till 96,7 procent i januari 2017.

18.1. MPR-vaccination av barn

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

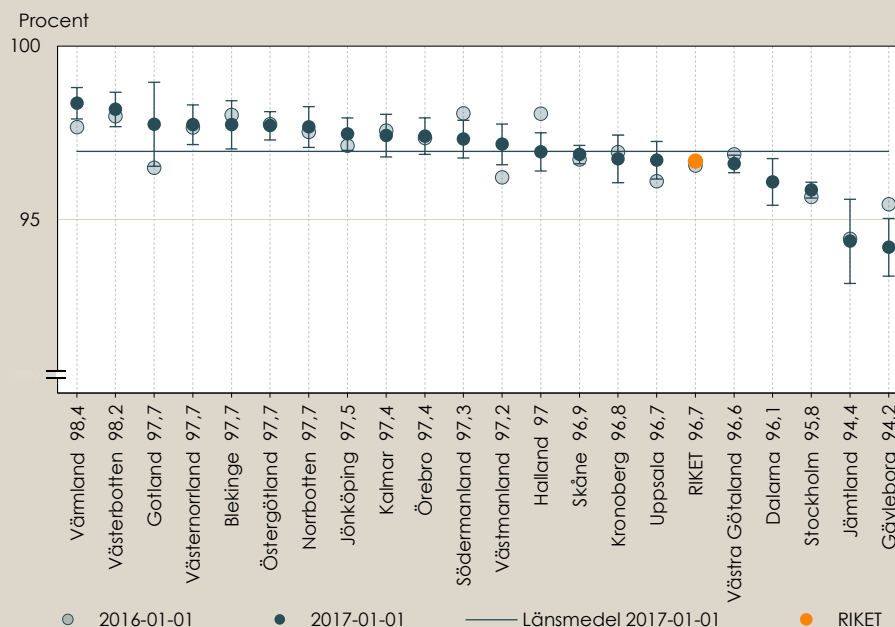


Källa: Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

Det finns skillnader mellan länen gällande vaccinationstäckningen. Andelen barn som vaccinerats varierar mellan 98,4 till 94,2 procent.

18.2. Län. MPR-vaccination av barn

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



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 [51]. Ett delmål gällande hälsa i Agenda 2030 är att vaccin ska finnas tillgängligt [1].

Om relaterade mått och data

Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket publicerar flera uppgifter om barnvaccinationsprogrammet däribland vaccinationstäckning över tid och vaccinationstäckning för HPV-vaccin [51].

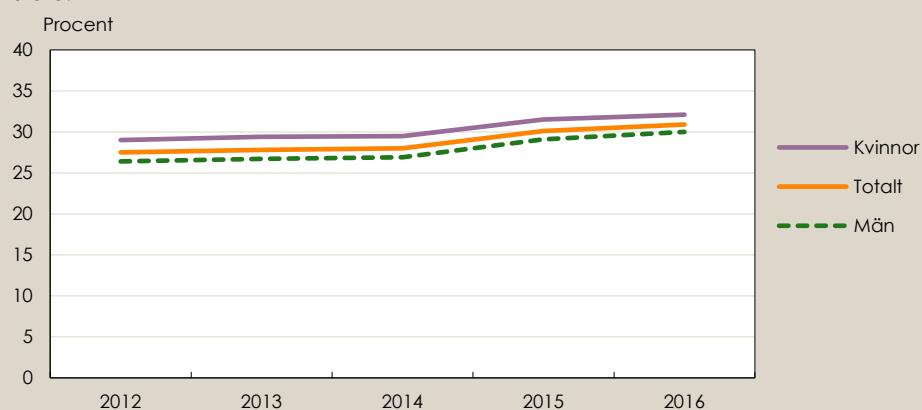
19. Fysisk inaktivitet vid diabetes

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

Indikatorn visar andelen patienter som är fysiskt inaktiva bland dem som det finns uppgift om. Att vara fysiskt inaktiv innebär att man aldrig eller mindre än en gång i veckan utövar fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad. Andelen fysiskt inaktiva patienter uppgick i riket som helhet till nära 31 procent och det är en något större andel kvinnor än män som är fysiskt inaktiva, 32 jämfört med 30 procent. Andelen fysiskt inaktiva har ökat sedan 2012.

19.1 Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

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

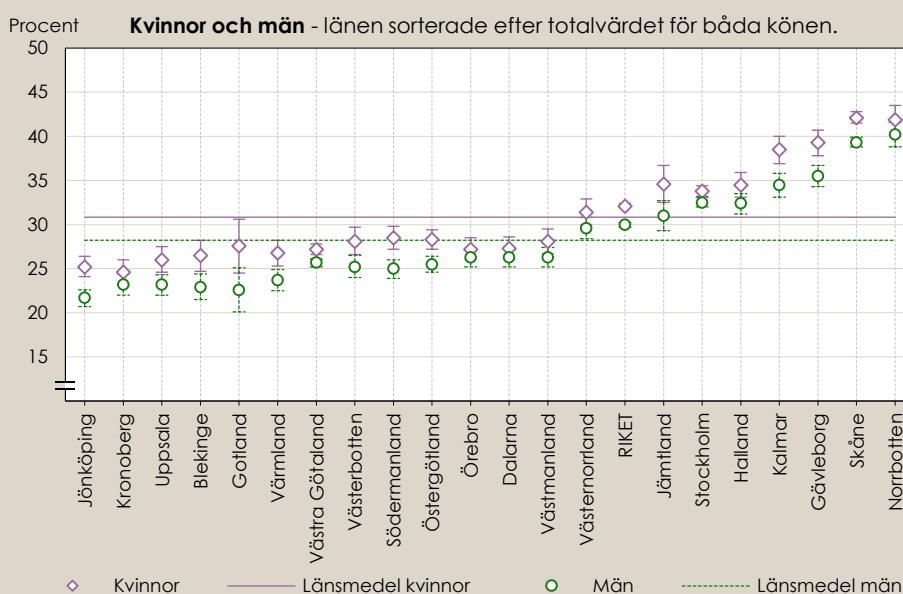


Källa: Nationella Diabetesregistret.

I samtliga län är kvinnor de som oftast är fysiskt inaktiva. Det är också skillnader mellan länen och för kvinnorna varierar resultaten på länsnivå från nästan 42 procent ner till drygt 25 procent i länet där lägst andel kvinnor är fysiskt inaktiva. Bland män varierar resultaten på länsnivå från knappt 22 till drygt 40 procent.

19.2. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetestyper)

Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre, 2016.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

Personer med diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde och minska sin risk för komplikationer genom att kombinera fysisk aktivitet med bra kost. Fysisk aktivitet är en central del av diabetesbehandlingen och det är därför viktigt att vården ger stöd till patienten. I remissversionen av de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2017 ges erbjudande om *rådgivande samtal* till personer med diabetes och som är otillräckligt fysiskt aktiva prioritet 2 på en 10-gradig skala. Det *rådgivande samtalet* kan kompletteras med skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare. Även *kvalificerat rådgivande samtal* och *webbaserad intervention* finns med som rekommenderade åtgärder. Det är viktigt att utformningen och val av åtgärd individanpassas [50].

Om relaterade mått och data

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

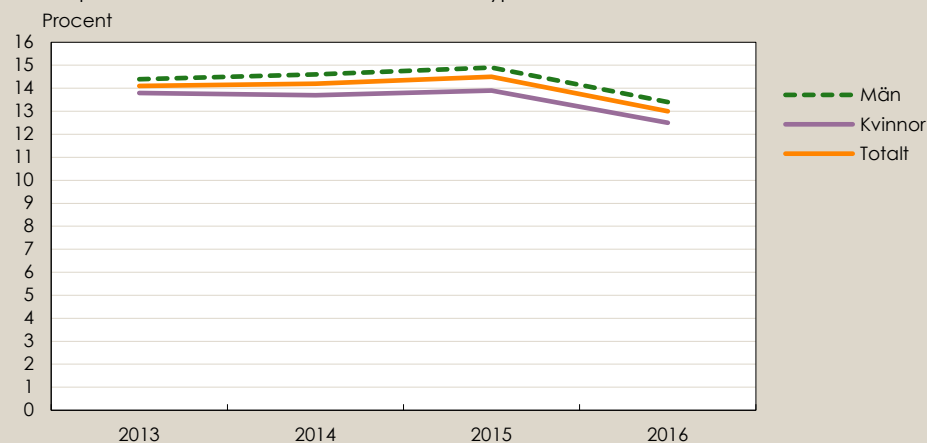
20. Rökning vid diabetes

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

Totalt 13,0 procent av personerna med diabetes var rökare 2016. Det är en viss minskning jämfört med tidigare år. En större andel av män än kvinnor med diabetes är rökare – 13,4 procent bland män och 12,5 procent bland kvinnor. Andelen som röker i befolkningen i stort var 2016 uppskattningsvis 9 procent.

20.1. Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)

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

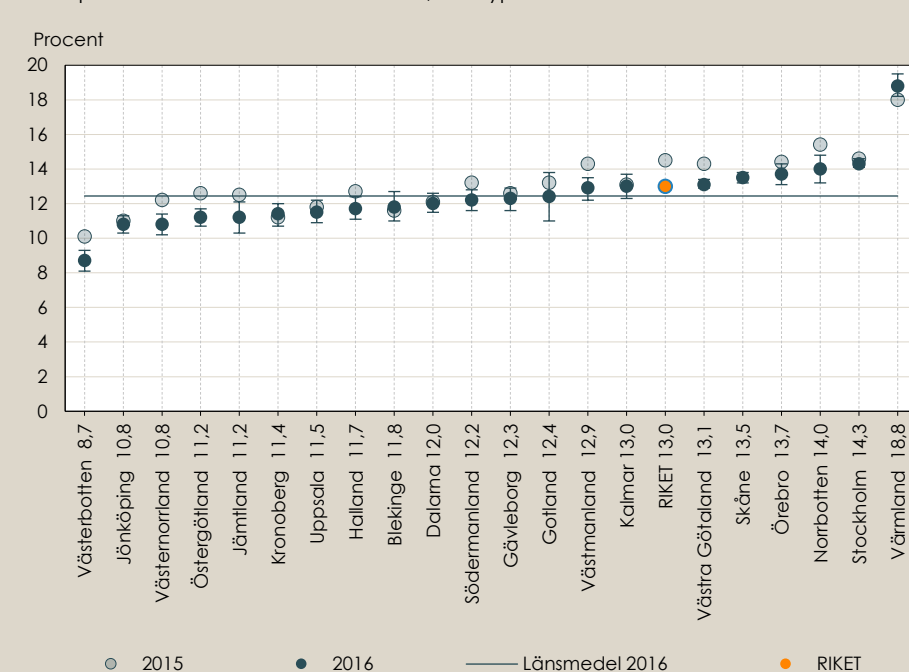


Källa: Nationella Diabetesregistret.

I länet med lägst andel rökare vid diabetes röker nästan 9 procent. I länet med högst andel röker nära 19 procent av personerna med diabetes.

20.2. Län. Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)

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



Källa: Nationella Diabetesregistret.

Nationell målnivå

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

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

I remissversionen av de nationella riktlinjerna kring ohälsosamma levnadsvanor från 2017 ges erbjudande om *kvalificerat rådgivande samtal* till personer med diabetes och som röker dagligen högsta prioritet. Det finns även rekommendationer om nikotinersättningsmedel och andra läkemedel för rökavvänjning [50]. Även om alla landsting ligger långt ifrån en andel rökare på 5 procent eller lägre anser Socialstyrelsen att målet om 95 procents rökfrihet, bland både personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes, vara realistisk på sikt [52].

Det saknas möjligheter till internationella jämförelser av andelen rökare bland personer som har diabetes. Däremot publicerar WHO uppgifter om hur olika länder arbetar med diabetesvård till exempel om det finns nationella riktlinjer [53].

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.

21. Antikoagulantia till riskpatienter

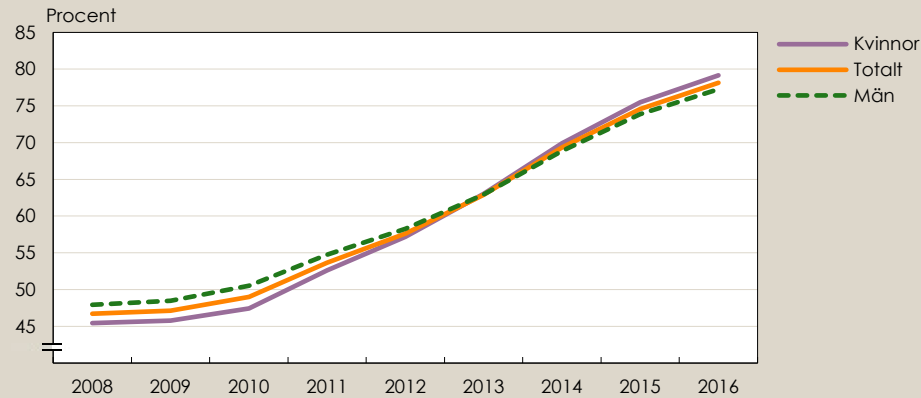
Förmaksflimmer är en hjärtrytmrubbning som ökar risken för blodpropp och hjärninfarkt (ischemisk stroke). Risken för hjärninfarkt ökar ytterligare om patienten har en eller flera andra riskfaktorer för stroke utöver förmaksflimmer. I dessa fall är behandling med blodförtunnande läkemedel (antikoagulantia)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

I indikatorn ingår patienter som vårdades på sjukhus med förmaksflimmer och som hade minst två riskpoäng för stroke enligt CHADS2-Vasc, vilket är ett beslutsstöd. CHADS2-Vasc används av läkare för att bedöma riskfaktorer och för att värdera indikation för antikoagulerande läkemedel hos patienter med förmaksflimmer. Indikatorn mäter andelen patienter ≥ 18 år och som hämtade ut recept på antikoagulantia första halvåret efter utskrivning. Socialstyrelsen har fastställt målnivån till ≥ 80 procent [54].

Totalt sett har utvecklingen gått åt rätt riktning med en kontinuerlig ökning av andelen bland både män och kvinnor mellan 2008 och 2016. Skillnaden mellan könen har samtidigt också minskat. För riket låg andelen 2016 på drygt 78 procent. Andelen bland män låg samtidigt på drygt 77 procent, vilket kan jämföras med drygt 79 procent bland kvinnor.

21.1. Antikoagulantia till riskpatienter

Andel patienter med antikoagulantia-behandling inom 182 dagar efter utskrivning från vårdtillfälle med förmaksflimmer och med riskfaktor för stroke. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödersaksregistret, Socialstyrelsen.

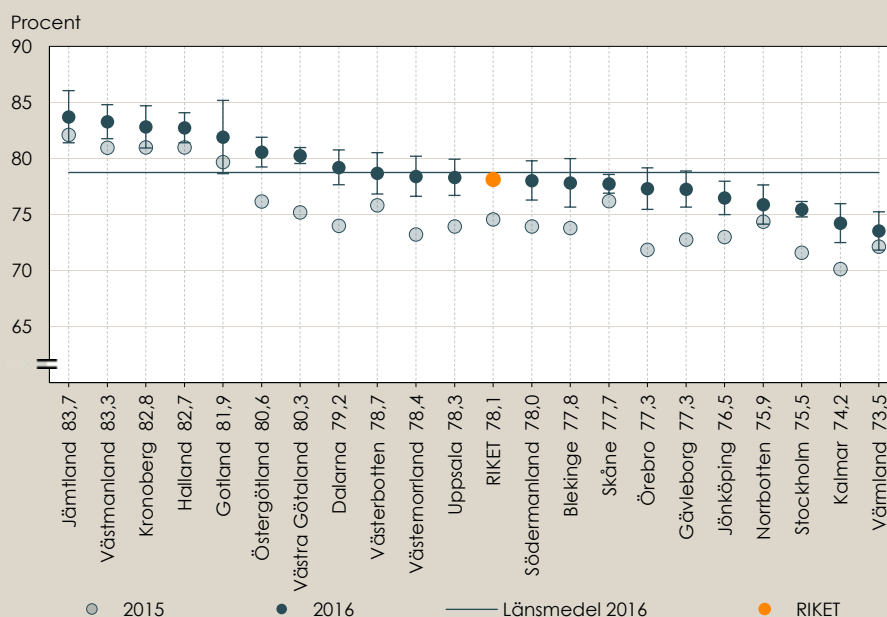
Nationell målnivå

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

Landstingens resultat varierar från en andel på nästan 84 procent ner till nästan 74 procent. Merparten av landstingen har förbättrat sina resultat och många ligger ovanför den nationella målnivån.

21.2. Län. Antikoagulantia till riskpatienter

Andel patienter med antikoagulantabehandling inom 182 dagar efter utskrivning från vårdtillfälle med förmaksflimmer och med riskfaktor för stroke. Åldersstandardiserade värden.

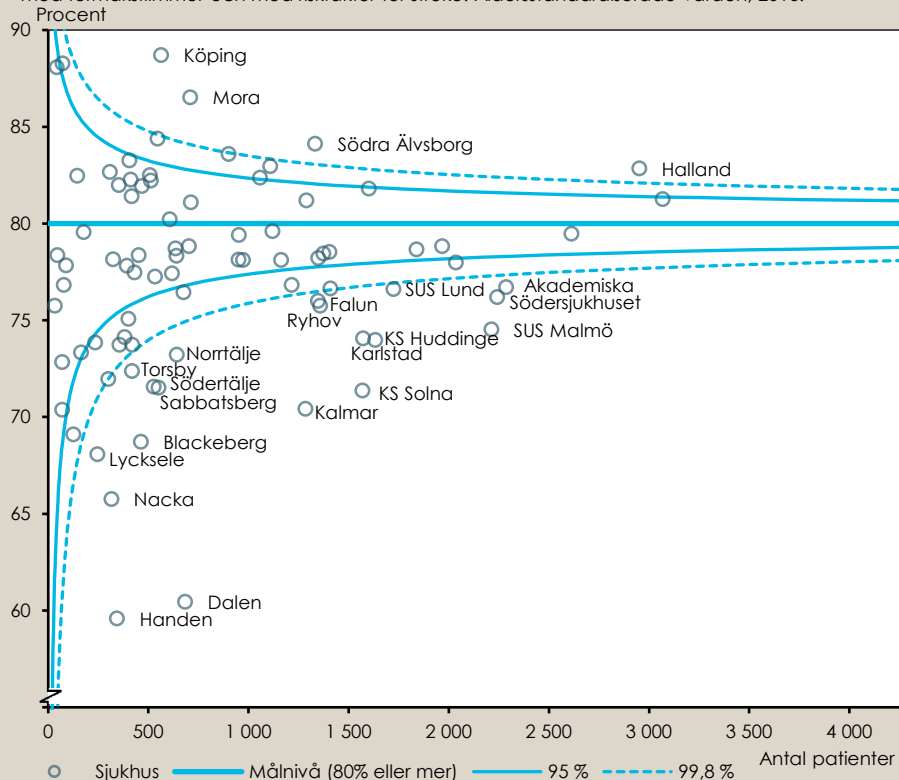


Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Redovisat efter vilket sjukhus patienterna skrevs ut ifrån är skillnaderna större och det kan vara relativt stora skillnader mellan olika sjukhus i samma landsting. I diagram 21.3 redovisas spridningen och i diagramet framgår den nationella målnivån samt 95 och 99,8 procentiga konfidenslinjer. Spridningen mellan sjukshusen var mellan 89 ner till knappt 60 procent.

21.3. Sjukhus. Antikoagulantia till riskpatienter

Andel patienter med antikoagulantia-behandling inom 182 dagar efter utskrivning från vårdtillfälle med förmaksflimmer och med riskfaktor för stroke. Åldersstandardiserade värden, 2016.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Funnel-plotdiagram

Sjukhusens värden visas i ett så kallat funnel-plotdiagram. Fördelarna med detta (jämfört med till exempel ett rangordnat stapeldiagram) är att storleken på nämnaren visas och att enheter som har värden som avviker signifikant från ett referensvärde framgår. I diagrammet används socialstyrelsens målnivå för indikatorn som referensvärde. Sjukhusen är inritade efter sina indikatorvärden på y-axeln och antalet patienter på x-axeln. Kring linjen som visar målnivån finns linjer som markerar gränserna för konfidensintervall kring referensvärdet. Ju större underlaget är desto mindre utrymme finns för slumpens inverkan. Därigenom bildar linjerna formen av en allt smalare "tratt" åt höger i diagrammet där antalet observationer blir allt större.

Om rikets värde skulle vara identiskt med målnivån och man skulle göra slumpmässiga urval bland patienterna i riket och använda samma antal patienter som för något av sjukhusen skulle värdet för urvalen i enbart 0,2 procent av fallen hamna utanför de streckade gränslinjerna. Om ett sjukhus värde hamnar utanför linjerna kan man alltså på god grund anta att det där finns något som påverkar värdet så att det skiljer sig från målnivån (utöver den slumpmässiga variationen). Dessa fall är signaler om att landstingen och sjukhusen kan behöva studera sina resultat närmare, speciellt i de fall värdena går i negativ riktning.

22. 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 [55]. För sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom har fysisk träning med tillräckligt hög intensitet visat sig vara effektivt. Indikatorn avser andel patienter yngre än 75 år som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter en hjärtinfarkt.

För riket ligger andelen patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 2016 på nära 52 procent. Andelen ligger på samma nivå som 2015. Patientgruppen består till störst del av män och för 2016 syns ingen skillnad mellan män och kvinnor.

22.1. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

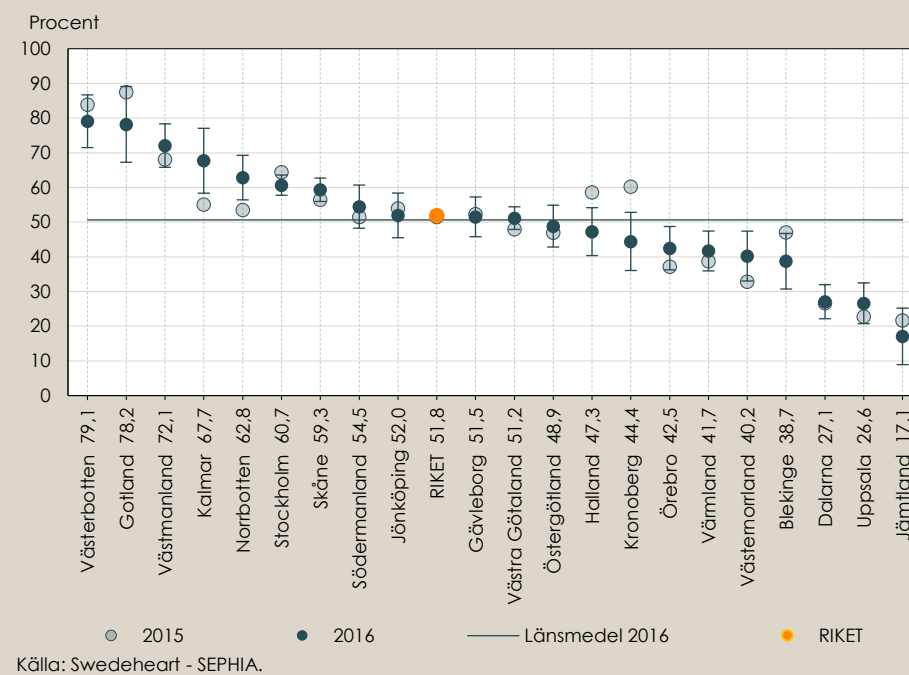
Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Det är stora skillnader i andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Andelen som deltagit i fysiskt träningsprogram varierar från 17,1 procent till 79,1 procent i länet med bäst värde.

22.2. Län. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

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



I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom [56]. 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 60 procent eller mer [57].

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.

23. 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. I den specialiserade vården uppgick kostnaderna till 7,4 miljarder kronor för riket och kostnaderna för vård och omsorg i kommunerna till följd av fallskador beräknas uppgå

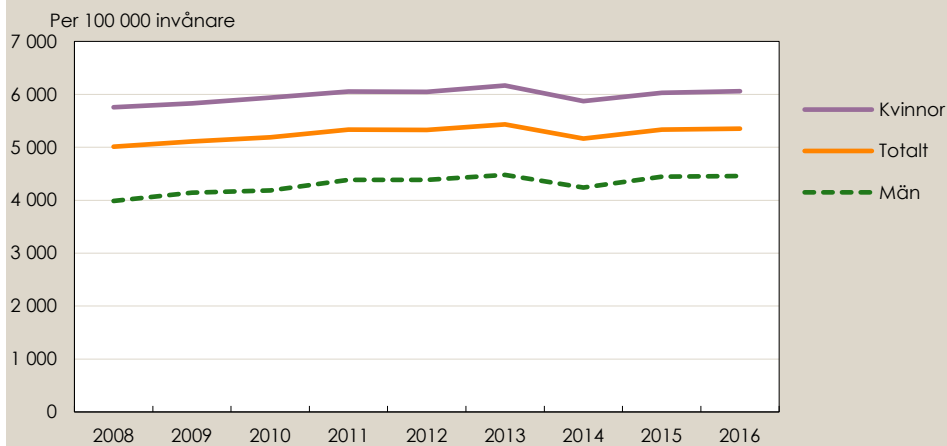
till minst 3,7 miljarder kronor för 2014. Av dessa kostnader avser 3,6 miljarder kostnader för äldreomsorgen, vilket motsvarar 3,3 procent av äldreomsorgens totala kostnader.

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

Totalt sett vårdades nästan 5 400 personer per 100 000 invånare 65 år och äldre för en fallskada 2016. Betydligt fler kvinnor än män vårdades för fallskada, drygt 6 000 jämfört med nära 4 500 per 100 000.

23.1. 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.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor varierar värdena mellan länen från drygt 5 200 till drygt 6 500 per 100 000 invånare och för män från drygt 3 500 till nästan 5 000.

Balansera mera och nationell webbutbildning för att minska och förhindra fallolyckor

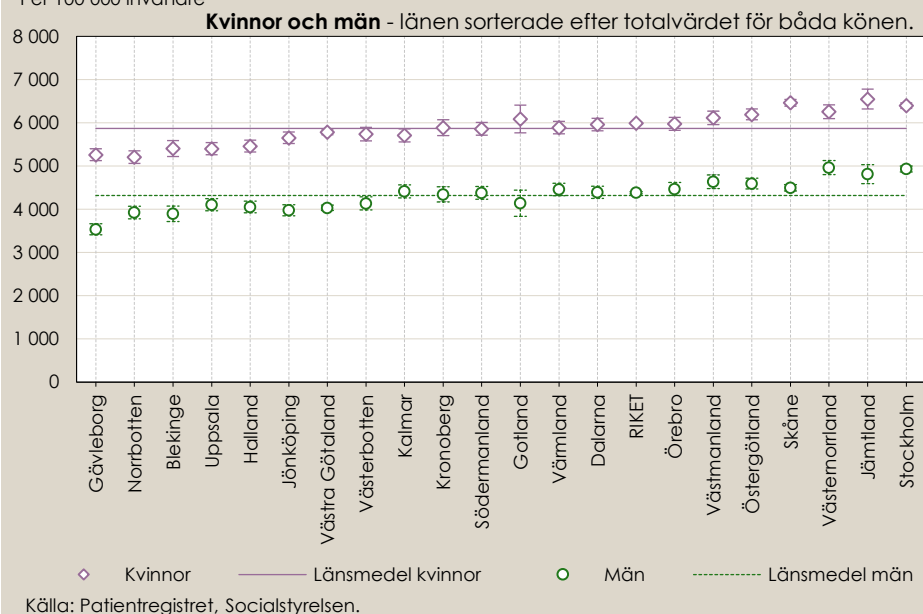
Socialstyrelsen genomförde 2017 på uppdrag av regeringen en nationell kampanj, *Balansera mera*, med tips och råd för att förhindra fallolyckor i vardagen. Kampanjen riktar sig till personer 55 år och äldre och fokuserar på tre teman: mat, motion och läkemedel. Kampanjen kommer även att genomföras 2018.

Socialstyrelsen har även ett uppdrag av regeringen att ta fram en nationell webbutbildning för personer som arbetar inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Utbildningen vänder sig bland annat till omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare.

23.2. Län. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i slutenvård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden, 2014-2016.

Per 100 000 invånare



Fallolyckor 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 [58]. Socialstyrelsen skärpte i december 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar som avser fallpreventiva åtgärder i hemmet [8]. Vissa typer av läkemedel utgör dessutom en ökad risk för fallolyckor [59].

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 [60].

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

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

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, Riskförebyggande åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa* och *Fallskador bland personer 80 år och äldre*.

Fallskador är en stor bidragande orsak till hälsoproblem i Sverige

Fall utgör 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 vanligaste orsaken bakom hälsoproblem i Sverige 2016. I en global jämförelse framgår att Sverige ligger genomsnittligt jämfört med andra länder gällande fallskador. Arbetet med att samla in och analysera uppgifter om förtida död, sjukdomar och skador i ungefär 190 länder utförs av 1 800 forskare och samordnas av IHME. [11].

"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.

24. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

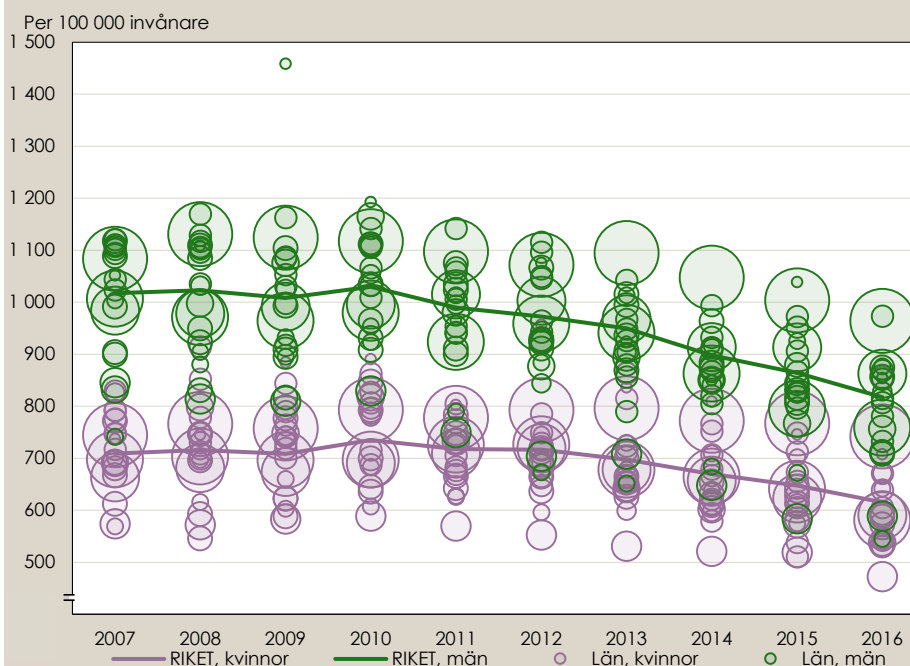
Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Genom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

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

Indikatorn visar antalet slutenvårdsbesök per 100 000 invånare, 20 år eller äldre med hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL, värdena är åldersstandardiserade. Antalet slutenvårdsbesök 2016 var totalt 701 per 100 000 invånare i hela riket, vilket är nedgång med drygt 20 jämfört med 2015. Generellt sett vårdas män inom slutenvården i högre utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. För riket var antalet män per 100 000 män 817 och antalet kvinnor var 615 per 100 000 kvinnor.

24.1. 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.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

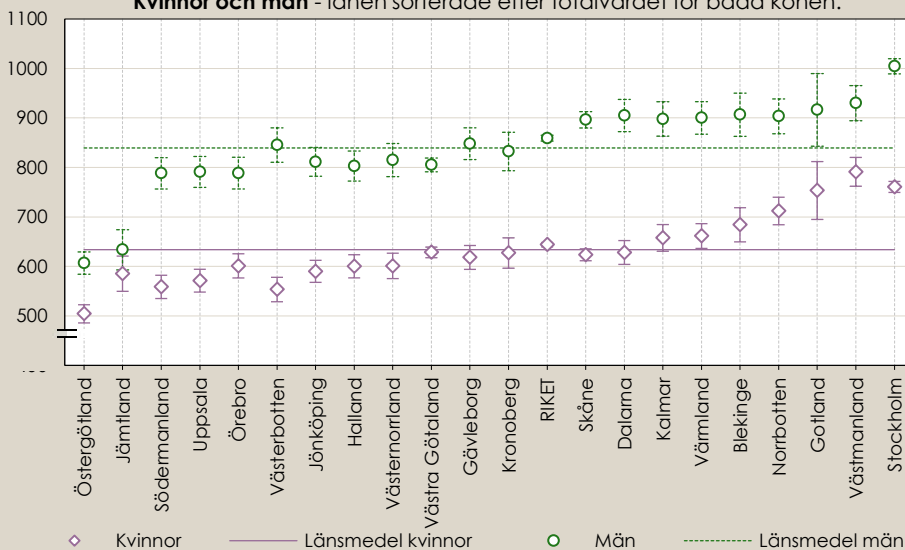
Mellan länen är variationen stor. För män varierar värdena mellan 607 upp till 1004 slutenvårdsperioder per 100 000, 2014–2016. För kvinnor varierar värdena mellan drygt 504 upp till 791.

24.2. Län. 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, 2014 - 2016.

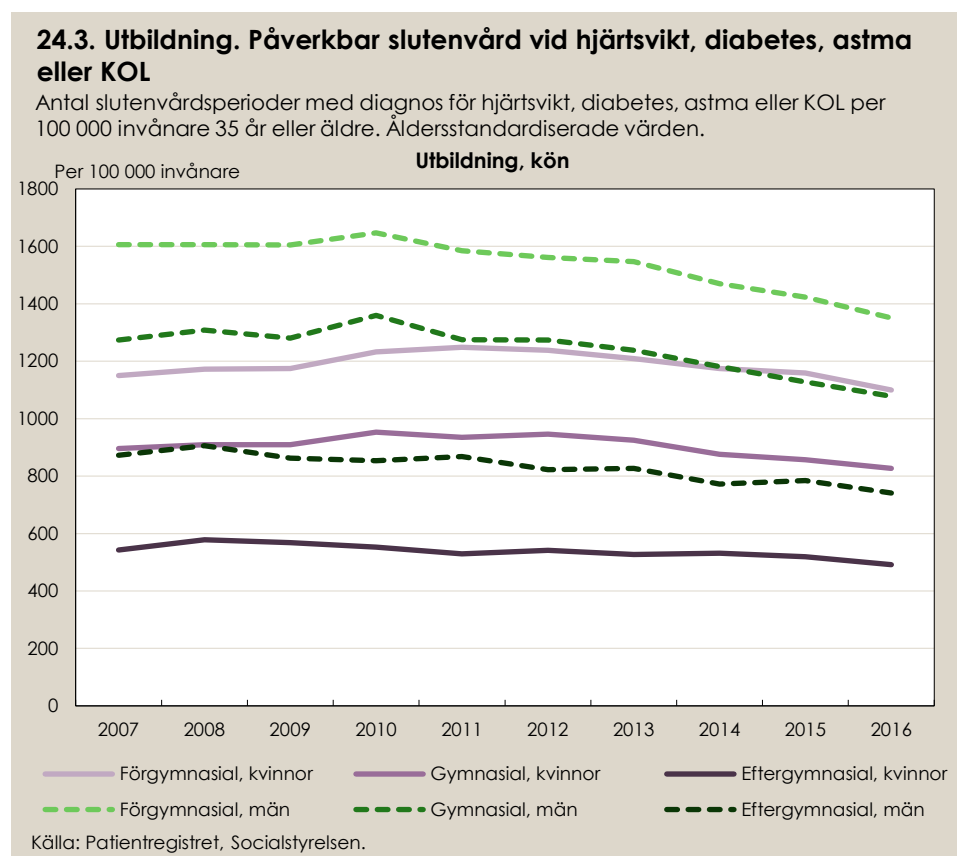
Per 100 000 invånare

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För samtliga utbildningsgrupper slutenvårdas män mer för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL. Oavsett kön är det vanligast med slutenvård för diagnoserna som ingår i indikatorn för kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning. Antalet slutenvårdsperioder har minskat för samtliga grupper sen 2015.



Om relaterade mått och data

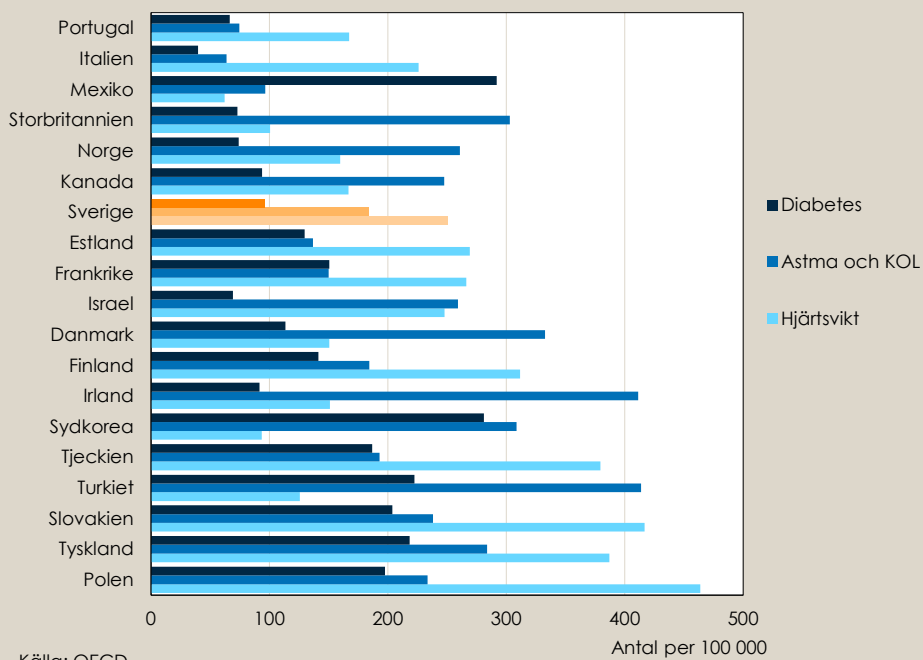
Måttet som ingår i den här jämförelsen finns även uppdelat för de olika sjukdomarna som ingår. Dessutom är indikatorn *Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland äldre* en relaterad indikator.

Sverige är bland de bättre när det gäller diabetes, men inte hjärtsvikt

I en internationell kontext är Sverige bland de bättre länderna i OECD totalt sett när det gäller påverkbar slutenvård vid KOL, astma, hjärtsvikt och diabetes. Sverige har i relation till övriga OECD-länder ett något svagare resultat för hjärtsvikt. Den stora skillnaden mellan länderna kan utöver skillnader i sjukvårdens insatser bero på sjukdomsförekomst eller på den övergripande tillgången till hälso- och sjukvård [61].

A.8. Länder. Påverkbar slutenvård diabetes, KOL och astma samt hjärtsvikt

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för diabetes, KOL och astma samt hjärtsvikt per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2015. Ålders- och könsstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation. OECD-länder med rapporterade värden för 2015 sorterade efter summan av de tre värdena.



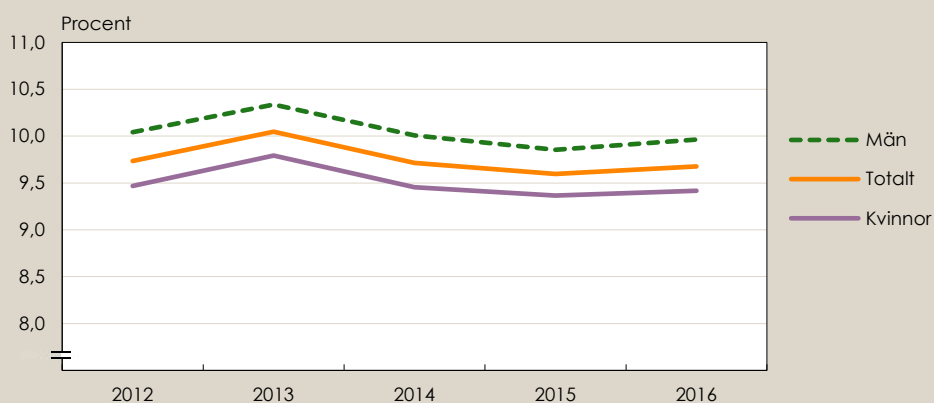
25. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar bland äldre

För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid vårdtillfälle två är valda för att dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid vårdtillfälle ett eller genom primärvårds- eller socialtjänstinsatser [62].

Indikatorn visar att nära 9,7 procent av patienterna fick en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 2016, vilket framgår av diagram 25.1. Andelen män som återinskrevs 2016 var nästan 10 procent, jämfört med drygt 9,4 procent för kvinnor. Även om skillnaden mellan könen är mindre än en procentenhet är den tydlig och konsekvent över hela mätperioden.

25.1. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar

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

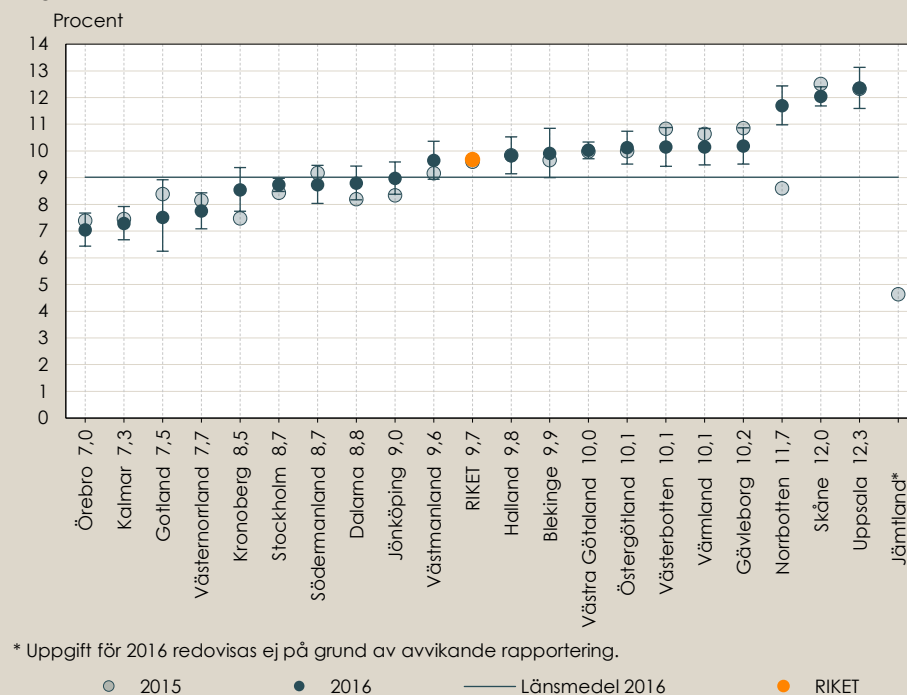


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan länen 2016 är från 7,0 procent upp till 12,3 procent. För de flesta län gäller också att värdena var stabila i förhållande till 2015.

25.2. Län. Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Dessutom kan indikatorn påverkas av tillgängliga resurser i

primärvård och socialtjänst. Även tillgänglig kompetens, exempelvis 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, exempelvis *Återinskrivningar inom 28 dagar vid bipolär sjukdom*.

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

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga blodsockerkontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla diabeteskomplikationer. HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur en blodsockersänkande behandling lyckas. En god kontroll över blodsockernivån är avgörande för att minska risken för komplikationer hos personer med diabetes av typ 1 och typ 2. Ett högt HbA1c-värde innebär en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer, och indikatorn ska synliggöra högriskgruppen med ett värde över 70 mmol/mol. Denna grupp bör ges, och uppmuntras till, extra insatser som kan minska HbA1c-värdet, vilket i sin tur kan ge markanta förbättringar av prognosen och bidra till bättre hälsa och livskvalitet. Täckningsgraden för denna variabel är hög i det nationella diabetesregistret (NDR), med små skillnader mellan landstingen [63].

Nationell målnivå

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

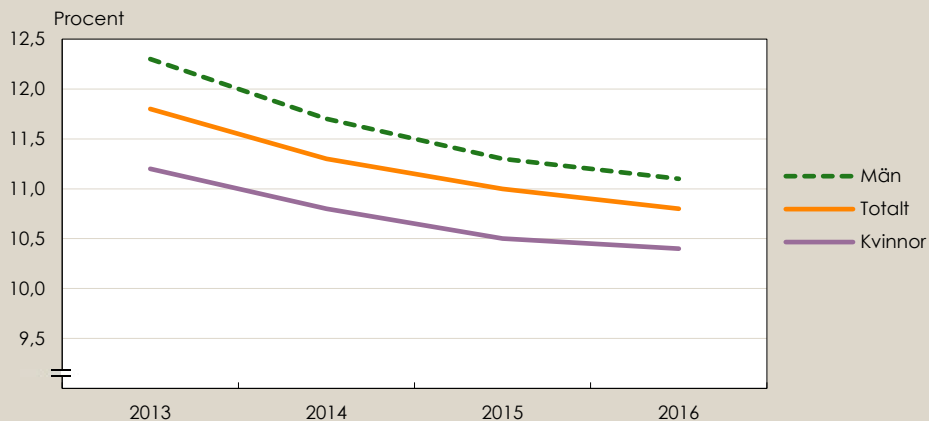
(För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ-1 diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 20 procent.)

I indikatorn ingår personer med typ 2-diabetes. Även motsvarande uppgifter för personer med typ 1-diabetes publiceras kontinuerligt på exempelvis NDR:s webbplats. Socialstyrelsens nationella målnivåer är satta för respektive typ av diabetes och därför slås de inte heller samman i denna redovisning, där värdet för diabetes typ 2 har valts som indikator eftersom den rör fler patienter och en större del av verksamheten [63].

Socialstyrelsens målnivå för indikatorn som avser typ-2 diabetes är 10 procent eller lägre. För 2016 var andelen i riket 10,8 procent. Andelen bland männen var nästan en procentenhet högre än för kvinnor, 11,1 jämfört med 10,4 procent.

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

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

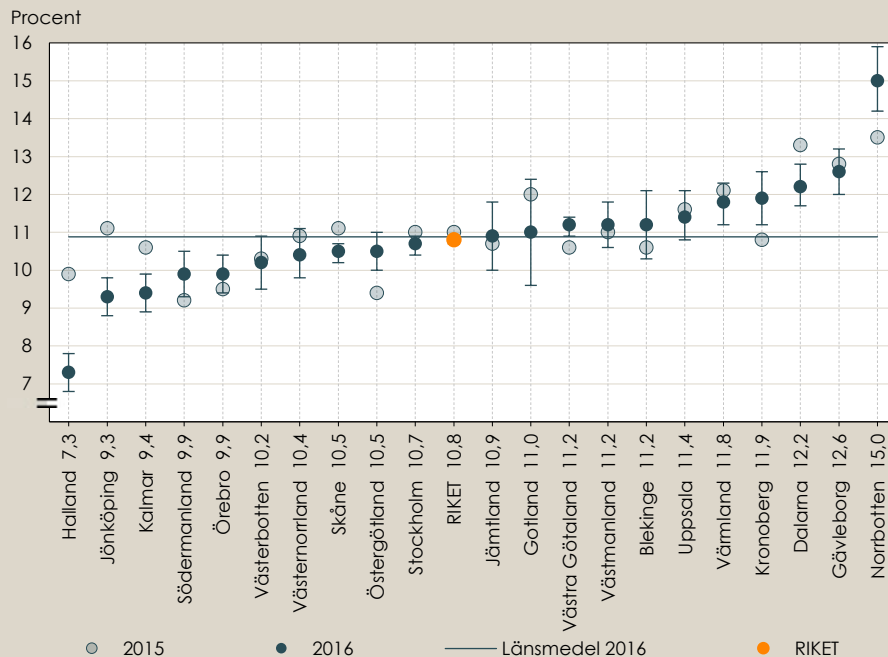


Källa: Nationella Diabetesregistret.

Lägst andel 2016 finns i Halland som tillsammans med Jönköping och Kalmar hamnar under 10 procent. Andelen mellan landstingen varierade från 7,3 procent till 15,0 procent.

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

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



Källa: Nationella Diabetesregistret.

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

gör fördjupade analyser för olika patientgrupper och med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes [63].

Om relaterade mått och data

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

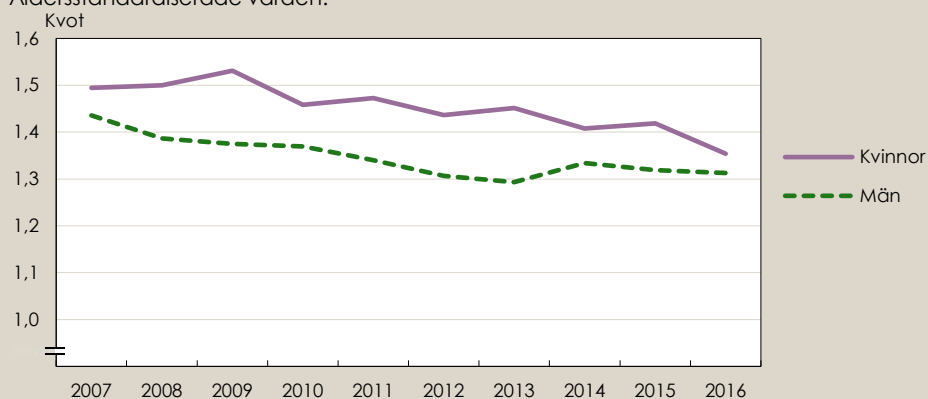
27. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Personer med diabetes löper högre risk att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdom än befolkningen i övrigt, eftersom de stora blodkärlen hos personer med diabetes lättare drabbas av åderförkalkning med snabb utvecklingstakt. Detta leder till fördubblad risk för stroke, hjärtinfarkt och nedsatt cirkulation i benen. Den ökade risken för hjärt-kärlsjukdomar är den största orsaken till att personer med diabetes har högre dödlighet än befolkningen i övrigt, och ett viktigt mål för 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 [64].

Indikatorn mäter dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen, och kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns. Värdena är åldersstandardiserade. Överdödligheten har minskat för både kvinnor och män sedan 2007. Kvinnor har en högre överdödlighet jämfört med män och har ett kvotvärde på 1,35. Mäns kvotvärde ligger på 1,31.

27.1. 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. Åldersstandardiserade värden.

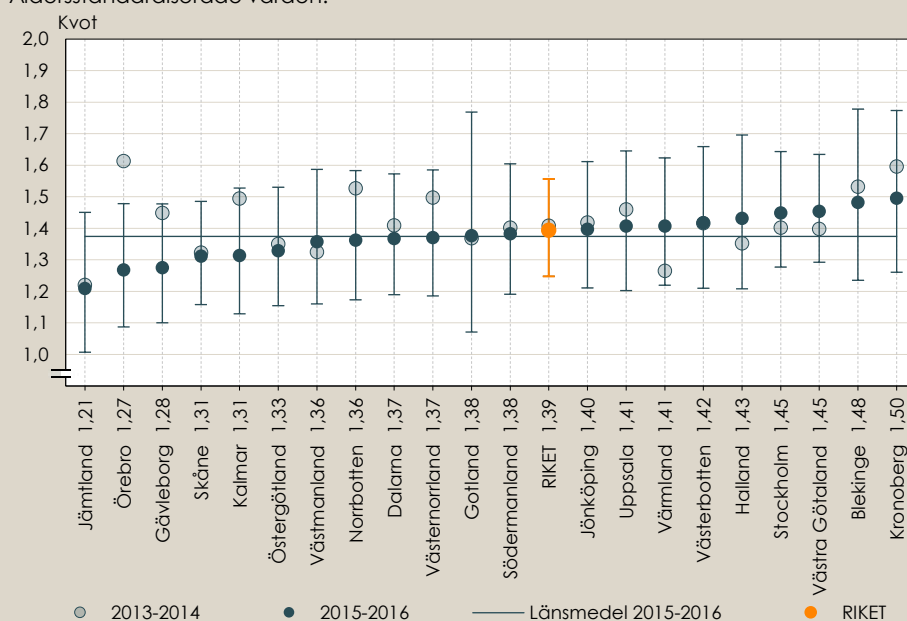


Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kvoten varierar mellan länen från 1,21 till 1,50 för 2015–2016, konfidensintervallen visar dock att jämförelsen inte är en tydlig signal på skillnad i vårdens kvalitet i olika län.

27.2. Län. 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.

Hälso- och sjukvården behöver identifiera personer med diabetes och därefter bedöma deras risk för insjuknande eller förtida död i hjärt-kärlsjukdom, där vården väger samman olika riskfaktorer vilka ger en uppfattning om sannolikheten att en person med diabetes insjuknar eller dör i hjärtinfarkt eller stroke. Därutöver kan verksamheter inom hälso- och sjukvården erbjuda

program för att påverka levnadsvanor med avseende på rökning, fysisk aktivitet och kost [63].

Om relaterade mått och data

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

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

28. 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 vävnadsnekros.

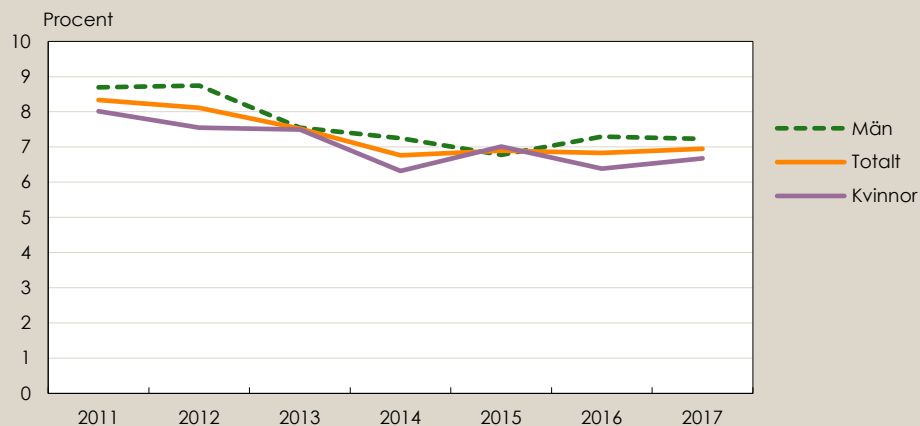
Nationella punktmätningar av trycksårsförekomst har genomförts en till två gånger per år sedan 2011 inom både kommuner och landsting. Vid mätningarna observeras förekomsten av trycksår och förebyggande åtgärder, och samtidigt görs en riskbedömning av de observerade patienterna.

Indikatorn visar andelen patienter med minst ett trycksår i den slutna vården vid tidpunkten för mätningen på sjukhuset. Detta ger dock endast en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. I diagram 28.1 redovisas andelen patienter med trycksår kategori 2–4 från 2011 till 2017.

Andelen patienter med trycksår kategori 2–4 var 2017 nästan 7 procent och det var något vanligare bland män än för kvinnor. Andelen patienter i slutenvård med trycksår enligt kategori 2–4 var något lägre vid mätningen 2017 jämfört med mätningarna 2011 och 2012.

28.1. Trycksår i slutenvård (kategori 2-4)

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

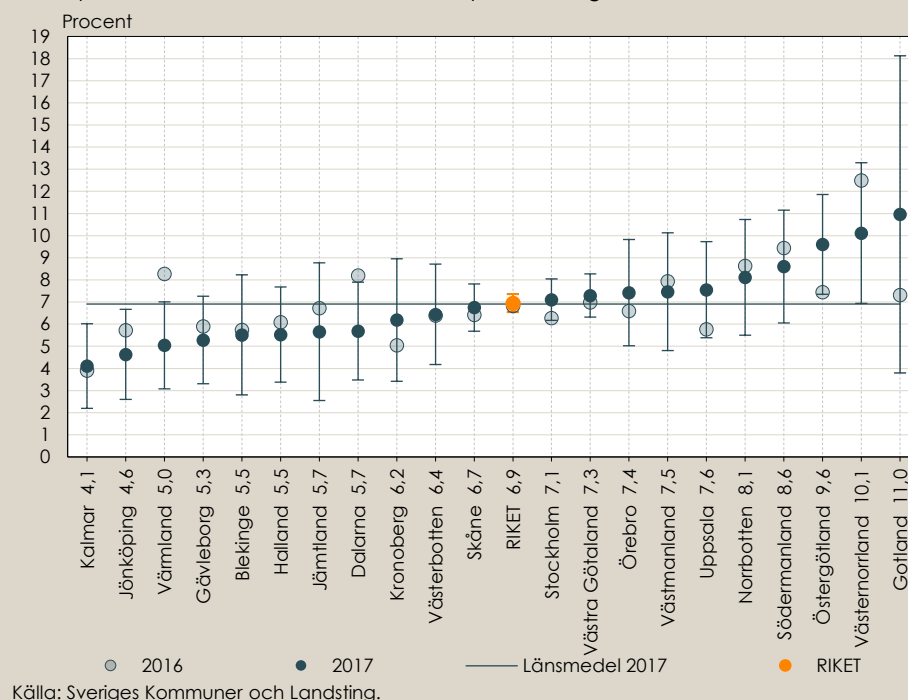


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 28.2 redovisas resultatet uppdelat per landsting, och resultat visar att det fanns stora variationer mellan landstingens värden i den senaste punktprevalensmätningen, dock är utrymmet stort för tillfälliga variationer vilket gör det svårt att se resultatet som tydliga indikationer på varierande kvalitet. Kalmar som har det lägsta värdet 2017 hade även ett relativt sett lågt värde 2016. Punktprevalensmätning innebär att patientgrupper med långa vårdtider blir överrepresenterade som andel av vårdtillfällena. Enligt markörbaserad journalgranskning har vårdtillfällen med trycksår (2-4) cirka 2,1 gånger längre vårdtid än genomsnittet. Det innebär att förekomsten av trycksår (2-4) uttryckt som andel av vårdtillfällena, är betydligt lägre än de sju procent som anges ovan.

28.2. Län. Trycksår i slutenvård (kategori 2-4)

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



Trycksår innebär ett onödigt lidande för patienten och onödiga kostnader för sjukvården. De flesta trycksår går dessutom att undvika med förebyggande åtgärder. Bland annat bör verksamheterna riskbedöma personer som är 70 år och äldre med hjälp av ett adekvat riskbedömningsinstrument, dokumentera de åtgärder som genomförs samt följa upp och utvärdera åtgärderna [65].

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas processindikatorer för att förebygga risker för trycksår i särskilt och ordinärt boende. Exempel på sådana indikatorer är *Bruk av tryckavlastande underlag*, *riskförebyggande åtgärder i ordinärt boende* och *Riskförebyggande åtgärder i särskilt boende*. I *Öppna jämförelser 2016 – Säker vård* redovisas fler relaterade processindikatorer. 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 SKL:s regi.

Effektiv resursanvändning – 50 000 undvikbara vårdagar?

Socialstyrelsen har gjort en beräkning av kostnaden för undvikbara trycksår i den svenska hälso- och sjukvården. Beräkningen är baserad på en engelsk studie vars resultat översatts till svenska förhållanden. Beräkningen har gjorts inom ramen för Socialstyrelsens arbete med effektivitet. Mer information om Socialstyrelsens arbete med effektivitet finns i informationsrutan och i

Socialstyrelsens handbok [66]. Av punktprevalensmätningarna framgår att insatsen av förebyggande åtgärder har ökat de senaste fem åren. Dock hade 2017 endast drygt hälften av patienterna en dokumenterad riskbedömning genomförd inom 24 timmar och två tredjedelar en dokumenterad hudbedömning inom samma tidsrymd. Bedömningar som är centrala för att kunna sätta in rätt förebyggande åtgärder. Vad gäller konkreta omvårdnadsinsatser hade drygt 90 procent av riskpatienterna en förebyggande/behandlande madrass. Endast en tredjedel av riskpatienterna hade hällavlastning. Insatser som lägesändring i säng respektive stol för riskpatienter genomfördes i 54 respektive 36 procent av fallen. Det fanns stora skillnader mellan såväl olika landsting som sjukhus vad gäller omfattningen av förebyggande insatser.

Socialstyrelsens beräkning visar att kostnaden för trycksår (2-4) som bedöms som undvikbara motsvarar cirka 50 000 vårddagar årligen, vilket är omkring 0,9 procent av det totala antalet vårddagar i den somatiska slutenvården. Kostnaden för vårddagarna uppgår till omkring 450 miljoner kronor per år. Beräkningen utgår från förekomsten av trycksår i markörbaserad journalgranskning. Då trycksår är underregistrerade i patientjournalerna, innebär beräkningen troligen en viss underskattning av de totala kostnaderna. Socialstyrelsen kostnadsberäkning finns i *Bilaga 2: Vårddagskostnader för undvikbara trycksår – ett räkneexempel*.

En internationell forskningsöversikt från 2015 visar att kostnaderna för att behandla trycksår är betydligt högre än kostnaderna för att förebygga dem. Punktprevalensmätningen visar att det finns utrymme för att vidta förebyggande åtgärder i högre grad än vad som sker idag. Detta skulle utöver minskat lidande för patienterna också sannolikt bidra till ett mer effektivt resursutnyttjande inom slutenvården.

Effektivitet och effektiv resursanvändning

Det finns många behov som de offentliga medlen ska användas till. Effektivitet handlar om att få ut mesta möjliga nytta av tillgängliga resurser. De resurser som finns behöver användas på bästa sätt för att uppnå de mål som finns inom olika samhällssektorer och områden dvs. det är angeläget att resursanvändningen är effektiv. Analys av effektiv resursanvändning behöver förstås mot bakgrund av att det alltid finns en alternativ användning av de resurser som är tillgängliga.

Inom vård- och omsorgssektorn används begreppet god vård och omsorg. Begreppet har sex dimensioner. Dessa säger att vården och omsorgen ska vara säker, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Med anledning av begreppet inom god vård har Socialstyrelsen under flera år arbetat med effektivitetsaspekter inom vården.

För att veta om resursanvändningen är effektiv behöver beslutsfattare ha underlag inför sina beslut. Det innebär att ständigt göra val, prioritera och omprioritera. Det är viktigt att följa upp och utvärdera om de förväntningar som finns på utfallen uppfylls och att de inte tar mer resurser i anspråk än nödvändigt. Det behövs också studier som följer upp att insatser som inte tillför någon nytta eller till och med är skadliga inte förekommer. Om så är fallet bör sådana insatser avbrytas dvs. i sådana fall pågår ett resursslöseri som innebär ett ineffektivt resursutnyttjande.

Socialstyrelsen har tagit fram en modell för hur effektivitet kan belysas, mätas och analyseras. I modellen finns två angreppssätt. Dessa är: effektivitetskvote och ineffektivt resursutnyttjande. Effektivitetskvoten beräknas i relation till måluppfyllelse, som jämförelse över tid eller som jämförelse med andra. Ineffektivt resursutnyttjande beräknas på resurser som används till verksamhet som har dålig eller ingen effekt på målet eller utförs till en högre kostnad än nödvändigt.

29. Vårdrelaterade infektioner

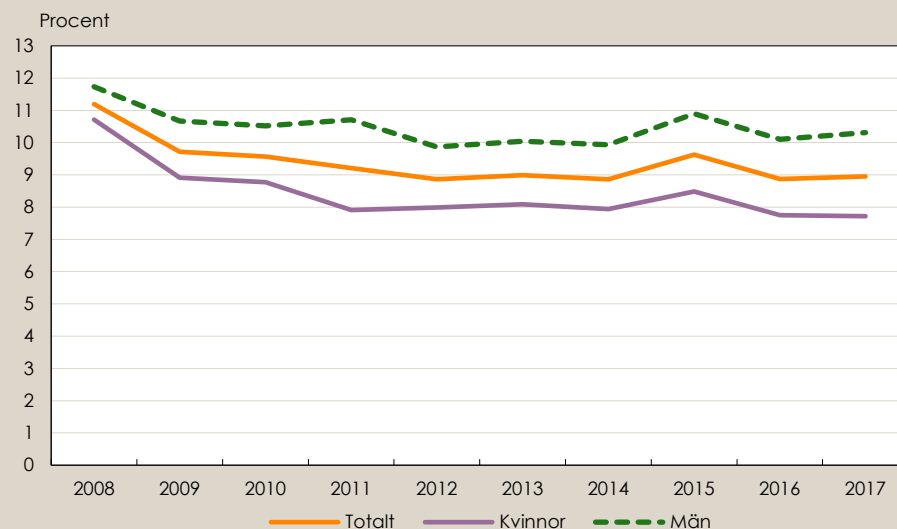
En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som *”infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”* [67]. Urinvägsinfektioner, lunginflammation samt olika hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna.

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

I riket hade nästan 9 procent av patienterna i slutenvården drabbats av VRI vid mätningen våren 2016. Av männen drabbades 10,3 procent och bland kvinnorna 7,7 procent. Alla mätningar har visat på en högre förekomst bland män än bland kvinnor. Jämfört med mätningen våren 2008 är andelen lägre 2016 men skillnaden mellan män och kvinnor är större.

29.1. Vårdrelaterade infektioner

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

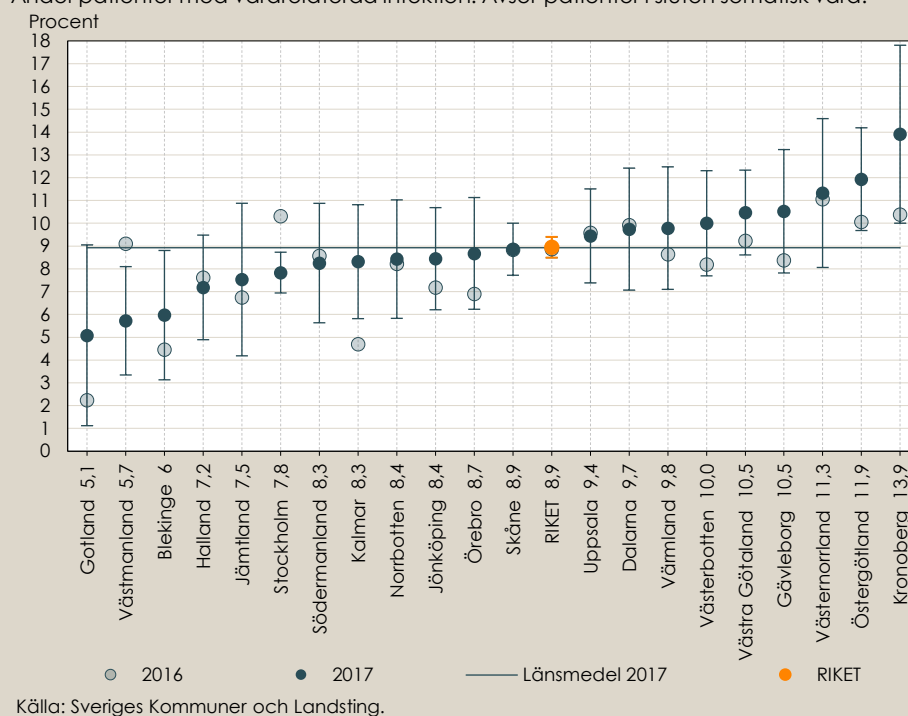


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Resultaten på länsnivå är osäkra, vilket speglas genom de vida konfidensintervallen. I Gotland drabbades 5,1 procent av patienterna av VRI, medan detta gällde för nära 14 procent av patienterna i länet med högst andel drabbade enligt senaste mätningen.

29.2. Län. Vårdrelaterade infektioner

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



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

Om relaterade mått och data

I samband med mätningen av vårdrelaterade infektioner mäts även processer som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler både för kommuner- och för landsting, uppgifterna för landstingen tillgängliggörs bland annat i *Vården i siffror*. I rapporten *Öppna jämförelser 2016 – Säker vård* redovisas fler relaterade processindikatorer.

30. Låg Apgar-poäng hos nyfödda

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 eftersträvarsvårt 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

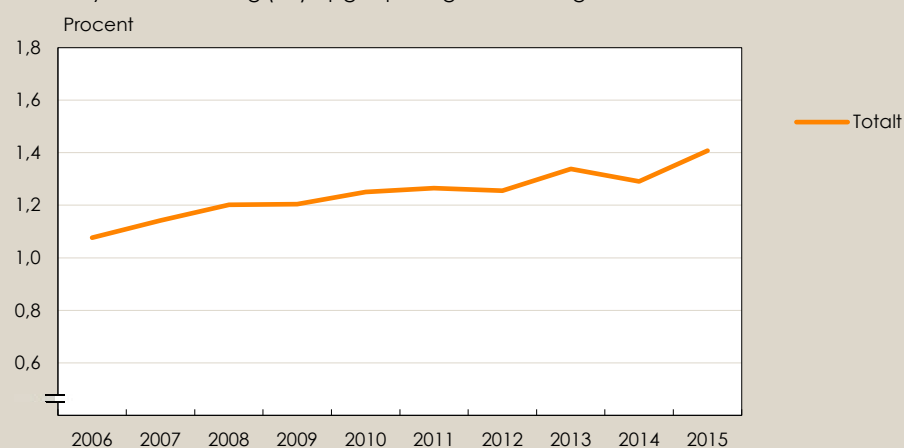
ålder är en vedertagen indikator för jämförelser av utfall vid forskning och utvärderingar [68].

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 1,4 procent 2015 och 2016 [69]. Här ses en viss försämring över tid vilket innebär att fler nyfödda barn har låga Apgar-poäng.

30.1. Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Andel nyfödda med låg (<7) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födseln.

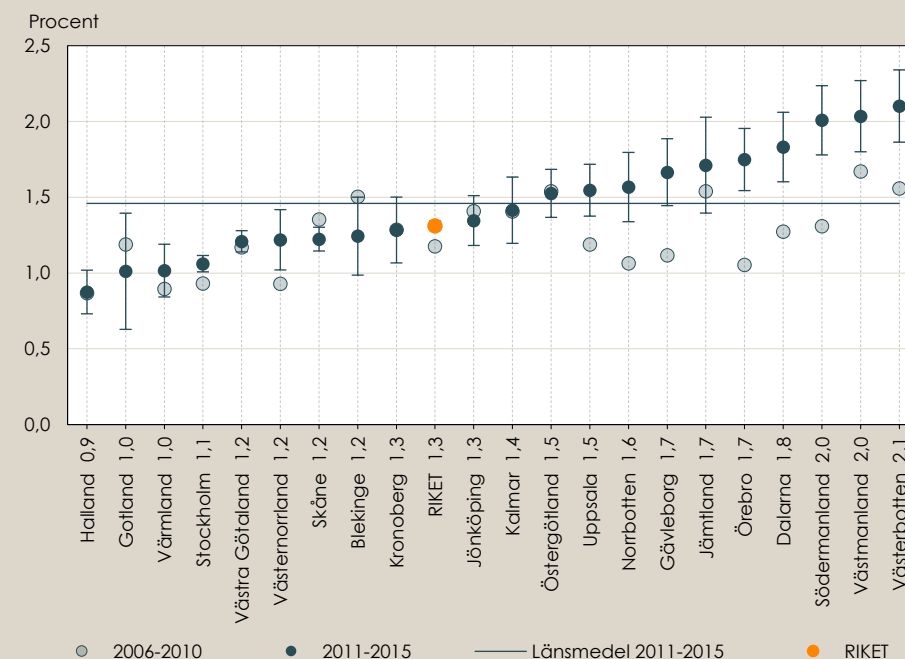


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Variationen i utfallet mellan landstingen var 0,9 till 2,1 procent för perioden 2011 till 2015.

30.2. Län. Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Andel nyfödda med låg (<7) 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 indikatorerna är viktiga att följa har tidigare lyfts av Socialstyrelsen [68].

31. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

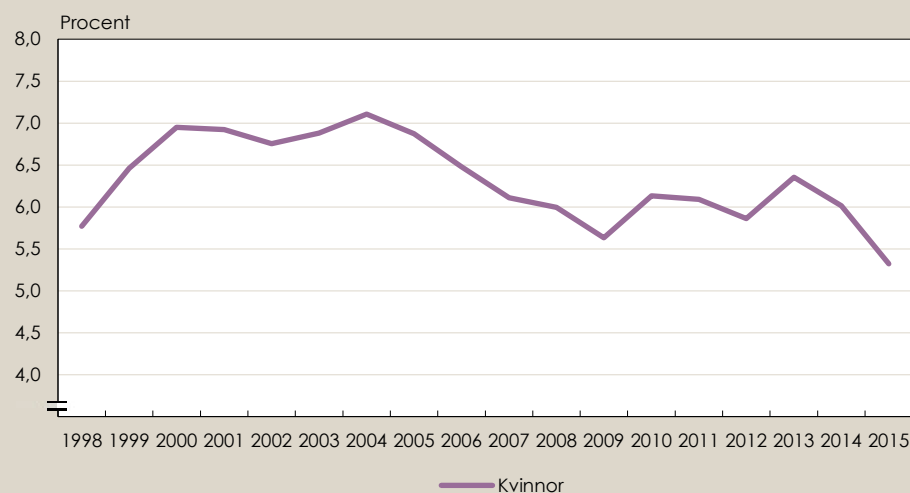
Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även 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. Indikatoren kan kopplas till hållbarhetsmål 5 i Agenda 2030 och delmålet om rätten till reproduktiv hälsa [25]. Socialstyrelsen har i tidigare rapporter visat att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara har ett sämre utfall än andra grupper [70].

Indikatorn redovisar andel bristningar av grad III och grad IV vid vaginala förlossningar och värdena är åldersstandardiserade. I riket låg andelen på 5,3 procent 2015, vilket är en nedgång jämfört med 2014.

31.1. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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

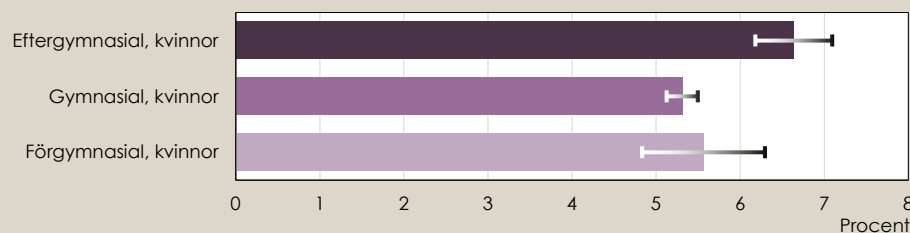


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Registrerade bristningar bland förstföderskor var vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning för mätperioden 2011–2015. 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 lyhördhet för patienter med olika socio-ekonomiska förutsättningar.

31.2. Utbildning. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 30 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2011–2015.

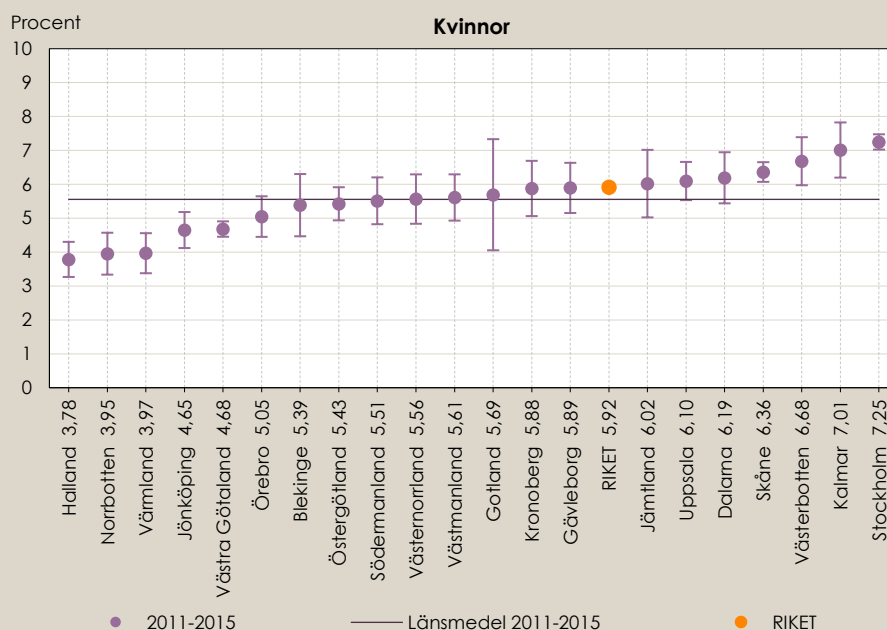


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Den totala andelen grad III- och grad IV-bristningar varierade mellan 3,8 och 7,2 procent under perioden 2011 till 2015. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen av grad III- och grad IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

32.3. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

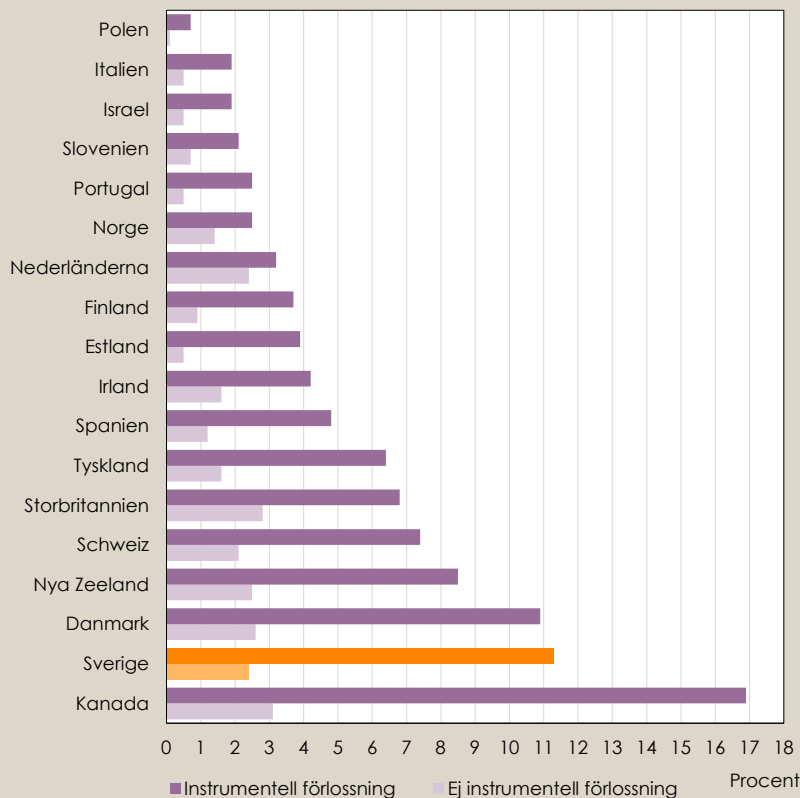
Flera uppgifter om förlossningsvården ur moderns perspektiv publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas. Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorn *Akut återinskrivning efter förlossning*.

Sverige redovisar hög andel bristningar

Jämfört med länder i OECD har Sverige en rapporterad hög andel bristningar vid främst instrumentell förlossning men även vid ej instrumentell förlossning. Andelen vid instrumentell förlossning var 11,3 procent 2015 och för ej instrumentell förlossning var andelen 2,4 procent. Generellt var den rapporterade andelen bristningar lägst i Polen och högst i Kanada. För internationella jämförelser fungerar bristningar som ett stabilt mått eftersom det är mindre känsligt för skillnader i kodningspraxis. Dock kan andelen registrerade bristningar påverkas av hur bra hälso- och sjukvården i enskilda länder är på att rapportera bristningar, det finns exempelvis viss evidens för att användandet av register innebär bättre datakvalitet och fler rapporterade fall [71].

A.9. Länder. Bristningar vid förlossning

Andel perinialbristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar fr instrumentella respektive icke instrumentella förlossningar, 2015. (OECD-länder med rapporterade vrden fr mätperioden utan anmärkning om avvikande redovisning).



Källa: OECD.

32. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Med stigande ålder sker flera förändringar som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Därför kan användning av vissa läkemedel innebära en betydande risk fr biverkningar hos äldre, och dessa läkemedel bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl fr 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 fljask upp och omprövas regelbundet med täta intervall. I samband med en revidering av *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* har indikatorn setts över och i den nya versionen utökats med ett antal läkemedel. Det utökade urvalet består av:

- långverkande bensodiazepiner (vissa lugnande medel och sömnmedel)
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- tramadol (smärtstillande)
- propiomazin (sömnmedel)
- kodein (smärtstillande)

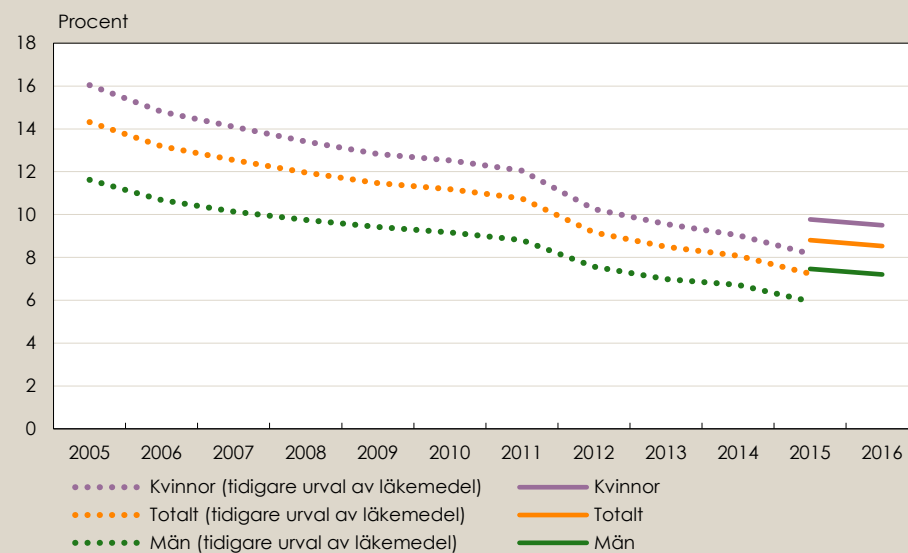
- glibenklamid (diabetesmedel) [72].

I diagrammet 32.1. redovisas uppgifter för det tidigare och det utökade urvalet av läkemedel för indikatorn. För 2016 redovisas både andelen med det nya och det gamla urvalet och då framgår att det nya innebär att andelen ökar med 1,6 procentenheter för riket.

För den nya indikatorn så minskade andelen äldre med olämpliga läkemedel mellan 2015 och 2016. Andelen personer 75 år och äldre i riket med de läkemedel som anges för indikatorn var 8,5 procent 2016. Bland kvinnor var andelen cirka 2,3 procentenheter högre än bland män.

32.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas - ändrat urval läkemedel

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.

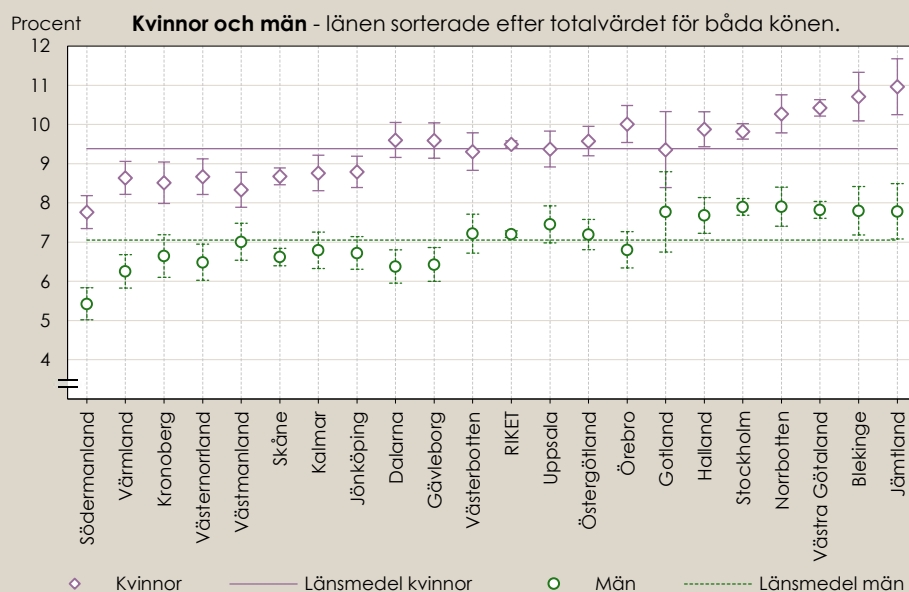


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer 75 år och äldre i Södermanland har lägst andel läkemedel som bör undvikas och som specificeras av indikatorn, både bland kvinnor och bland män. Andelen bland kvinnor är högre i samtliga län.

32.2. Län. 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, 2016.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) 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 erbjuder en webbutbildning om läkemedelsgenomgångar. Utbildningen vänder sig till läkare, sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal.

Om relaterade mått och data

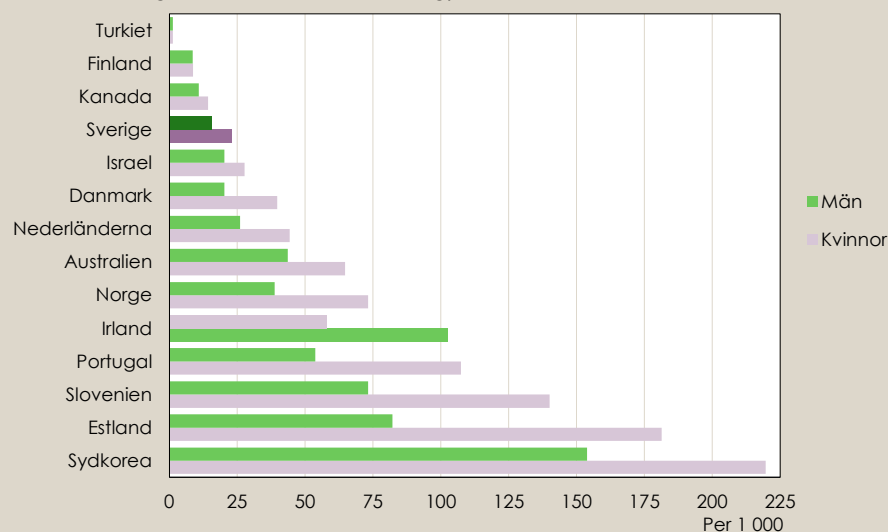
I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas den tidigare versionen av indikatorn uppdelat på personer med hemtjänst eller i särskilt boende.

Långtidsverkande sömn- och lugnande medel hos äldre inom OECD

Jämfört med de flesta andra länder i OECD är det färre äldre som förskrivs långtidsverkande bensodiazepiner i Sverige. Endast Finland, Kanada och Turkiet har lägre antal än Sverige.

A.10. Länder. Långtidsverkande bensodiazepiner hos äldre

Antal per 1000 personer 65 år och äldre med förskrivning av långtidsverkande bensodiazepiner, 2015. (OECD-länder med rapporterade värden för mätperioden utan anmärkning om avvikande redovisning).



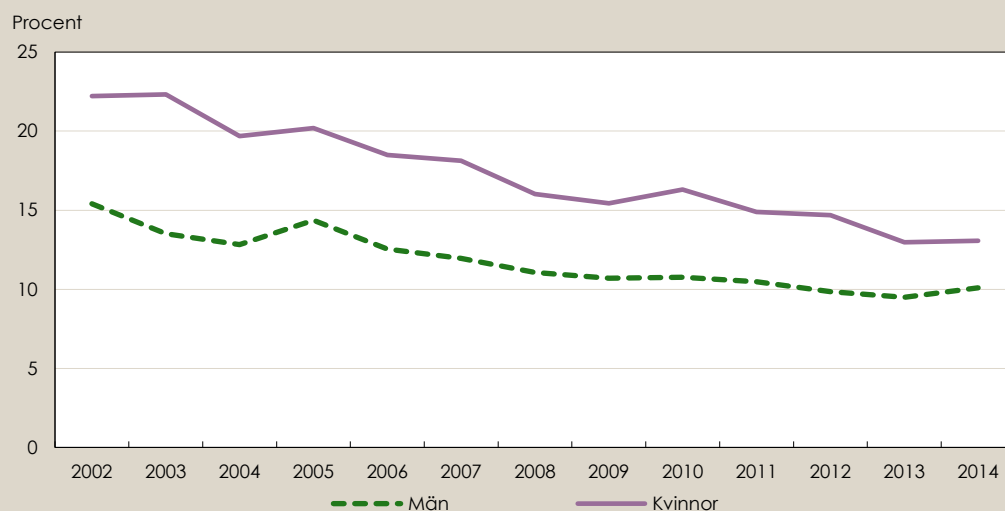
Källa: OECD.

Andel äldre med olämpliga läkemedel har även minskat i USA

Även USA följer upp olämpliga läkemedel hos äldre. Dock finns skillnader mellan USA och Sverige gällande vilka läkemedel som anses som olämpliga för äldre. Precis som i Sverige har en större andel av kvinnorna läkemedel som anses som olämpliga för äldre, drygt 13 procent jämfört med 10 procent av männen. 2002 var andelen kvinnor med olämpliga läkemedel drygt 22 procent och andelen bland männen var drygt 15 procent.

A.11. Olämpliga läkemedel bland äldre i USA

Andel amerikanska män och kvinnor 65 år och äldre som har minst ett av 33 olämpliga läkemedel. Ett urval av äldre personer.



Källa: Agency for Healthcare Research and Quality.

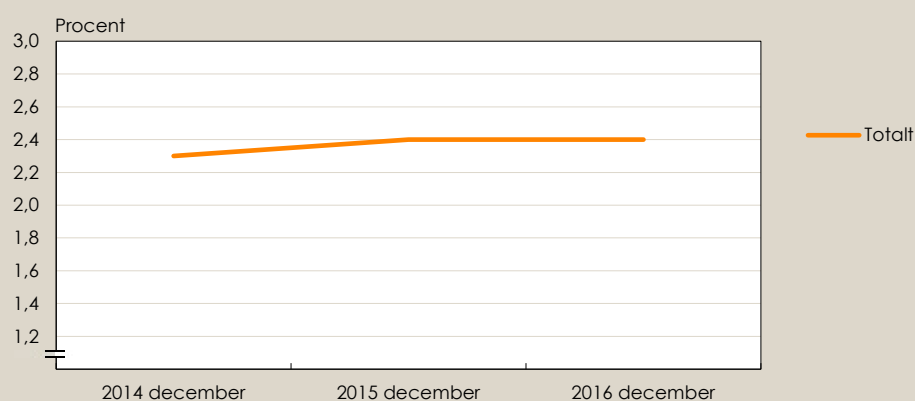
33. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

För antipsykotiska läkemedel finns indikation för förskrivning vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldreomsorgen används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesyntom som motorisk oro samt rop och vandring, dock oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar, 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 [72].

Indikatorn visar användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer som är 75 år och äldre. Personer med diagnosen psykossjukdom har inte exkluderats. I riket som helhet behandlades 2,4 procent med antipsykotiska läkemedel 2016. Andelen personer med antipsykotiska läkemedel har legat på en jämn nivå 2014, 2015 och 2016.

33.1. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

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

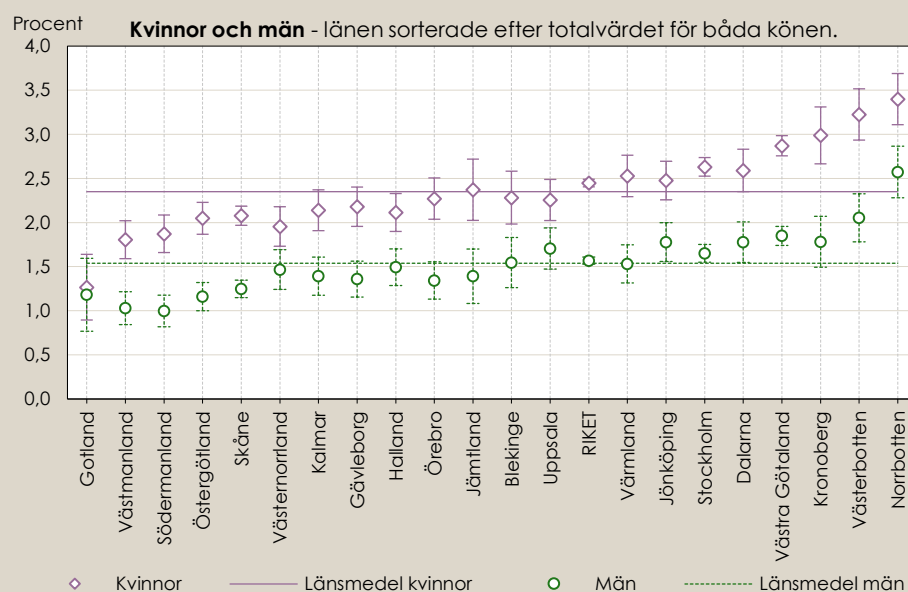


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor, 75 år och äldre, varierar andelen på länsnivå som använder antipsykotiska läkemedel från 1,3 till 3,4 procent. Bland männen varierar andelen som använder antipsykotiska läkemedel mellan 1,0 till 2,6 procent.

33.2. Län. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2016.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Precis som för indikatorn *Äldre med läkemedel som bör undvikas* är det viktigt att verksamheterna genomför läkemedelsgenomgångar för att meto- disktt följa upp och analysera varje individs läkemedelsanvändning. Dessu- tom är det viktigt att personer som misstänks lida av demenssjukdomar får en demensutredning.

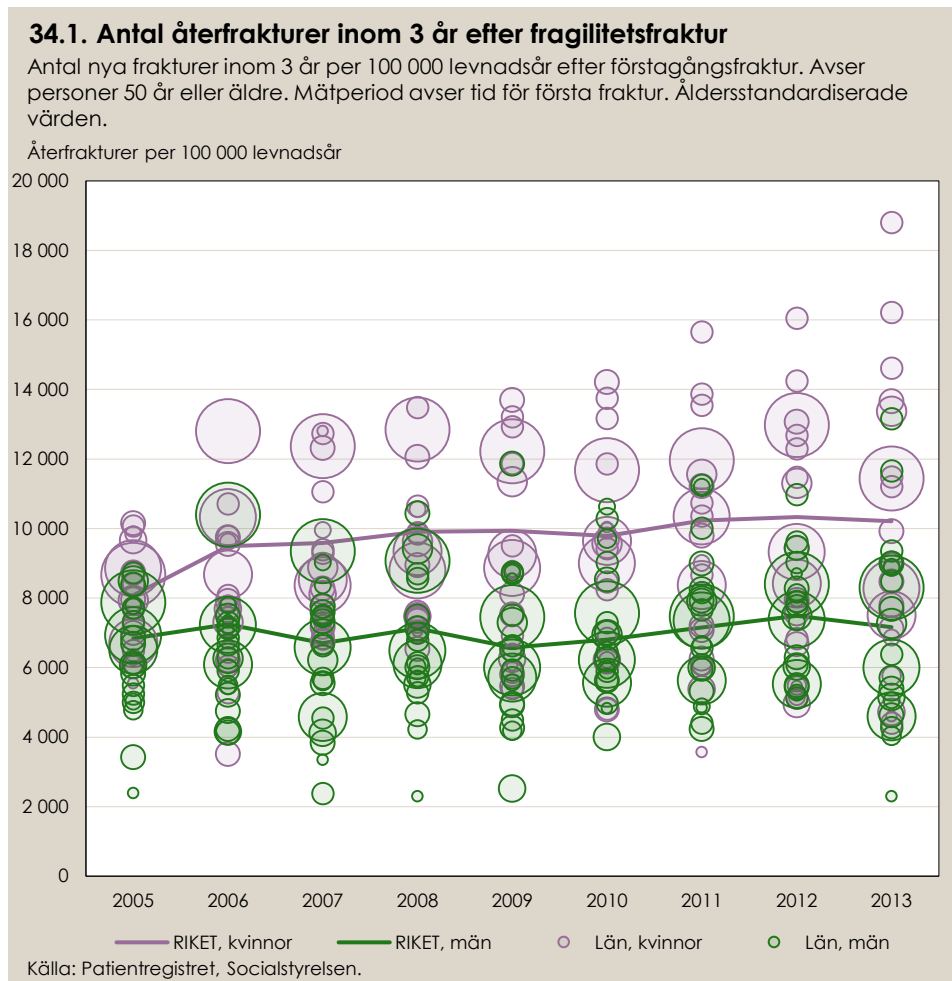
Om relaterade mått och data

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

34. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

Indikatorn visar antalet nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår hos personer som är 50 år och äldre och som under mätperioden haft en första- gångsfragilitetsfraktur som behandlades i slutenvård eller av läkare i öppen specialiserad vård. Förstagångsfragilitetsfraktur betyder här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. Jämförelsen är åldersstandardiserad och mätperioden avser tid för första frakturen, efter vilken uppföljning har skett i 3 år. Socialstyrelsens målnivå är att antalet återfrakturer ska minska med 20 procent i respektive landsting jämfört med utfallet 2003–2007, för riket motsvarar detta mål ganska exakt 6 000 återfrakturer per 100 000 levnadsår [73]. I jämförelsen över tid, med första frakturen för åren från 2005 till 2013, syns istället en ökning av återfrakturerna inom tre år. För 2013 var det åldersstandardiserade värdet för män 7 166 och för kvinnor 10 207 per 100 000 levnadsår. Merparten av de som ingår i måttet utgörs av kvinnor.

Skillnaden mellan kvinnor och män var också större 2013. I och med att det den första frakturen kan ha skett 2013 så är det sista året för återfrakturer 2016.

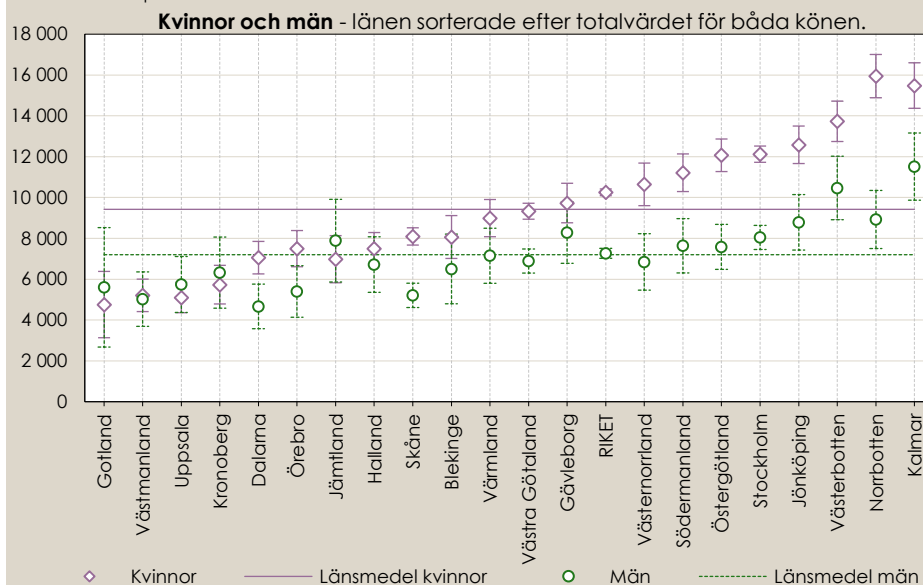


Bland personer med en första fraktur 2011–2013 varierar antalet återfrakturer per 100 000 levnadsår för kvinnor mellan länen från 4 757 till 15 945 återfrakturer per 100 000 levnadsår. För män varierar antalet mellan 4 667 och 11 514. Bland de län med bäst totalvärden ligger också värdena för kvinnor och män nära varandra.

34.2. Län. Antal återfrakturer inom 3 år 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, 2011-2013.

Återfrakturer per 100 000 levnadsår



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

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

Nationell målnivå

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

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

Strukturerade vårdkedjor för fragilitetsfrakturer ökar andelen utredningar och behandlingar och kan minska andelen nya frakturer med runt 40 procent. En utredning utgörs av frakturrisksbedömning med FRAX och bentäthets-

mätning med DXA. Beroende på sjukvårdsorganisation ser vårdkedjorna olika ut men ofta ingår ett multiprofessionellt team som följer patienten genom utredningen [8].

Om relaterade mått och data

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

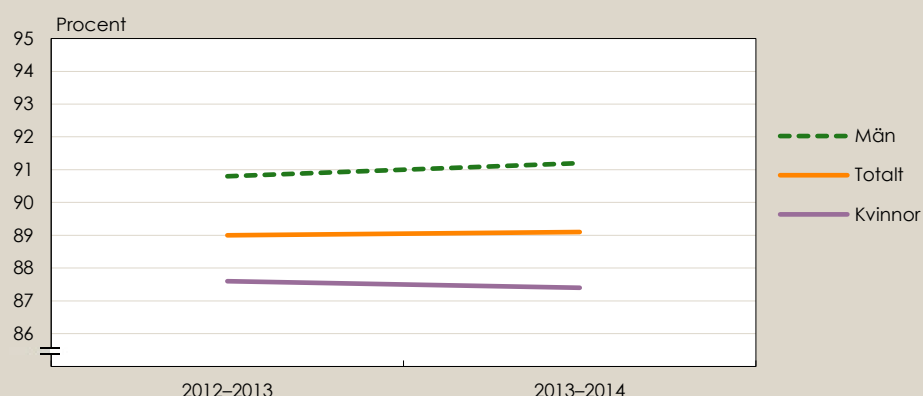
35. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

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

Indikatorn visar andelen patienter som 1 år efter operationen anger att de är nöjda med höftprotesoperationen, genom att de har angett värden mellan 0 och 40 på en VAS-skala, där 0 är *nöjd* och 100 är *missnöjd*. Värden mellan 41 och 100 anses ange att patienten är osäker på om den är nöjd eller att patienten är missnöjd med resultatet. Utifrån den använda definitionen för nöjdhet angav 89 procent av alla patienter i hela riket att de var nöjda med resultatet, vilket är samma resultat som föregående period. Fler män än kvinnor är nöjda efter höftprotesoperation, 91 jämfört med 87 procent. Variationen mellan landstingen låg mellan 93 procent ner till 84 procent.

35.1. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

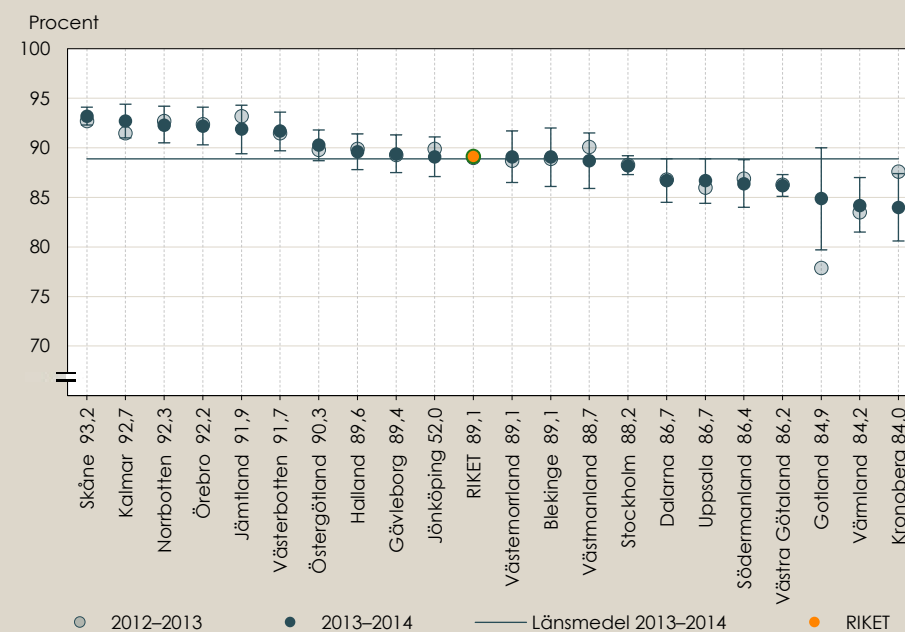
Andel patienter som uppger att de är nöjda 1 år efter höftprotesoperation. Mätperioden avser operationsår.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

35.2. Län. Patienttillfredsställelse efter höftledsoperation

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



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Orsaken till att en komplikationsfri patient inte är nöjd ett år efter operationen är säkerligen multifaktoriell, där flera olika faktorer samspelar, till exempel tveksam indikation för kirurgi, andra sjukdomar (komorbiditet), socioekonomiska bakgrundsvariabler, födelseland och sammanhängande språksvårigheter, bristande information om förväntat resultat och rehabiliteringslängd samt orealistiskt höga förväntningar på slutresultatet [74].

Om relaterade mått och data

Relaterade indikatorer är exempelvis *Frakturer på lår och höft* som presenteras på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. Den relaterade indikatorn *Väntetid inför höftfrakturoperation* presenteras i *Vården i siffror*. Indikatorn *Artrosskola före höftprotesoperation* mäts av kvalitetsregistret Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA-registret) [8].

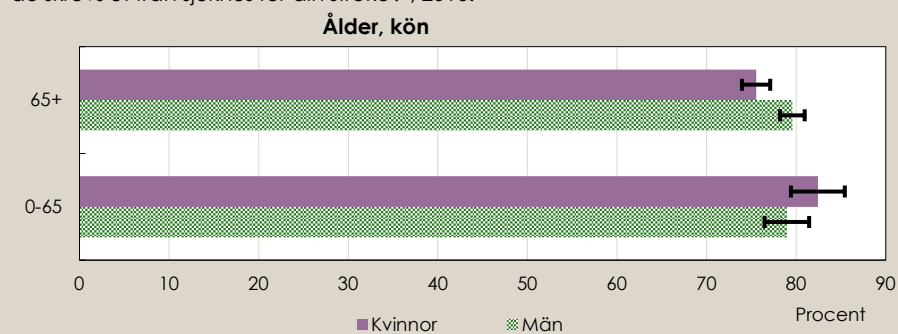
36. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke

Stroke är en av landets stora folksjukdomar och den kräver insatser från både kommuner och landsting. Indikatorn för tillgodosedda rehabiliteringsbehov visar hur stor andel av de personer som vårdats för stroke som 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 i omsorgen.

Den enkätfråga som används har ändrats och därför görs ingen jämförelse mot tidigare år. Inräknat den ändrade frågan har andelen som bedöms som nöjda ökat med nära 15 procent. För 2016 uppgav 78 procent att de var nöjda med sin rehabilitering. Det finns en liten men ganska tydlig skillnad mellan könen för de svarande på riksnivå och män är mer nöjda än kvinnor.

36.1. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke

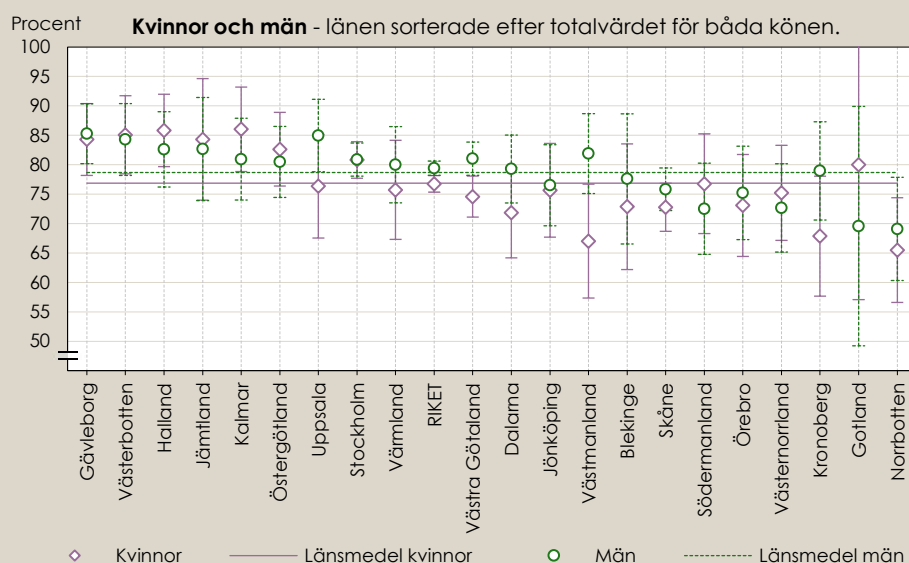
Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?", 2016.



Mönstret är inte så tydligt på länsnivå och ser olika ut för dem över respektive under 65 år. Föregående uppföljningar med likartad frågeställning har dock på riksnivå uppvisat samma förhållande – alltså att en högre andel bland män än bland kvinnor varit nöjda med rehabiliteringen efter 12 månader.

36.2. Län. 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?", 2016.



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

Om relaterade mått och data

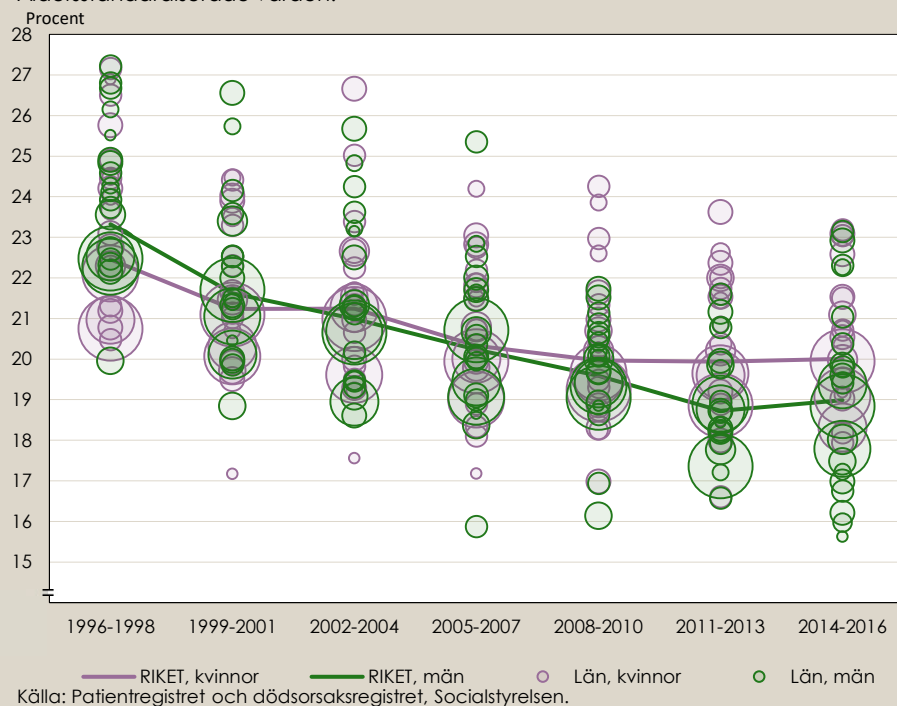
Det finns ett antal relaterade indikatorer från kvalitetsregistrets uppföljningsenkäter vid 3 respektive 12 månader. För indikatorn *Tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke efter 3 månader* finns en nationell målnivå på 75 procent. Dessutom finns indikatorn *Tillgodosedda behov av rehabilitering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

37. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Indikatorn visar andelen patienter som dog inom 90 dagar efter en förstagångsstroke. Jämförelsen är åldersstandardiserad. Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i antingen dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår de patienter som dog utan att ha vårdats på sjukhus och de patienter som dog som hade sjukhusvårdats. Som förstagångsfall räknas personer som inte haft någon stroke de sju föregående åren. Andelen män som dör inom 90 dagar var för 2014–2016 nästan 19 och för bland kvinnor var andelen drygt 20 procent. För alla perioder så är den åldersstandardiserade andelen som dör inom 90 dagar högre bland kvinnor än bland män, för 2014–2016 var värdet bland kvinnor 1,0 procentenheter högre än bland män.

37.1. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

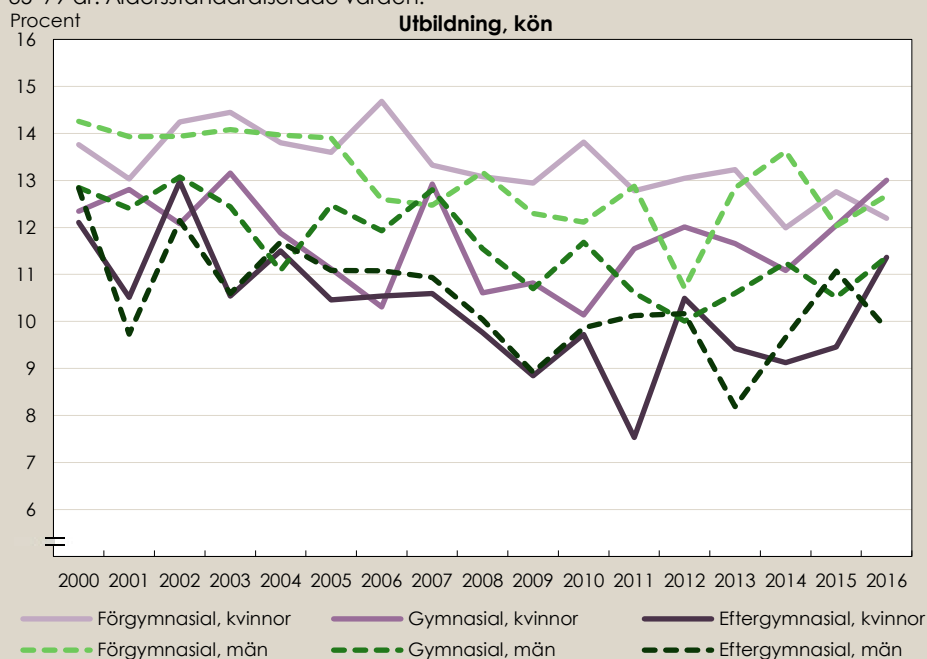
Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus.
Åldersstandardiserade värden.



Vid jämförelse av utbildningskategorier avgränsas gruppen till åldrarna från 35 till 79 år, vilket ger generellt lägre nivå för andel döda inom 90 dagar. För respektive kön så har andelen döda bland dem med kortare utbildning varit generellt högre för åren från 2000 till 2016.

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

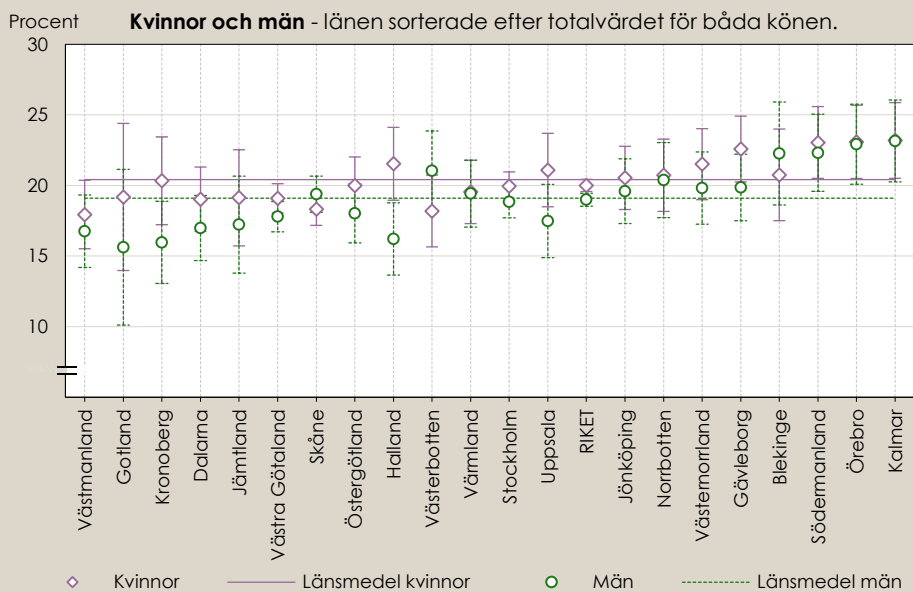
Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Förhållandet med en högre andel bland kvinnor än män syns även på länsnivå under 2014–2016 även om konfidensintervallen ofta är stora är andelen för kvinnor högre än för män i merparten av länen.

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

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden, 2014–2016.



Indikatorn avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Därför fångar den även in effekter av samverkan mellan landstingens olika verksamheter och kommunernas hälso- och sjukvård. Verksamheterna rekommenderas att utgå från Socialstyrelsens riktlinjer vid vård vid stroke och arbeta utifrån rekommendationerna. Socialstyrelsen har under 2017 publicerat en remissversion av riktlinjerna vilken innehåller 35 indikatorer för vård vid stroke [75]. 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 [76].

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens *jämförelseverktyg* kan andelen som dör inom 28 dagar jämföras, även enbart för kategorin personer som sjukhusvårdats. I Socialstyrelsens utvärdering av strokevård finns flera indikatorer. Exempel på indikatorer som ska belysa akutskedet är *Tidsfördröjning mellan ankomst till sjukhus och Start av trombolysbehandling* och *Vård på strokeenhet*.

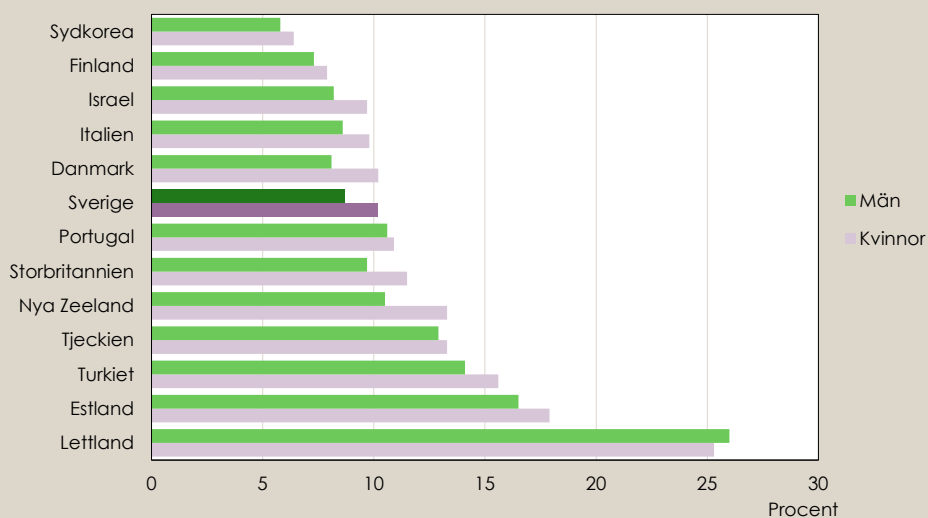
Indikatorerna *Warfarinbehandling vid förmaksflimmer efter stroke* och *Rökstopp efter stroke* belyser sekundärpreventiv behandling, medan effekter på vård och omsorg kan belysas genom indikatorerna *ADL-oberoende* samt *Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning*. Mer information finns även på kvalitetsregistret Riksstroke's hemsida.

Sverige i jämförelse av dödlighet vid strokesjukvård

OECD använder indikatorn *Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke inom 30 dagar* som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Till skillnad från huvudindikatorn redovisas alltså enbart de patienter som sjukhusvårdats och för en kortare uppföljningsperiod med åldersavgränsningen 45 år och äldre. Resultaten visar att Sverige är ett av de länder som har låg andel döda av länder som rapporterat uppgifter för 2015, även om några länder också visar upp ett bättre resultat än Sverige för perioden, vilket framgår av diagram A.12.

A.12. Länder. Dödlighet vid sjukhusvårdad ischemisk stroke

Andel patienter som avled inom 30 dagar vid inskrivning för stroke, 45 r eller äldre, 2015. ldersstandardisering enligt OECD-standardpopulation. OECD-länder med rapporterade vrden fr 2015.



Källa: OECD.

38. Dödlighet efter hjärtinfarkt

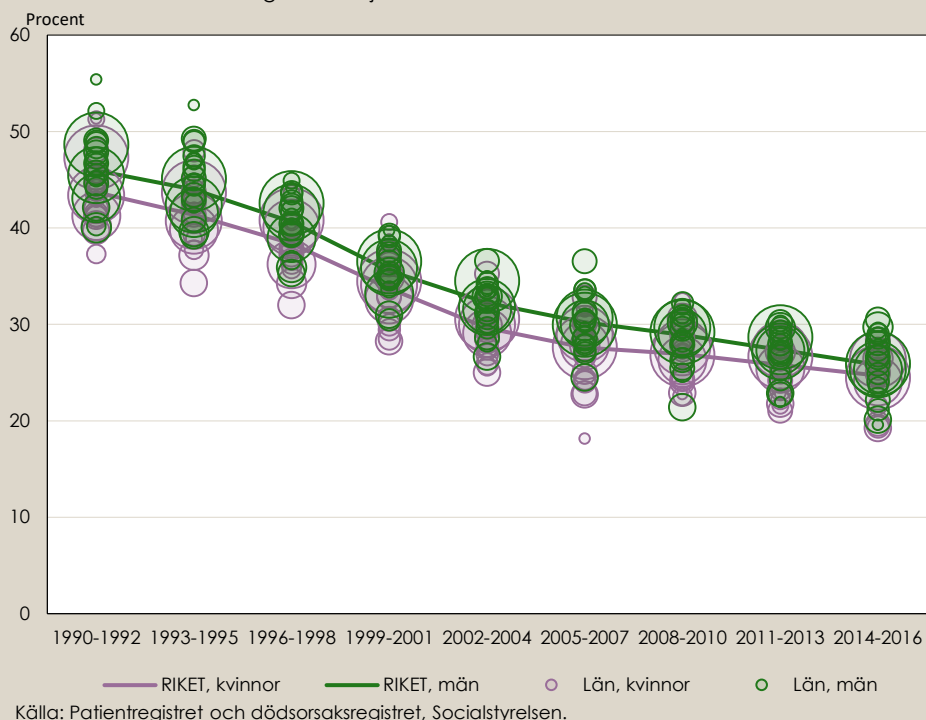
Risken att d inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller *case fatality*) r en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mter kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet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

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

Vrderna för riket har kontinuerligt förbättrats sedan 1990–1992 även om en utplaning kan ses för de senare perioderna. Mn har en liten men tydligt högre åldersstandardiserad andel som dr inom 28 dagar även om skillnaden mellan könen har minskat och r lägst för den senaste perioden 2014–2016.

38.1. Dödlighet efter hjärtinfarkt

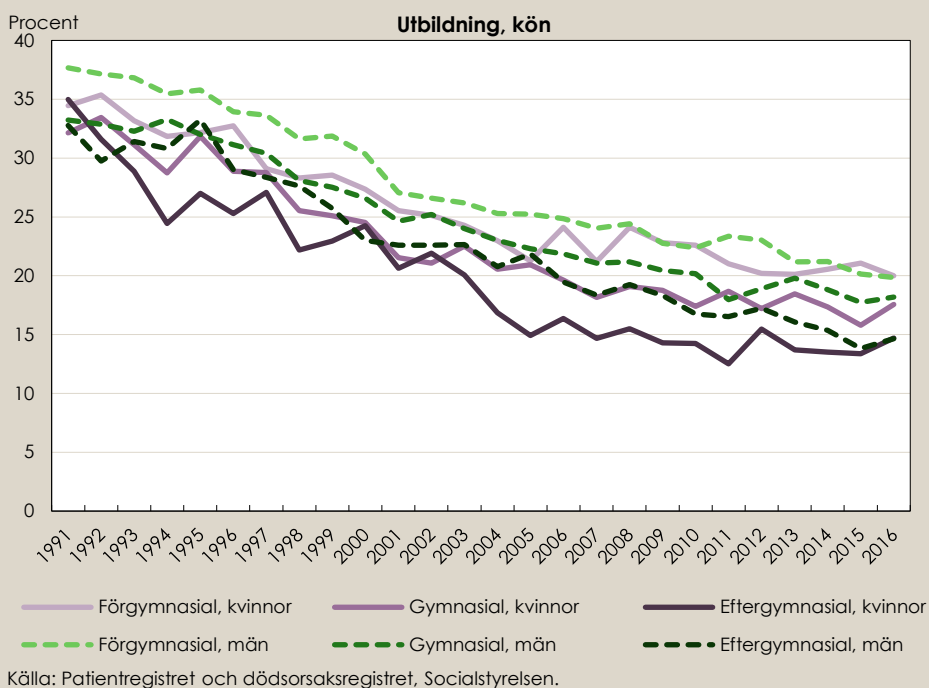
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Bland både kvinnor och män, 35 till 79 år, med endast förgymnasial utbildning avled omkring 20 procent inom 28 dagar 2016. Andelen bland båda könen för personer med eftergymnasial utbildning är 14,7 procent.

38.2. Utbildning. Dödlighet efter hjärtinfarkt

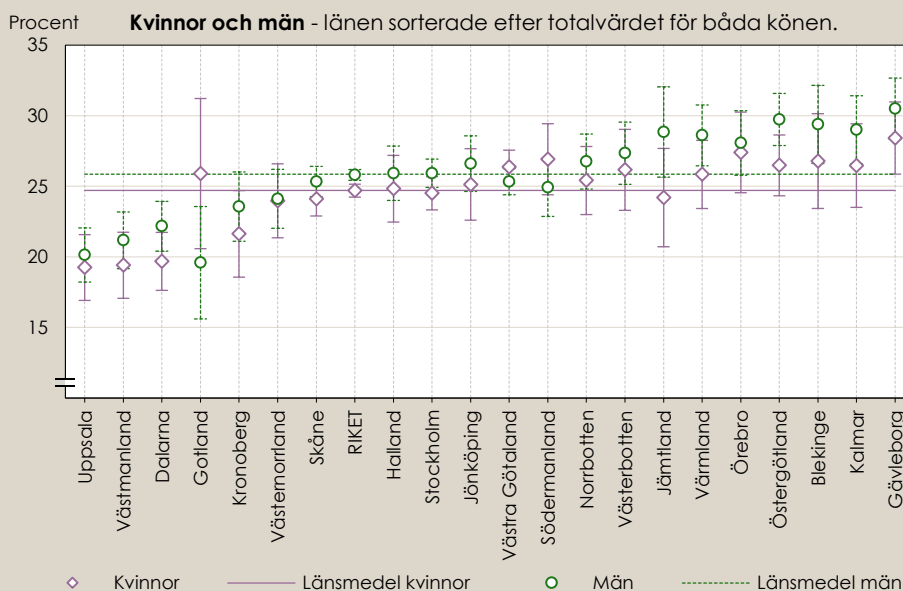
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Det län som har lägst andel döda 28 dagar efter hjärtinfarkt är Uppsala och högst andel finns i Gävleborg. Länsmedlet för kvinnor, var nära 25 procent och för män nästan 26 procent, för 2014–2016.

38.3. Län. Dödlighet efter hjärtinfarkt

Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden, 2014–2016.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Variationer mellan landstingen kan bero på flera olika orsaker. Exempelvis påverkar tillförlitligheten i diagnossättning samt olika sociala faktorer. Dessutom påverkar annan samtidig sjuklighet samt befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avstånd till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus. Hälso- och sjukvården kan förbättra hjärtsjukvården genom att exempelvis öka andelen som får reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning och genom att korta tiden mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt [56].

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

Om relaterade mått och data

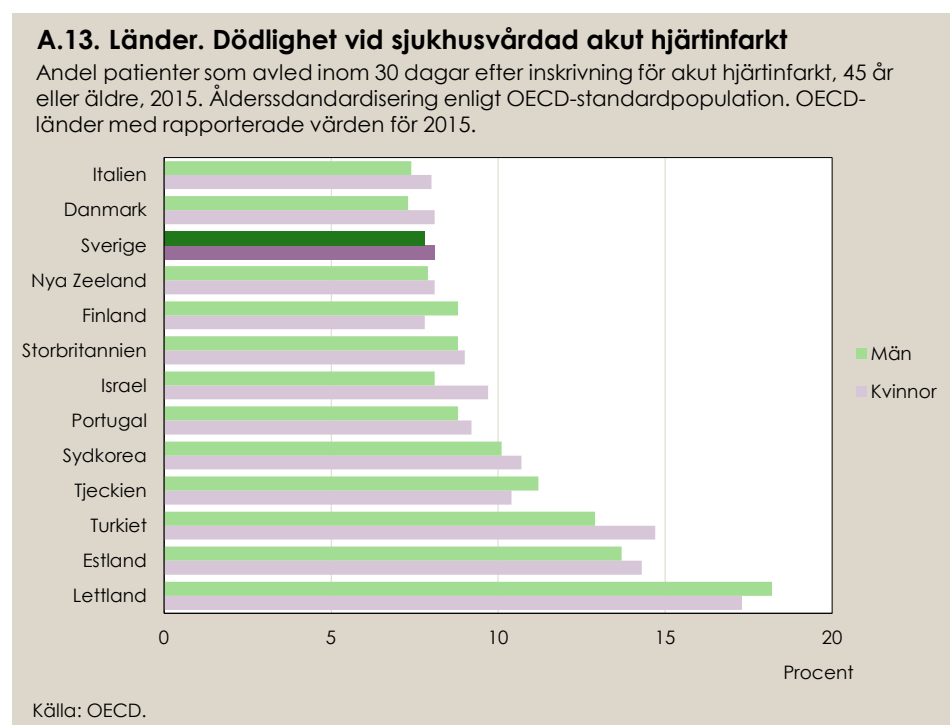
Indikatorn *Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt* utgör en delmängd av de personer som redovisas här. Indikatorerna som berör överlevnad för personer som drabbats av infarkt relaterar till den breda indikatorn *Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom*, som utöver överlevnaden efter insjuknande även påverkas av sjukdomsförekomsten i befolkningen. Indikatorn *Ny*

infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom följer patienten 365 dagar efter utskrivning. Socialstyrelsen följer även upp hjärtsjukvården med en rad andra indikatorer.

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

Låg dödlighet vid hjärtinfarktvård i Sverige

Andelen som avlider inom 30 dagar efter akut hjärtinfarkt är för Sverige i en jämförelse med länder i OECD låg. Endast Italien och Danmark hade ett bättre resultat och Sverige är även ett av de länderna med lägst skillnad mellan kvinnor och män.



39. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Med cancer menas en elakartad, så kallad malign, tumörsjukdom. Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad. Chansen att botas har ökat under de senaste årtiondena, tack vare ökad kunskap, bättre behandling och större möjlighet att upptäcka cancer i ett tidigt stadium. Ändå dör cirka 23 000 personer om året i en cancersjukdom i Sverige. Det gör cancer till den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar [77].

I Sverige lever i dag mer än 450 000 personer som har eller har haft cancer. Antalet personer som lever med en cancerdiagnos beräknas öka i framtiden.

den på grund av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar. Enligt *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) beräknas männen med cancer vara nästan 130 procent fler år 2030 än i dag, motsvarande ökning för kvinnor är cirka 70 procent [77]. Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnosen har ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar.

Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, bröstcancer eller hudcancer som inte är malignt melanom, och dessa cancertyper ingår inte i indikatorn. Generellt har överlevnaden utvecklats positivt för merparten av områdena inom cancervården. Den positiva utvecklingen tyder på att den nationella cancerstrategin har haft effekt [78].

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. Indikatorn är förändrad jämfört med tidigare då alla tumörlägen ingick. Eftersom annan hudcancer än malignt melanom samt bröst- och prostatacancerdiagnoser är borttagna från indikatorn och cancertyperna har hög överlevnad så är nivån cirka tio procentenheter lägre med den justerade indikatorn. För 2011–2015 ligger andelen bland kvinnor på drygt 60 procent och bland män överlever nästan 57 procent 5 år efter att de fått sin cancerdiagnos. Överlevnaden har ökat kontinuerligt för både män och kvinnor, vilket framgår av diagram 39.1.

39.1. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

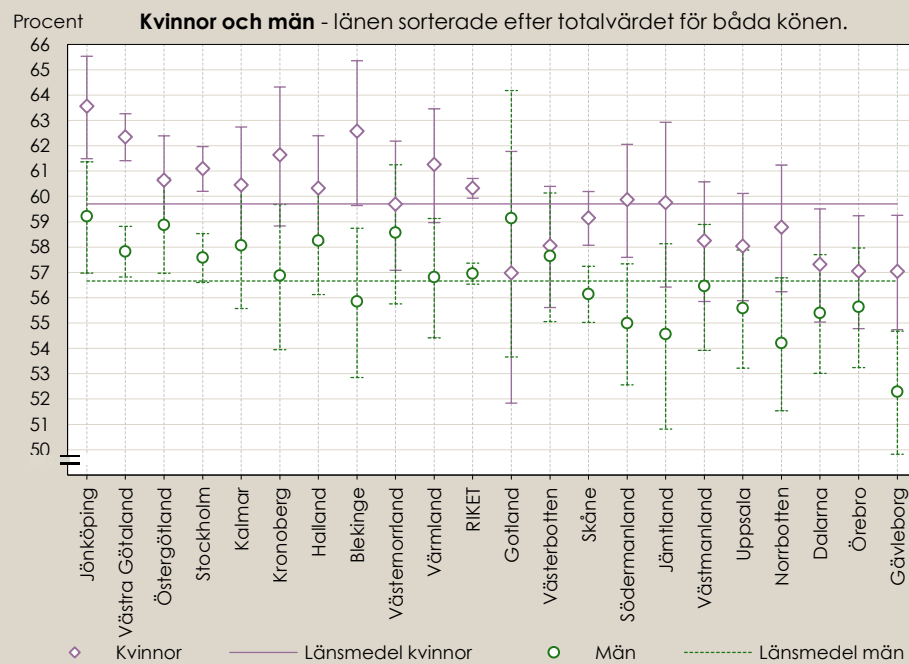
Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Den relativa femårsöverlevnaden, 2011–2015, bland kvinnor varierar mellan länen från en andel på 57 procent upp till nästan 64 procent. Bland män varierar femårsöverlevnaden från drygt 52 till drygt 59 procent.

39.2. Län. 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, 2011-2015.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

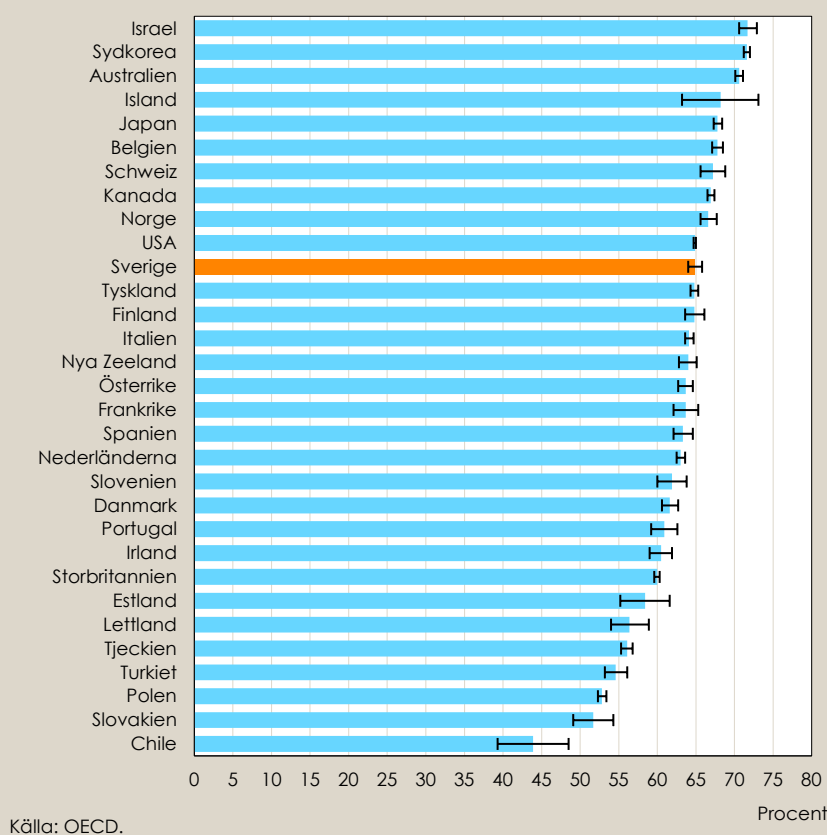
Socialstyrelsen redovisar relativ överlevnad för olika cancerformer i Socialstyrelsens *jämförelseverktyg*. Dessutom publiceras indikatorer med resultat och processer inom cancerområdet i *Vården i Siffror*.

Överlevnad vid coloncancer för länder i OECD

Sveriges värde för relativ 5-årsöverlevnad vid coloncancer är 65 procent för 2010 till 2014. Värdena för länderna i OECD varierar från 44 procent i Chile upp till 72 procent i Israel.

A.14. Länder. Femårsöverlevnad – coloncancer

Relativ 5-årsöverlevnad vid coloncancer, 2010–2014. Ålders- och könsstandardiserade värden. OECD-länder med rapporterade värden för mätperioden utan anmärkning om avvikande redovisning.



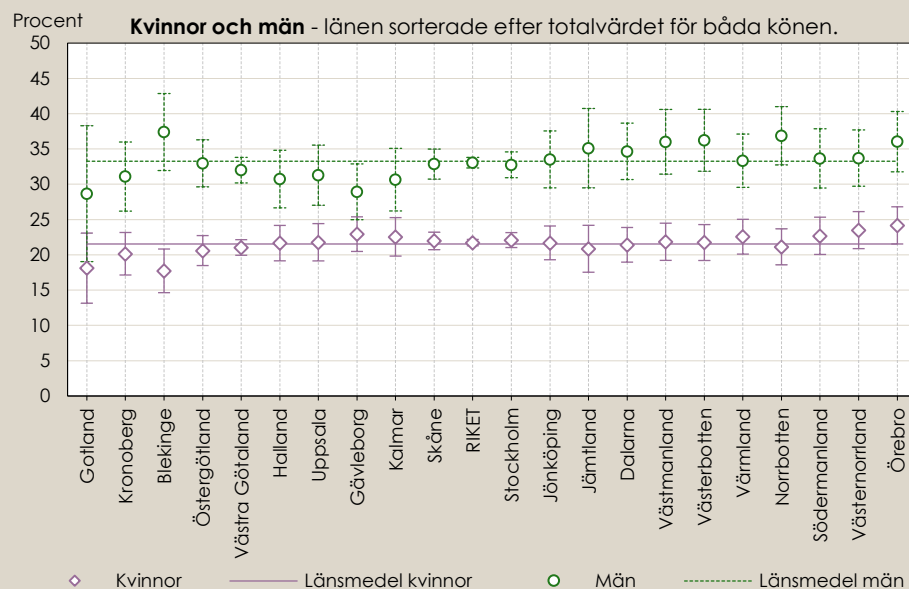
40. Dödlighet efter höftfraktur

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 [8].

Indikatorn visar andelen patienter som är 50 år och äldre som dog inom 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur. Förstagångshöftfraktur avser här att patienten inte haft någon fraktur sedan 2000. De höftfrakturer som inkluderats i måttet är i de flesta fall relaterade till benskörhet. Under 2013–2015 var den åldersstandardiserade dödligheten nära 22 procent för kvinnor och 33 procent för män, antalsmässigt dog dock fler kvinnor eftersom två tredjedelar av de som råkar ut för höftfraktur och ingår i måttet är kvinnor. Även på länsnivå är skillnaden mellan kvinnor och män genomgående men ingen tydlig skillnad mellan olika läns resultat för respektive kön kan ses då konfidensintervallen i de flesta fall överlappar varandra.

40.1. Län. Dödlighet efter höftfraktur

Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2013-2015.

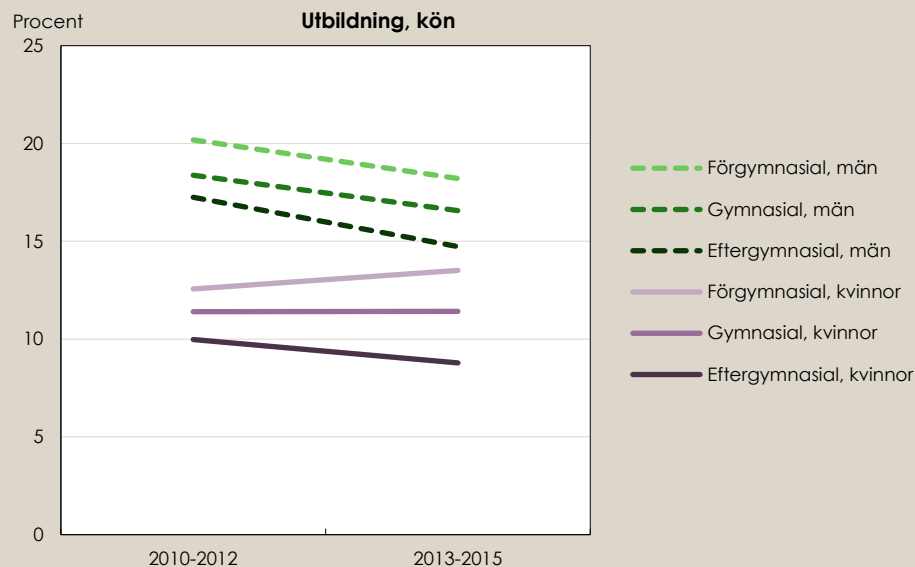


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Utöver den tydliga skillnaden mellan män och kvinnor finns även ett konsekvent mönster för respektive kön när det gäller skillnader mellan utbildningsnivåer där en lägre utbildningskategori hänger samman med högre dödlighet. Den övre åldersgränsen för värden efter utbildningsgrupper är 79 år vilket förklarar den lägre nivån.

40.2. Utbildning. Dödlighet efter höftfraktur

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



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett bra första omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Instrumentet FRAX (*fracture risk assessment tool*) är framtaget för att bedöma frakturnrisk. Hälso- och sjukvården bör i högre grad utreda benskörhet samt fallrisk hos främst äldre personer. Utöver detta bör verksamheterna behandla fler personer med hög risk för frakturer med benspecifika läkemedel [8]. Dessutom kan kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende förebygga risken för fall och frakturer.

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens utvärdering av nationella riktlinjer av rörelseorganens sjukdomar redovisas relaterade indikatorer så som *Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur* och *Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur*. Indikatorerna *Fallskador bland äldre* och *Frakturer på lår och höft* presenteras även på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. I kvalitetsregistret Rikshöft finns bland annat indikatorn *Väntetid inför höftfrakturopoperation*.

41. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

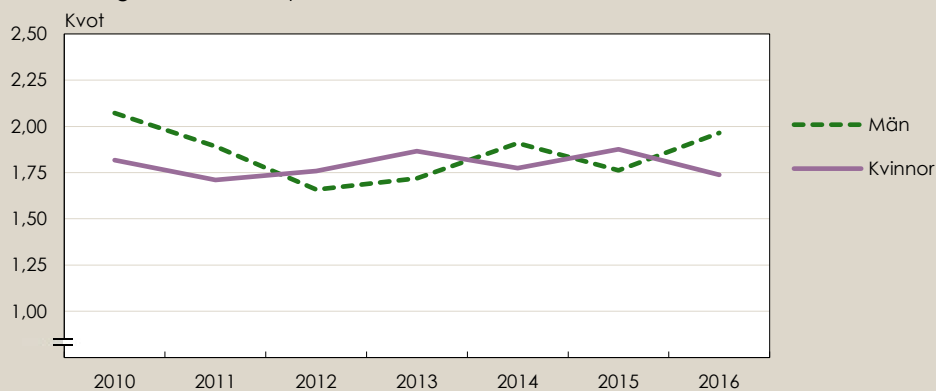
Bipolär sjukdom drabbar cirka 1–2 procent av befolkningen och är ungefär lika vanlig hos kvinnor som bland män. Det finns två former av bipolär sjukdom. Den ena karaktäriseras av förekomsten av maniska episoder och den andra karaktäriseras av episoder av förhöjt stämningsläge och överaktivitet, så kallad hypomani. Män har oftare maniska perioder medan kvinnor oftare lider av depression [79].

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 2016 var värdet för kvinnor med bipolär sjukdom 1,74 och för män 1,96, det finns dock ingen tydlig skillnad mellan könen då underlaget för enstaka år blir relativt litet och kvinnor och män ligger nära varandra.

41.1. 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.

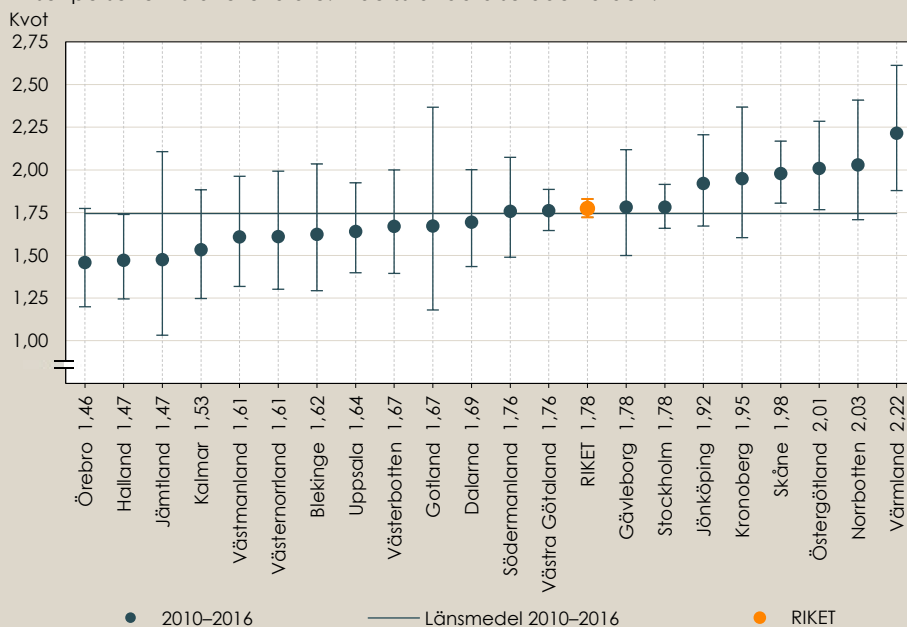


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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 indikationer på varierande kvalitet i hälso- och sjukvården. Detta trots att mätperioden för dödsfallen i länsjämförelsen omfattar hela sex år.

41.2. Län. 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.

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad tidig dödlighet till följd av allmänna medicinska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär

spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdom samt sjukdomar i hjärnans blodkärl och hormonsjukdomar. Tidigare var den högre dödligheten bland personer med bipolär sjukdom kopplad till ett högre antal suicid och olyckor. I dag behandlas många personer med bipolär sjukdom med läkemedel som kan ge ökad risk för fetma och metabola syndrom. Det har bidragit till att orsakerna till den ökade dödligheten förändrats.

Inom hälso- och sjukvården bör det finnas rutiner för att bedöma suicidsrisk och rutiner för förebyggande läkemedelsbehandlingar med litium för personer med bipolär sjukdom. Dessutom bör sjukvården arbeta för att personer som besöker psykiatrien känner sig respektfullt bemötta och att de samtidigt får tillräckligt information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa [80].

Om relaterade mått och data

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

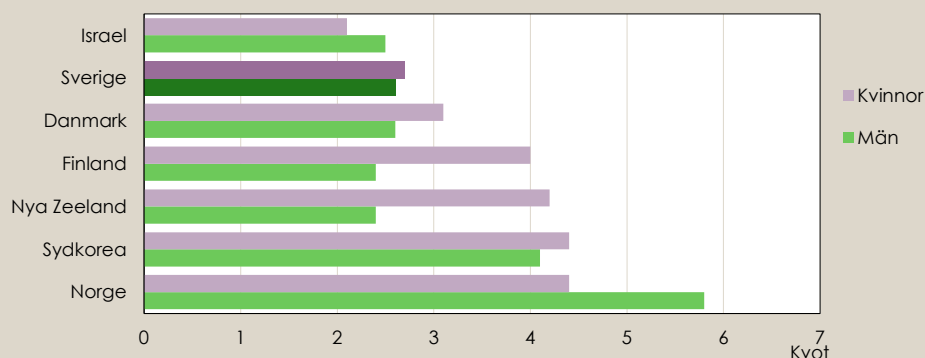
Socialstyrelsen reviderar riktlinjerna för ångest och depression samt tillhörande indikatorer för uppföljning och utvärdering. I utvärderingen från 2013 redovisades exempelvis indikatorerna *Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med litium för patienter som uppnått remission efter manisk eller depressiv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

Överdödlighet vid bipolär sjukdom i olika länder

Överdödlighet för kvinnor med bipolär sjukdom i Sverige är relativt sett låg i jämförelser med de andra länder inom OECD som rapporterat uppgifter för indikatorn 2015, för män var Sveriges värde i nivå med andra länder utom Norge och Sydkorea som hade högre överdödlighet för män med bipolär sjukdom.

A.15. Länder. Överdödlighet för patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen, 2015. Avser personer 15–74 år. Åldersstandardiserade värden enligt OECD-standardpopulation. OECD-länder som rapporterat värde för 2015.



Källa: OECD.

Motsvarande indikator men för personer med schizofreni, *Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni*, förekommer också i OECD:s jämförelser.

42. 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 [81].

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Indikator finns med i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede, och den avser att följa andelen döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet [82].

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 under 8 procent av patienterna som dog 2016 hade varit inskrivna två eller flera gånger de sista 30 dagarna i livet. Sedan 2013 har andelen minskat med cirka 0,7 procentenhet.

42.1. Återkommande slutenvård i livets slutskede

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

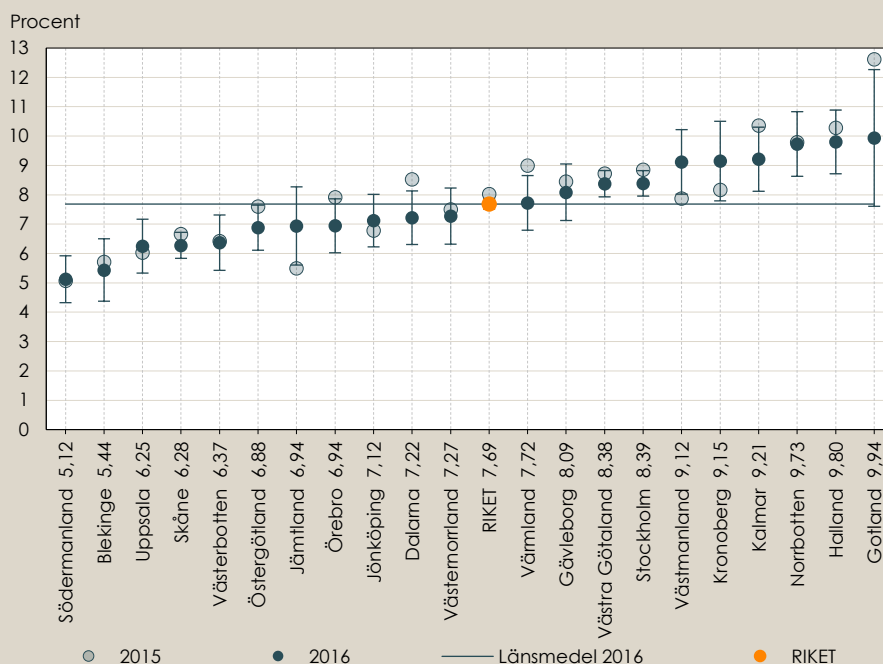


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

När indikatorn används för jämförelser mellan länen så visar resultaten att andelen patienter som de sista 30 dagarna i livet hade två eller fler inskrivningar variera mellan 5 och 10 procent.

42.2. Län. Återkommande slutenvård i livets slutskede

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



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Samordning är en grundläggande förutsättning för en god palliativ vård. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samordna sina olika insatser så att vården och omsorgen blir av god kvalitet för den enskilda patienten. Svårt sjuka personer är ofta särskilt beroende av god kontinuitet i vård och omsorg. Vid livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses och den fasta vårdkontakten ska vara legitimerad läkare. Inom kommunal hälso- och sjukvård ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan se till att det finns rutiner för att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en patients tillstånd kräver det [82].

Hälso- och sjukvården ska också ge information och samråda med patienten om olika behandlingsalternativ. Det är också viktigt att informationen anpassas efter personens förmåga att ta till sig det som sägs. I Socialstyrelsens senaste utvärdering från 2016 av den palliativa vården lyfts följande förbättringsområden:

- Erbjuder utbildning till personal för att kunna ge en god palliativ vård.
- Erbjuder handledning till personal.
- Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning.
- Öka andelen personer med behov av palliativ vård i livets slutskede som smärtskattas.
- Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få brytpunktssamtal.
- Samverka för att få en gemensam syn på processen för en god palliativ vård.

- Fler patienter behöver vård planeras tillsammans med samtliga aktörer för att vården ska vara patientsäker.
- Fler verksamheter behöver tillgång till palliativa rådgivningsteam.
- Fler verksamheter behöver erbjuda stöd till närstående.
- Fler verksamheter behöver ha rutiner för efterlevandesamtal.
- Säkerställ palliativ vård för barn och ungdomar genom att det finns rutiner för hur den palliativa vården ska ske [83].

Om relaterade mått och data

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

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

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

"Blir vi friskare och lever längre?"

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

I den vetenskapliga litteraturen förekommer olika uppfattningar om i vilken mån hälso- och sjukvården bidrar till hälsan på befolkningsnivå i förhållande till andra förklaringsfaktorer. Sjukvårdens roll för hälsan är trots allt tydligare än vad motsvarande roll är för övriga politikområden, till exempel boende, arbetsmarknad eller utbildning. Huvuddelen av hälso- och sjukvårdens verksamhet syftar direkt till att förbättra människors livskvalitet genom att minska och förebygga ohälsa, inte minst hos personer med kroniska sjukdomar. Även om fokus ligger på enskilda individer menar flera forskare att hälso- och sjukvårdens aggregerade effekt på folkhälsan är betydande och att det finns en stor potential kvar. För olika medicinska behandlingar har också uppskattningar gjorts av deras påverkan på hälsan i befolkningen, till exempel i form av år med mindre besvär och bättre funktion per 100 000 invånare [84-86].

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

43. Självskattat allmänt hälsotillstånd

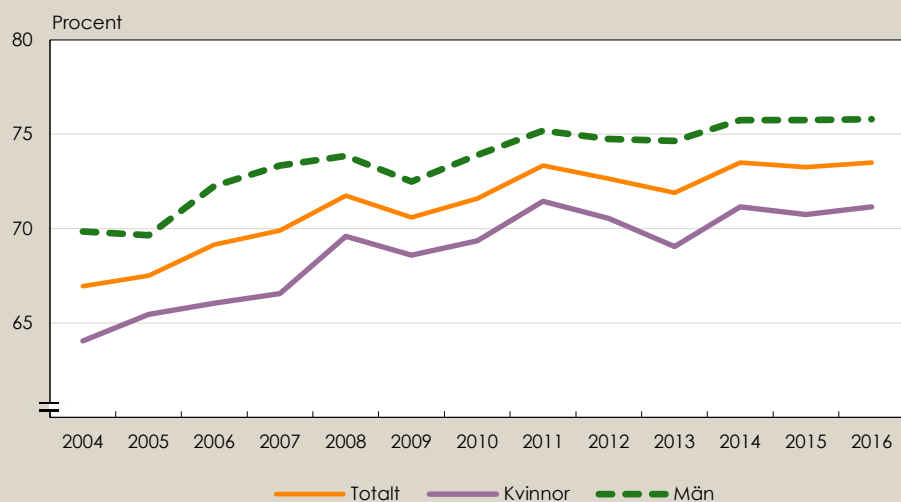
Hälsan är inte jämnt fördelad i befolkningen. Befolkningens självskattade hälsa har följts sedan 1980 i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Dessa undersökningar har visat att den självskattade hälsan tidigare har försämrats bland kvinnor med kort utbildning [87]. Ingen tydlig förbättring syns heller på senare tid för dem med kortare utbildning i den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*.

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

Andelen med god självskattad hälsa ligger på nära 74 procent 2016. Det är en ökning med nära 7 procentenheter sedan 2004. En större andel män har under hela perioden uppgett det egna hälsotillståndet som bra eller mycket bra.

43.1. Självskattat allmänt hälsotillstånd

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

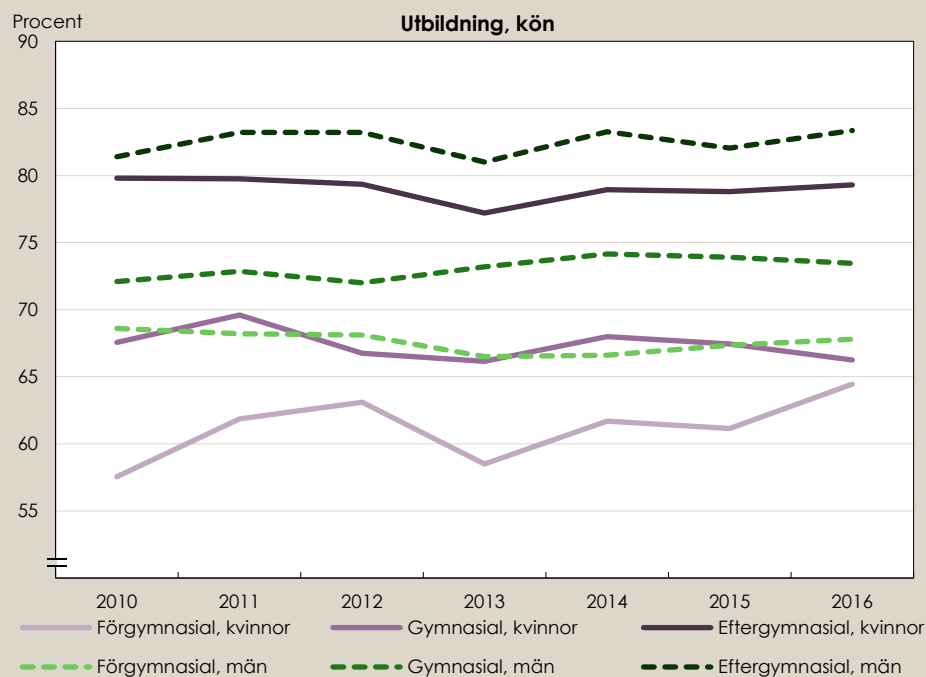


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

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.

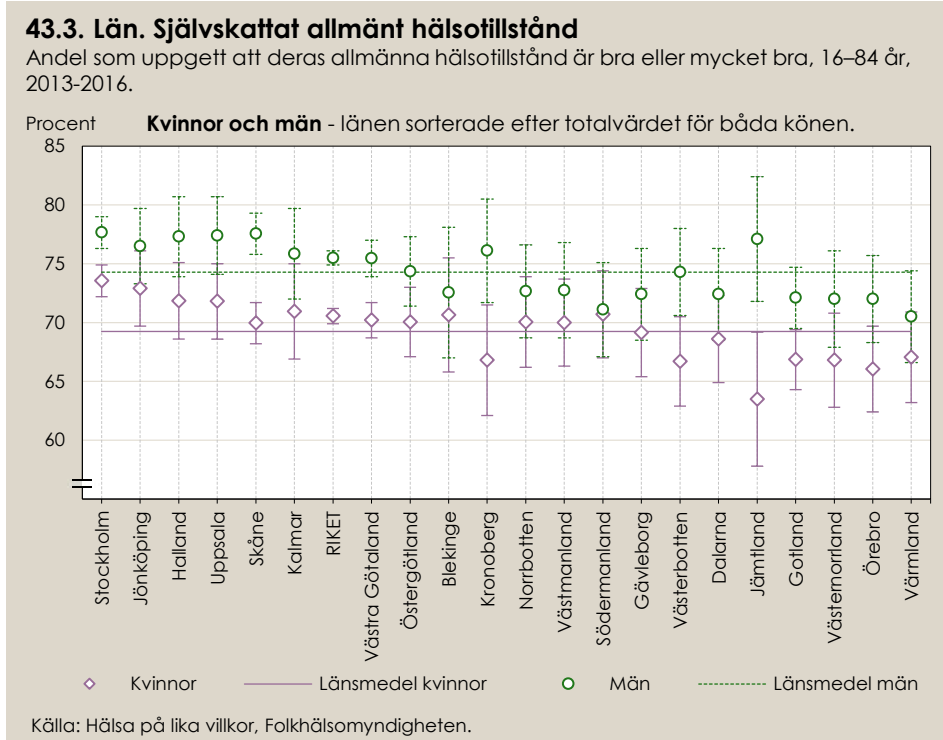
43.2. Utbildning. Självskattat allmänt hälsotillstånd

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



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Mellan länen varierar andelen kvinnor som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra mellan 74 och 64 procent. Männens värde varierar mellan 78 och 71 procent. I samtliga län är andelen större bland män än bland kvinnor.



Förutsättningarna för hälsofrämjande livsmiljöer formas främst av regionala och lokala aktörer som länsstyrelser, landsting, kommuner och ideella organisationer [88]. En viktig del i detta är att landsting och kommuner tillser invånarnas behov av sjukvård.

Om relaterade mått och data

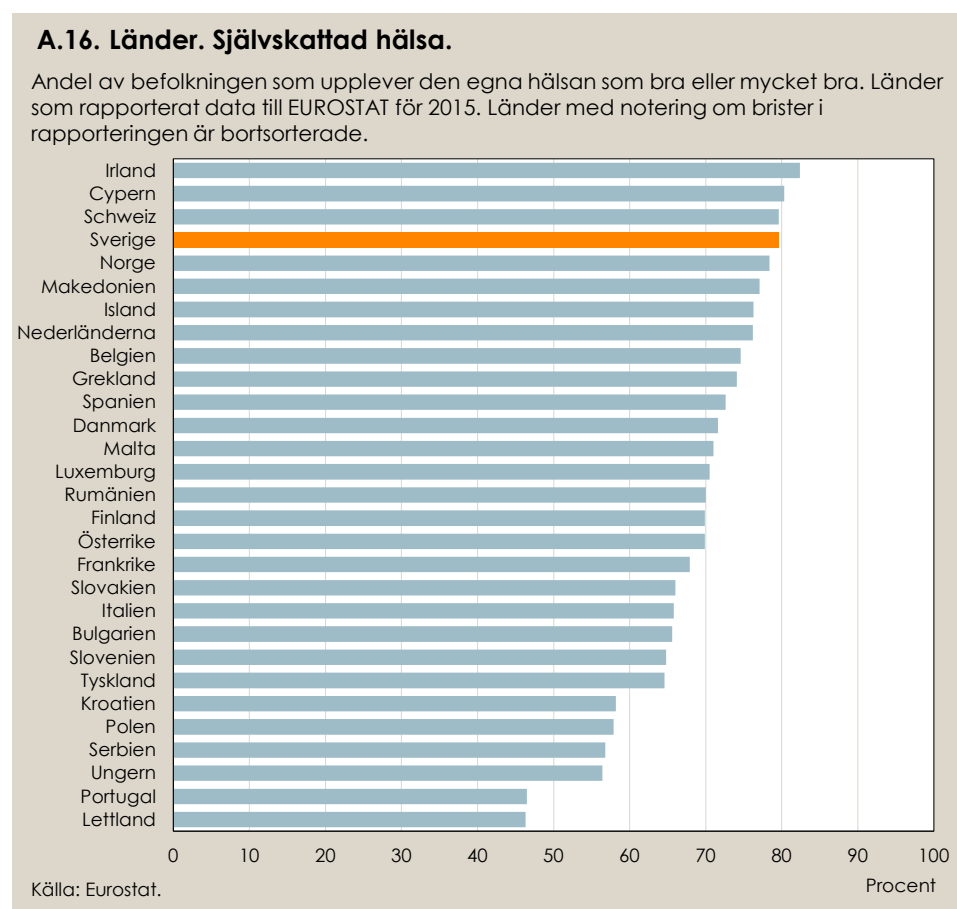
Psykisk ohälsa

Kommuner och landsting har även ett särskilt ansvar för invånarnas psykiska hälsa, dels i verksamheter där de har kontakt med invånarna och 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 [89, 90].

I landstingen pågår flera insatser för att förbättra ungas psykiska hälsa, men Socialstyrelsen har lyft fram brister inom området när det gäller första linjens sjukvård och att det behövs en tydlighet i uppdragen om hur primärvård, BUP, elevhälsa, ungdomsmottagning och barnhälsovård ska arbeta med psykisk hälsa [91].

Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra

Eurostat redovisar indikatorer för självskattad hälsa. I diagram A.16. redovisas Sverige i jämförelse med andra länder som rapporterat resultat till Eurostat för 2015. Andelen som svarat att hälsan är bra eller mycket bra varierar från drygt 46 procent i Lettland till drygt 82 procent i Irland. I Sverige var andelen nästan 80 procent vilket var det fjärde högsta värdet bland de redovisade länderna.



Även OECD redovisar flera indikatorer för hälsostatus och bland dem självskattad hälsa [92]. 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 [93-96], vilket måste beaktas i sammanhanget. I majoriteten av länderna som jämförts skattar kvinnor i lägre utsträckning än män sin hälsa som bra. En kombination av samhällsfaktorer och biologiska faktorer bidrar till skillnaden i självskattad hälsa mellan könen.

En större andel personer med hög utbildning anger sin hälsa som bra eller mycket bra i jämförelse med andelen lågutbildade, och den femtedel av individerna med högst inkomst svarar i större utsträckning att den egna hälsan är bra eller mycket bra jämfört med den femtedel som har lägst

inkomst [92]. Att personer med högre inkomst och utbildning uppger att deras hälsa är bra i högre utsträckning än personer med lägre inkomst och utbildning har även framgått av andra studier [97, 98].

44. 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 [99].

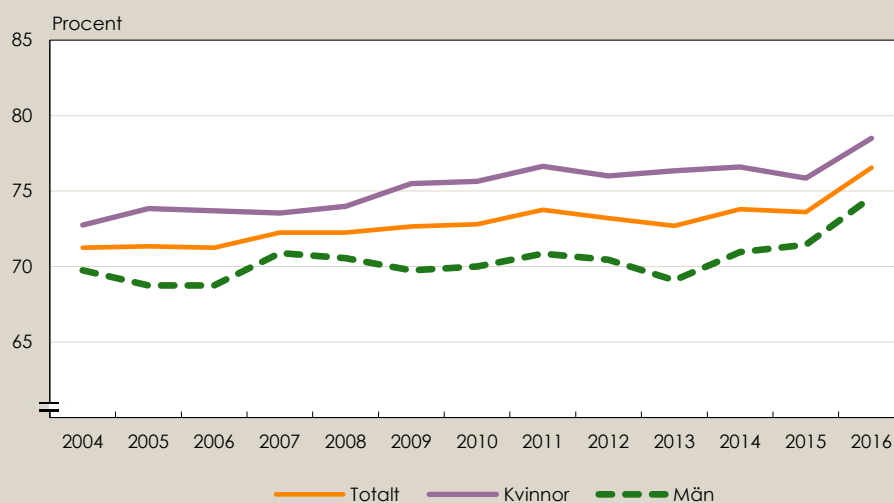
Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats väsentligt finns det fortfarande stora socioekonomiska skillnader. I den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* uppger arbetare att de har sämre tandhälsa än tjänstepersoner och arbetare avstår oftare från att söka tandvård trots att de behöver, jämfört med tjänstepersoner i samma situation [87].

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 [100].

En större andel kvinnor än män uppger att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra och skillnaden mellan könen är cirka 4 procentenheter 2016. Totalt uppger ungefär 77 procent att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra.

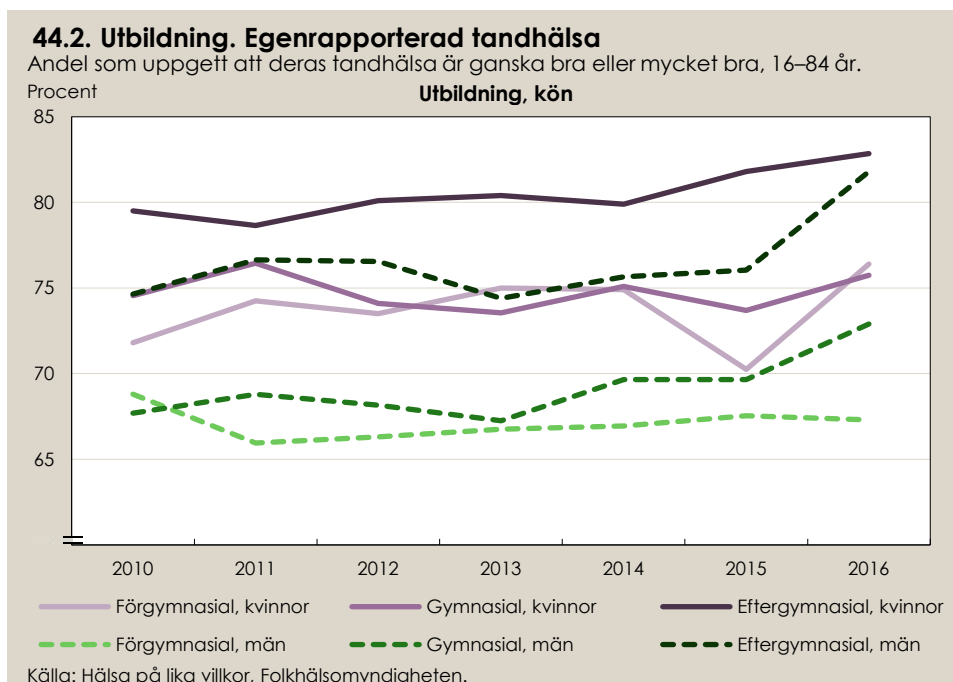
44.1. Egenrapporterad tandhälsa

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

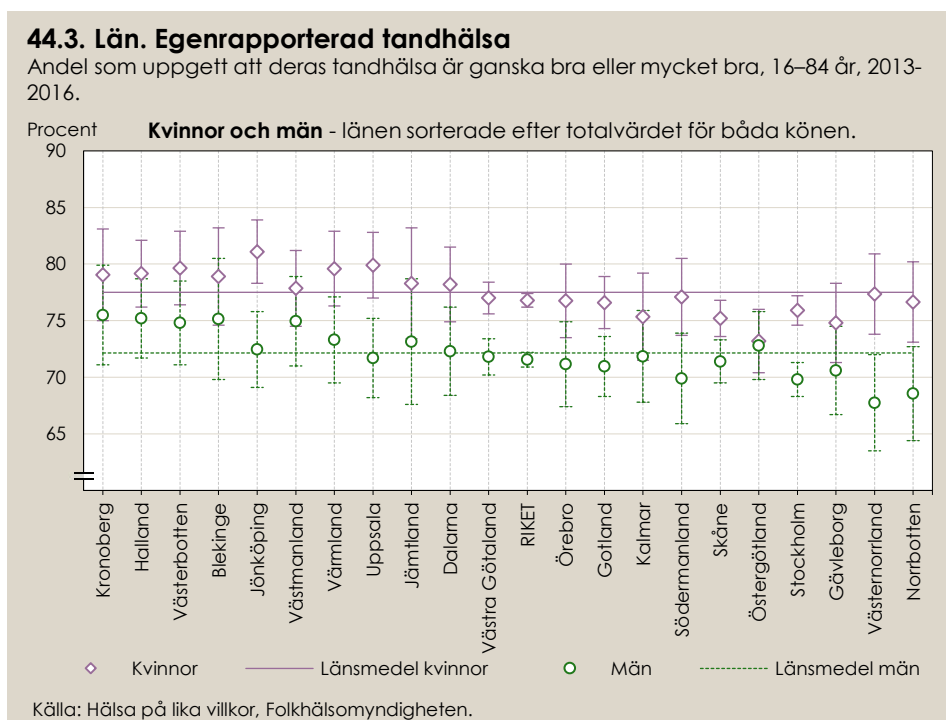


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Oavsett kön så angav gruppen med eftergymnasial utbildning oftare att tandhälsan var bra eller mycket bra 2016. Kvinnor har ett högre värde än män inom samtliga utbildningsgrupper 2010 till 2016.



I samtliga län uppger en större andel av kvinnorna sin tandhälsa som god, jämfört med männen. Totalt sett uppger störst andel av de svarande i Kronoberg att den egna tandhälsan är god för 2013–2016. I Norrbotten uppger lägst andel av de svarande att den egna tandhälsan är god.



Alla i Sverige bör få en god tandvård. Det innebär bland annat att landstingen har ett särskilt ansvar när det gäller förebyggande arbete för en god mun- och tandhälsa, inte minst bland barn och ungdomar eftersom ungefär 85 procent av alla barn och ungdomar i allmäntandvården är patienter inom folktandvården [101].

Om relaterade mått och data

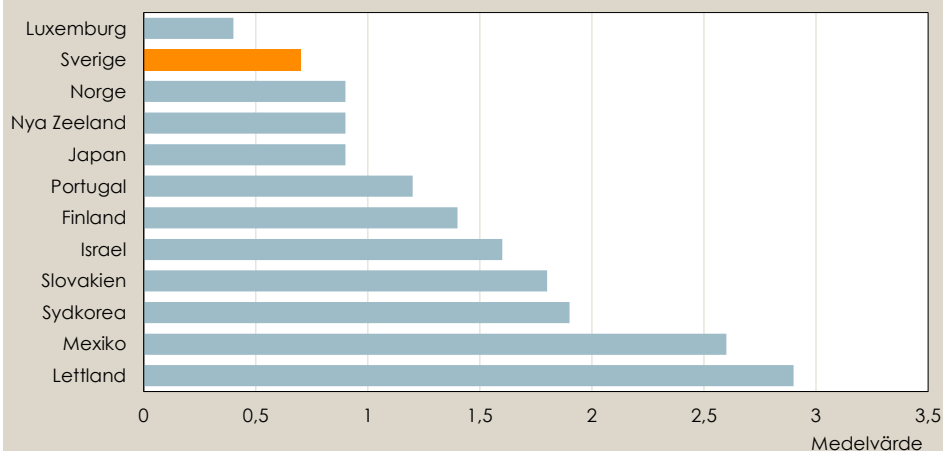
Den redovisade indikatorn innehåller uppgifter för vuxna men för att kunna arbeta förebyggande och med förbättringar är det viktigt att följa uppgifter även om barn och ungdomar. Socialstyrelsen redovisar exempelvis uppgifter om kariesfria barn vid 6 och 12 års ålder.

God tandhälsa hos svenska 12-åringar

Svenska 12-åringar har i medel 0,7 saknade, förfallna eller rotfyllda tänder. Det är det näst lägsta medelantalet bland länder i OECD som rapporterat in data till OECD 2015. Lägst medelantal har 12-åringar i Luxemburg och högst medelantal har barn i Lettland, 0,4 respektive 2,9.

A.17. Barns tandhälsa i OECD

Medelantal saknade, förfallna eller rotfyllda tänder vid 12 års ålder, 2015. Länder i OECD som rapporterat in data.



Källa: OECD.

45. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat)

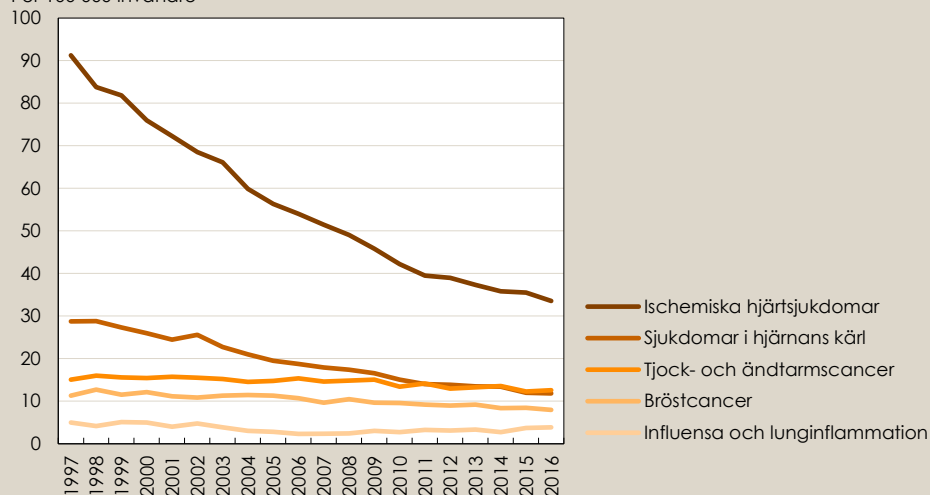
Indikatorn speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som särskilt bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Urvalet av dessa orsaker följer det som Eurostat använder och är utökat jämfört med vad som tidigare redovisats i öppna jämförelser. Exempel på betydande dödsorsaker som ingår är hjärtinfarkt, stroke, diabetes, lunginflammation och olika typer av cancer speciellt tarmcancer och bröstcancer. Åldersavgränsningen är 0–74 för de flesta av

dödsorsakerna men för exempelvis dödlighet orsakad av vården eller HIV/AIDS ingår alla åldrar, och för vissa diagnoser används en lägre åldersavgränsning. Totalt sett utgör dödsfall i de orsaker som täcks in av måttet nära en tredjedel av alla dödsfall innan 75 års ålder 2016. Denna andel har minskat över tid, till stor del tack vara en minskad dödlighet i hjärtinfarkt och stroke. En stor skillnad mot tidigare redovisning i öppna jämförelser av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är att ischemisk hjärtsjukdom ingår i Eurostats mått vilket därmed också utgör den största komponenten. I diagram 45.1. visas utvecklingen för de största komponenterna i måttet som tillsammans utgör över 70 procent av dödsfallen för indikatorn.

45.1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet - största komponenter

Antal döda i Sverige per 100 000 invånare 0-74 år för de vanligaste dödsorsakerna som ingår i Eurostats mått för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare

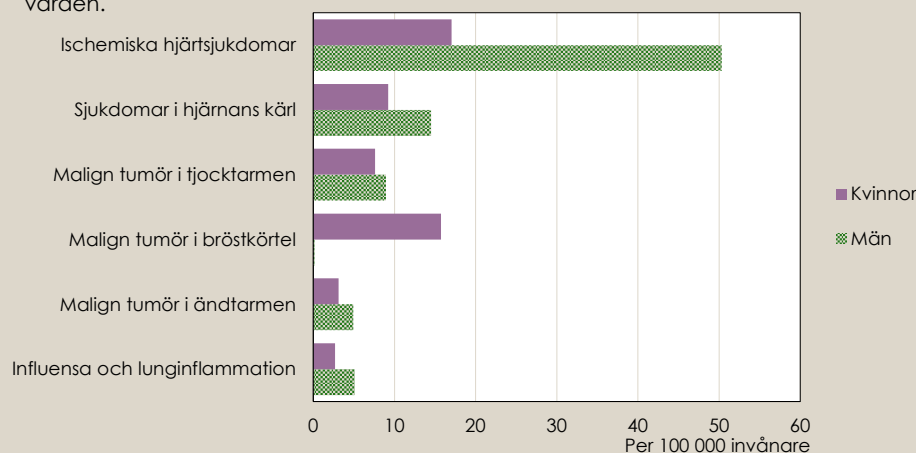


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödligheten ser olika ut för kvinnor och män för dessa stora komponenter. Män har exempelvis en tydligt högre förtida dödlighet ischemisk hjärtsjukdom och stroke medan nästan enbart kvinnor dör på grund av bröstcancer.

45.2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet - största komponenter

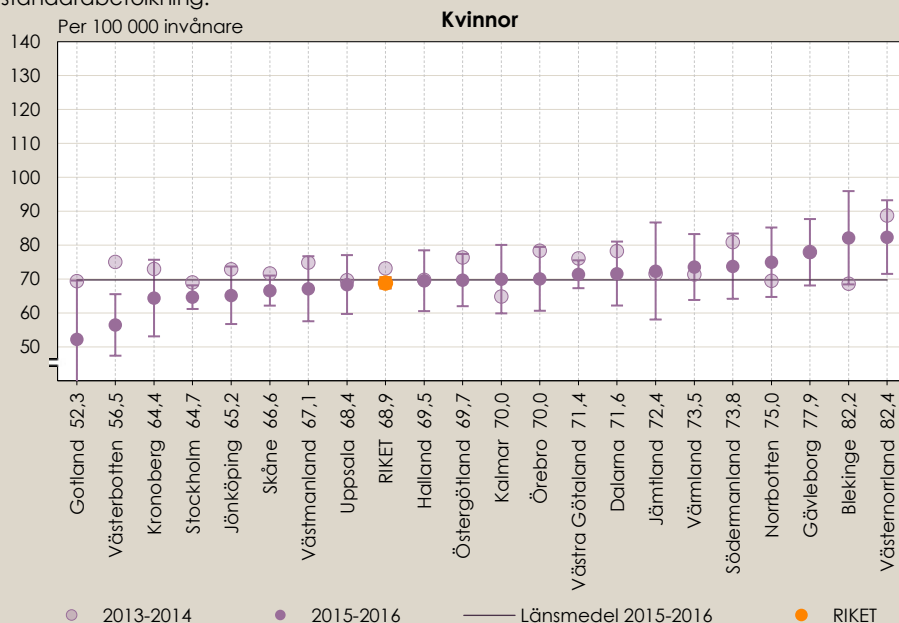
Antal döda per 100 000 invånare 0-74 år för de vanligaste dödsorsakerna som ingår i Eurostats mått för sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Åldersstandardiserade värden.



Jämförelsen mellan länen är åldersstandardiserad efter en europeisk standardbefolkning vilket ökar jämförbarheten med de värden som visas för länder beräknade av Eurostat. Även samma åldersavgränsning har används. Dock används tvåårsmedelvärden för den svenska analysen för att minska skakigheten på länsnivå. Sammantaget är värdet för män högre än för kvinnor. Den åldersstandardiserade dödligheten per 100 000 män 2015–2016 var nära 104, jämfört med knappt 69 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. Det är noterbara skillnader mellan länen främst för männen. Gotland har lägst värde för kvinnor och Halland har lägst värde för män.

45.3. Län. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat)

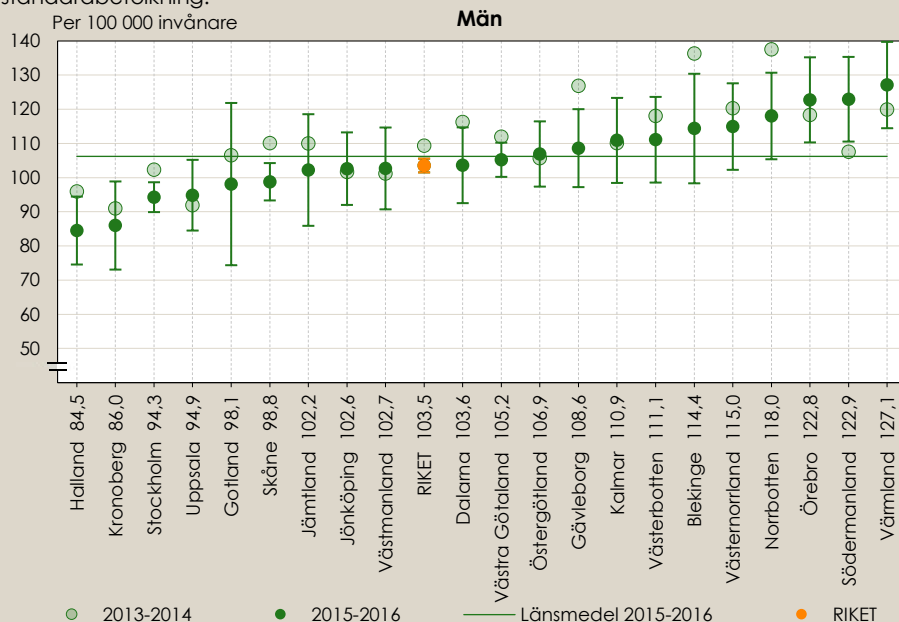
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt Eurostats urval för orsaker och åldrar – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

45.4. Län. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt Eurostats urval för orsaker och åldrar – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

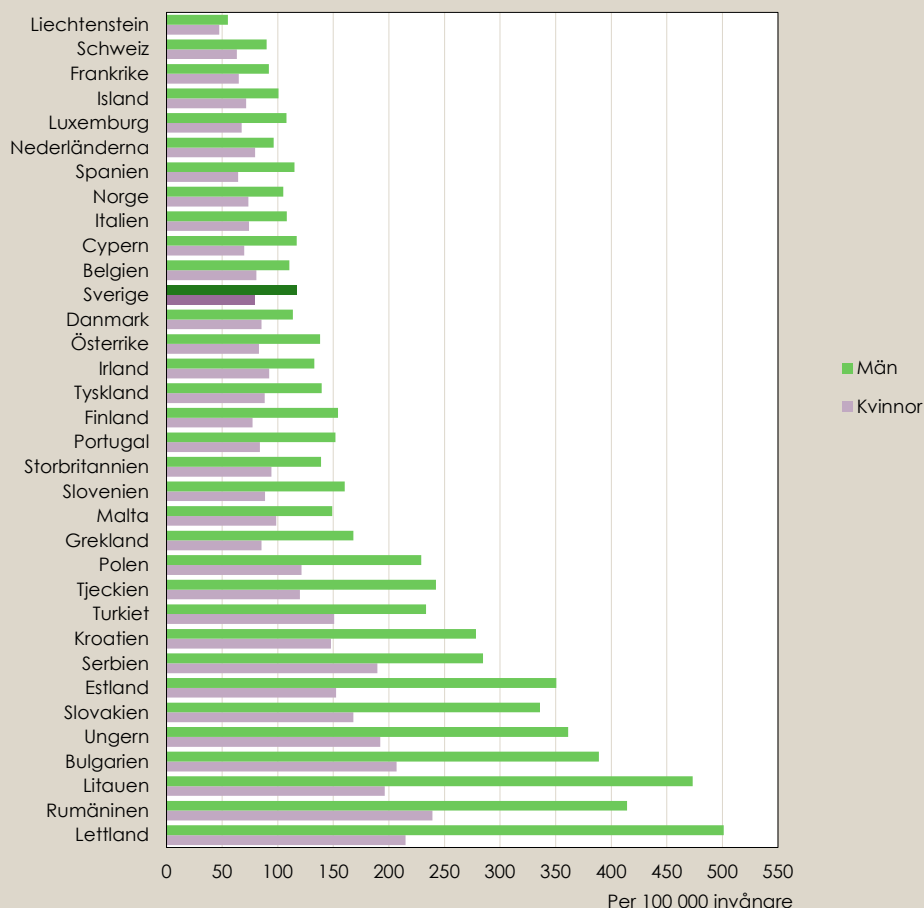
De flesta dödsfall i indikatorn gäller ischemisk hjärtsjukdom, stroke och vissa typer av cancer. Viktiga relaterade indikatorer är därför sådana som belyser dessa diagnosgrupper. Resultat för indikatorn *Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom* och *Åtgärdbar dödlighet i stroke* finns i Socialstyrelsens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

Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige

Eurostat gör jämförelser av åtgärdbara dödsfall mellan i första hand olika länder i EU men även länder som Turkiet och Schweiz ingår. Sverige finns bland länder med lägre förekomst av den typ av åtgärdbar dödlighet som relateras till hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det fanns dock även länder med tydligt lägre värden än Sverige exempelvis Schweiz och Frankrike. I Sverige var det åldersstandardiserade värdet knappt 98 per 100 000 invånare 2014. Drygt 79 för kvinnor och 117 för män.

A.18. Länder. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt Eurostats urval för orsaker och åldrar (mestadels 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning, 2014. Länder som rapporterat värden till Eurostat. Sorterat efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Eurostat.

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 studien publicerades i tidskriften *Lancet* 2017 och Sverige hade då det fjärde bästa resultatet, efter Andorra, Island och Schweiz [102].

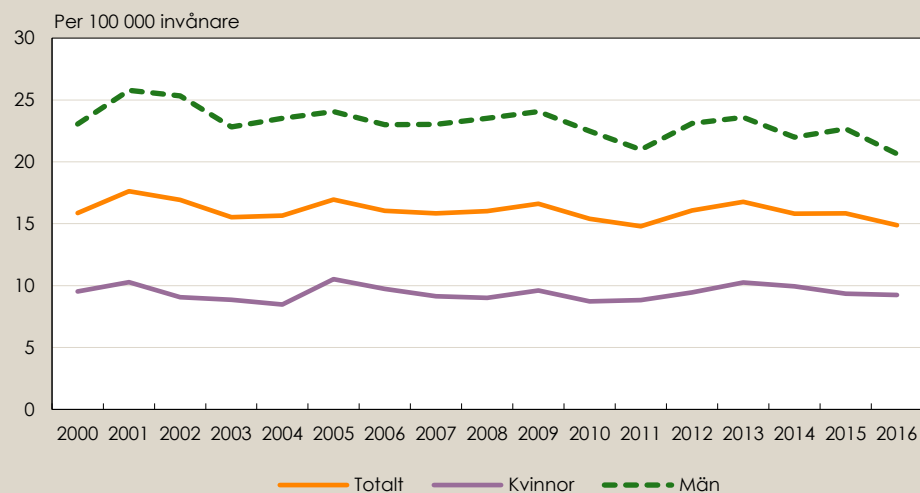
46. Suicid i befolkningen

För indikatorn *Suicid i befolkningen* redovisas åldersstandardiserade värden och antalet suicid är omräknat till antal per 100 000 invånare. Indikatorn utgörs både av konstaterade suicid samt dödsfall med oklar avsikt. Värdet för indikatorn är nästan 15 per 100 000 invånare för 2016. För män är värdet nästan 21, jämfört med kvinnor där det är drygt 9. För de senaste 15 åren

syns inte någon minskning av dödligheten som det gör för många andra indikatorer som visar dödlighet i befolkningen.

46.1. Suicid i befolkningen

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

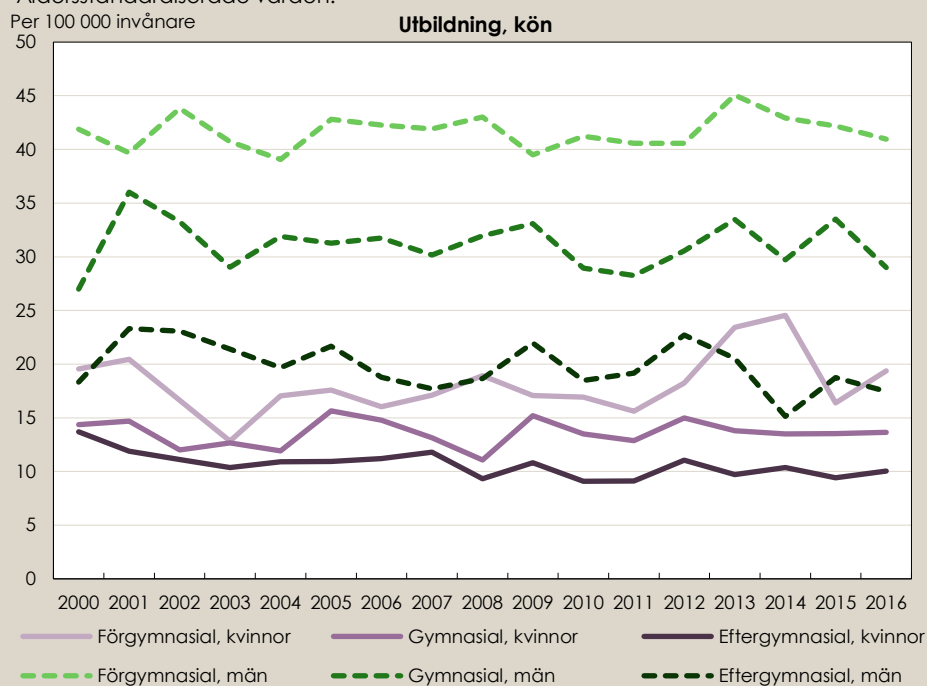


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

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

46.2. Utbildning. Suicid i befolkningen

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

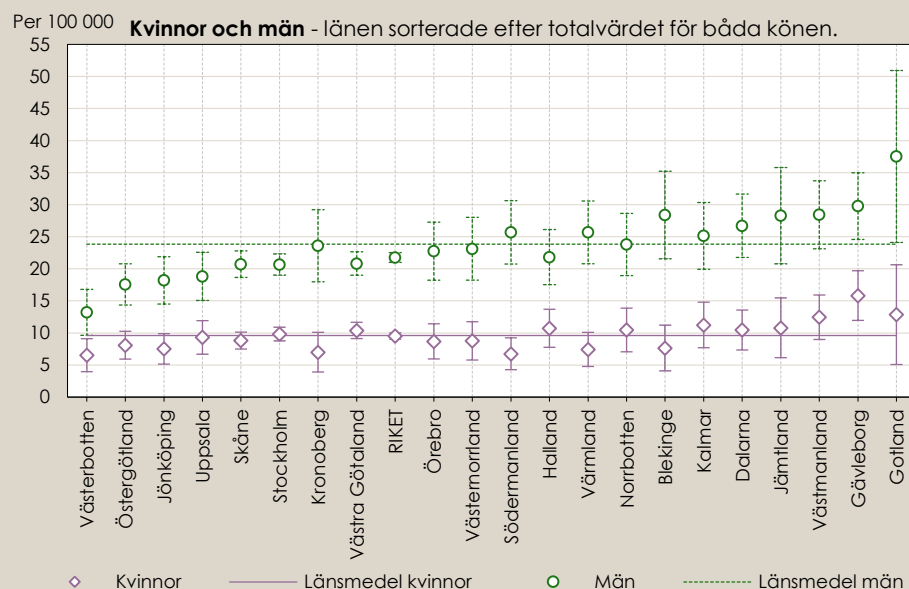


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Västerbotten har lägst värde för kvinnor, 6,5 per 100 000 invånare. Högst värde för kvinnor har Gävleborg, 15,8 per 100 000 invånare. För män är värdet högst på Gotland, 37,5 per 100 000 invånare. Lägst värde för män finns i Västerbotten, 13,2 per 100 000 invånare.

46.3. Län. Suicid i befolkningen

Suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden, 2014-2016.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De brister som kan kopplas till suicid och som identifierats inom vården är bland annat att det inte har gjorts systematiska riskbedömningar för suicid i tillräckligt hög utsträckning, att dokumentation är ofullständig och att verksamheten inte har följt de egna regionala vårdprogrammen [103].

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

Psykologisk behandling, psykosocialt stöd, läkemedelsbehandling och andra åtgärder, till exempel elektrokonvulsiv behandling (ECT-behandling) och fysisk aktivitet, rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [103].

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

Nationellt har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten utarbetat ett förslag till nationellt program för suicidprevention, vilket innehåller nio strategier med målet att minska antalet suicid [104].

Om relaterade mått och data

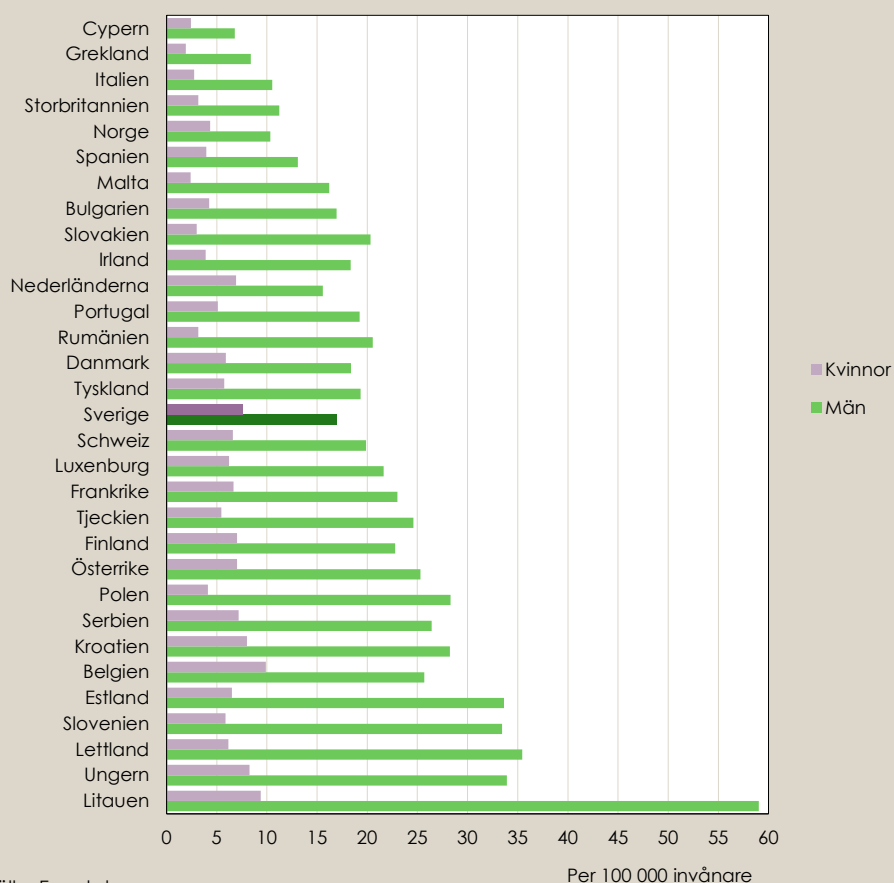
Det finns en rad olika indikatorer som kan relateras till indikatorn *Suicid i befolkningen*. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest finns sammantaget 37 indikatorer varav 12 avser barn.

Skillnader i antal suicid i Europa, Sverige i mitten

Till skillnad från huvudindikatorn ingår inte dödsfall med oklar avsikt i uppgifterna från Eurostat. Suicid bland män är vanligast i Litauen och suicid bland kvinnor är vanligast i Belgien. Minst vanligt är suicid bland män i Cypern och i Grekland för kvinnor. I Sverige begår 17,0 män per 100 000 invånare suicid och bland kvinnor 7,6 per 100 000 invånare, vilket framgår av diagram A.19. Vissa av skillnaderna kan troligtvis förklaras av hur bra de olika länderna är på att fastställa dödsorsaken suicid.

A.19. Länder. Suicid i befolkning (oklar avsikt ingår ej)

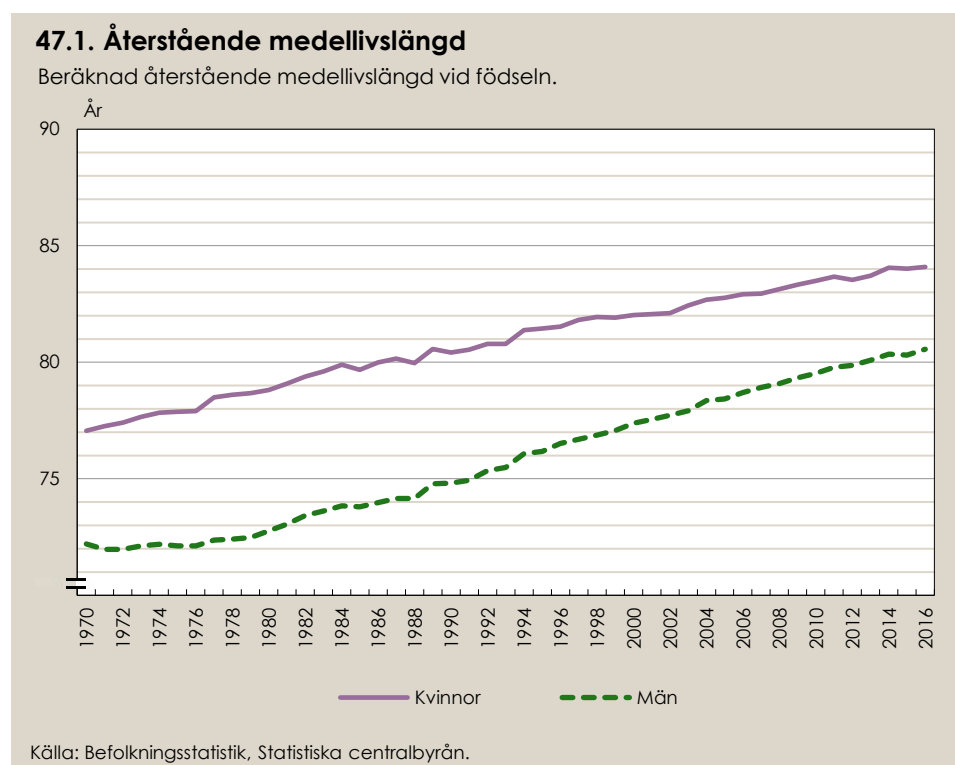
Suicid i befolkning per 100 000 invånare 2014. Länder som redovisat har levererat data till Eurostat för år 2014. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardpopulation. Resultaten är sorterade utifrån totalvärdet.



47. Återstående medellivslängd

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

Medellivslängden i Sverige har ökat kontinuerligt sedan 1970. De senaste decennierna har den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (främst hjärtinfarkt och stroke) bidragit mest till ökningen. Förbättrade levnadsvanor (minskad rökning samt lägre blodfetter och längre blodtryck) samt bättre behandlingsmetoder gör därtill att färre insjuknar och dör i dessa sjukdomar [105, 106]. Den höjda utbildningsnivån i befolkningen som helhet bidrar också på olika vis till att medellivslängden har ökat [107]. För personer födda 2016 är den återstående medellivslängden beräknad till 84,1 år för kvinnor och till 80,6 år för män. Mäns återstående medellivslängd har ökat med 8,6 år sedan 1970. För kvinnor har medellivslängden ökat med 6,8 år sedan 1970. Skillnaderna mellan kvinnor och män har också minskat under tidsperioden 1970 till 2016.

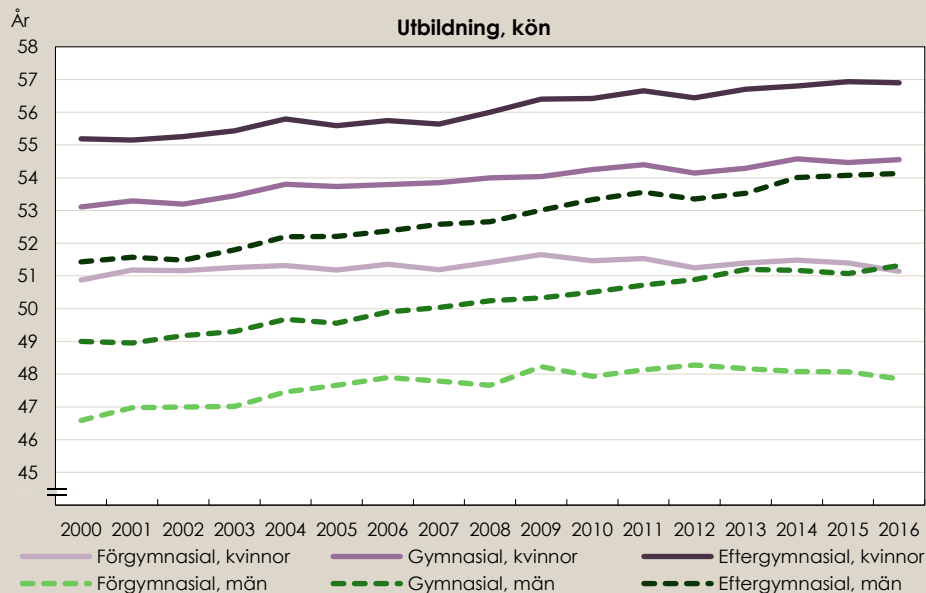


I diagram 47.2. visas den återstående medellivslängden vid 30 år för olika utbildningsgrupper för åren 2000 till 2016. För män och kvinnor med gymnasial och eftergymnasial utbildning har den återstående medellivslängden

ökat kontinuerligt. Utvecklingen är inte lika positiv för kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning.

47.2. Utbildning. Återstående medellivslängd (vid 30 års ålder)

Beräknad återstående medellivslängd vid 30 års ålder, enbart personer födda i Sverige.

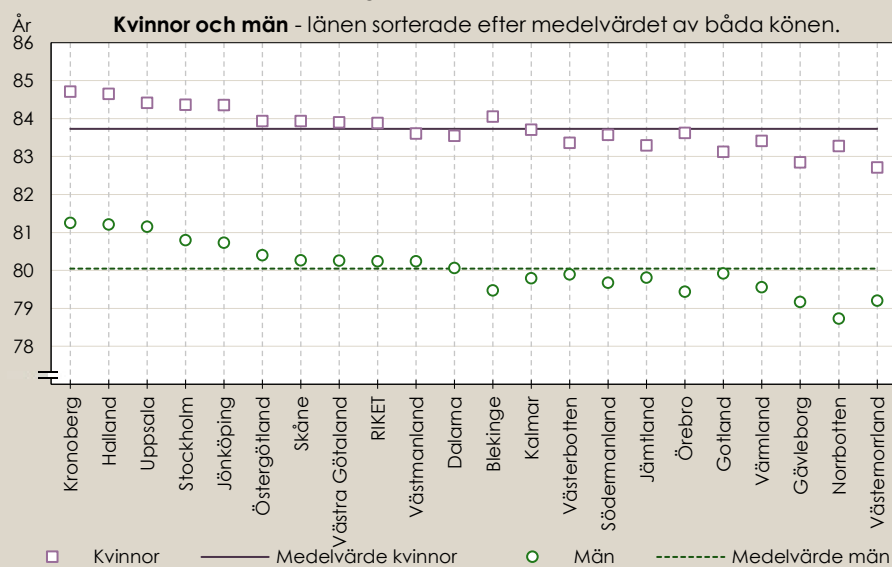


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Det finns också skillnader inom landet. För kvinnor är skillnaderna i medellivslängd mellan länen som mest 2,0 år och för män 2,5 år. Kronoberg har den längsta beräknade återstående medellivslängden både för kvinnor och män.

47.3. Län. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln, 2012-2016.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

"Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård?"

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

- systemets legitimitet hos invånarna
- antibiotikaresistens
- personalförhållanden.
- genererande av ny kunskap och information för utveckling.

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

48. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

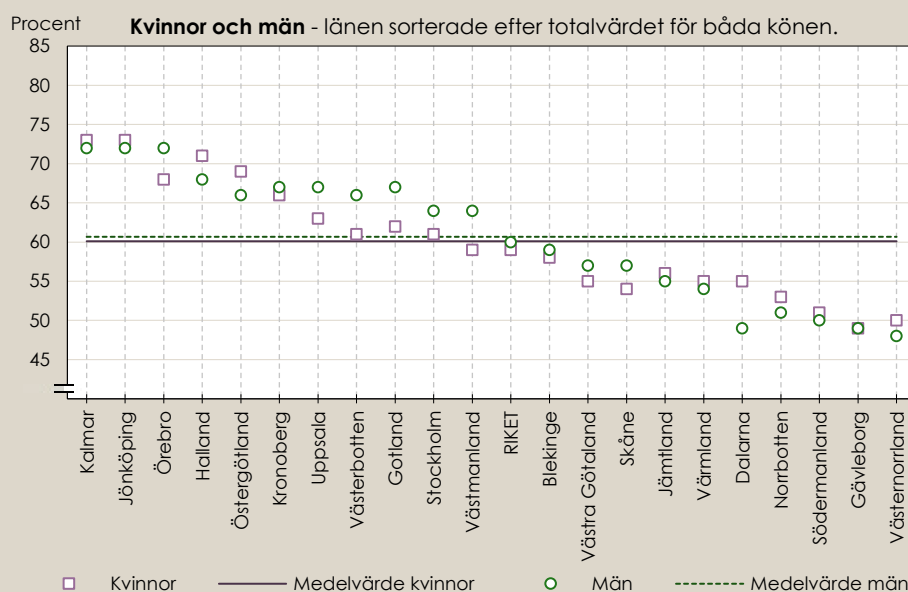
För att ett hälso- och sjukvårdssystem ska vara hållbart är det viktigt att de som bidrar till dess finansiering och använder sig av dess tjänster har förtroende för systemet, dess prestationer och dess personal.

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 det egna landstinget. De personer som inte har kunnat besvara frågan är exkluderade.

År 2016 uppgav 60 procent av kvinnorna och 61 procent av männen att de har stort förtroende för hälso- och sjukvården.

48.1. Län. 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, 2016.



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

Den svenska befolkningen har i stor utsträckning förtroende för sjukvården enligt SOM-institutets nationella undersökning [108]. Förtroendet från befolkningen påverkas av människors egna patienterfarenheter. Det är därför viktigt att bibehålla befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet. Dock är det svårt att säkerställa om enkäten täcker in den kommunala hälso- och sjukvården, vilket är en del av hälso- och sjukvårdssystemet. Cirka 400 000 personer fick hälso- och sjukvårdsinsatser av kommunerna 2016, och bland dessa är merparten äldre personer [109].

I IHP-undersökningen från 2016 hamnade Sverige näst sist av de jämförda länderna när de tillfrågade ger ett övergripande omdöme över sjukvården. I Sverige gav 74 procent betyget *utmärkt, mycket bra* eller *bra* för Tyskland och Schweiz var andelen 96 procent [46, 110].

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 indikatorer som belyser patienterfarenheter i *Nationell patientenkät* (NPE).

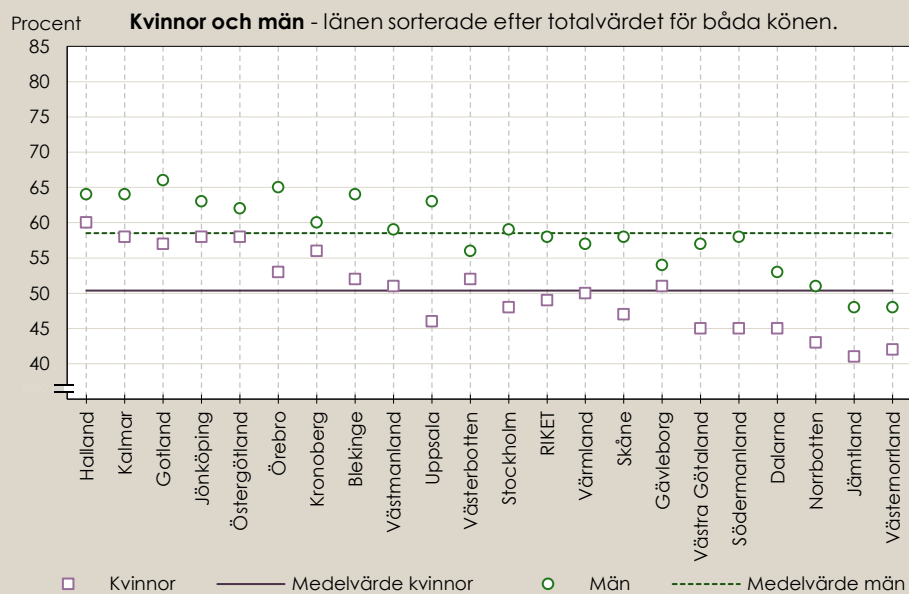
49. Förtroende för att vård ges på lika villkor

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.

Bland de svarande upplever 53 procent att vården ges på lika villkor och andelen varierar mellan 44 och 62 mellan landstingen. I samtliga län har kvinnor i lägre omfattning än män förtroende för att vården ges på lika villkor, på riksnivå är skillnaden mellan könen 9 procentenheter. Det är en mycket tydligare könsskillnad än vad exempelvis frågan om förtroende för vården i sin helhet uppvisar.

49.1. Län. Förtroende för att vård ges på lika villkor

Andel i befolkningen som uppfattar att vård ges på lika villkor, 2016.



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

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 *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, dels finns ytterligare indikatorer som belyser patienterfarenheter i NPE.

50. Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistent bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskeras en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Enligt SOM-institutet är sju av tio svenskar oroliga för antibiotikaresistens [111].

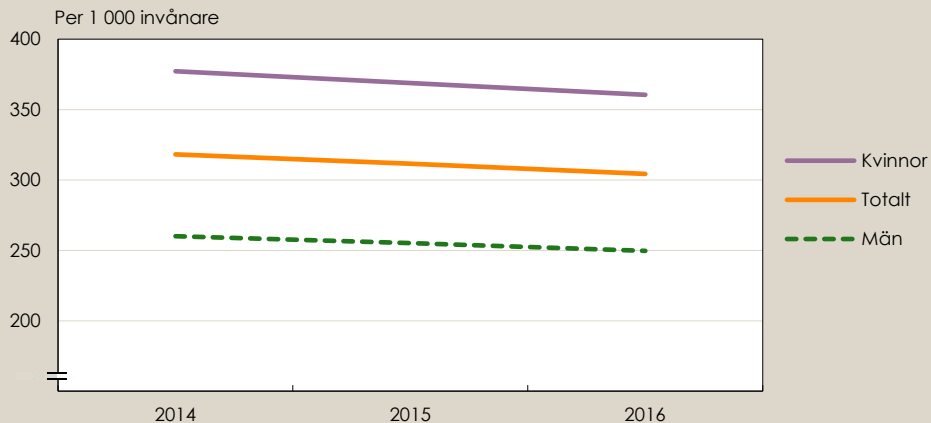
Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk har fått i uppdrag av regeringen att ansvara för en nationell samverkansfunktion i syfte att främja ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens [112]. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bidra i arbetet [113].

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

För riket var antalet uthämtade recept 304 per 1 000 invånare 2016. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män – 360 respektive 250 uttag per 1 000 invånare. En betydande orsak till skillnaden mellan könen är skillnader i sjuklighet, till exempel är infektioner i urinvägar mycket vanligare bland kvinnor [114].

50.1. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



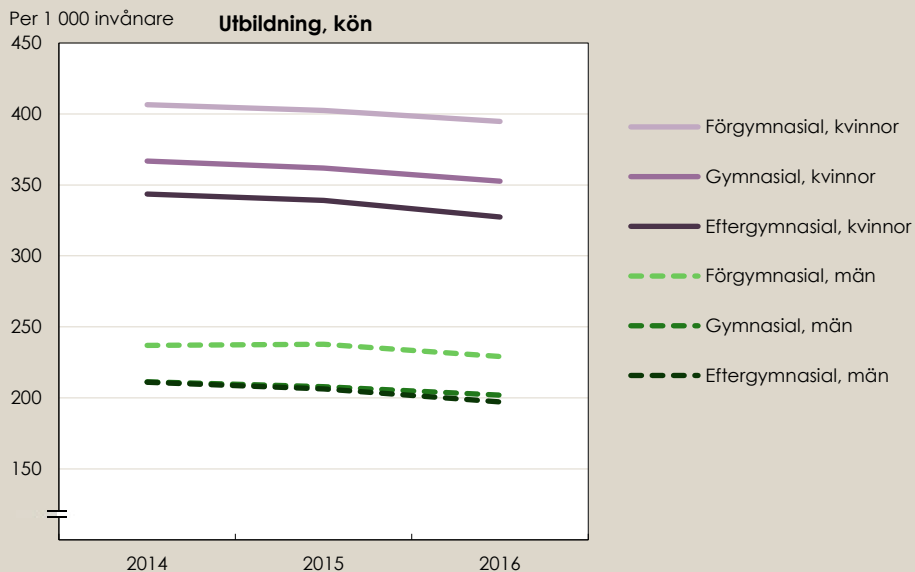
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Gruppen med endast förgymnasial utbildning har högre åldersstandardiserat värde 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 mellan 2015 och 2016 förekommer i samtliga redovisade köns- och utbildningsgrupper.

50.2. Utbildning. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

Per 1 000 invånare

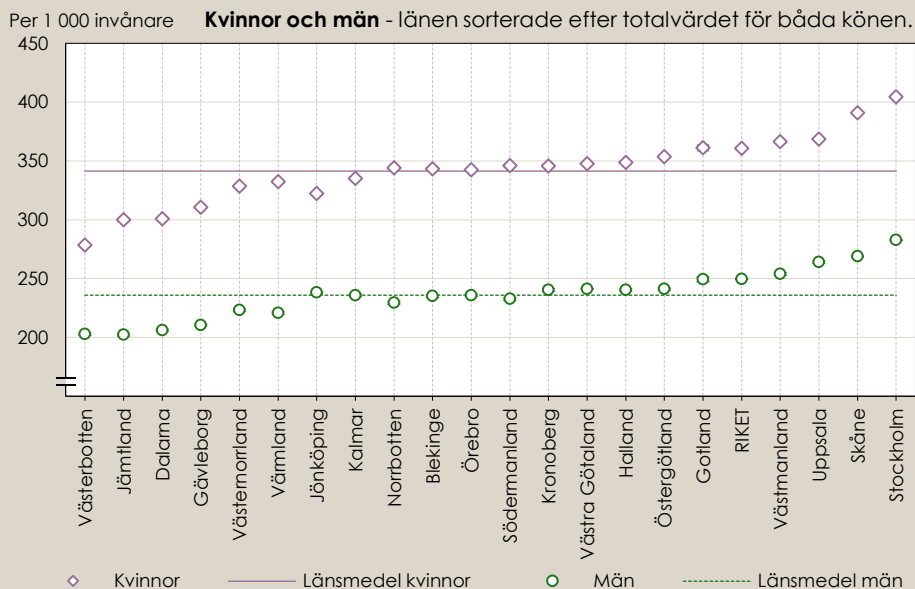


I länen varierar antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 män mellan 202 och 283. För kvinnor varierar antalet mellan 278 och 405. Värdena är åldersstandardiserade.

50.3. Län. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2016.

Per 1 000 invånare



Ett sätt att minska den onödiga antibiotikaanvändningen är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid lindriga infektioner som oftast läker ut

utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotiketrycket. Flera nya studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre. Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så smal behandling som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både vad gäller resistensutveckling och biverkningar. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket i sin tur kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter [114].

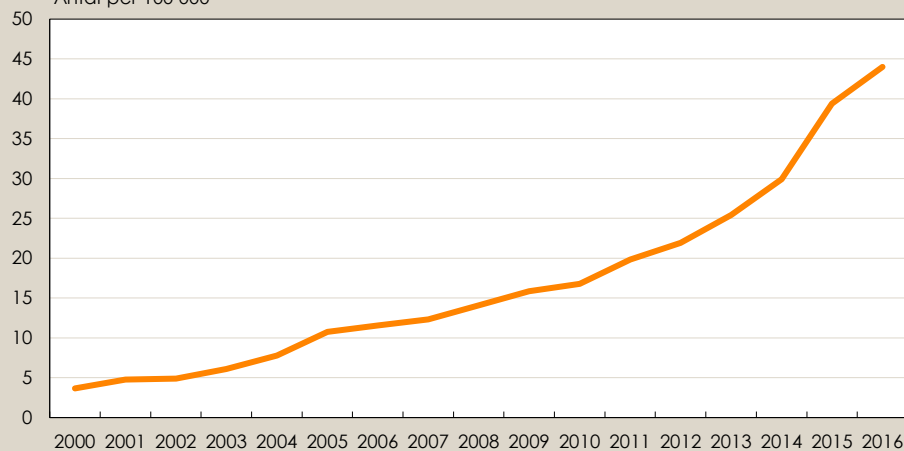
Om relaterade mått och data

Uppgifter om MRSA och andra multiresistenta bakterier publiceras av Folkhälsomyndigheten. Trots en positiv utveckling med minskad antibiotikaförbrukning fortsätter antibiotikaresistensen att öka i Sverige. De resistenta bakterier som ökar mest är VRE (vancomycinresistenta enterokocker) och MRSA (meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*). Anmälda fall av MRSA har ökat från nära fyra fall per 100 000 invånare 2000 till 44 fall 2016. Något fler personer smittades utomlands än i Sverige 2016. Folkhälsomyndigheten redovisar också flera mått och indikatorer som rör antibiotikaanvändning.

E.4. Utveckling av MRSA

Antal anmälda fall av MRSA per 100 000 invånare i Sverige 2000 till 2016.

Antal per 100 000



Källa: Folkhälsomyndigheten.

EU har tagit fram en plan för att förhindra ökningen av multiresistenta bakterier, *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance*. Planen utgörs av tre mål:

- EU ska vara den bästa regionen inom området.
- Intensifiera EU:s insats för att skapa en global agenda för MRSA.
- Stimulera forskning, utveckling och innovation inom området.

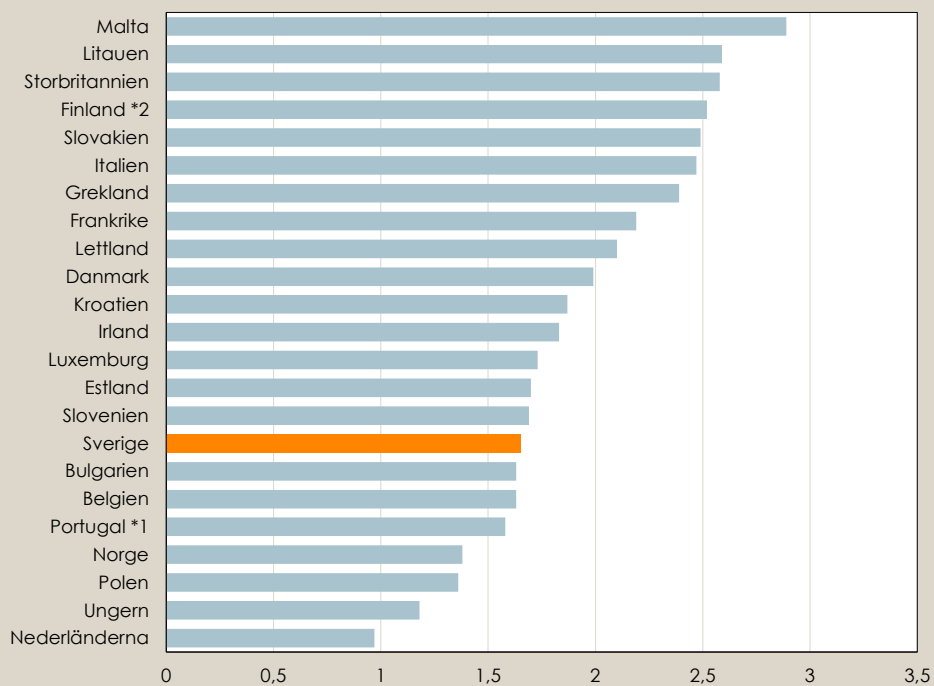
En viktig del i planen är att följa upp förekomsten av multiresistenta bakterier i medlemsländerna [115].

Sverige har låg förskrivning av antibiotika i slutenvården

Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) redovisar antibiotikaanvändning för Europas länder. För 2016 varierade användningen av antibiotika i slutenvården från 0,97 definierade dygnsdoser (DDD) per invånare och dag i Nederländerna till 2,89 DDD i Malta. Sverige var ett av länderna med lägst användning av antibiotika i slutenvården med en DDD på 1,65. 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 [116]. Även kulturella faktorer påverkar förskrivningen av antibiotika [117, 118].

A.20. Länder. Antibiotikaanvändning på sjukhus.

Antal definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag, 2016.



* 1 Endast offentligt drivna sjukhus

* 2 Även primärvård och äldreboenden ingår

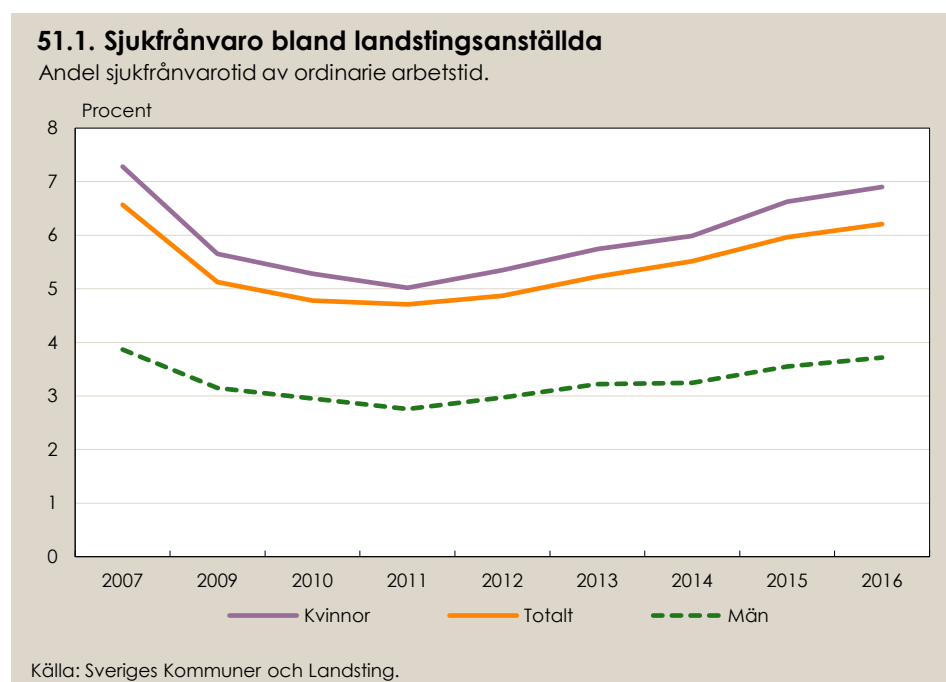
Källa: European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC).

51. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda

Sjukfrånvaro innebär en arbetstagares frånvaro från arbetet i antal dagar. Enligt Arbetsmiljöverket är några av de främsta orsakerna till personalens frånvaro i hälso- och sjukvården att arbetet är fysiskt tungt och att det finns risk för smitta. Dessutom bidrar skiftarbete, hög arbetsbelastning och oregelbundna arbetstider till sjukfrånvaron [119].

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

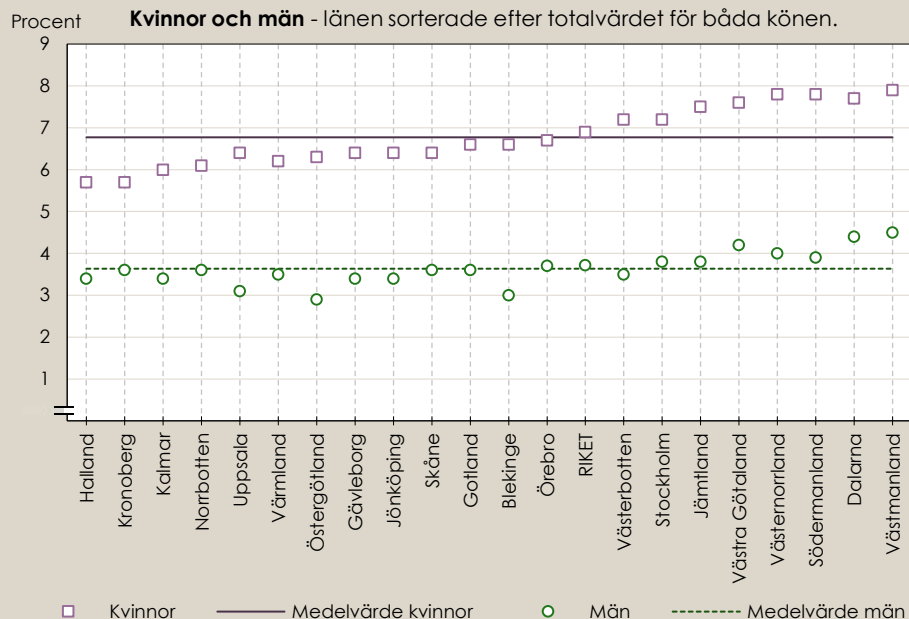
Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid var 6,2 procent 2016. Kvinnor hade en större andel än män, 6,9 procent jämfört med 3,7 procent.



I diagram 51.2. redovisas andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid för landstingsanställda. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män i samtliga landsting. Andelen sjukfrånvarotid varierar mellan landstingen bland kvinnor från 7,9 ner till 5,7 procent. För män varierar andelen från 4,5 ner till 2,9 procent.

51.2. Län. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid, 2016.

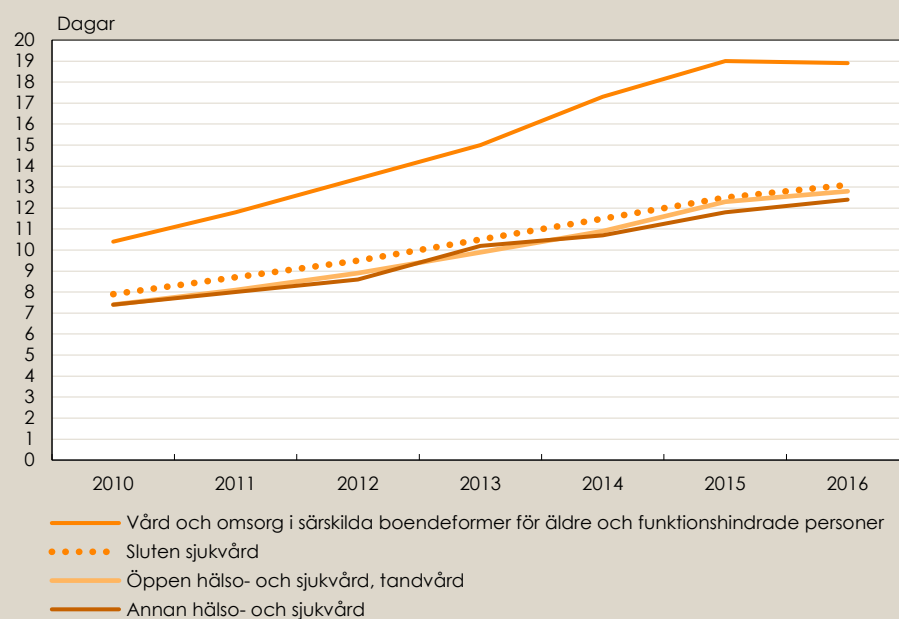


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsens och Försäkringskassans rapport gällande skillnader i sjuk-skrivningspraxis visar att riskfaktorer på länsnivå främst är kön och uthämtning av antidepressiva läkemedel [120]. Det finns en rad åtgärder som landstingen kan använda sig av för att förbättra arbetsmiljön och minska sjukfrånvaron. För att minska sjukfrånvaron och även sjukskrivningarna inom hälso- och sjukvården behövs enligt Arbetsmiljöverket systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär bland annat att personalen ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att minska riskerna. Personalen ska även få kunskap om lämpliga arbetsställningar och förflyttningar samt den arbetsutrustning och arbetsutrymme som krävs. Enligt Arbetsmiljöverket är företags-hälsovården en viktig resurs i arbete och deras resurser ska användas i det förebyggande arbetsmiljöarbetet [121]. I samtliga delar av hälso- och sjukvårdssystemet har antalet sjukskrivningsdagar per anställd ökat sedan 2010. Flest dagar per anställd 2016 finns i särskilt boende för äldre och funktionshindrade personer, 18,9 dagar. Kvinnor har genomgående fler sjukskrivningsdagar än män.

E.5. Sjukskrivningsdagar per sysselsatt inom hälso- och sjukvård

Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt. Utbetalda nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa per sysselsatt under ett kalenderår. Enbart dagar som ersätts från Försäkringskassan från och med dag 15 i sjukfallet.



Källa: Försäkringskassan.

The Commonwealth Fund genomförde 2015 en enkätundersökning riktad till primärvårdsläkare i flera länder. På en fråga om stress i arbetet uppgav 56 procent av de svenska primärvårdsläkarna att arbetet var väldigt eller extremt stressigt. Det var den näst högsta andelen bland de undersökta länderna och mer än dubbelt så hög andel som i flera andra länder. Förutom USA har Sverige lägst antal allmänläkare per invånare bland länderna i jämförelsen av självrapporterad stress, även Storbritannien har en relativt låg andel allmänläkare per invånare [122].

Svårt att jämföra sjukfrånvaro mellan länder

Internationellt delas sällan statistiken gällande sjukfrånvaro och sjukskrivning upp på arbetsmarknadens olika sektorer. OECD redovisar antal sjukskrivningsdagar och svensk data kommer från Försäkringskassan. Av de länder där arbetstagare kan erhålla ersättning vid förlorad arbetsinkomst på grund av sjukskrivning placerar sig Sverige i mitten med 11,9 förlorade arbetsdagar på grund av sjukdom och som ersätts av Försäkringskassan. Utöver sjukfrånvaron påverkas de ersatta och redovisade dagarna av ersättningssystemens utformning.

Om relaterade mått och data

Det finns möjlighet att rapportera standardiserade uppgifter från medarbetar-enkäter till databasen *Kolada* för att kunna jämföra sig med andra landsting och kommuner, exempelvis för det sammansatta måttet *Hållbart Medarbe-*

tarindex (HMI). En indikator som också tydligt relaterar till arbetsförhållanden i vården är *Överbeläggningar i den slutna vården*.

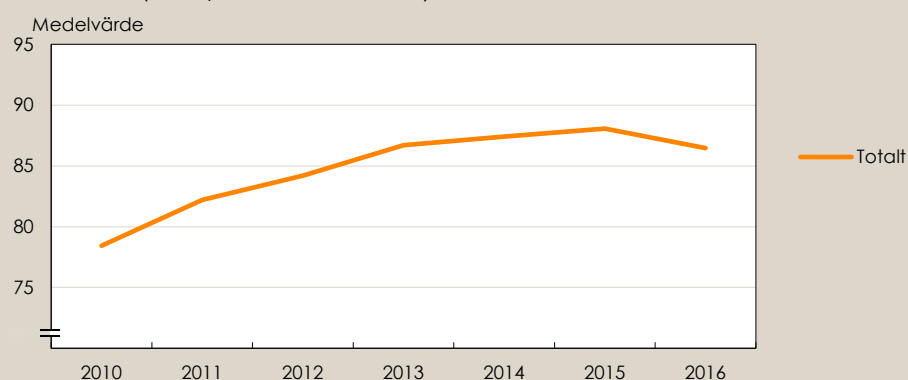
52. Rapportering till kvalitetsregister – tre folksjukdomar

Täckningsgraden i sjukvårdens kvalitetsregister, såväl som i Socialstyrelsens hälsodataregister, är en viktig del av datakvaliteten. Användningen av och registreringen i kvalitetsregister är frivillig för landsting, kommuner och inte minst patienterna. En låg täckningsgrad minskar användbarheten för exempelvis forskning och förbättringsarbete. Även för indikatorbaserade uppföljningar så som öppna jämförelser är det viktigt att täckningsgraden inte är för låg och framförallt inte ojämn mellan jämförelseobjekten avseende vilka patienter eller verksamhetsdelar som täcks in. Nyttan av en hög täckning i kvalitetsregistren betonades också starkt i den kvalitetsregistersatsning som staten och SKL ingick för perioden 2012–2016. För utgången av 2016 var målet i överenskommelsen att 80 procent av de nationella kvalitetsregistren ska ha en täckningsgrad på minst 80 procent och 40 procent en täckningsgrad på minst 95 procent [123].

Registerservice på Socialstyrelsen gör årligen flera täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. Flera olika typer av register jämförs på flera olika vis. Som indikator har här valts den genomsnittliga täckningsgraden i tre kvalitetsregister i förhållande till de fall som de bör täcka i Socialstyrelsens hälsodataregister givet avgränsningen för respektive analys. Utmaningen är olika när det gäller att nå en hög täckningsgrad i olika kvalitetsregister eftersom de har olika syften. Det är lättare att registrera och följa upp exempelvis en viss typ av operation än att täcka olika insatser på flera verksamhetsnivåer och vårdformer över lång tid för en stor patientgrupp med kronisk sjukdom. De kvalitetsregister som valts för indikatorn är mer av den senare typen. De kvalitetsregister som ingår är Rikshöft, Riks-Stroke och Rikshia från Swedeheart.

52.1. Rapportering till kvalitetsregister – tre folksjukdomar

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

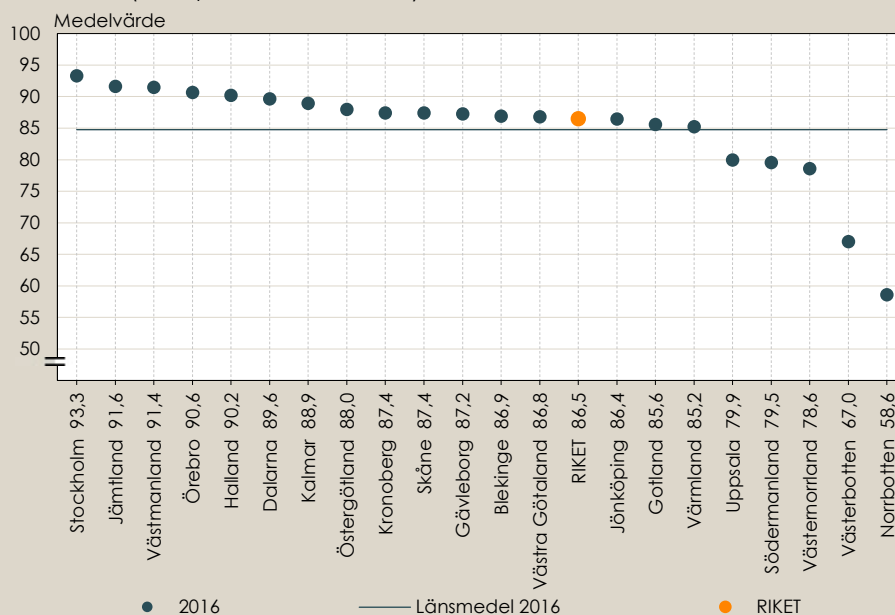


Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

Indikatorn visar att täckningsgraden låg på 86,5 procent för de tre kvalitetsregistren 2016, vilket var något lägre än 2015. Det är spridning i indikatorns värde mellan länen. Den totala täckningsgraden varierar från drygt 93 till knappt 59 procent mellan länen.

52.2. Län. Rapportering till kvalitetsregister – tre folksjukdomar

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



Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

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

Om relaterade mått och data

Socialstyrelsen publicerar årligen ett antal täckningsgradsanalyser för de kvalitetsregister som skickar in material för samkörning mot hälsodataregister, här finns även information som rör hälsodataregistrens datakvalitet. Resultaten redovisas oftast på läns- och kliniknivå. I de enskilda analyserna visar det sig att det även förekommer ett betydande antal vårdkontakter i kvalitetsregister som inte matchas i hälsodataregistren även fast så borde vara fallet. Detta indikerar bristande kvalitet i registreringen till hälsodataregistren eller till och med bristande rapportering. Det finns alltså anledning för landsting, sjukhus och privata utförare att eventuellt se över rapporteringen även till hälsodataregistren utifrån analyserna [124].

Täckningsgrad är bara en aspekt av datakvaliteten, exempelvis har Socialstyrelsen tagit fram och presenterat resultat för indikatorer för kodningskvalitet i patientregistret [125].

53. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

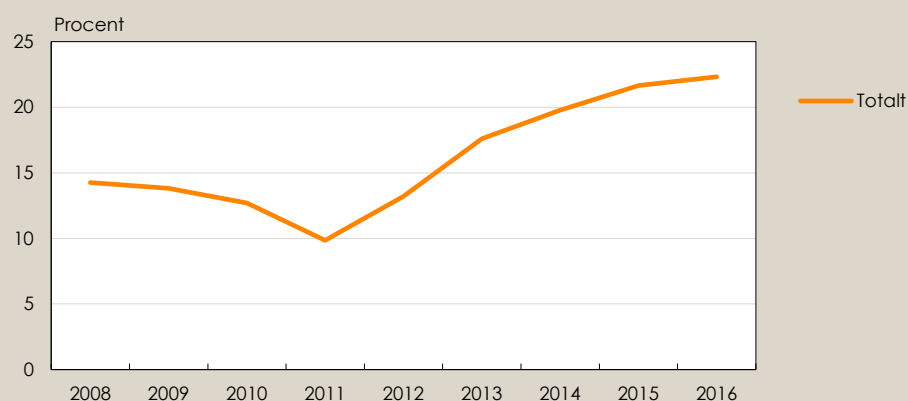
Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om vård och behandling i nationella riktlinjer och vårdprogram. Med dessa riktlinjer och vårdprogram som underlag kan vården i sin tur erbjuda patienterna bästa möjliga vård och behandling. Därför är det viktigt att landsting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

Indikatorn som används här bygger på uppgifter från Svenska Kolorektalcancerregistret där andelen patienter som ingår i behandlingsstudier följs och publiceras regelbundet. Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer och som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie. Med behandlingsstudie avses såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd [77].

Diagram 53.1 visar att drygt 22 procent av de patienter som dels diagnostiserats för tjocktarms- eller ändtarmscancer 2016, dels fanns registrerade i kvalitetsregistret deltog i en behandlingsstudie. I riket har andelen ökat årligen sedan 2011 men det är ändå en bit kvar till Socialstyrelsens nationella målnivå om minst 33 procents deltagande i kliniska studier [126].

53.1. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

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



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Nationell målnivå

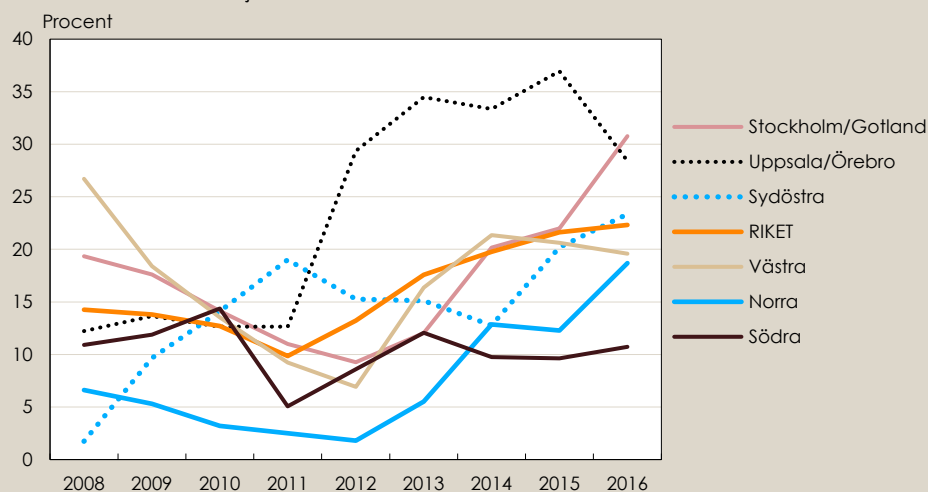
”Det är viktigt att sjukhus deltar i strukturerade behandlingsstudier, vilket på sikt ger förbättrad kunskap och en ökad kvalitet i cancervården. Socialstyrelsen har därför en målnivå på minst 33 procent.”

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

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 [126]. Indikatorn varierar mycket mellan sjukvårdsregionerna och över tid. För 2016 varierar andelen patienter som deltagit i strukturerad behandlingsstudie från knappt 11 procent till nära 31 procent.

53.2. Sjukvårdsregioner. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

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



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

Om relaterade mått och data

Kolorektalcancerregistret visar indikatorerna uppdelat på ändtarms- respektive tjocktarmscancer var för sig och utöver sjukvårdsregioner redovisas även resultaten på kliniknivå [126].

Diskussion

Rapporten visar att det finns skillnader mellan grupper med olika utbildningslängd. Nästan genomgående har gruppen med endast förgymnasial utbildning mindre gynnsamma värden än de som gått på högskola eller universitet. Utbildningsgradienten är tydligast för indikatorer där bakgrundsfaktorer för hälsoläget i befolkningen spelar större roll så som *Självskattat allmänt hälsotillstånd* och *Återstående medellivslängd*. Även indikatorer så som *Påverkbar slutenvård* och *Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* påverkas i hög grad av faktorer utanför hälso- och sjukvårdens kontroll. För indikatorer som i högre grad påverkas av kvaliteten inom hälso- och sjukvården, genom att avgränsas till olika patientgrupper och behandlingar, är skillnaderna mellan utbildningsgrupperna oftast mindre. Som exempelvis dödlighet efter att en person fått en stroke eller hjärtinfarkt.

Den enda indikator där gruppen med högst förgymnasial utbildning får synbart bättre resultat är *Bristningar vid förlossning bland förstföderskor*. Andelen förstföderskor med bristningar är störst i gruppen med eftergymnasial utbildning. Eftersom resultatet är åldersstandardiserat och avviker mot mönstret, är det svårt att direkt avgöra vad detta kan bero på, här skulle vidare nedbrytningar av resultatet kanske ge mer information. Tills vidare är det viktigt att säkerställa att det inte förekommer underrapportering av uppkomna bristningar.

Storleken på de olika utbildningsgrupperna har över tid förändrats och gruppen med endast förgymnasial utbildning har minskat avsevärt de senaste 20 åren och gruppen är den till antalet minsta. Detta kan vara viktigt att beakta vid tolkningen av framförallt utvecklingen över tid för de olika grupperna. Bland annat på grund av detta kan det vara önskvärt att även komplettera fördjupade uppföljningar och analyser med andra indelningar som speglar socioekonomiska förhållanden.

Förutom skillnader i resultat mellan utbildningsgrupper redovisas indikatorerna uppdelat på kvinnor och män. Resultaten ligger i linje med Socialstyrelsens tidigare redovisningar och det finns generellt skillnader i resultat mellan kvinnor och män. Exempelvis skattar män den egna hälsan som bättre medan kvinnor oftare drabbas av en fallskada. Skillnaderna mellan kvinnor och män bedöms som ett område som är fortsatt viktigt att följa. Dock krävs mer ingående analyser för respektive indikator för att avgöra i vilken mån skillnader står för en ojämlik hälso- och sjukvård. Inom ramen för öppna jämförelser har Socialstyrelsen publicerat en rapport som fokuserar på kvinnors hälso- och sjukvård och under 2019 kommer en rapportering med fokus på jämlik vård och där en aspekt är skillnader mellan kvinnor och män.

I rapporten presenteras även indikatorer för riket över tid. Trenden är att merparten av resultaten förbättrats. Exempelvis har dödligheten i de diagnoser som presenteras i rapporten minskat. Dessutom har värdet på indikatorn *Antikoagulantia till riskpatienter* ökat kontinuerligt och ligger nu strax under den nationella målnivån på 80 procent. Just för denna indikator presenteras resultat även på sjukhusnivå. Resultaten visar att det finns ett antal sjukhus

som ligger klart under den nationella målnivån. Detta är en signal på att man bör titta vidare på dessa resultat lokalt och regionalt. Det kan vara rimligt med en variation på sjukhusnivå beroende på till exempel patientunderlaget.

Mindre positiv utveckling visar exempelvis indikatorerna *Låg Apgar-poäng hos nyfödda* och *Suicid i befolkningen*. Dessutom visar indikatorer som belyser tillgänglighet en negativ utveckling och *Sjukfrånvaro bland landstingsanställda* har försämrats under de senaste åren.

Förutom skillnader mellan kvinnor och män samt utbildningsgrupper finns skillnader mellan län och landsting. I vissa fall kan dessa vara befogade eftersom andra faktorer som påverkar befolkningens hälsoläge kan skilja sig åt. Dock finns skillnader som är svårare att förklara, exempelvis i det sekundärpreventiva arbetet som *Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt*. Det finns även stora skillnader mellan landsting för indikatorer som belyser tillgänglighet. En svårighet med jämförelser mellan län och landsting är att det saknas ett systematiskt sätt att fastställa vad som kan anses som en rimlig skillnad i resultat, detta måste bedömas från fall till fall.

Rapporten utgörs också av jämförelser mellan Sverige och andra länder, främst länder i OECD och från Eurostat. I dessa jämförelser faller Sverige ofta bra ut, exempelvis hamnar Sverige på plats fyra i *Healthcare Access and Quality (HAQ) Index* där 195 länder och territoriums hälso- och sjukvård jämförs. Där Sverige oftare redovisar sämre resultat är vid internationella jämförelser som belyser tillgänglighet, vilket ligger i linje med nationella resultat. För en bredare bild än enbart sjukvården är det glädjande att Sverige ligger bra till i det hälsorelaterade index som utgörs av hälsorelaterade indikatorer i Agenda 2030. Men även här finns områden att förbättra trots att Sverige hamnar på en tredje plats av 188 länder.

Dock finns svårigheter med internationella jämförelser eftersom länderna har olika hälso- och sjukvårdssystem samtidigt som skillnader i rapportering förekommer. Som exempel beror behovet på vårdplatser på systemets utformning. För Sverige redovisas ett lågt antal vårdplatser jämfört med andra länder i OECD. I flera länder världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Vårdtiderna för dem som ändå skrivs in i slutenvård har också minskat för många behandlingar. Sverige har legat långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling ser vi växande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Vilket pekar på att det med systemets nuvarande utformning och funktion på vissa håll har funnits för få disponibla vårdplatser, vilket utöver den fysiska platsen och rätt utrustning även inkluderar rätt bemanning. En vanlig viljeinriktning är att svensk hälso- och sjukvård bör utveckla primärvården och att dess andel av systemet bör öka, samtidigt visar siffror från OECD att Sverige har ett relativt lågt antal allmänläkare vilket kan ses som en utmaning för en sådan utveckling. En undersökning av *The Commonwealth Fund* visar också att de läkare som arbetar i svensk primärvård är mer stressade än de flesta andra länder i undersökningen. Även om sjukfrånvaro inte kan redovisas exakt avgränsat för landstingens och kommunernas primärvård, visar exempelvis sjukskrivningar för personalen på särskilda boenden en utmärkande hög nivå. Antalet allmänläkare och de

mindre positiva nationella resultaten gällande överbeläggningar, utlokaliseringar och sjukskrivningar visar att det kan behövas mer tillgängliga slutenvårdsresurser i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet givet ett oförändrat arbetssätt och organisering. Men även här kan personalresurserna ses som en utmaning, exempelvis vad gäller tillgång på olika specialistsjuksköterskor som både Universitetskanslersämbetet och Arbetsförmedlingen pekar ut som bristyrken. Dock kan behovet av slutenvård minskas om hälso- och sjukvården i högre grad lyckas förebygga behov av slutenvård vid exempelvis hjärtsvikt, diabetes, KOL, vårdrelaterade infektioner, olämpliga läkemedel, fallskador och trycksår. För att minska dessa behov behöver fokus ligga på förebyggande insatser, patientsäkerhet och andra kvalitetsaspekter vilket kan bidra till en effektivare resursanvändning inom hälso- och sjukvårdssystemet. Det räkneexempel och den faktaruta som presenteras i anslutning till indikatorn om trycksår ger exempel på hur man kan tänka i effektivitetstermer.

Referenser

1. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2017. Hämtad 2017 11-27 från: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
2. Lim, SS, Allen, K, Bhutta, ZA, Dandona, L, Forouzanfar, MH, Fullman, N, et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 388(10053):1813-50.
3. Dahlgren, G, Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Köpenhamn: WHO; 1992.
4. Effektiv vård. Stockholm: Regeringen; 2016.
5. Kommunalekonomisk utjämning. En informationsskrift om utjämningssystemet för kommuner och landsting. 2008.
6. Wilkinsom, R, Marmot, M. Social determinants of health: the solid facts. 2 uppl: World Health Organization; 2008.
7. Lundborg, P, Vikström, J, Nilsson, M. Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av olika hälsoproblem? Ekonomisk debatt. 2011; 39(4).
8. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Vård vid rörelseorganens sjukdomar. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
9. Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
10. Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - Stöd för styrning och ledning. Västerås: Socialstyrelsen; 2011.
11. IHME. Sweden - Country Profile. 2017. Hämtad 2017 12-08 från: <http://www.healthdata.org/sweden>
12. Non-Medical Determinants of Health: Tobacco consumption. 2016. Hämtad 2016 12-19 från: <http://stats.oecd.org/#>
13. Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden – Ett planeringsunderlag inför läsåret 2015/16. Stockholm: Universitetskanslersämbetet; 2015.
14. Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2018. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2017.
15. Forskningsbarometern 2017. Svensk forskning i internationell jämförelse. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2017.
16. Forskning och utveckling i Sverige 2013 – En översikt. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2015.
17. Statistik om forskningssystemet. En forskningsbarometer för ÄRK. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2017.
18. Handbok för utveckling av indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
19. 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.
20. 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.
21. Shewhart, WA. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: Van Nostrand; 1931.
 22. So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Luxembourg: European Comission; 2016.
 23. Förändring av Hälsoräkenenskaperna – publicering mars 2015. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2015.
 24. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
 25. Gender Equality. 2017. Hämtad 2017 12-07 från: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
 26. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Stockholm: Regeringen; 2017.
 27. Nationell utvärdering 2013. Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 28. 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.
 29. Statistik över tandvårdsavtal. Folk tandvården Sverige. 2016. Hämtad 2016 10-28 från: http://www.folktandvarden.se/Global/Frisktandvard/antal_avtal/Antal_friskstandvardsavtal_per_lan-region_2015-12-31.pdf
 30. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
 31. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 32. Vårdprioritering. SOS Alarm. 2016. Hämtad från: <https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Vardprioritering/>
 33. Ambulance Quality Indicators: Systems Indicators dec 2015. National Health Service. 2016. Hämtad 2016 16/09/05 från: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/>
 34. ADHD: Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013.
 35. Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser. Stockholm: Skolinspektionen; 2015.
 36. EMQ. Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser, EMQ 2017. Hämtad 2017 11-28 från: <http://emq.nu/>
 37. Kvalitetsmått för elevhälsans medicinska insats. Stockholm: Riksföreningen för skolsköterskor, Svenska skolläkarföreningen; 2015.
 38. Överbeläggning. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=507>
 39. Utlokaliserad patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=dXRsb2thbGlzZXJhZCBwYXRpZW50&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject=>
 40. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2012.
 41. Utskrivningsklar patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=58>

42. Inkomna ej verkställda beslut 2016. 2017. Hämtad från: <https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/ej-verkstallda-beslut/>
43. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2017.
44. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
45. Cancercentrum. Nationell satsning för kortare väntetider i cancervården. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: <http://www.cancercentrum.se/syd/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/>
46. 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.
47. Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Report No.: PM 2017:2.
48. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning – Remissversion Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 2017-11-3.
49. Öppna jämförelser. Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
50. Vacciner till barn. Skyddseffekt och biverkningar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009.
51. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015. Årsrapport. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016.
52. Målnivåer för diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
53. Global Health Observatory data repository. WHO; 2016.
54. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
55. Hjärtinfarkt - livet efteråt. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: <https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Leva-med-sjukdomen/>
56. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård, stöd för ledning och styrning 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
57. Nationella riktlinjer – Målnivåer. Hjärtsjukvård. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
58. Socialstyrelsen. Balansera mera- kampanj för att förhindra fallolyckor 2017. Hämtad 2017 12-08 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/balanseramera>
59. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre – Fokus på antidepressiva läkemedel Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
60. Socialstyrelsen. Stöd och utbildning 2017. Hämtad 2017 12-08 från: <http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/stodochutbildning>
61. Health at a Glance 2015. OECD Indicators. Paris: OECD; 2015.
62. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

63. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
64. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
65. 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>
66. Handbok för effektivitetsanalyser. För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
67. 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>
68. Öppna jämförelser 2016 - Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
69. Statistikdatabasen. www.socialstyrelsen.se/statisti/statistikdatabas/: Socialstyrelsen; 2018.
70. Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
71. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. Paris: OECD; 2017.
72. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
73. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
74. Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
75. Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
76. 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.
77. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård - jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting; 2014.
78. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
79. Bipolär sjukdom. Socialstyrelsen. 2016 2016-07-21. Hämtad 2016 10-28 från: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Bipolarsjukdom/Sidor/default.aspx>
80. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
81. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2015. Kalmar: Svenska Palliativregistret; 2016.
82. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
83. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

84. Rosen, M. Sjukvårdens bidrag till folkhälsan: Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. Läkartidningen. 1997.
85. Bunker, JP. Medicine matters after all. Journal of the Royal College of Physicians of London. 1995; 29(2):105-12.
86. John P Bunker, HSF, Frederick Mosteller. Improving health: measuring effects of medical care. The Milbank Quarterly. 1994; 72(2):225-58.
87. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
88. The OECD Mental Health and Work Project. OECD; 2013.
89. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2017.
90. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
91. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
92. Health Status. OECD. 2016. Hämtad 2016-09-05 från: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
93. Meijer, E, Kapteyn, A, Andreyeva, T. Internationally comparable health indices. Health economics. 2011; 20(5):600-19.
94. 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.
95. 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.
96. Jurges, H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. Health economics. 2007; 16(2):163-78.
97. Mackenbach, JP, Stirbu, I, Roskam, AJ, Schaap, MM, Menvielle, G, Leinsalu, M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008; 358(23):2468-81.
98. Borgonovi, F, Pokropek, A. Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. PLoS One. 2016; 11(2):e0149716.
99. Klinge, B, Holmstrup, P. Parodontit och allmänsjukdomar. Tandläkartidningen. 2004; 2.
100. Stigendal, M, ., Östergren, P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013.
101. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2016 - Verksamhetstabeller. Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
102. Ryan M Barber, NF, Reed J D Sorensen, Thomas Bollyky, Martin McKee, Ellen Nolte, Amanuel Alemu Abajobir, Kalkidan Hassen Abate, Cristiana Abbafati, Kaja M Abbas, Foad Abd-Allah, Abdishakur M Abdulle, Ahmed Abdulahi Abdurahman. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2017; 390(10091):231-66.
103. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

104. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2006.
105. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.; 2013.
106. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
107. Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Örebro: Statistiska Centralbyrån; 2016.
108. Svenska trender 1986-2016. Göteborg: Göteborgs universitet; 2017.
109. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
110. E-brev från Kajsa Westling, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016.
111. Henrik Ekengren Oscarsson, AB. Svenska Trender 1986-2014. Göteborg: Göteborgs universitet; 2015.
112. Regeringen. Uppdrag angående samverkansfunktion och handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: <http://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2017/03/uppdrag-angaende-samverkansfunktion-och-handlingsplan-for-arbetet-mot-antibiotikaresistens/>
113. Uppdrag angående samverkansfunktion och handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens - regeringsbeslut. Stockholm: Regeringen; 2017.
114. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
115. A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance. Bryssel: EU-kommissionen; 2017.
116. 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.
117. 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.
118. Touboul-Lundgren, P, Jensen, S, Draai, 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.
119. 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>
120. Sjukskrivningsmönster och praxis. Skillnader i vårdens arbete. Stockholm: Socialstyrelsen, Försäkringskassan 2017.
121. Hälso- och sjukvård, förebyggande att skapa en bra arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket. 2016. Hämtad 2016 11-02 från: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/forebyggande---att-skapa-en-bra-arbetsmiljo>
122. Robin Osborn, ES. 2015 Commonwealth Fund – International Health Policy Survey of Primary Care Physicians – Survey Chartpack. 2015. Hämtad 2018 från: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/in-the-literature/2015/dec/2015-commonwealth-fund-international-survey_symposium-presentation-_final-6816.pptx

123. Godkännande av en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
124. Täckningsgrader 2015. Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
125. Kodningskvalitet i patientregistret. Ett nytt verktyg för att mäta kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
126. Koloncancer. Nationell kvalitetsrapport för år 2015 från Svenska Kolorektalcancerregistret. Umeå: Svenska Kolorektalcancerregistret; 2016.