

ÖPPNA JÄMFÖRELSE 2014



Hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Del 1. Övergripande indikatorer

Öppna jämförelser 2014

Hälso- och sjukvård

JÄMFÖRELSE R MELLAN LANDSTING

Del 1. Övergripande indikatorer

Du får gärna citera rapportens texter eller diagram om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Socialstyrelsen: Artikelnummer 2014-12-1, ISBN 978-91-7555-221-7
SKL: ISBN 978-91-7585-156-3

Foto: ImageSource/Johnér.

Produktion: Edita Bobergs AB

Tryck: Edita Bobergs AB, december, 2014



MILJÖMÄRKET Trycksak lic nr 341 359

Förord

Detta är den nionde rapporten med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt publicerar. Liksom tidigare är rapportens huvudsyfte jämförelser mellan landsting, även om också data för sjukhus i många fall redovisas. I år har rapporten delats upp i två delar, del 1 och del 2. Den första delen innehåller framförallt de övergripande indikatorerna och del 2 de sjukdoms- eller områdesspecifika indikatorerna.

Styrgrupp för arbetet med Öppna jämförelser 2014 har utgjorts av Bodil Klintberg och Åsa Himmelsköld från Sveriges Kommuner och Landsting samt Mona Heurgren och Björn Nilsson från Socialstyrelsen.

Det praktiska arbetet har utförts av en gemensam arbetsgrupp. I denna har från Socialstyrelsen Behzad Kouchehi och Birgitta Lindelius deltagit. Från Sveriges Kommuner och Landsting har Camilla Eriksson, Katarina Wiberg Hedman, Gunilla Eriksdotter, Einar Sjölund och Emma Vintemon medverkat. Även Fredrik Westander, konsult, har ingått i arbetsgruppen.

Flera medarbetare från de båda organisationerna har medverkat med underlag till rapporten och dess bilagor. För flera indikatorer har externa datakällor och underlag använts, framförallt från Nationella Kvalitetsregister.

Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregister och övriga externa uppgiftslämnare som bidragit till rapporten. Personer som lämnat underlag till rapporten förtecknas i slutet av rapporten. Arbetet har bedrivits i dialog med kontaktpersoner från samtliga landsting.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- Ny indikator
- Förändrad indikator

Sammanfattning	7
Inledning	8
Öppna jämförelser bakgrund och syfte	8
Indikatorer och datakällor	9
Indikatorsetets indelning och förändring	9
Resultatredovisning och tolkning	11
Dödlighet	15
1 Återstående medellivslängd	15
2 Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	17
3 Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	19
4 Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom	21
5 Själv mord i befolkningen	23
■ 6 Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom vid diabetes	25
7 Dödlighet efter stroke	27
8 Dödlighet efter hjärtinfarkt	29
■ 9 Dödlighet efter höftfraktur	31
■ 10 Överlevnad vid cancersjukdom	32
Säker vård, undvikbar slutenvård mm	33
11 Undvikbar slutenvård	33
■ 12 Överbeläggningar i den slutna vården	36
■ 13 Utskrivningsklara patienter på sjukhus	37
■ 14 Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (65 år och äldre)	38
■ 15 Återkommande slutenvård i livets slutskede	39
16 Responstid för ambulans	40
17 Trycksår i slutenvård	40
18 Vårdrelaterade infektioner	42
Hälsoinriktad hälso- och sjukvård	45
■ 19 Rökning vid diabetes	45
■ 20 Fetma vid diabetes	46
■ 21 Fysisk aktivitet vid diabetes	47
■ 22 Rökstopp efter hjärtinfarkt	48
■ 23 Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt	49
■ 24 Rökstopp efter stroke	50
■ 25 Levnadsvanor vid besök i primärvård	50
26 MPR-vaccination av barn	52
27 Tobaksvanor under graviditet	53
28 Screening för riskbruk av alkohol under graviditet	54
■ 29 Artrosskola före höftprotesoperation	55

Befolkningens förtroende och patienterfarenheter	56
30 Tillgång till sjukvård	56
31 Förtroende för hälso- och sjukvården	58 ■
32 Förtroende för vårdcentraler	59
33 Förtroende för sjukhus	60
34 Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor	61 ■
35 Bemötande vid besök i primärvård	62
36 Information vid besök i primärvård	63
37 Delaktighet vid besök i primärvård	64
Tillgänglighet	65
38 Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	65
39 Primärvårdens tillgänglighet per telefon	65
40 Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	67
41 Operation inom 90 dagar i specialiserad vård	68
42 Upplevd väntetid till vårdcentral	69 ■
43 Upplevd väntetid till besök och behandling på sjukhus	70 ■
44 Upplevd telefontillgänglighet till 1177	71 ■
Kostnader	72
45 Strukturjusterad hälso- och sjukvård	72 ●
45A Sjukvårdskostnad per invånare och verksamhet	73
45B Justerad läkemedelskostnad per invånare	75
46 Kostnad per konsumerad DRG-poäng	76
47 Kostnad per producerad DRG-poäng	77
48 Kostnad per vårdkontakt i primärvården	78
Personer som har lämnat underlag till rapporten	79

Sammanfattning

Årets rapport är den nionde öppna jämförelsen av hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gör gemensamt. För första gången kommer rapporten i två delar. Del 1 tar främst upp indikatorer på en övergripande nivå, vilket bland annat inbegriper åtgärdbar dödlighet, tillgänglighet och förtroende för sjukvård, kostnader och hälsoinriktad hälso- och sjukvård. I del 1 återfinns bland annat även texter om syftet med rapporten, datakällor, urvalsprocess och tolkning av resultat. I del 2 presenteras indikatorer om behandlingar och resultat av vården för ett flertal sjukdomsgrupper. I årets rapport ingår inte cancersjukvården. Istället görs en utökad beskrivning av denna vård i en särskild öppen jämförelse.

Sammanlagt 186 indikatorer presenteras i rapporten, vilket ger en bred men inte fullständig bild av den svenska hälso- och sjukvården. Fortfarande saknas användbara nationella datakällor om viktiga områden som primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och hjälpmedel.

Förebyggande arbete

Trots goda övergripande resultat för bland annat dödlighet och överlevnad visar vissa indikatorer att det fortfarande finns en förbättringspotential i vården. För 12 indikatorer inom hjärt- respektive strokeområdet finns Socialstyrelsens fastställda målnivåer markerade i diagrammen. Dessa visar på förbättringsmöjligheter när det gäller exempelvis direktintag vid strokeenhet och förebyggande behandling med blodförtunnande medel vid förmaksflimmer och risk för stroke. Inget landsting uppnår heller målet när det gäl-

ler uttag av blodfettssänkande läkemedel som återfallsförebyggande behandling efter hjärtinfarkt. En annan viktig återfallsförebyggande åtgärd är rökstopp, inte minst efter hjärtinfarkt och stroke. Målet är att 75 procent av patienterna som röker ska ha slutat röka vid uppföljning. Medelvärdet för riket ligger på drygt 50 procent.

En annan sida av det förebyggande arbetet är att ha god kontroll på blodsockervärden vid diabetes. Under 2013 tycks den sjunkande trenden av god blodsockerkontroll ha vänt. Särskilt för barn och unga ses en starkt positiv utveckling det senaste året.

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

I rapportens nya avsnitt om hälsoinriktad hälso- och sjukvård redovisas även fortsatta utmaningar för diabetesvården. Totalt 15 procent av patienterna med diabetes som vårdas i primärvården röker. Lika stor andel har svår fetma. Totalt 28 procent uppger att de är fysiskt inaktiva. Dessa faktorer har i varierande grad påverkan på bland annat blodsockernivå och risk för hjärt- och kärlsjukdom.

Praxisskillnader

Stora skillnader mellan landstingen kan ses i indikatorer som rör praxis i användning av dagkirurgi och operationer med så kallad miniinvasiv teknik, som laparaskopi. Vid borttagande av livmoder är variationen mellan 18 och 81 procent mellan landstingen när det gäller användning av miniinvasiv teknik.

Inledning

ÖPPNA JÄMFÖRELSERS BAKGRUND OCH SYFTE

I rapportserien öppna jämförelser redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2014 års rapport är den nionde rapporten med jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Öppna jämförelser baseras på nationellt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är gemensamt ansvariga för arbetet.

Ett av syftena med öppna jämförelser är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Allmänheten, både som medborgare och patienter, har rätt att få information om verksamhetens kvalitet och effektivitet. Öppna jämförelser ger underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården och förbättrar därmed även förutsättningarna för ansvarsutkrävande.

Ett annat syfte är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Jämförelserna ska sporra landstingen till fördjupande analyser och uppföljningar samt bidra till lärande mellan dem. Lokala förbättringsarbeten kan initieras utifrån resultat i öppna jämförelser.

Ytterligare ett syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst avseende resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. När värddata används aktivt i öppet publicerade jämförelser, ökar kraven på att de ska vara aktuella, rikstäckande och korrekta. Behovet av både nya och förbättrade datainsamlingar tydliggörs. Brister avseende datatillgång och datakvalitet utgör påtagliga begränsningar när kvalitetsjämförelser skall göras och resultaten tolkas.

Rapporten är inte utformad för att stödja patienternas val av vårdgivare även om det, i flera fall, återges data per sjukhus.

Denna rapport, Öppna jämförelser 2014 av Hälso- och sjukvård, är ett av flera underlag som Socialstyrelsen och SKL gemensamt ställer till förfogande för landstingen och för hälso- och sjukvårdens olika vårdgivare och organisationer, liksom för allmänhet, media och patientföreningar. Sammanlagt fyra rapporter med öppna jämförelser

inom folkhälso- och sjukvårdsområdet publiceras under november och december 2014. De tre övriga är öppna jämförelser av cancersjukvård, läkemedelsbehandlingar samt folkhälsa. I rapporten Öppna jämförelser av folkhälsa deltar även Folkhälsomyndigheten och i rapporten Öppna jämförelser av läkemedel deltar även Läkemedelsverket. Utöver öppna jämförelser bedriver Socialstyrelsen och SKL var och en för sig en rad andra arbeten som knyter an till de öppna jämförelserna av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet.

Rapportens disposition och bilagor

Årets rapport har fått en ny disposition och består av två delar. Del 1 innehåller bland annat den övergripande beskrivningen av hur rapporten är upplagd, beskrivningar och definitioner av centrala begrepp och vägledningar för redovisning och tolkning av resultat. Nytt för i år är ett särskilt avsnitt om hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Utöver detta redovisas i denna del övergripande indikatorer som rör bland annat dödlighet, säker vård, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

I del 2 samlas indikatorerna för de olika sjukdomsgrupperna eller behandlingsbaserade områdena.

Generellt gäller att varje indikator beskrivs och resultatet presenteras i diagram, med stöd av en kort text. Sjukhusdata och trender för riket och ibland ytterligare tilläggsinformation redovisas i samband med respektive indikator. I de flesta fall visas även en stapel för en jämförelseperiod. Utfallet kommenteras, till exempel vad gäller variation mellan landsting, kön och önskat utfall utifrån målnivåer eller rekommendationer i nationella riktlinjer där sådana finns.

En tablå där landstingens och rikets resultat för indikatorerna redovisas, även konsupplad där sådana data finns, läggs i år ut som en bilaga på respektive organisations webbplats. En markering i tablåen visar om det aktuella resultatet är en förbättring eller försämring jämfört med jämförelseperiodens.

Utöver redovisningen av de egentliga indikatorerna, finns vissa övriga orienterande texter om olika teman, som knyter an till indikatorredovisningen på olika sätt.

Rapporten har fyra formella bilagor, som finns tillgängliga enbart i elektronisk form:

- Bilaga 1 Beskrivning av indikatorer
- Bilaga 2 Tablå med samtliga resultat
- Bilaga 3 Landstingsprofiler och landstingens resultat över tid

Bilagor, övriga underlag och den elektroniska versionen av huvudrapporten finns tillgängliga på de båda organisationernas webbplatser. För vissa indikatorer läggs uppgifter om landstingens resultat för flera år ut på webben, för att man skall kunna följa sin utveckling över tid.

Via www.skl.se kan man välja *Öppna jämförelser* under menyn Ekonomi, juridik och statistik och därefter gå vidare till Statistik, nyckeltal och jämförelser.

Utöver dessa bilagor tas ytterligare underlag med anknytning till rapporten fram, som till exempel vårdkonsumtion och täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregister och hälsodataregister, som visar hur komplett rapporteringen till olika register är. Dessa jämförelser är ett viktigt underlag för att förbättra rapporteringen till både hälsodata- och kvalitetsregister. De nås via Socialstyrelsens hemsida.

Via www.socialstyrelsen.se väljer man *Öppna jämförelser* under fliken *Utveckling och kvalitet* i huvudmenyn. Välj därefter fliken *Hälso- och sjukvård*. Där går det även att välja att titta på indikatorerna i ett jämförelseverktyg.

INDIKATORER OCH DATAKÄLLOR

Antalet indikatorer i årets öppna jämförelser av hälso- och sjukvård är 186. I de särskilda rapporterna om cancer, läkemedel och folkhälsa finns ytterligare indikatorer publicerade. I vissa fall kan indikatorerna vara samma i de olika rapporterna. Fördelen med ett stort antal indikatorer är att flera sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården då kan belysas. Men även om indikatorerna är många, ger de inte en täckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Viktiga kvalitetsaspekter är fortfarande otillfredsställande belysta, eftersom det inom flera sjukvårdsområden saknas lätt tillgängliga data.

Inom andra områden, där det finns bättre tillgång på data, publiceras bara ett urval. Indikatorerna avseende till exempel ortopedisk sjukvård och reumatologi är ett urval av de indikatorer som ingick i den nationella utvärdering av riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar som Socialstyrelsen publicerade hösten 2014. Detsamma gäller de kvalitetsregister som offentligt redovisar indikatorer i återkommande rapportering – bara ett urval redovisas i denna rapport. Urvalet av indikatorer styr alltså påtagligt bilden av ett landstings sjukvård, vilket läsaren bör notera.

Skäl som dessa gör att de olika resultaten inte läggs samman i en samlad poängmodell, ett "totalindex" för kvalitet och effektivitet i landstingen. Även om syftet är att, så långt det är möjligt, spegla hela hälso- och sjukvårdssystemet, så bör indikatorerna och utfallen i första hand betraktas var för sig. Indikatorerna är angelägna, därför att de var och en speglar väsentliga aspekter av sin del av hälso- och sjukvården, inte därför att utfallet för indikatorsetet som helhet utgör ett betyg på ett landstings hela vårdssystem.

INDIKATORSETETS INDELNING OCH FÖRÄNDRING

186 indikatorer redovisas, vilket kan jämföras med att förra årets rapport innehöll 162. Indikatorerna speglar olika dimensioner av kvalitet: medicinska resultat och processer, tillgänglighet, patienterfarenheter och kostnader. Tyngdpunkten ligger på medicinsk kvalitet.

Nedan beskrivs den använda indelningen i de båda delrapporterna. Där redovisas också vilka krav som ska ställas på en lämplig indikator.

Förändringar i indikatorset och indikatorer kommenteras i texten, antingen i inledningen till varje område, eller i indikatortexten.

INDIKATOROMRÅDEN

Övergripande indikatorer (Del 1)

Dödlighet, hälsotillstånd m m
Säker vård, undvikbar slutenvård m m
Förtroende och patienterfarenheter
Tillgänglighet
Kostnader

Områdesvisa indikatorer (Del 2)

Graviditet, förlossning och nyföddhetsvård
Kvinnosjukvård
Ortopediska sjukdomar
Reumatoid Artrit
Diabetesvård
Hjärtsjukvård
Strokesjukvård
Psykiatrisk sjukvård
Kirurgisk behandling
Intensivvård
Ögonsjukvård
Palliativ vård
Annan sjukvård MS, HIV, CP

VAD ÄR EN INDIKATOR?

Vilka krav ska ställas på en lämplig indikator? Följande kriterier för indikatorurvalet används som vägledning i arbetet med *Öppna jämförelser*:

Mätbar och tillgänglig. Indikatorn ska vara mätbar, väl definierad och data ska finnas tillgängliga på nationell nivå. Indikatorn ska återkommande kunna rapporteras.

Vedertagen och valid. Indikatorn ska vara vedertagen och därmed gärna förekomma i andra, etablerade indikatorset. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt av sjukvården som den avser att mäta.

Relevant. Indikatorn ska avse väsentlig volym/kostnad, eller väsentlig aspekt eller problem.

Tolkningsbar. Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.

Påverkansbar. Det ska vara möjligt för landstingen och hälso- och sjukvården att kunna påverka sitt utfall.

Resultat och process. Både resultatmått och processmått kan användas. Processmått ska avse åtgärder i hälso- och sjukvården som bedöms ha en stark påverkan på resultatet för patienten.

I rapporten används indikatorer som inte helt lever upp till dessa krav. Reservationer om datakvalitet och andra tolkningsproblem ges i texten vid respektive indikator.

Process för urval av indikatorer

Förslag till indikatorer kommer främst från företrädare för kvalitetsregister och från pågående indikatorutveckling vid Socialstyrelsen, framförallt från de senaste årens nationella riktlinjer respektive utvärderingar. Både före och efter publicering har indikatorer och resultat diskuterats av projektgruppen och företrädare för landsting och inom hälso- och sjukvården. Kritiska synpunkter leder inte sällan till antingen modifiering av indikatorer eller till att indikatorer tas bort. Företrädare för landsting och regioner har en viktig roll i diskussionerna om indikatorsetet och i att framföra landstingens och verksamhetsansvarigas synpunkter.

I praktiken spelar tillgången på relevanta data av tillräckligt god kvalitet en stor roll för urvalet, liksom registrens täckningsgrad.

Vilka slags mått på kvalitet och effektivitet redovisas?

De flesta indikatorerna beskriver hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet. Både resultatmått och processmått ingår, men mera sällan strukturmått, som till exempel mått som speglar sjukvårdens organisation. Resultatmått belyser hur det gick för patienten. Flera resultatmått visar

patienternas egen skattning av behandlingens resultat. Det finns ett ökat intresse både i Sverige och internationellt för så kallade patientrapporterade resultat, förkortat PROM (Patient Reported Outcome Measures).

Processmått speglar vad man gör i sjukvården, och är valda för att de bedöms ha stor betydelse för resultaten. I några fall redovisas även mått med osäker tolkning ur kvalitetssynpunkt, mest för att spegla att sjukvårdens praxis varierar, som till exempel andelen kejsarsnitt vid förlossning.

En grupp indikatorer speglar patienternas och befolkningens värdering av sina vårdkontakter och av sjukvården, till exempel i vilken mån man har förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens bedömning av en specifik behandlings resultat redovisas under respektive sjukdomsgrupp.

Tillgänglighetsmått avser tidsrelaterad tillgänglighet och mäter uppfyllande av vårdgarantin. Andra aspekter på tillgänglighet, som geografiska, språkliga eller ekonomiska barriärer för att söka vård, belyses inte. Antalet behandlingar i en viss befolkning är en annan aspekt på tillgänglighet. Kostnads- och resursanvändningsindikatorer är av flera olika slag: kostnad per invånare för hälso- och sjukvård och kostnad per prestation. Kostnadsmått får sitt stora värde först när de ställs i relation till de övriga resultaten.

Data från KPP-databasen (Kostnad Per Patient) redovisas enbart på sjukhusnivå. Kvaliteten i KPP-databasen är svårbedömd, eftersom det inte finns någon bred publicering av jämförelser mellan sjukhus från den. Genom att ändå visa dessa kostnadsuppgifter lyfts de sjukhus fram som etablerat denna form av diagnos- och åtgärdsbaserad kostnadsredovisning.

Använda datakällor

Ett stort antal datakällor har använts i rapporten. Några presenteras kort i samband med resultatredovisningen. Landstingens och sjukhusens rapportering till flera av de använda registren och databaserna beskrivs genom jämförelser av täckningsgrad, i separat publicering. Använda datakällor redovisas nedan.

DATAKÄLLOR**Socialstyrelsen**

Dödsorsaksregistret
Medicinska födelserregistret
Läkemedelsregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

Nationell Patientenkät
Väntetider i Vården
SKL:s verksamhetsstatistik

Nationella Kvalitetsregister

SNQ – Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister
Svenska Knäprotesregistret
SWESPINE – Svenska Ryggregistret
RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret
Nationellt kvalitetsregister för hjärt-lungräddning
Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Scandinavian Obesity Surgery Registry
Swedvasc – Svenska Kärllregistret
Svenska Intensivvårdsregistret
Svenska ICD- och Pacemakerregistret
SWEDEHEART – RIKS-HIA
SWEDEHEART – SEPHIA
Kvalitetsregister ECT
Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cellprovskontroll
GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi
Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi
Svenskt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård
RättspsyK – Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Övriga källor

Statistiska centralbyrån
Folkhälsomyndigheten
SOS Alarm

Patientregistret
Cancerregistret

Vårdbarometern
KPP-databasen

Svenska Höftprotesregistret
Svenska korsbandsregistret
Nationella Diabetesregistret
Gyn-Kvalitetsregistret
Riksstroke
InfCare HIV
SWEDEHEART - SCAAR
Nationella Diabetesregistret - SWEDIABKIDS
Svenska Palliativregistret
Svenskt Bräckregister
Mödrahälsovårdsregistret
Nationella Kataraktregistret
Svenska MS-registret
Makularegistret

RESULTATREDOVISNING OCH TOLKNING

Redovisningen i *Öppna jämförelser* har en beskrivande karaktär. Jämförelserna kommenteras och läsaren ges därmed stöd för tolkning av utfallet. Men redovisningen sker utan att orsakerna till resultaten analyseras eller att det dras skarpa slutsatser om konsekvenserna av dem. Tolkningar av sjukvårdsdata förutsätter allmän kunskap om sakområdet, tid för analys och fördjupning samt ofta även kunskap om olika lokala omständigheter. Det är landstingens och sjukvårdens företrädare som har de bästa förutsättningarna att tolka och värdera de egna utfallen. Ambitionen är att presentera data med så hög kvalitet som möjligt, men lämna tolkning och analys till målgruppen. På de områden där det finns riktlinjer eller andra goda kunskapsunderlag, bör dessa vara utgångspunkten för den lokala tolkningen och diskussionen.

Hur presenteras indikatorerna?

I rapporten presenteras utfallet för indikatorerna på följande vis, dock beroende på vilka data som är tillgängliga:

- Rangordnade landstingsjämförelser
- Data för sjukhus, uppställda i landstingsordning
- Rikets utveckling över tid

Utveckling över tid: För många indikatorer visas värden per landsting för två perioder. Motivet för detta är att se om resultatet blivit bättre eller sämre över tid. Det senare värdet är det egentliga indikatorvärdet och visas i huvudstapeln i diagrammet, medan det tidigare värdet visas som en skuggad stapel.

Könsuppdelning och socioekonomi: För medicinska indikatorer är huvudprincipen att data i den tryckta rapporten visas för båda könen sammantagna, medan könsuppdelad redovisning sker när det finns särskilda skäl för detta. Könsuppdelade diagram finns tillgängliga på respektive

organisations hemsidor, i alla de fall könsupplade data finns tillgängliga. För några indikatorer visas resultatet även fördelat på utbildningsnivå som ett sätt att beskriva socioekonomiska skillnader.

Val av tidsperiod: För de indikatorer där detta är möjligt och fungerar bra används senast tillgängliga års data. För de indikatorer där fallen och/eller kvalitetshändelserna (dödsfall, infektion, omoperation etc.) är få, bör längre tidsperioder användas. Annars skulle den statistiska osäkerheten vara för stor och de årliga resultaten hoppa upp och ned beroende på slumpen. Man tvingas då väga värdet av aktualitet mot värdet av statistisk säkerhet. Vissa indikatorer mäter dessutom långtidseffekter, som huruvida den inopererade höftprotesen sitter kvar och fungerar efter tio år. Då måste med nödvändighet operationer utförda flera år tillbaka i tiden ingå i jämförelsen.

Jämförelser med rangordnade landsting och indikatorer

Till varje indikator finns diagram och en kort text. Diagrammen är konsekvent liggande stapeldiagram, där landstingen ordnats i en fallande ordning. Ett värde för rikets genomsnitt anges också, i annan färg än den som staplarna för landstingen har.

I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i diagrammet är ett bättre utfall än en lägre placering. I något fall kan hög position dock vara ett uttryck för "överbehandling". Några indikatorers resultat är genuint svåra att värdera, som kejsarsnittsfrekvens vid förlossning. Rangordning har gjorts även i de fall där kvaliteten i data är svagare, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

Även i de fall där rangordning i princip är lätt att motivera (dödlighet, komplikationer vid vård) finns det faktorer att ta hänsyn till. När resultatmätt redovisas är skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd eller sjukhusens patientsammansättning (case-mix) en sådan faktor. I många fall görs en åldersstandardisering av landstingens befolkningar för att skapa ökad jämförbarhet. Då korrigeras för den effekt som de olikartade åldersstrukturerna kan ha. Det finns dock skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte bara hänger ihop med ålder och som det inte korrigeras för.

I öppna jämförelser visas hur resultaten mätt med olika kvalitetsindikatorer varierar mellan olika landsting. Denna variation kan bero på att det finns landsting som har funnit bättre sätt att organisera och bedriva vården än vad andra har lyckats med. Sådana observationer kan användas som underlag i förbättringsarbete.

Men variationen kan således även bero på eller påverkas av att det finns skillnader i befolkningsunderlaget eller patientsammansättningen. För vissa indikatorer har

justeringar för skillnader i patientsammansättning gjorts, vilket anges i diagramrubriker eller text. För flertalet har ingen annan justering än för ålder, eller ingen justering alls, gjorts.

Argumenten för att konsekvent rangordna landstingen i diagrammen är goda, trots dessa reservationer. I normalfallet är en hög placering ett bättre resultat. I de fall osäker datakvalitet eller andra tolkningssvårigheter gör att detta kan ifrågasättas, nämns eller diskuteras detta i indikator-texten.

Målnivåer

För de indikatorer där det finns underlag för värdering av utfall, i form av målnivåer från nationella riktlinjer, görs i diagrammet en markering var målnivån ligger. Andra målnivåer, som är satta av till exempel kvalitetsregister, refereras i texten för de indikatorer där sådana finns. Vårdgarantins tidsgränser är de enda politiskt beslutade "målnivåerna".

Redovisning av data för kliniker/sjukhus

För ett antal indikatorer redovisas data även på sjukhusnivå, direkt i anslutning till landstingsjämförelsen. Syftet med denna redovisning är dels att peka på den större variation som synliggörs när resultat redovisas på sjukhusnivå, dels att göra det möjligt att se hur de olika sjukhusen bidragit till utfallet på landstingsnivå. Det är på klinikenivå som handfasta förbättringar kan ske, vilket är ett starkt argument för att redovisa sjukhusdata. Ett annat argument för att lyfta fram variation på sjukhusnivå är att ge perspektiv på skillnaderna mellan landsting. Sjukhusen redovisas per landsting, utan rangordning. Detta gör det lättare att hitta respektive sjukhus, men framförallt är motivet att redovisningen inte ska ses som en värdering av kvalitet på sjukhusnivå. Utfallet på sjukhusnivå vare sig värderas eller kommenteras, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter.

Innan egentliga kvalitetsjämförelser mellan sjukhus publiceras bör frågor om täckningsgrad, datakvalitet och så kallad casemixvariation, skillnader i klinikernas patientsammansättning, hanteras.

Samma tidsperiod som vid landstingsredovisning används i normalfallet. Konfidensintervall återges för att visa den osäkerhet som uppstår som följd av att antalet fall kan vara få. Samma sjukhus- eller klinikindelning som finns i det använda registret används, det vill säga Patientregistret eller det aktuella kvalitetsregistret. Ingen justering för patientsammansättning har i normalfallet gjorts, utöver åldersstandardisering, i det fall detta gjorts vid landstingsredovisningen.

Strävan har varit att redovisa sjukhusdata för alla indikatorer där det är relevant. Redovisningen är dock inte komplett, av olika skäl. I något fall har företrädare för kva-

litetsregister inte velat visa utfall på sjukhusnivå, eftersom överenskommelse om offentlig publicering ännu inte ingått inom registret.

Rikets genomsnitt är ingen måttstock

Rangordning av landstingen i diagrammen sker oftast utan explicita angivelser av målvärden. Resultatet för riket markeras i diagrammen. Detta medför en risk för att rikets genomsnitt ses som en norm för det acceptabla eller det medelgoda resultatet.

Läsaren bör inte utgå från att rikets eller medianlandstingets värde är ett bra resultat. Medel- eller medianvärde är bara ett statistiskt utfall av allas resultat och rymmer ingen värdering av vad som är bra eller dåligt eller möjligt att uppnå. Intentionen är att fokus ska ligga på att analysera resultaten i relation till tidigare resultat och andras resultat i syfte att hitta förbättringsmöjligheter, oavsett placering.

TOLKNING AV JÄMFÖRELSE OCH RESULTAT

- Jämförelserna ska vara underlag för förbättring och är inte ensamma tillräckliga för att värdera om ett landstings resultat är bäst eller sämst
- Rangordningen av landstingen är en signal om att resultaten bör analyseras vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat och hitta förbättringsmöjligheter
- Varken rikets medelvärde, eller ett högt värde i diagrammen behöver vara ett bra resultat. I vissa fall har alla landsting ett bra resultat medan i andra fall har inget landsting ett bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga målnivåer satta, men oftare är det mer otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- Resultat med breda konfidensintervall är osäkra. Djupare analyser om vad som ligger bakom skillnaderna bör göras
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till och är inte utformade för att stödja patienternas val av vårdgivare.

Kvalitetsregisters representativitet

När data från kvalitetsregister används, bör hänsyn tas till att dessa registers täckningsgrader varierar. Även om ett register har god täckningsgrad i meningen att alla eller de flesta sjukhus/kliniker är med, så är registrets data ändå inte självklart representativa för hela den aktuella patientgruppen. Eftersom andelen rapporterade patienter varierar mellan sjukhus/landsting, så kan det inte uteslutas att detta påverkar utfallet. Det saknas information om vården för de patienter som inte rapporterats. Om dessa får annan vård eller annat resultat än de rapporterade patienterna, blir det redovisade utfallet snedvridet.

För vissa indikatorer accepteras en relativt stor variation i täckningsgrad, men detta anges då i texten som en särskild osäkerhet. I andra fall kan man inte veta hur stor andel av patienterna som rapporteras, eftersom det inte finns något förmodat helt täckande register att jämföra med. Vanligen görs jämförelsen mellan kvalitetsregistret och Patientregistret, som är det bredaste registret för individdata om vårdkontakter i öppen och slutenvård. Men rapporteringen av åtgärder och diagnoser till Patientregistret har också brister. Frågor som dessa kommenteras i indikatortexterna.

Statistiska aspekter och slump

Textkommentarer till diagrammen berör ofta skillnaderna, spridningen, mellan landstingen. Det är därför viktigt att ha följande i åtanke när diagrammen studeras.

Det är av rent statistiska skäl mera sannolikt att de mindre landstingen – som Gotland, Blekinge, Kronoberg och Jämtland – intar extrempositioner i rangordningen av en slump, än att de stora landstingen gör det. De stora landstingens värden är statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare över tid. En annan aspekt är att Stockholm, Västra Götaland och Skåne tenderar att hamna nära rikets värden. Detta beror på att de utgör en större del av riket än övriga landsting och därmed påverkar rikets medeltal mer än andra.

I de allra flesta diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall med ett svart streck vid respektive landstings stapel. Dessa anger den statistiska osäkerhetens utsträckning kring det faktiska värdet för landstingen. För de mindre landstingen, där antalet observationer är färre och utrymmet för slumpen större, är konfidensintervallen vidare. För några indikatorer har det inte funnits tillgång till det nödvändiga underlaget för att beräkna konfidensintervall.

KONFIDENSINTERVALL

Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det "sanna" värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

Jämförelserna i denna rapport baseras i många fall inte på ett slumpmässigt urval, utan på totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller för alla jämförelser som har Socialstyrelsens hälsodataregister som källa och för flera av de som har kvalitetsregister som källa.

Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid på grund av att utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall från en process som innehåller slump. Det är osäkerheten på grund av denna variation som här beskrivs med 95 % konfidensintervall. Även för rikets värden finns en slumpmässig variation över tid, om än mindre. Också rikets värde redovisas i de flesta fall med konfidensintervall i diagrammen.

Observera att konfidensintervallen inte avspeglar annan osäkerhet, till exempel den som beror på att återgivna data inte med säkerhet är representativa, eftersom urvalet kan vara snedfördelat.

Dödlighet

1 ÅTERSTÅENDE MEDELLIVSLÄNGD

Medellivslängden är ett mått på hur folkhälsan utvecklas. Tillsammans med barnadödlighet är det ett av de mest använda måtten när man jämför olika länder. I ett internationellt perspektiv är medellivslängden hög i Sverige. Svenska män lever nästan längst av alla män. Bara män i Schweiz, Japan, San Marino och Australien lever längre. Även svenska kvinnor lever länge, men här är det några länder i Sydeuropa och Japan, Sydkorea och Singapore i Asien som har en högre medellivslängd.

För personer födda år 2009–2013 var den återstående medellivslängden i Sverige beräknad till 83,55 för kvinnor och 79,72 år för män. En liten ökning kan ses från förra mätperioden för bägge könen, men om man ser till den årsvisa utvecklingen kan en minskning noteras för kvinnor de senaste två åren. Skillnaden mellan könen är fortfarande

knappt fyra år. För både kvinnor och män är skillnaderna i medellivslängd mellan landstingen som mest cirka två år.

På kommunnivå kan skillnaderna vara stora inom samma landsting. I riket är skillnaderna mellan kommuner som mest cirka 6 år för kvinnor (Lidingö med drygt 86 år och Norsjö med knappt 80 år) och hela 9 år för män (Danderyd med 83 år och Ljusnarsberg med 74 år). Medellivslängdens variation mellan män är således större än för kvinnor på kommunnivå. Mönstret överensstämmer väl med skillnader i den åtgärdbara dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i landstingen, som redovisas nedan.

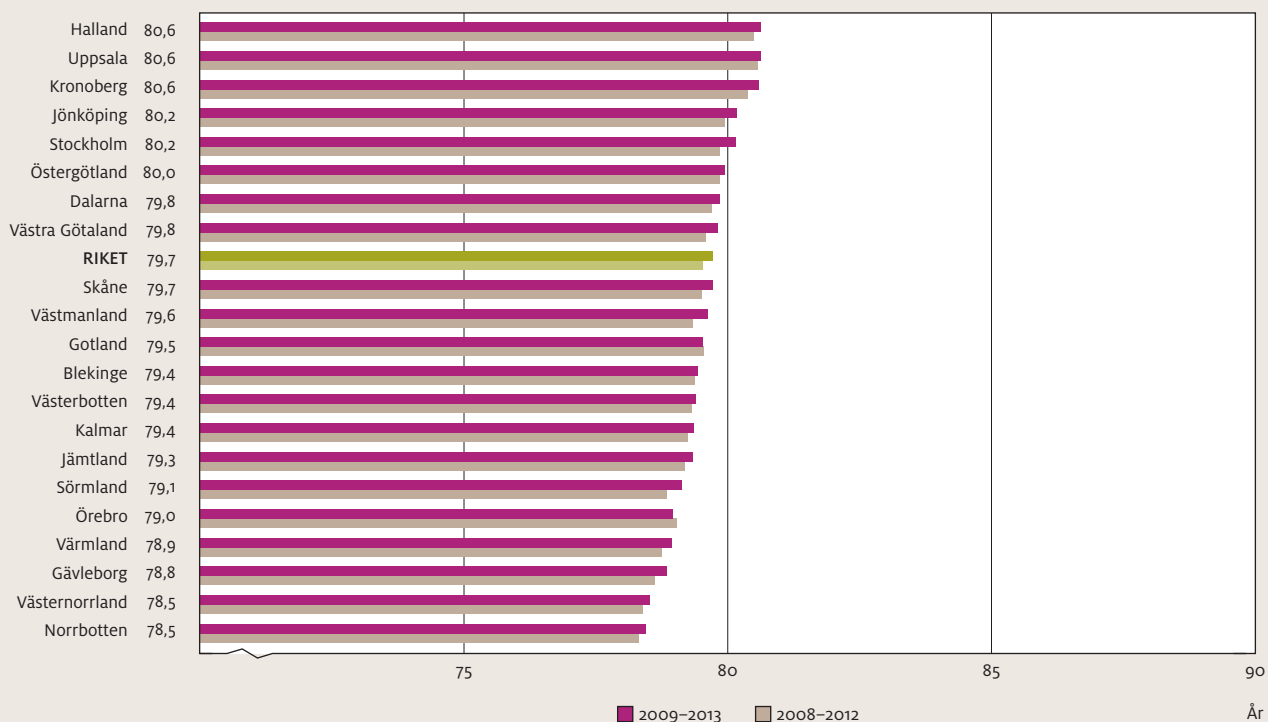
Skillnaderna mellan könen minskar efter att ha varit som störst i mitten av 70-talet, då kvinnor levde i genomsnitt 6,2 år längre än män. Män har en högre dödlighet i sjukdomar relaterade till livsstilsfaktorer, såsom skador och olyckor, alkoholrelaterad död, men även självmord

DIAGRAM 1 – KVINNOR: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda 2009–2013 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån.

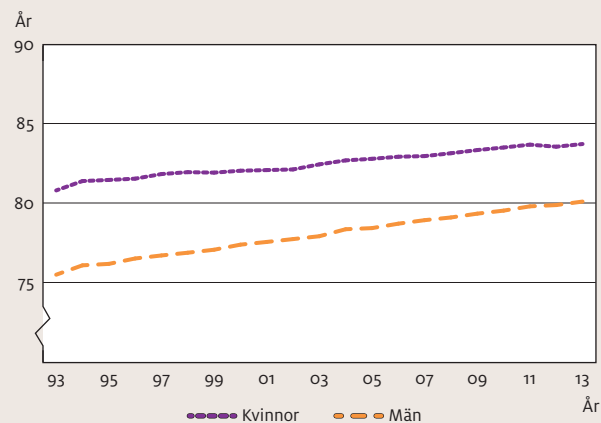
DIAGRAM 1 – MÄN: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda 2009–2013 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån.

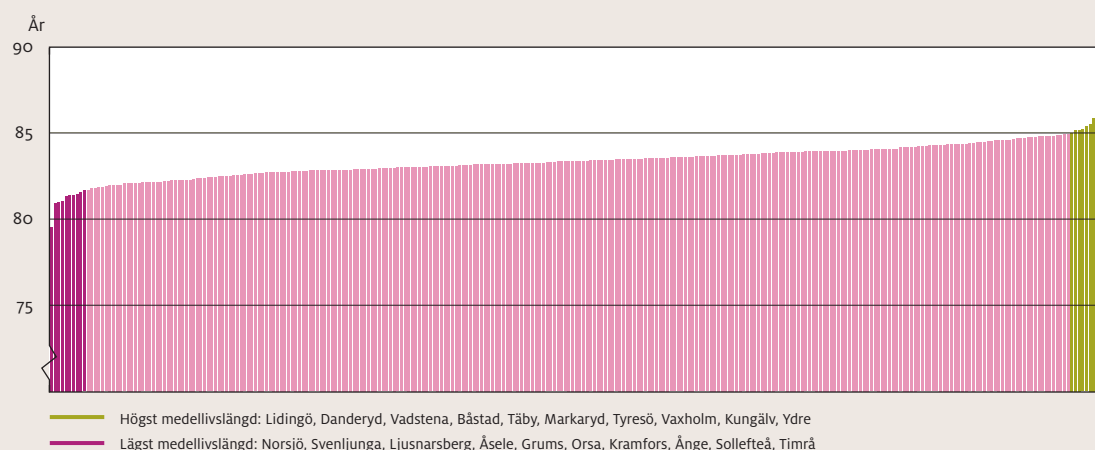
och framför allt hjärt-kärlsjukdom i de högre åldrarna. Kvinnor har en högre dödlighet i cancer, beroende på framförallt dödligheten i bröstcancer, än män i åldrar upp till 60 år. För både kvinnor och män gäller att personer med lång utbildning har högre medellivslängd än personer med kort utbildning.

DIAGRAM 1 – RIKET: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln. Barn födda i Sverige.



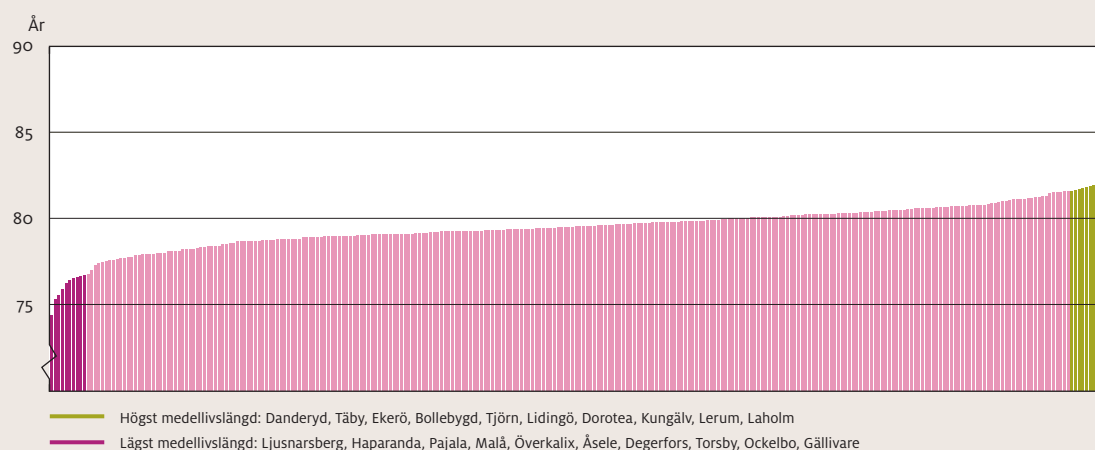
Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska Centralbyrån.

DIAGRAM 1A – KVINNOR: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln per kommun. Barn födda 2009–2013 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 1A – MÄN: Beräknad återstående medellivslängd vid födseln per kommun. Barn födda 2009–2013 i Sverige.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

2 HÄLSOPOLITISKT ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

Måttet åtgärdbar dödlighet består av dödlighet i ett antal utvalda diagnoser och dödsorsaker. Dessa är indelade i två grupper, där den ena är hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Den avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, som till exempel kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i denna indikator är lungcancer, cancer i matstrupe, levercirros och motorfordonsolyckor.

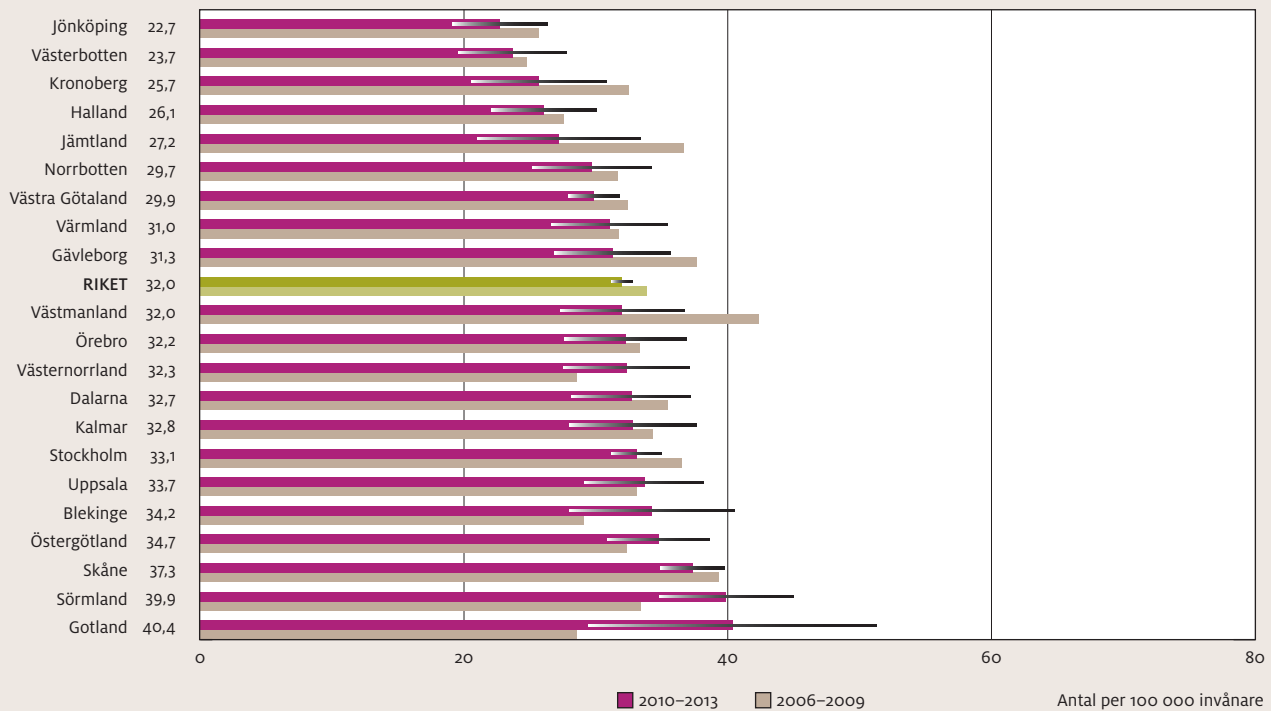
Måttet används internationellt för att göra jämförelser av hälso- och sjukvården till exempel i medlemsländerna inom EU. Avsikten är att den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått

fokusera på den dödlighet i en befolkning som kan påverkas.

Den studerade befolkningen avgränsades tidigare till åldern 1–74 år. Till följd av högre medellivslängd samt effektivare behandlingsmetoder har åldersspannet utvidgats till att omfatta även 75–79-åringar. Socialstyrelsen avser att se över de ingående dödsorsakerna under 2015 för att se om måttet eventuellt behöver revideras.

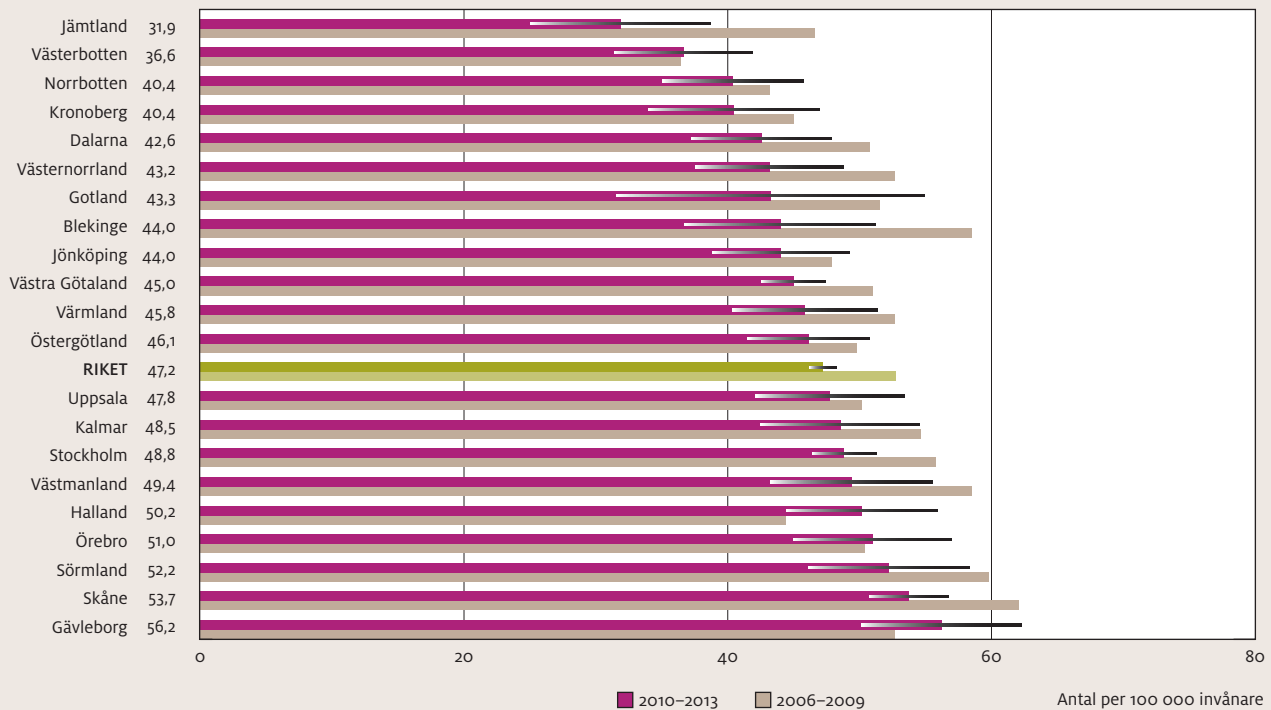
Indikatorn visar antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare, sammantaget för åren 2010–2013 för att få en säkrare jämförelse. Det faktiska antalet hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall var 14 943 sammantaget för dessa år, varav 6 249 kvinnor och 8 694 män. Detta motsvarar 39,3 per 100 000 invånare. För kvinnorna är dödligheten i de aktuella diagnoserna och åldersspannet betydligt lägre än för männen, 32 jämfört med 47 per 100 000 invånare.

DIAGRAM 2 – KVINNOR: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2010–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 2 – MÄN: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år, 2010–2013. Åldersstandardiserade värden.



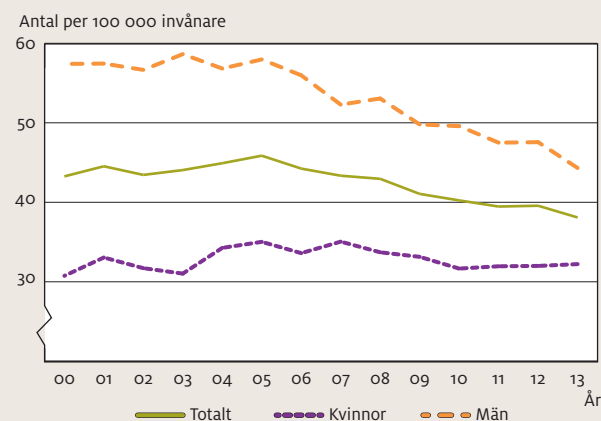
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaden mellan landstingen är stor. Flera av norrlandslandstingen har en lägre dödlighet än riket som helhet. Dödligheten bland män är större än bland kvinnor i alla landsting, även om skillnaden mellan män och kvinnor är olika stor i landstingen.

Jämförelsen är åldersstandardiserad, vilket innebär att korrigering gjorts för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan landstingen. I denna indikator utgör dödsfall på grund av lungcancer och motortrafikolyckor den absolut största andelen dödsfall.

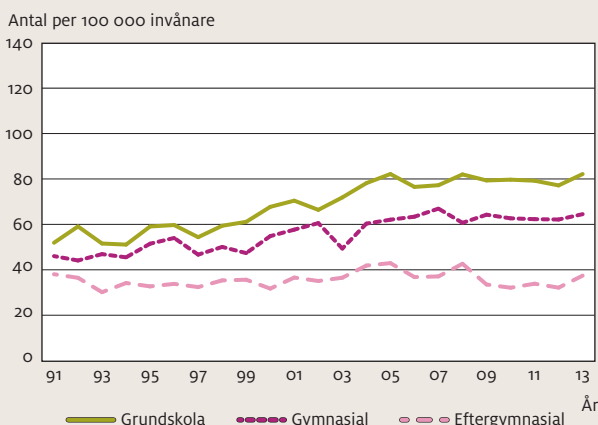
Sambanden mellan den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten och utbildningsnivå framgår av diagram 2A. Det finns en betydande skillnad i dödlighet mellan utbildningsgrupperna i detta mått, till de lägre utbildades nackdel.

DIAGRAM 2 – RIKET: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.



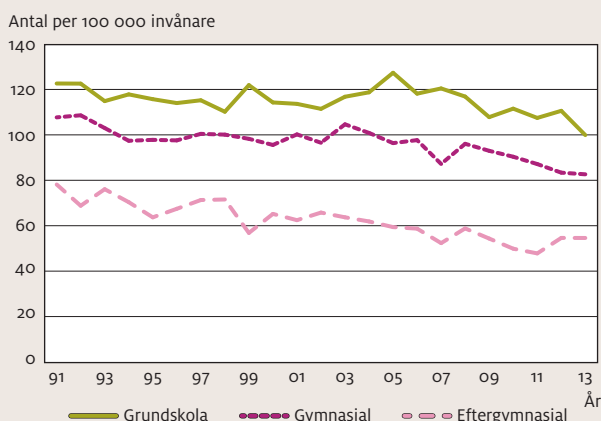
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 2A – KVINNOR: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 2A – MÄN: Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

3 SJUKVÅRDSRELATERAD ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

Indikatorn speglar dödlighet i diagnoser som valts ut därför att de bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, genom tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Åldrarna som ingår är 1–79 år. Jämförelsen är åldersstandardiserad.

Det faktiska antalet sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall var 13 491 sammantaget för åren 2010–2013, varav 5 739 kvinnor och 7 752 män. Det innebär dödstal på 31,3 per 100 000 invånare för kvinnor och 45,5 per 100 000 in-

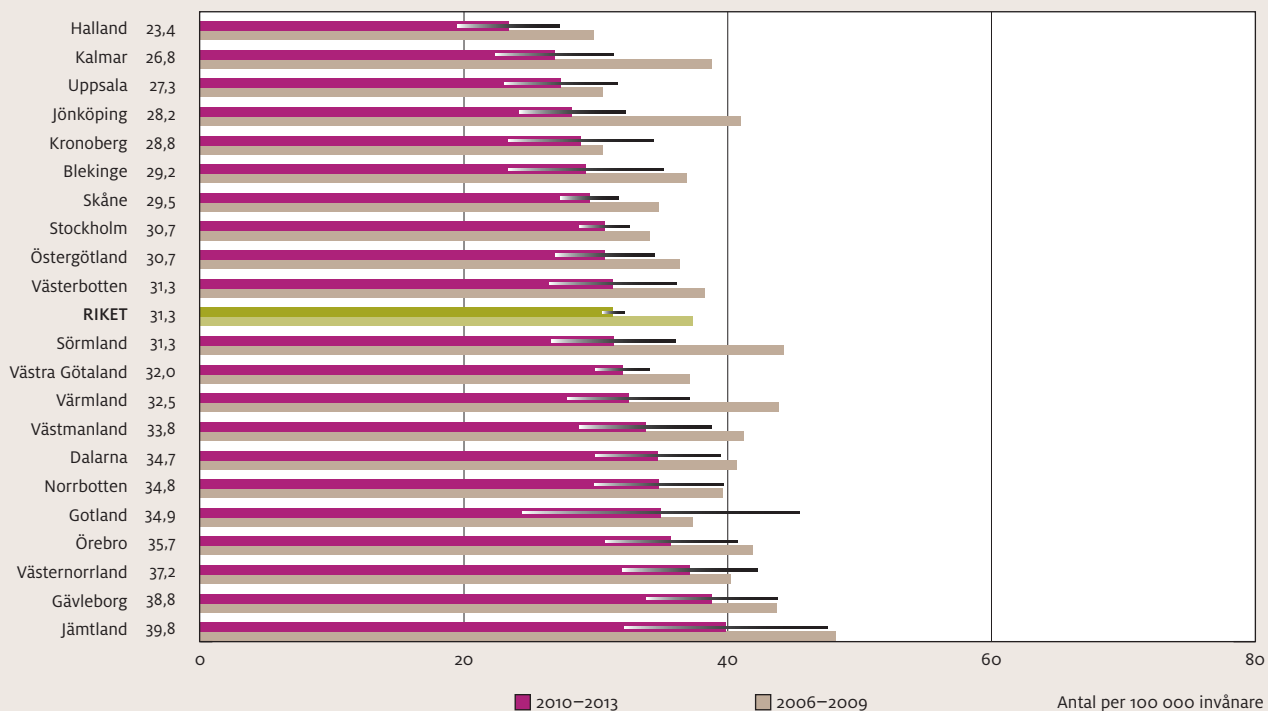
vånare för män. Mellan landstingen varierar dödligheten i dessa sjukdomar mellan 29 och 46 per 100 000 invånare.

Stroke och diabetes är de diagnoser som har störst påverkan på den sjukvårdsrelaterade dödligheten, för kvinnor även cancer i livmoderhalsen. Socialstyrelsen avser att se över de ingående dödsorsakerna under 2015 för att se om måttet eventuellt behöver revideras.

Dödligheten för män är generellt sett klart högre än för kvinnor, skillnaderna är något mindre än vad de är för den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten. Det finns dock skillnader mellan landstingen.

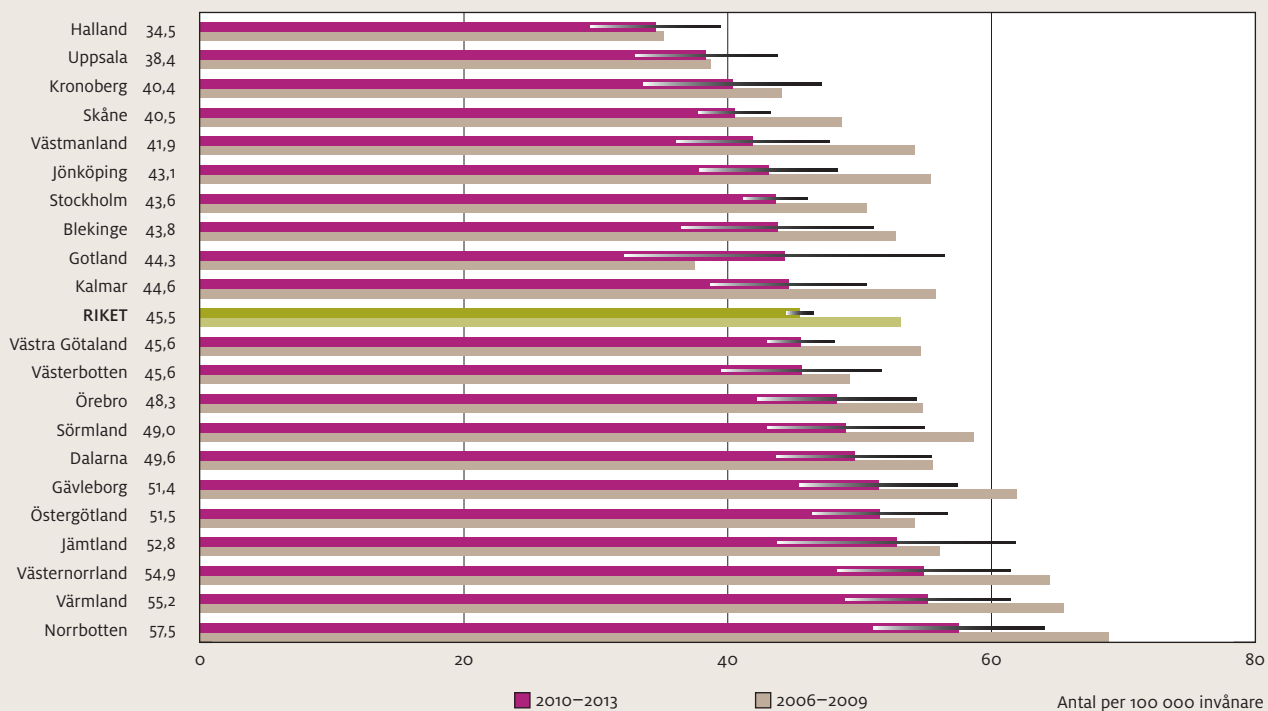
Skillnaderna i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ska tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom

DIAGRAM 3 – KVINNOR: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år 2010–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

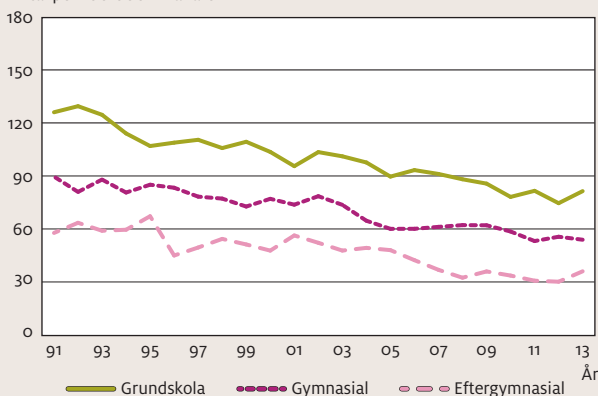
DIAGRAM 3 – MÄN: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år 2010–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 3A – KVINNOR: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

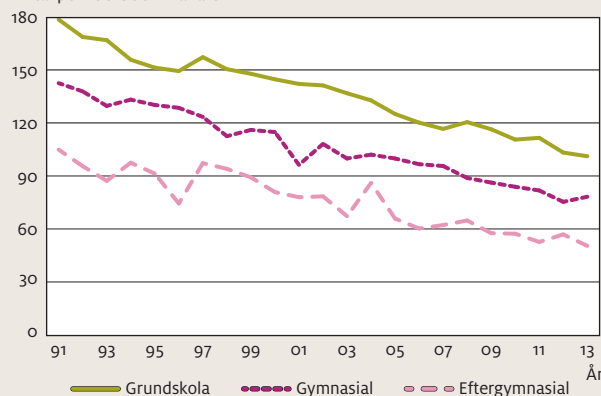
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 3A – MÄN: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

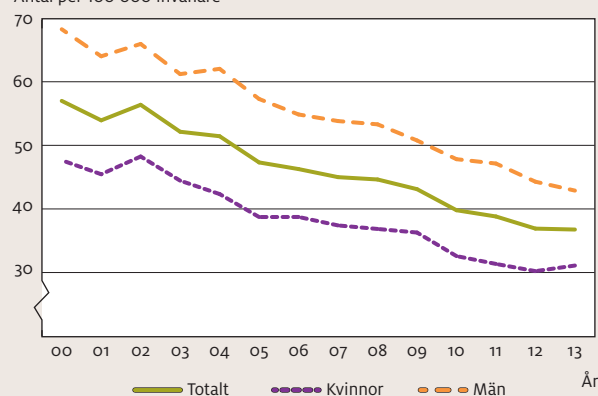
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 3 – RIKET: Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

sättet att sätta diagnoskoder kan variera mellan landstingen.

Det finns inga internationella jämförelser med mått på åtgärdbar dödlighet som är identiskt med det som här används. I jämförelser där dödlighet i hjärtinfarkt är inkluderad har Sverige en sämre position än annars.

Av diagram 3A framgår det att utbildningsfaktorn fortsatt spelar roll för dödligheten, även om trenden tycks gå mot något minskade skillnader.

4 ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET I ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM

Ischemiska hjärtsjukdomar utgörs av sjukdomar orsakade av en försämrad syretillförsel till hjärtat. Akut hjärtinfarkt är den dominerande dödsorsaken i denna kategori. År 2013 dog i Sverige 13 190 personer i alla åldrar med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom.

Indikatorn visar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom, som ett komplement till de två tidigare indikatorerna om åtgärdbar dödlighet, där inga hjärtdiagnoser ingår. Ingår gör avlidna 1–79 år åren 2012–2013. Jämförelsen är åldersstandardiserad.

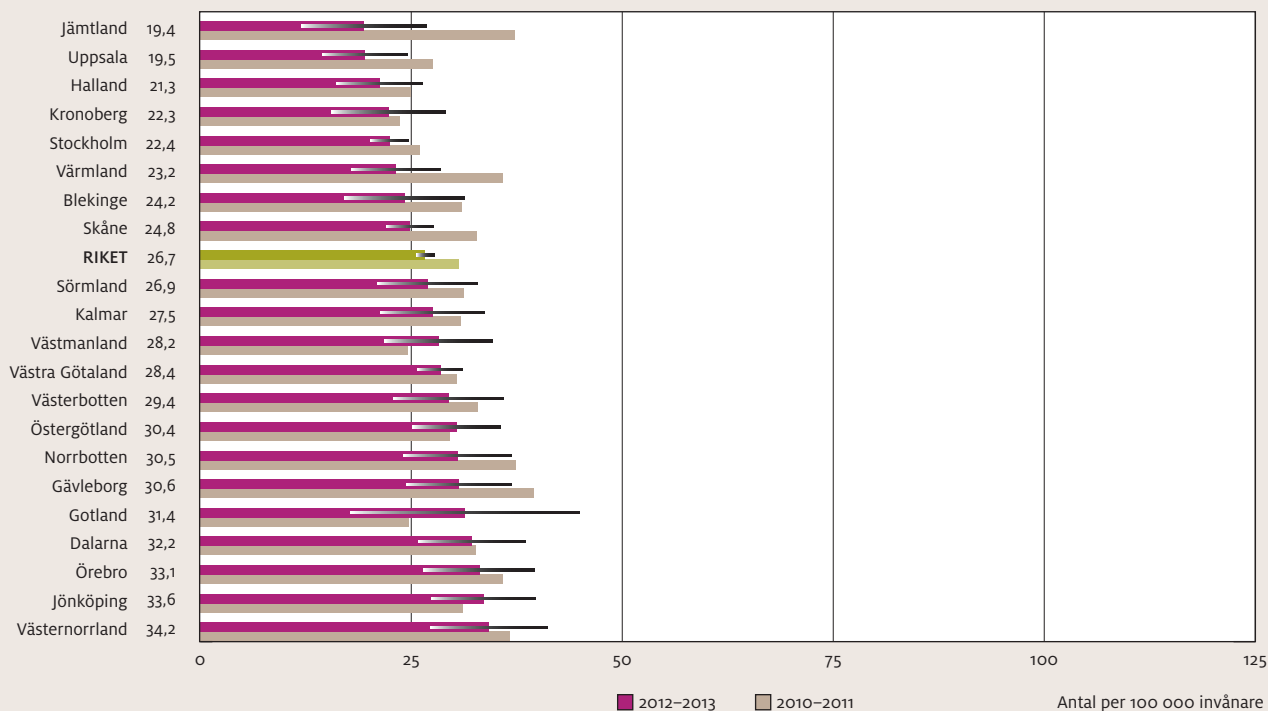
Totalt avled 9 242 personer i ischemisk hjärtsjukdom under åren 2012–2013, vilket innebär 49,4 per 100 000 invånare. Av dessa var 2 548 kvinnor och 6 694 män. År 2013, ett av åren i mätperioden, avled 1 260 kvinnor och 3 304 män i den aktuella åldersgruppen.

Variationen mellan landstingen för åren är betydande, både för kvinnor och för män, även om antalet kvinnor som dör är betydligt färre. Av trenddiagrammet framgår att dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom i åldrarna under 80 år har minskat kraftigt under åren, och fortsätter att minska. Detta gäller även incidensen i hjärtinfarkt. Nedgången gäller båda könen, men är något större bland män. Män har dock fortfarande en betydligt högre dödlighet i ischemiska hjärtsjukdomar än kvinnor.

Trots den beskrivna nedgången i mortalitet är den fortfarande betydande. Närmare 15 procent av all dödlighet i Sverige kan hänföras till ischemisk hjärtsjukdom. Bara dödligheten i tumörsjukdomar, som står för cirka en fjärdedel av dödligheten, har en större andel.

Den kraftiga nedgången i mortalitet i ischemiska hjärtsjukdomar visar att en betydande del av denna dödlighet kan åtgärdas, antingen med medicinska insatser (sjuk-

DIAGRAM 4 – KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år 2012–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

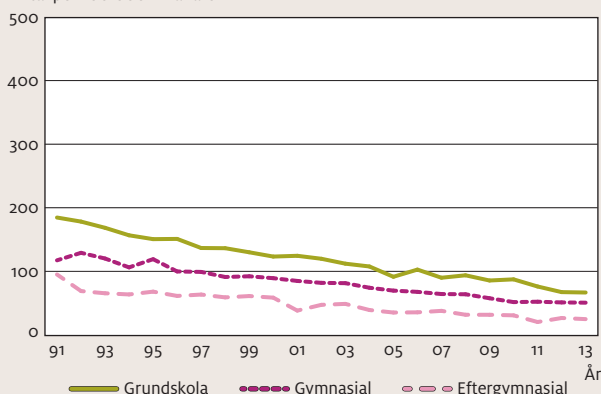
DIAGRAM 4 – MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år 2012–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 4A – KVINNOR: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

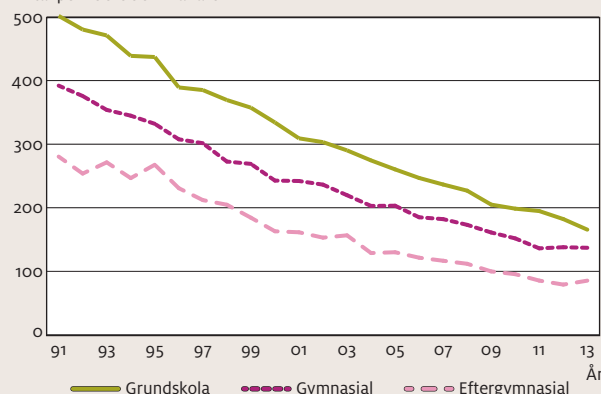
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 4A – MÄN: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

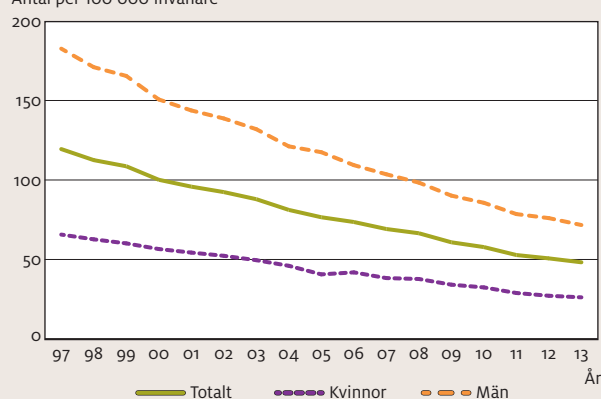
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Registret över befolkningens utbildning, Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 4 – RIKET: Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom – dödsfall per 100 000 invånare 1–79 år. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

vårdsrelaterat åtgärdbara) eller med förändringar av levnadsvanor och livsvillkor (hälsopolitiskt åtgärdbara). Det har i internationell debatt också föreslagits att åtminstone delar av den ischemiska hjärtdödligheten borde ingå som komponent i något av måtten för åtgärdbar dödlighet.

Diagram 4A visar att dödligheten har minskat de senaste decennierna, oavsett utbildningsnivå. Det finns fortfarande skillnader mellan utbildningsgrupperna.

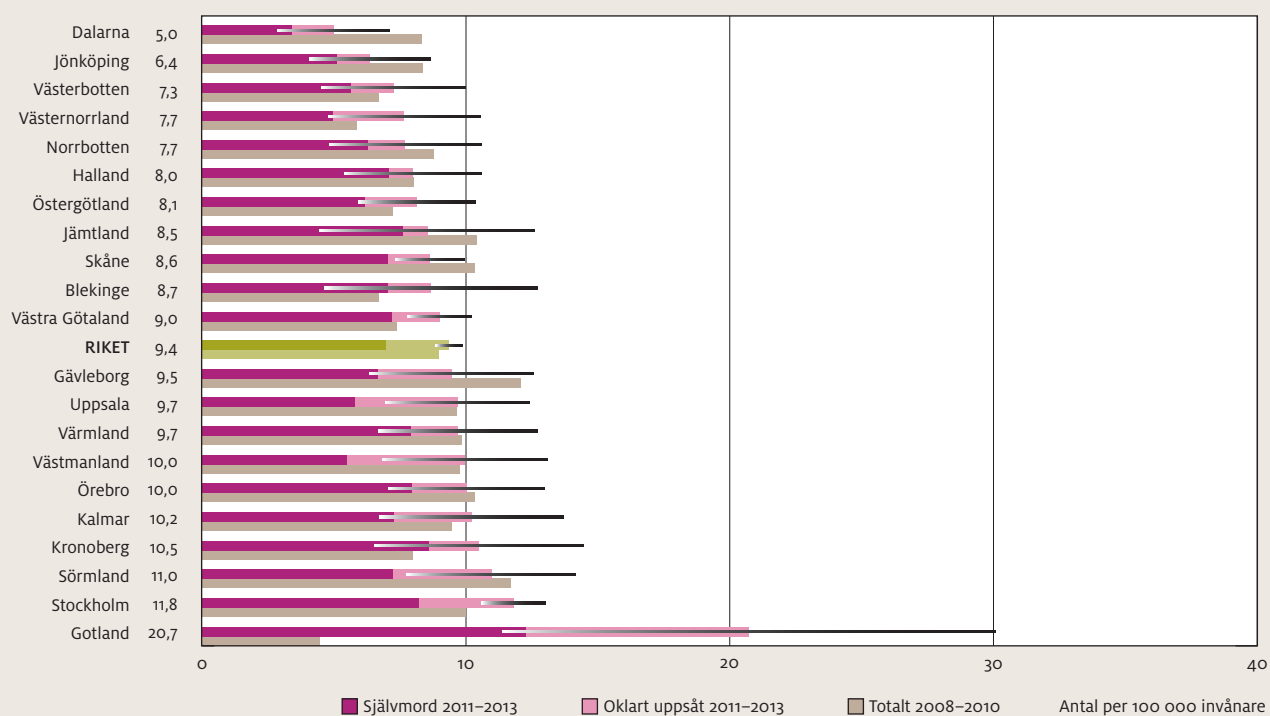
5 SJÄLVMORD I BEFOLKNINGEN

Indikatoren visar antalet självmord per 100 000 invånare under perioden 2011–2013. Totalt är antalet självmord, inklusive de fall där uppsåtet är oklart, under denna period 15,6 per 100 000 invånare. År 2013 tog 366 kvinnor och 861 män sitt liv, totalt 1 229 personer. Därtill fanns det 379 dödsfall med oklart uppsåt, 133 kvinnor och 246 män. För de säkra självmorden innebär de ett dödstal för kvinnor på 7,6/100 000 invånare. För män är dödstalet 18,0/100 000 invånare. När det gäller de fall där uppsåtet är oklart är dödstalet 2,8/100 000 invånare för kvinnor och 5,1/100 000 invånare för män. Män har en tydligt högre självmordsdödlighet än kvinnor. Sammanställningen av tre år i diagrammen görs för att få säkrare jämförelsedata mellan landsting.

Bristar som identifierats inom vården är till exempel att det inte gjorts systematiska självmordsriskbedömningar i tillräckligt hög utsträckning, ofullständig dokumentation och att verksamheten inte följt de egna regionala vårdprogrammen.

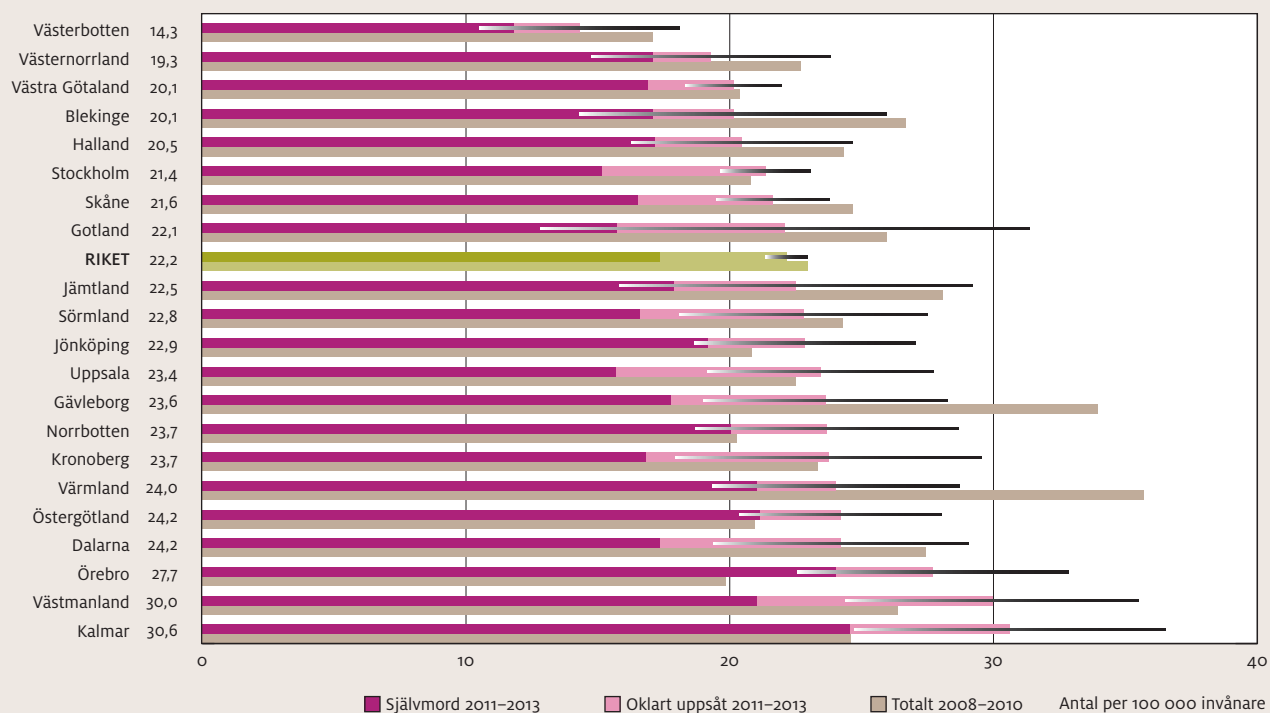
För att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser är självmord efter vårdkontakter i princip en tänkbar, bättre, indikator. I praktiken är det emellertid svårt att utforma en sådan på ett relevant sätt och med tillförlitliga data på en nationell nivå. En anledning är att primärvården inte finns representerad i hälsodataregistren samt att endast läkarbesök rapporteras till dem. I den Nationella utvärderingen av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, som Socialstyrelsen publicerade 2013, redovisas dock att nästan 60 procent av de som begick självmord under 2010 (säkra självmord 1 099) inte hade vårdats på psykiatrisk klinik året innan självmordet.

DIAGRAM 5 – KVINNOR: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



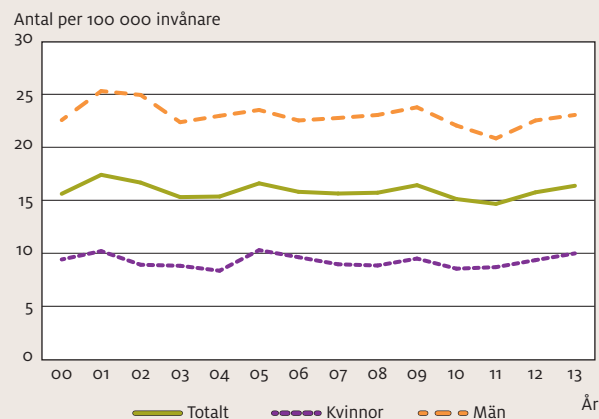
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5 – MÄN: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 5 – RIKET: Antal självmord och dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

6 DÖDLIGHET I HJÄRT- OCH KÄRLSJUKDOM VID DIABETES

Personer med diabetes löper högre risk att insjukna och avlida i hjärt- och kärlsjukdom jämfört med befolkningen i övrigt. Ett viktigt mål för diabetesvården är att minska den risken. I den kardiovaskulära riskprofilen ingår blodfetter, blodtryck och kontroll av blodsocker samt olika sjukdomsförebyggande åtgärder som rökstopp och en strävan efter en bra nivå av fysisk aktivitet.

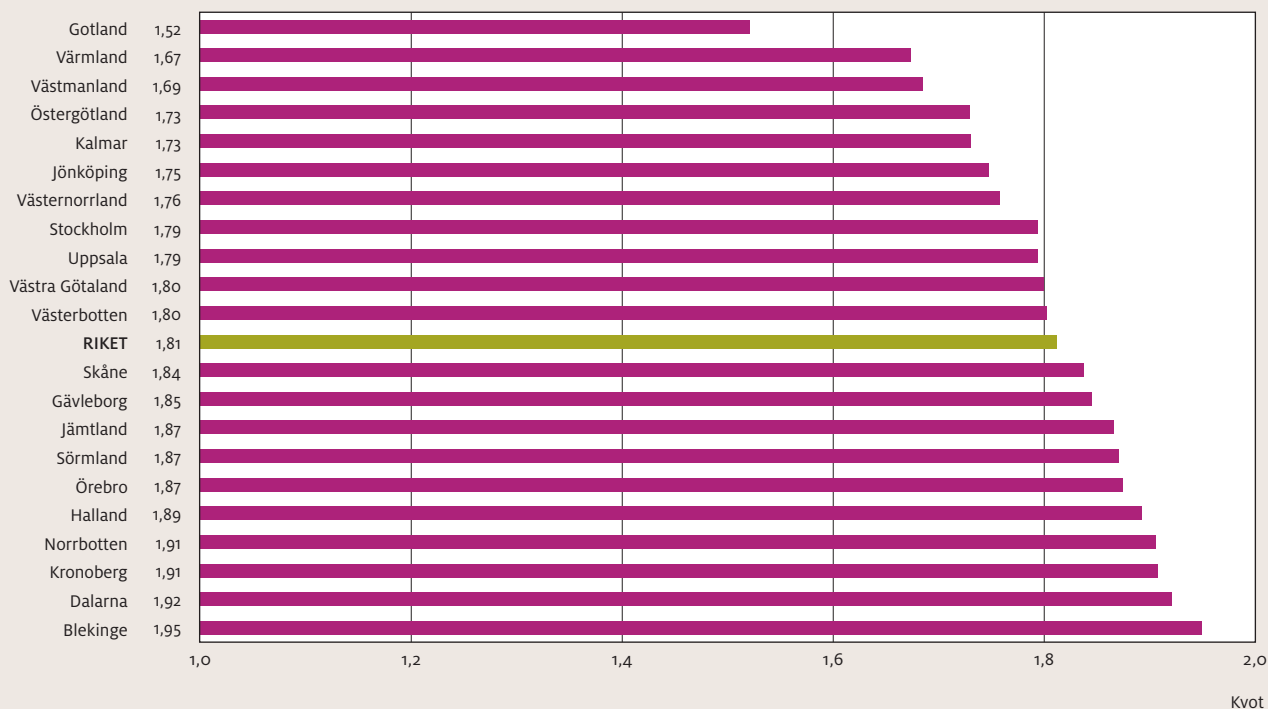
Indikatorn består av en jämförelse av risken för att avlida inom fem år i hjärt-kärlsjukdom för personer med diabetes, jämfört med samma risk i befolkningen som helhet. Om dödligheten vore lika stor i båda grupperna så skulle det ha inneburit att diabetesvården (och patienterna) lyckats kompensera för all den ökade risk som diabetessjukdomen medför. Indikatorn speglar därmed det samlade resultatet av insatser för förebyggande av hjärt- och kärl-

sjukdom vid diabetes, men även av insatserna i hjärt- respektive strokesjukvården.

Indikatorn visar, uttryckt som en kvot, antalet personer per 100 000 invånare med diabetes som avled i hjärt-kärlsjukdom under mätperioden, jämfört med antalet personer i befolkningen som avled. Enbart personer med läkemedelsbehandlad diabetes ingår i diabetesgruppen. Kvotvärdet 1,0 skulle inneburit att ingen överdödlighet finns hos personer med diabetes.

I riket är kvotvärdet 1,81 med en variation mellan landsting från 1,52 till 1,95. I riket är risken att dö i hjärt- och kärlsjukdom för en person med diabetes således 81 procent högre än i befolkningen som helhet. Denna relativa överrisk bör förstås utifrån den absoluta risken att avlida. Under den treåriga mätperioden avled 607 personer per 100 000 invånare med läkemedelsbehandlad diabetes, jämfört med 335 i befolkningen som helhet.

DIAGRAM 6 – TOTALT: Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen, 2010–2012. Kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

BERÄKNAD FEMÅRSRISK FÖR HJÄRT-KÄRLSJUKDOM VID DIABETES

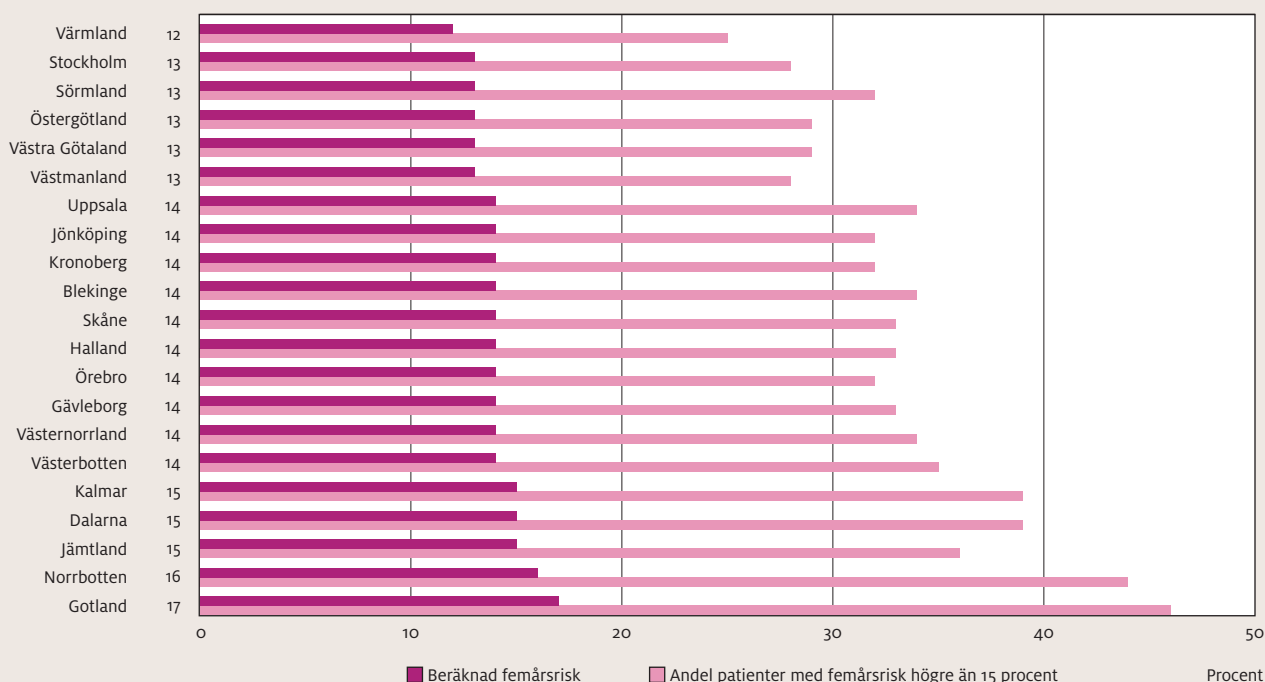
Nationella diabetesregistret (NDR) har en "riskmotor", med vars hjälp man kan beräkna risken för att en person med diabetes inom fem år skall drabbas av hjärt-kärlsjukdom, baserad på olika uppgifter om riskfaktorer. För typ 2 diabetes består riskmodellen av tolv riskfaktorer, bland annat blodsockerkontroll, systoliskt blodtryck, diabetesduration (hur länge man haft sjukdomen), total- och HDL-kolesterol, rökning, BMI, tidigare förekomst av hjärt-kärlsjukdom och ålder.

NDRs riskmotor kan vårdgivare och patienter använda sig av för att värdera den samlade riskfaktorkontrollen för en patient, naturligtvis då med viss fokus på det man kan på-

verka, snarare än ålder, kön, tidigare hjärt-kärlsjukdom och diabetesduration. Fördelen med detta sätt att betrakta situationen för en person med diabetes är att man får en samlad bild och utifrån denna kan koncentrera vårdinsatsen på det som ger störst riskminskning för den individuella patienten. NDRs riskmotor visar även hur stor del av absoluta risken som kan påverkas.

NDR visar i sin senaste årsrapport uppgifter per landsting om femårsrisken för hjärt-kärlsjukdom. Här visas i den kortare stapeln den beräknade risken år 2013 för hjärt-kärlsjukdom inom fem år för patienter i primärvården 30-79 år. Den längre stapeln visar istället andelen patienter i respektive landsting som har en femårsrisk för hjärt-kärlsjukdom som är större än 15 procent.

Beräknad 5-årsrisk för hjärt-kärlsjukdom vid diabetes, 2013. Avser patienter i primärvård, 30–79 år.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

7 DÖDLIGHET EFTER STROKE

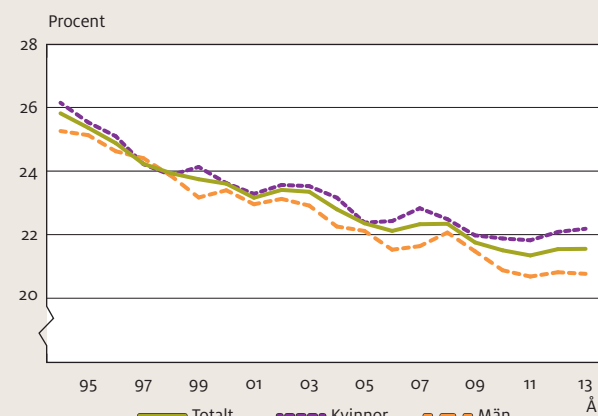
Bland annat i OECD-samarbetet används måttet dödlighet efter stroke, strokeletaliteten, som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Måttet här avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 28 dagar efter förstagångsstroke. Som stroke räknas alla fall med någon diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de patienter som dog utan att ha vårdats på sjukhus och de som sjukhusvårdats. Som förstagångsfall räknas personer som inte haft någon stroke under de sju föregående åren. Dessa var drygt 75 000 personer under perioden 2011–2013. Förstagångsfallen var därmed drygt 3 400 personer färre än vid jämförelseperioden 2008–2010.

Under de tre åren 2011–2013 avled drygt 16 300 personer inom 28 dagar vilket innebär 21,5 procent. Inom 90 dagar avled 25,8 procent. Motsvarande andelar under jämförelseperioden 2008–2010 var 21,9 respektive 26,4 procent. Det är små skillnader mellan könen. Mellan landstingen varierar dödligheten inom 28 dagar, mellan 17,8–27,6 procent för kvinnor och mellan 17,1–25,5 procent för män.

Variationen mellan landstingen kan ha flera orsaker. Tillförlitligheten i diagnossättning, skillnader i bak-

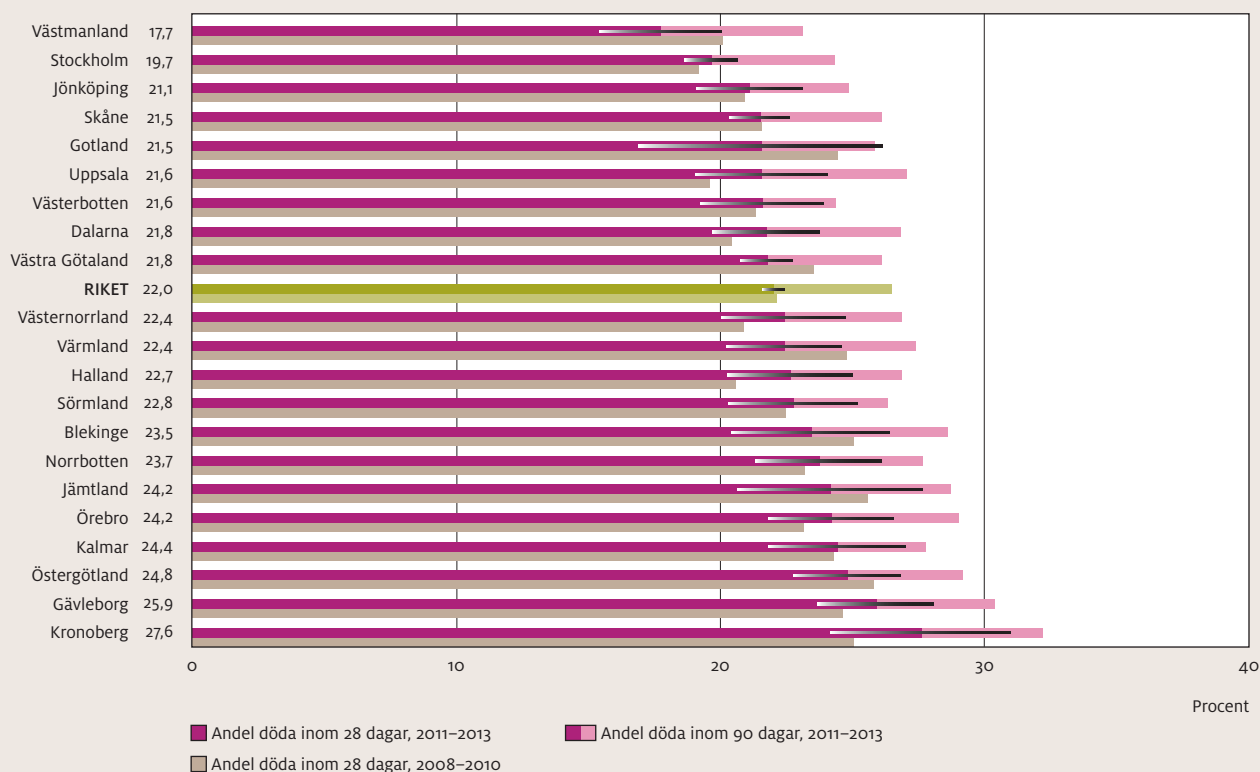
DIAGRAM 7 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

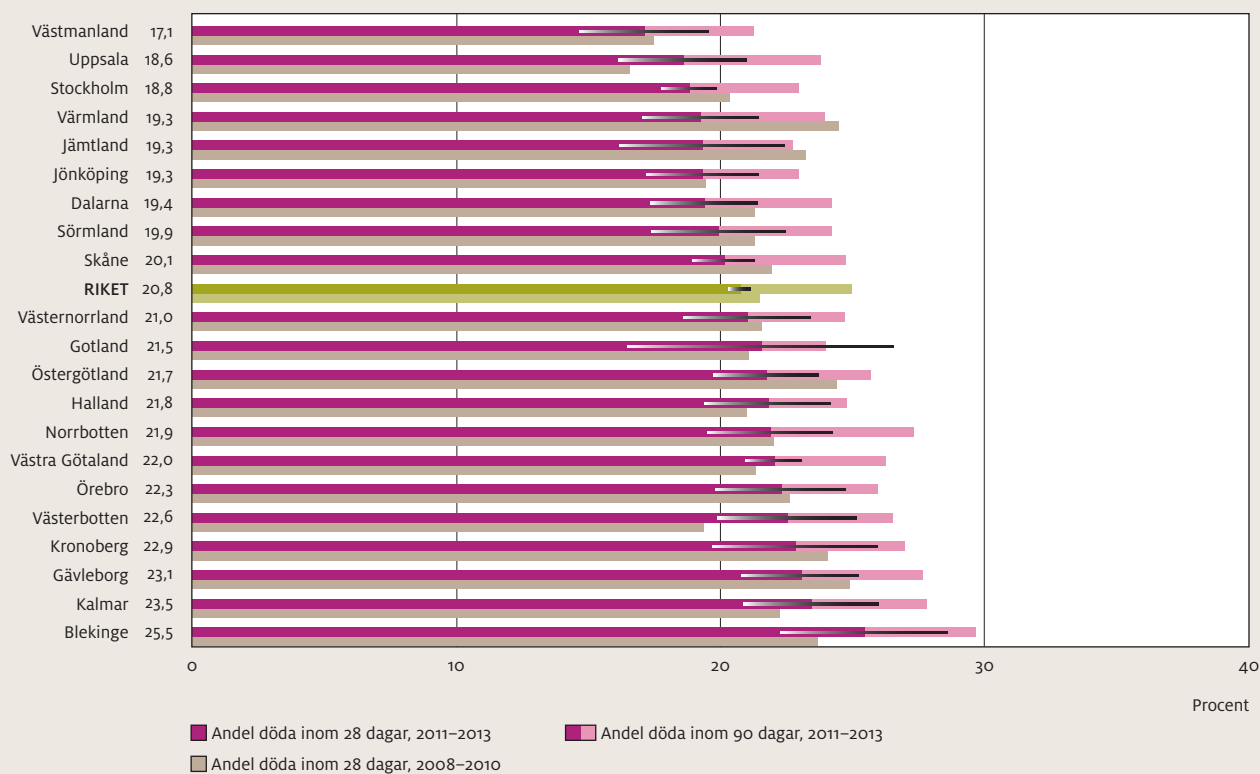
grundsfaktorer som sociala faktorer och befolkningens benägenhet att söka vård kan spela roll. Men även annan samtidig sjuklighet och slumpmässiga avvikelser kan påverka utfallet. Vårdrelaterade faktorer kan vara avståndet till akutsjukvård, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus. Trenddiagrammet visar att dödligheten har minskat de senaste 15–20 åren, men en viss utplaning de senaste åren kan också ses.

DIAGRAM 7 – KVINNOR: Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 7 – MÄN: Andel döda inom 28 respektive 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive döda utanför sjukhus, 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

8 DÖDLIGHET EFTER HJÄRTINFARKT

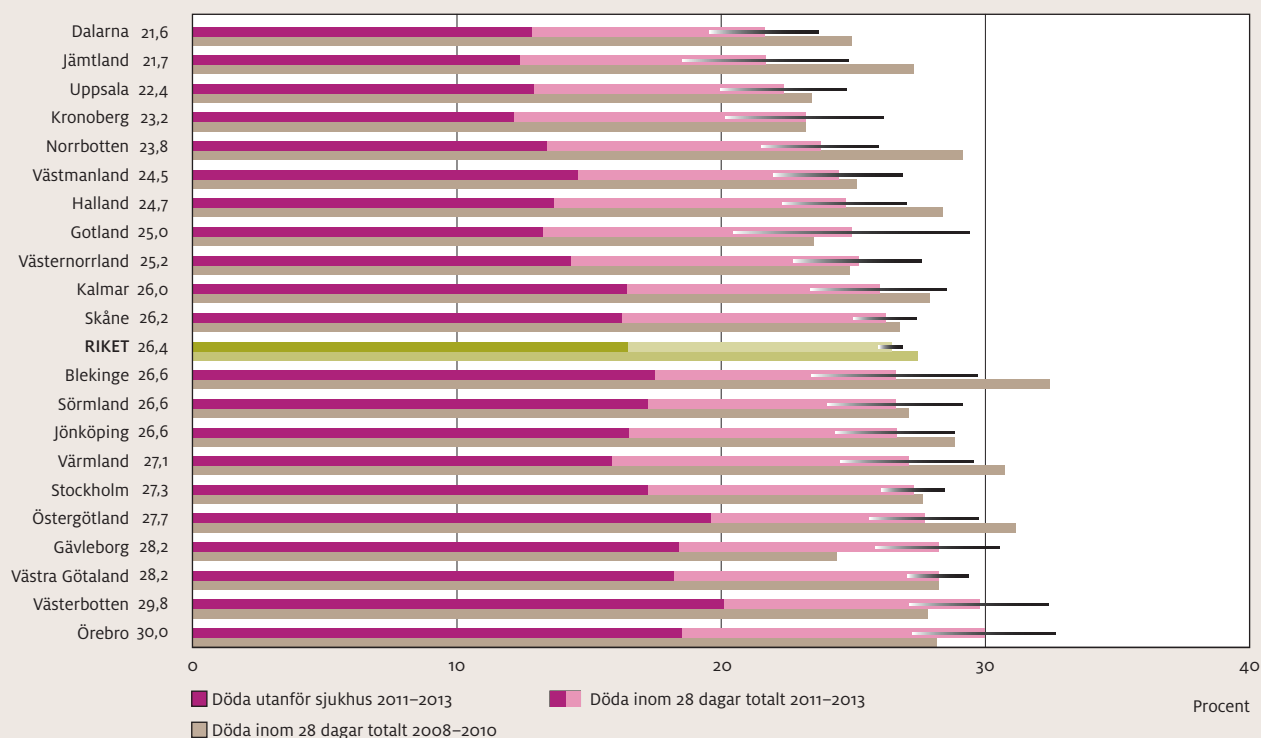
Under 2013 drabbades cirka 28 000 personer av hjärtinfarkt. Antalet attacker var 29 400. Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller case fatality) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klara det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från den förebyggande verksamheten till ambulansverksamheten, det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar, av alla som drabbats av hjärtinfarkt, oavsett om de sjukhusvårdades eller ej. Som hjärtinfarkt räknas har räknats alla fall med någon diagnos för hjärtinfarkt i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de som fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog med dödsorsaken akut hjärtinfarkt utan att ha vårdats vid sjukhus.

Totalt avled 27,5 procent av alla med hjärtinfarkt inom 28 dagar efter infarkten 2011–2013. För landstingen varierade andelen mellan 22,7 till 30,8 procent. Andelen män som avled inom 28 dagar var totalt 28,1 med en variation mellan 22,9 och 31,4 mellan landstingen. Andelen kvinnor som avled inom 28 dagar var 26,5 med en variation mellan landstingen mellan 21,7 och 30,0.

I diagrammet för den totala 28-dagarsdödligheten visas också andelen som avled utanför akutsjukvården. Totalt var det 17,4 procent av de drygt 94 000 avlidna under treårsperioden. Trenden visar en påtaglig minskning av 28-dagarsdödligheten, med en tendens till utplaning de senaste åren. Uppgifterna för år 2013 är fortfarande preliminära eftersom en del infarktfall som skrevs in vid sjukhus detta år skrevs ut först under 2014 och därför inte ingår i statistiken.

DIAGRAM 8 – KVINNOR: Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.

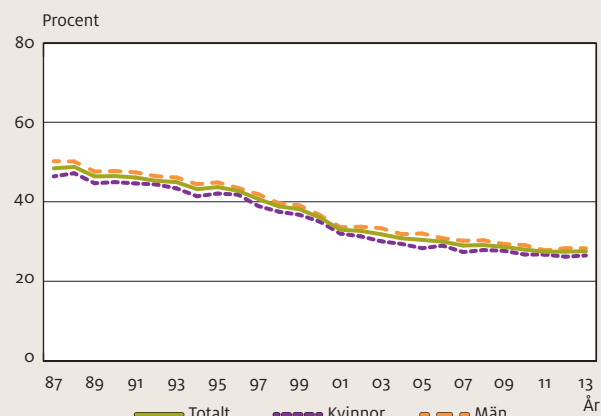


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Variationer i den redovisade dödligheten mellan lands-
tingen kan ha flera orsaker. Utöver att tillförlitligheten i
diagnossättning spelar roll, så påverkar även skillnader i
bakgrundsfaktorer såsom sociala faktorer, annan samtidig
sjuklighet och befolkningens benägenhet att söka vård.
Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avståndet till
akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det
akuta omhändertagandet på sjukhus.

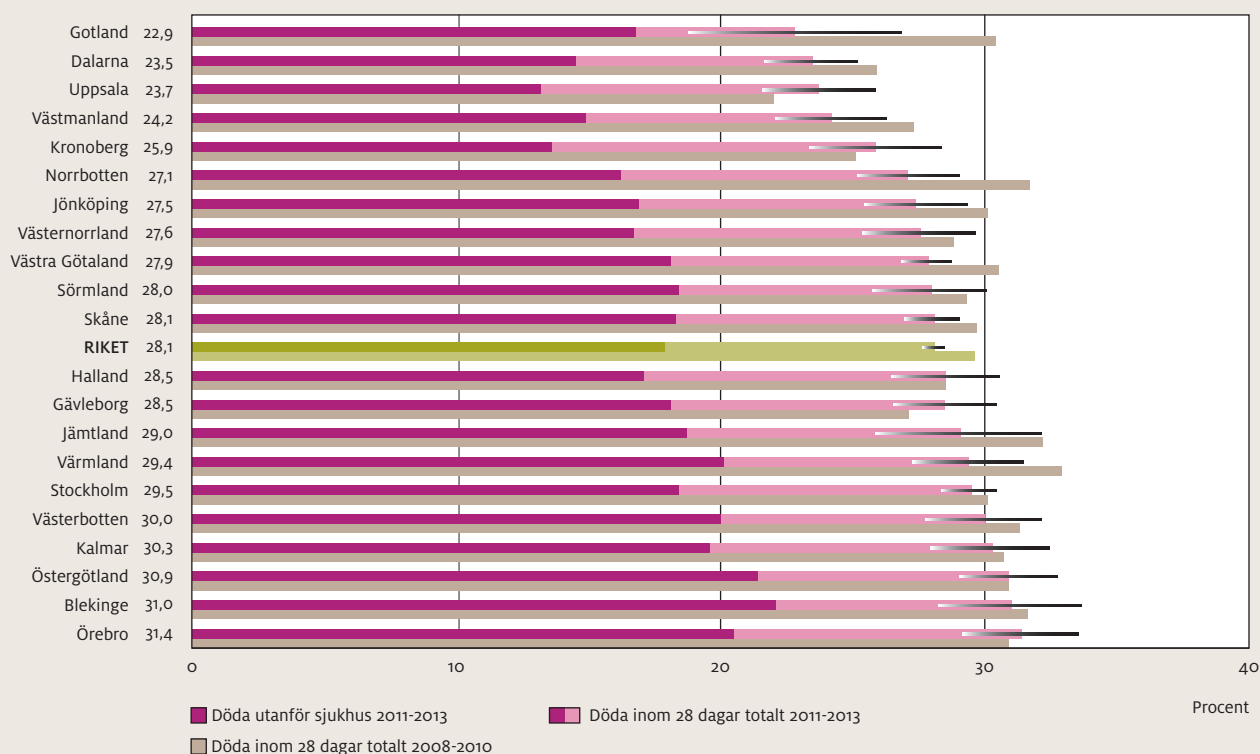
En felkälla är att andelen obducerade bland äldre, icke
sjukhusvårdade är låg. Osäkerheten i diagnossättning vid
fastställande av dödsorsak kan vara större bland dessa. Det
är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom
de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen
av de patienter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

DIAGRAM 8 – RIKET: Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 8 – MÄN: Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt 2011–2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

9 DÖDLIGHET EFTER HÖFTFRAKTUR

Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan göra det svårt att återgå till eget boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Där ingår även att behandla patienten med benspecifika läkemedel som minskar risken för en ny fraktur.

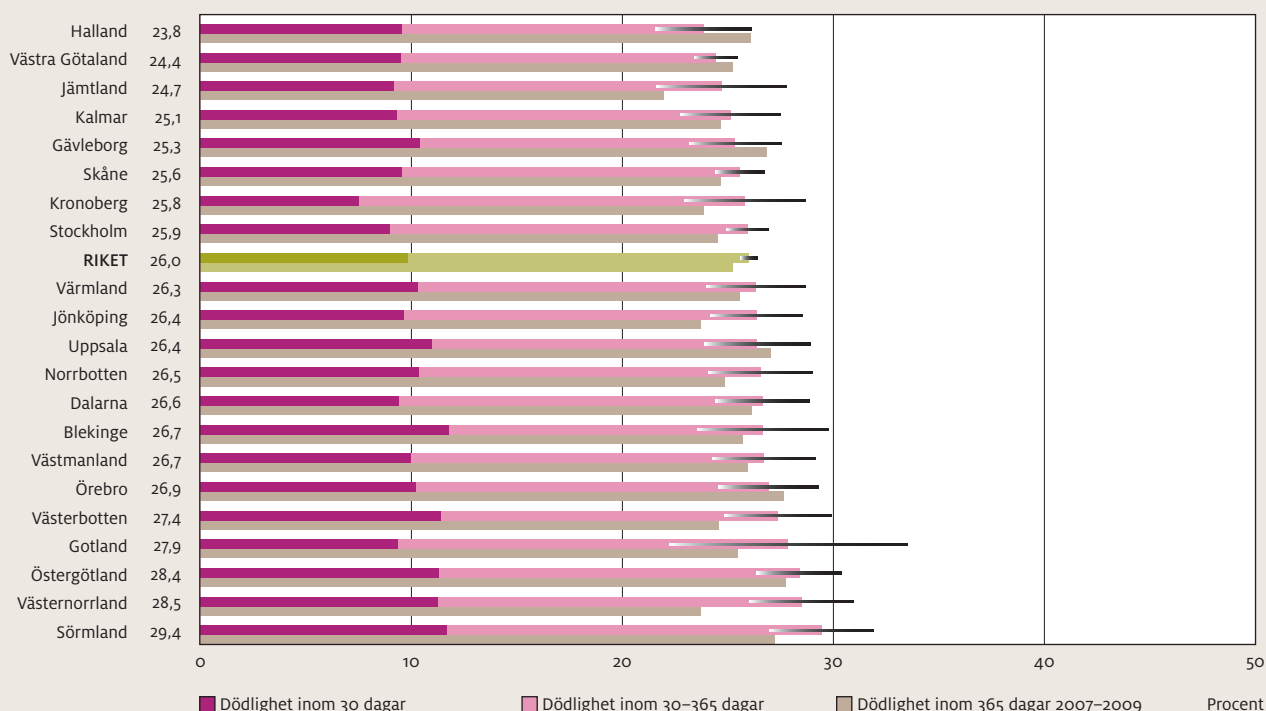
Indikatoren visar andelen patienter 50 år och äldre som avled inom 30 respektive 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur åren 2010–2012. Jämförelsen omfattar cirka 40 300 patienter, varav 67 procent är kvinnor. Förstagångshöftfraktur avser här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. De höftfrakturer som inkluderats i

måttet är i de flesta fall orsakade av osteoporos. Dödligheten inom 30 dagar speglar bland annat operationskvalitet och vårdkvalitet i den postoperativa fasen. Dödligheten inom 365 dagar fångar också upp effekten av rehabilitering och sekundärprevention efter en höftfraktur.

I riket avled 10 procent av patienterna inom 30 dagar och 26 procent inom ett år. Variationen mellan landsting är måttlig. Dödligheten är högre hos män än hos kvinnor. Män med höftfraktur kan ha en annan riskprofil än kvinnor. En annan möjlig förklaring är att män i lägre utsträckning behandlas med osteoporosspecifika läkemedel som sekundärprevention.

Andelen avlidna efter en höftfraktur är ett resultatmått där många faktorer behöver vägas in vid tolkningen. Ålder, kön, allmänt hälsotillstånd och multipla skador kan påverka överlevnaden både på kort och på lång sikt efter frakturtillfället. Indikatoren har justerats för skillnader i åldersstrukturer mellan landstingen men inte för samsjuklighet.

DIAGRAM 9 – TOTALT: Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter första höftfraktur, 2010–2012. Avser personer 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



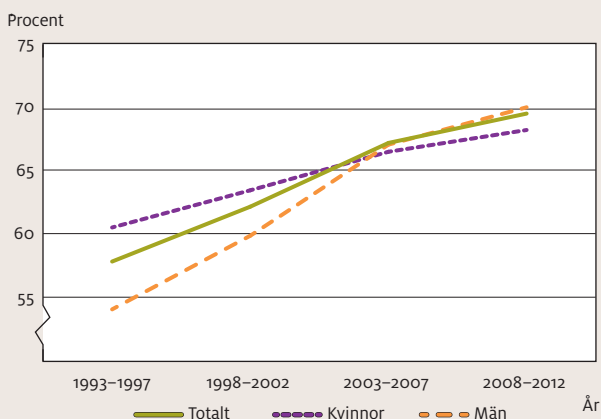
Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

10 ÖVERLEVNADE VID CANCERSJUKDOM

Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 20 åren och överlevnaden efter cancer har generellt sett ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandling.

Indikatorn visar den relativa femårsöverlevnaden vid cancersjukdom. Totalt i riket är andelen 69,4 procent. Förutom denna indikator presenteras indikatorer om cancersjukvård i år i en särskild rapport. För mer information om cancersjukvårdens processer och resultat hänvisas till *Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård*.

DIAGRAM 10 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 10 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Säker vård, undvikbar slutenvård mm

11 UNDVIKBAR SLUTENVÅRD

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden/diagnoserna får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt sett påverka vissa inläggningar på sjukhus. Det kan handla om både förebyggande arbete, primärvård och annan öppen vård. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp.

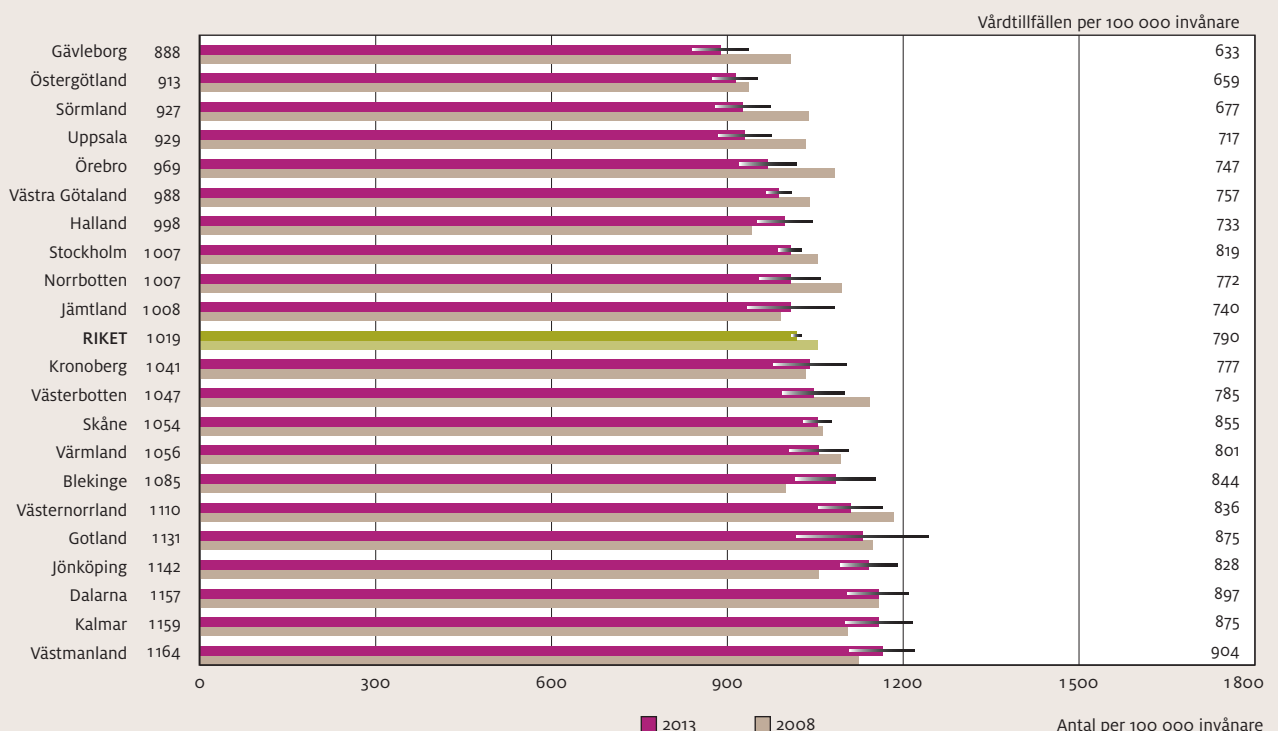
Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation och öron-näsa-halsinfektioner. Liknande sammanvägda mått används internationellt; i

engelskspråkig litteratur används begreppet *ambulatory care sensitive conditions*. Det förekommer många olika varianter på måttet, framför allt med avseende på vilka diagnoser som ska ingå. Socialstyrelsen har under 2014 redovisat ett arbete där indikatorn är reviderad utifrån gruppen mest sjuka äldre.

Indikatorn som används här i rapporten visar personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, år 2013. Alla åldrar ingår. Antal vårdade personer per 100 000 invånare var i riket totalt 1 124, en minskning jämfört med jämförelseperioden i diagrammet, 2008, men även jämfört med förra året.

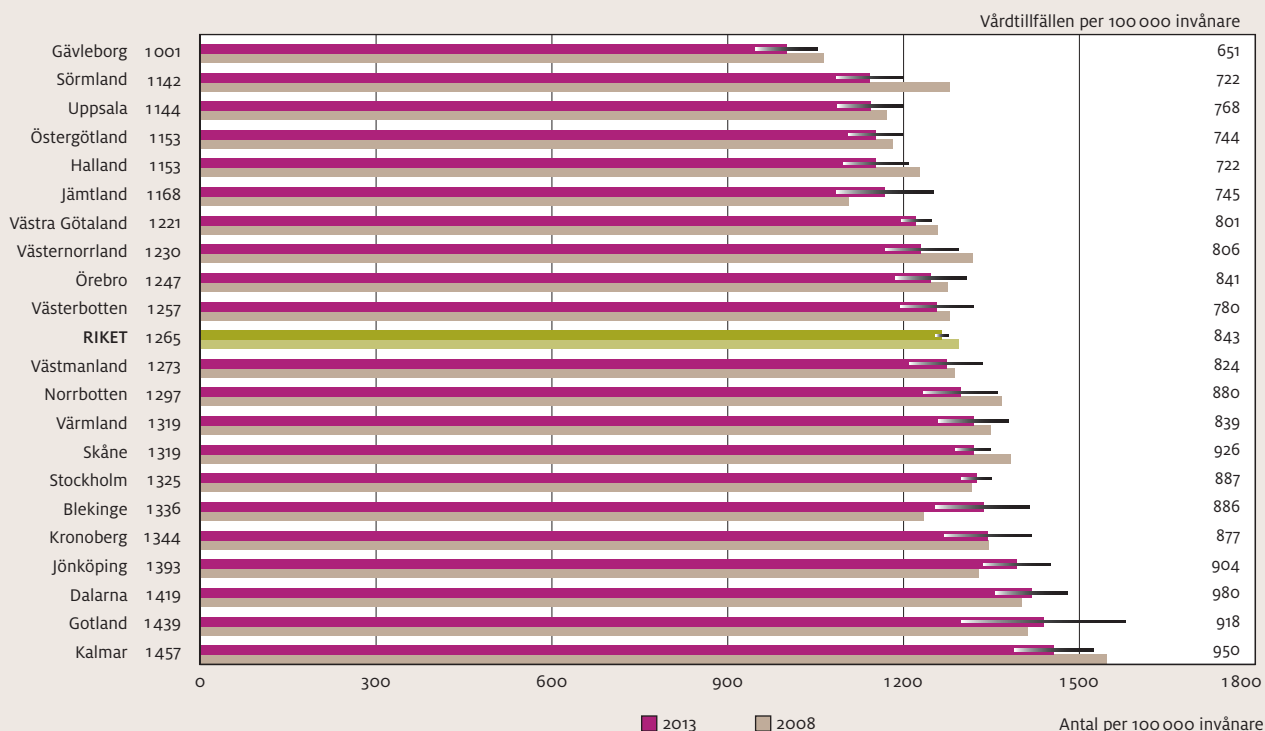
Det faktiska antalet undvikbara slutenvårdstillfällen var knappt 113 000. Uppgifterna är åldersstandardiserade. Generellt sett vårdas männen i högre utsträckning än kvinnor, med de diagnoser som ingår i måttet.

DIAGRAM 11 – KVINNOR: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 11 – MÄN: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 2013. Åldersstandardiserade värden.

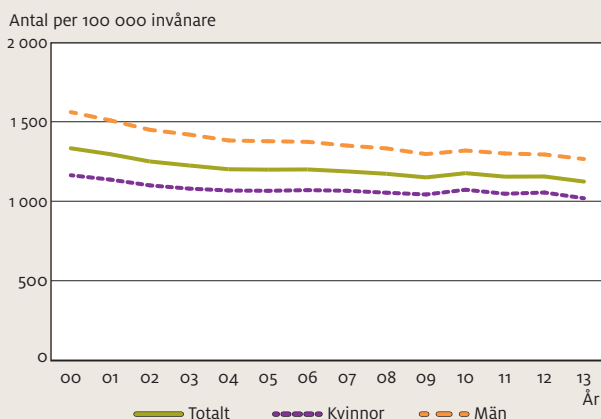


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Att män vårdas i högre utsträckning för dessa diagnoser beror troligen på att det är vanligare att män drabbas av några av de stora sjukdomar som ingår, snarare än att männen ges sämre insatser i öppen vård. Omfattningen av undvikbar slutenvård i landstingen påverkas även av att förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och genom att diagnossättning och registrering kan variera. Även tillgången på platser i slutenvård spelar sannolikt in. Om slutenvårdsplatserna är många, är trösklarna för att skrivas in vid sjukhus lägre, och vice versa. Dessa potentiellt undvikbara inläggningar kommer aldrig helt att kunna undvikas; dock tyder skillnaderna mellan landstingen på att det finns förutsättningar till ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården.

Det finns stora skillnader mellan utbildningsgrupperna när det gäller vård för de aktuella diagnoserna. Män med högst grundskoleutbildning vårdas i högst utsträckning. Inga större förändringar i relationen kan ses de senaste åren.

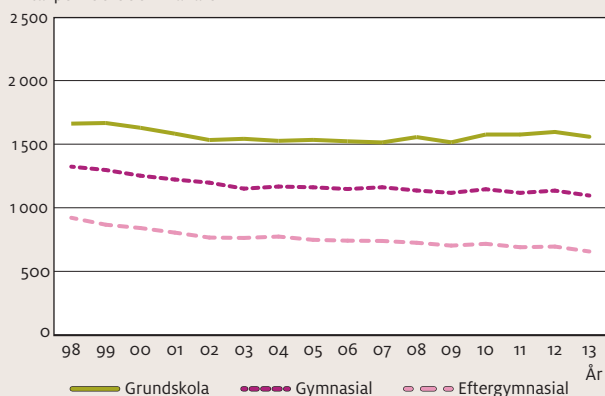
DIAGRAM 11 – RIKET: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 11A – KVINNOR: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

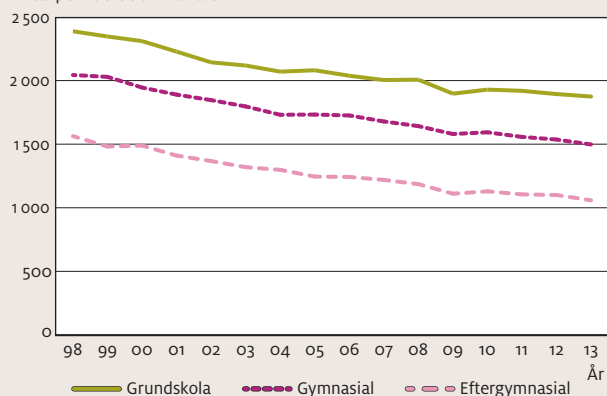
Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 11A – MÄN: Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 35–79 år efter utbildningsnivå. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

12 ÖVERBELÄGGNINGAR I DEN SLUTNA VÅRDEN

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. Som ett steg i arbetet för ökad patientsäkerhet har SKL och Socialstyrelsen tillsammans med landsting och regioner därför utvecklat en modell för att varje månad följa upp förekomsten av överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Sedan september 2012 rapporterar landsting och regioner överbeläggningar och utlokaliserade patienter till den nationella databasen Väntetider i vården.

Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.

Disponibel vårdplats är en vårdplats i slutna vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

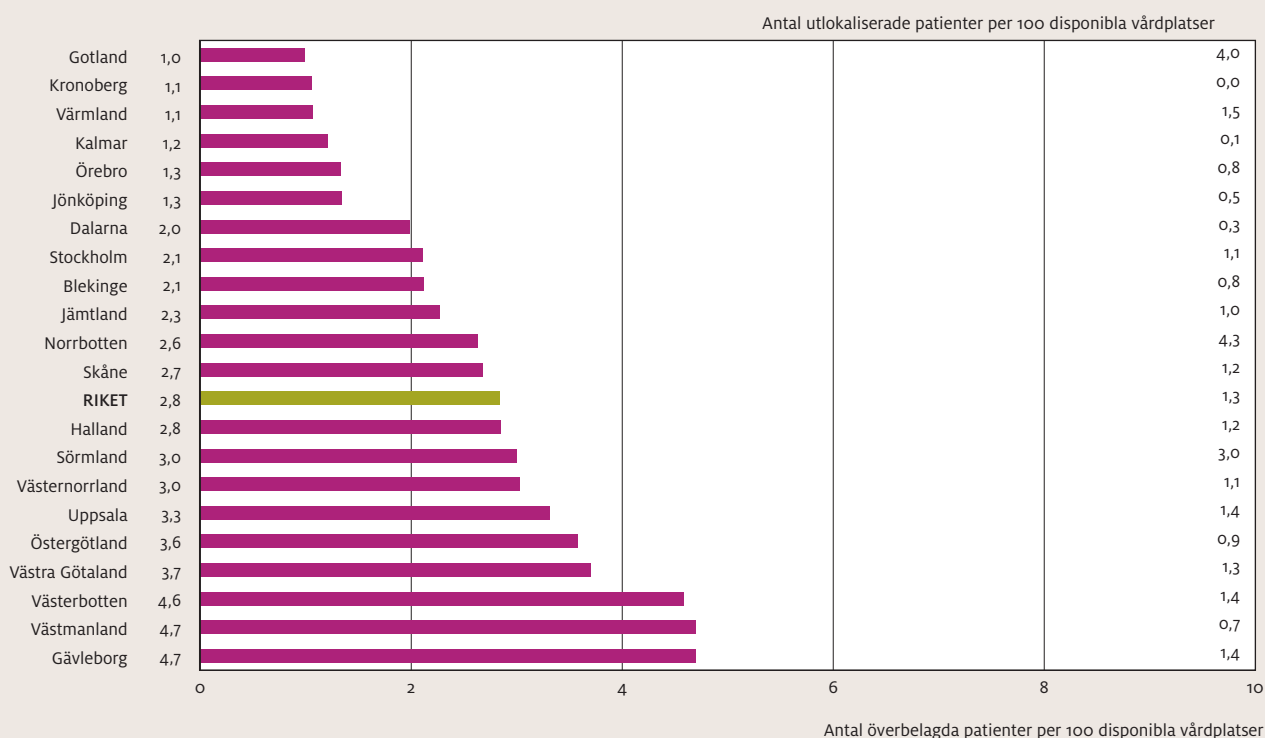
Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten.

I diagrammet redovisas antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser samt utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser som extravärde, fördelat per landsting under perioden oktober 2013 – september 2014. Vissa felkällor kan finnas som tillämpning av definition samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system.

Riksgenomsnittet för perioden var 2,84 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser och varierade från 1 till 5 mellan landstingen. Rikssnittet har legat stabilt per månad sedan mätningarna startade, men viss ökning ses under sommarmånaderna.

En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och en fysisk arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador och är därmed ett hot mot patientsäkerheten. Enligt Socialstyrelsens rapport *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter* så finns vetenskaplig litteratur som beskriver en rad skador som kan uppkomma vid överbeläggningar och vid utlokalisering av patienter; t.ex. vårdrelaterade infektioner, otillräcklig smärtlindring och felmedicinering.

DIAGRAM 12 – TOTALT: Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, oktober 2013 – september 2014.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

13 UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER PÅ SJUKHUS

En viktig aspekt på samarbetet i hälso- och sjukvårdssystemet är att en patient som inte längre behöver sjukhusets resurser, då ska kunna lämna sjukhuset och istället vårdas i hemmet eller i andra vårdformer, med det stöd som kan behövas.

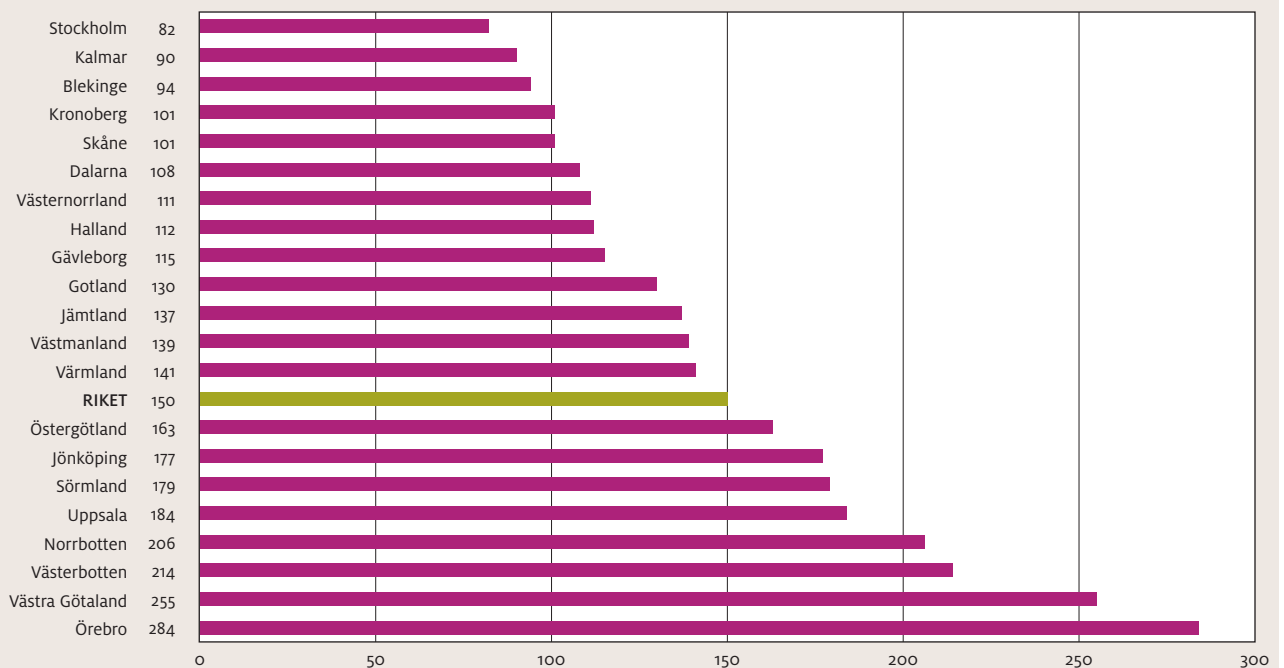
Kommunerna har ansvar för att en äldre patient skall kunna få fortsatt vård och stöd utanför sjukhus och blir även betalningsansvariga för patienter som kvarblir på sjukhuset efter att ha varit utskrivningsklara i fem vardagar. En patient anses utskrivningsklar när den behandlande läkaren på sjukhuset anser att patienten inte längre behöver vårdas i sjukhusets slutenvård, men landsting och kommun har ett gemensamt ansvar för att ett vårdplan

upprättas i samband med utskrivning från sjukhus och för att fortsatt vård och omsorg ges.

Landstingen mäter tillsammans via SKL förekomsten av patienter som är utskrivningsklara, men utan hänsyn till reglerna om primärkommunernas betalningsansvar. Landstingen rapporterar varje månad dels antalet vårdtillfällen som innehållit dagar som utskrivningsklar, dels antalet vårddygn som dessa patienter varit utskrivningsklara.

Indikatorn visar antalet utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare. Enbart patienter 65 år och äldre ingår. I riket var antalet under mätperioden 150, med en variation mellan landsting från 82 till 284 dagar per 1 000 invånare. I riket var under de aktuella månaderna antalet utskrivningsklara vårddygn cirka 280 600.

DIAGRAM 13 – TOTALT: Antal vårddygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare, januari–september 2014. Avser personer 65 år och äldre.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Vårddygn

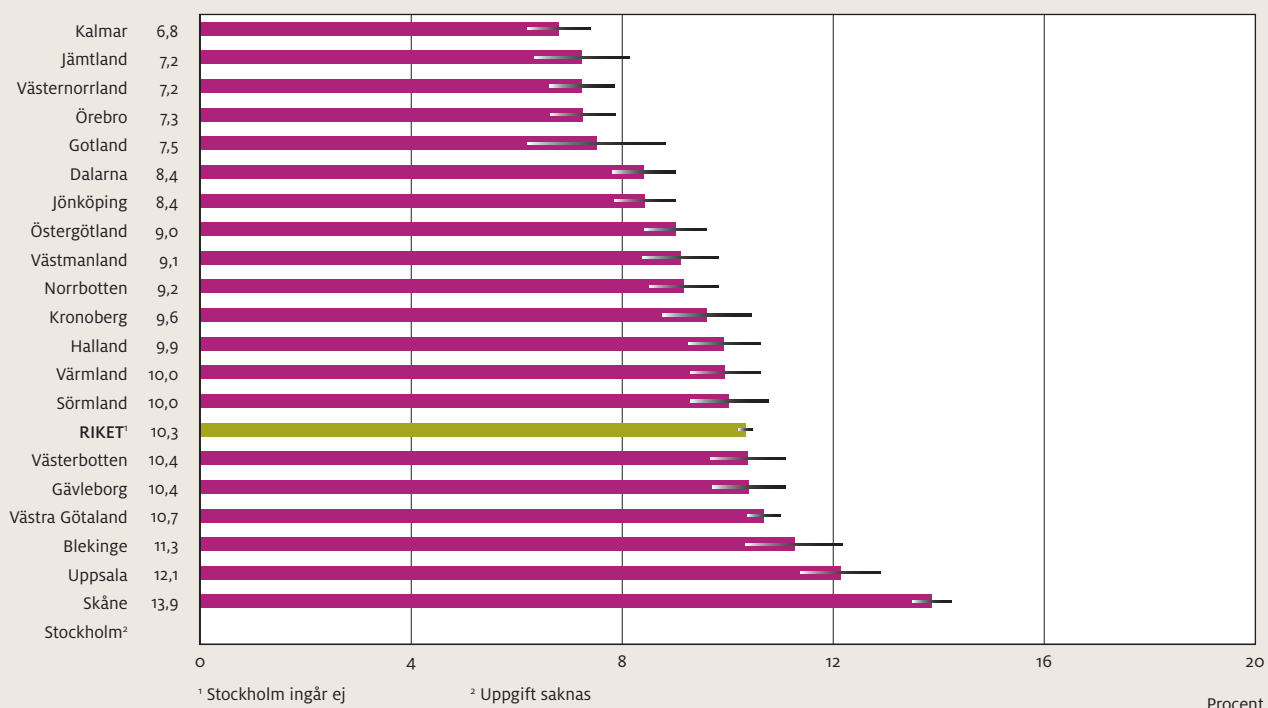
14 OPLANERAD ÅTERINSKRIVNING INOM 30 DAGAR

För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtinsufficiens och pneumoni. Samma mönster gäller för gruppen mest sjuka äldre. Indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar har i fler fall använts för att beskriva kvaliteten på vården och omsorgen för gruppen mest sjuka äldre. Indikatorn oplanerad återinskrivning belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Indikatorn belyser därigenom kvaliteten i slutenvården. Socialstyrelsen publicerade under år 2014 en rapport där dessa två indikatorer analyserades

och reviderades utifrån målgruppen mest sjuka äldre. Indikatorn omfattar två olika vårdtillfällen inom 30 dagar för samma person 65 år eller äldre. Ett urval av diagnoser har gjorts för respektive vårdtillfälle. Diagnoserna som ingår i indikatorn är valda eftersom de är vanliga hos gruppen mest sjuka äldre. Vissa av diagnoserna har även valts ut för att täcka upp skillnader i kodningskultur och diagnossättning.

Indikatorn visar att drygt 10 procent av patienterna får en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar under 2013. Variationen mellan landstingen ligger på 7-14 procent. Små skillnader ses mellan könen. Stockholms värde är exkluderat ur jämförelsen på grund av felaktig variabeldata.

DIAGRAM 14 – TOTALT: Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, 2013. Avser patienter 65 år och äldre och ett urval av diagnoser.



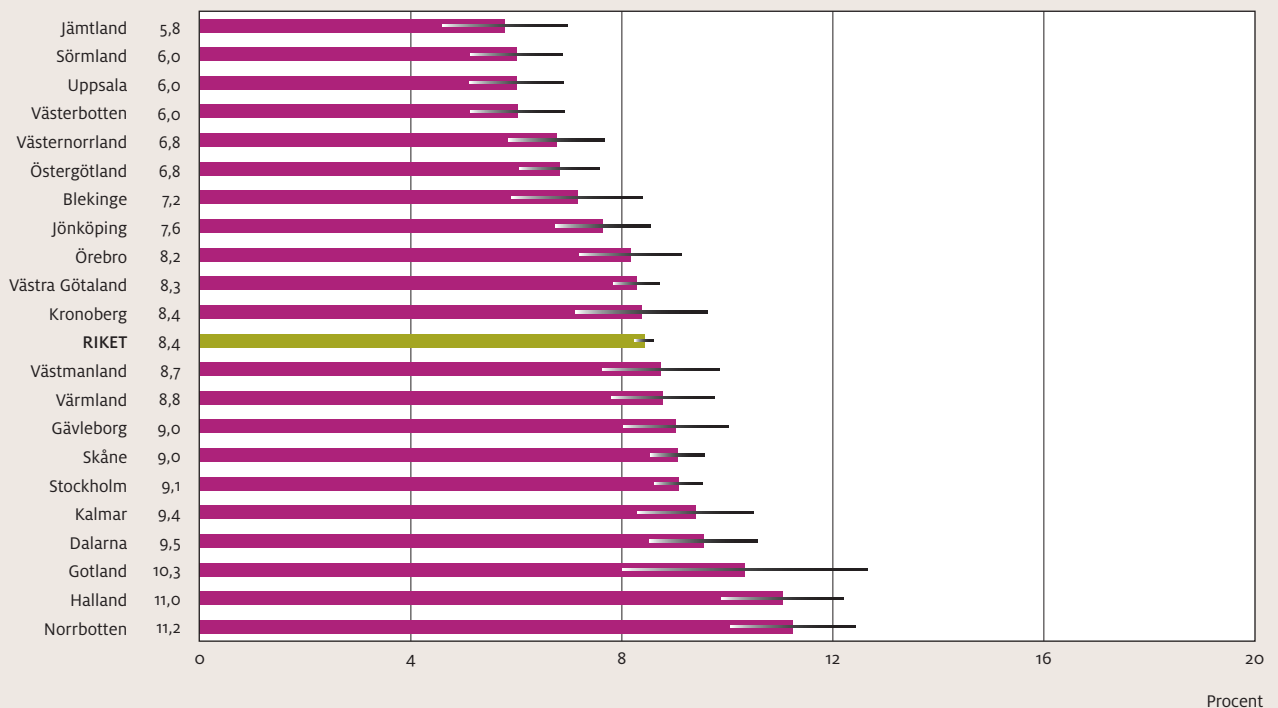
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

15 ÅTERKOMMANDE SLUTENVÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Mått som mäter detta finns i olika varianter internationellt. Just denna indikator finns med i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede och avser att följa andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Som ny inskrivning räknas de inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller klinik, då indikatorn främst syftar till att mäta inskrivningar i den akutsomatiska vården.

Det finns ingen målnivå och bedömningar om behov av inskrivning måste naturligtvis göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan landsting och eventuella skillnader mellan år kan påvisa behov av att vidare kartlägga till exempel avancerad sjukvård i hemmet eller andra skillnader i organisation eller praxis. Indikatorn baseras på en samkörning mellan patientregistret och dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen. Cirka 8 procent av patienterna som avled 2013 hade varit inskriven två eller fler gånger de sista 30 dagarna i livet. Landstingens andelar varierade mellan 6 och 11 procent.

DIAGRAM 15 – TOTALT: Andel döda med två eller flera inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet, 2013.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

16 RESPONSTID FÖR AMBULANS

Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården har gjort att avancerade åtgärder kan påbörjas redan i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit allt effektivare och att kvaliteten på vården ökat. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande.

SOS Alarm för statistik över responstid, det vill säga tiden det tar från det att larmcentralen besvarat ett larm till dess att ambulansen är på plats. Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. För fyra landsting (Uppsala, Gotland, Västmanland och Sörmland) redovisas statistik för halvåret januari till juni 2014. Indikatoren har tidigare pre-

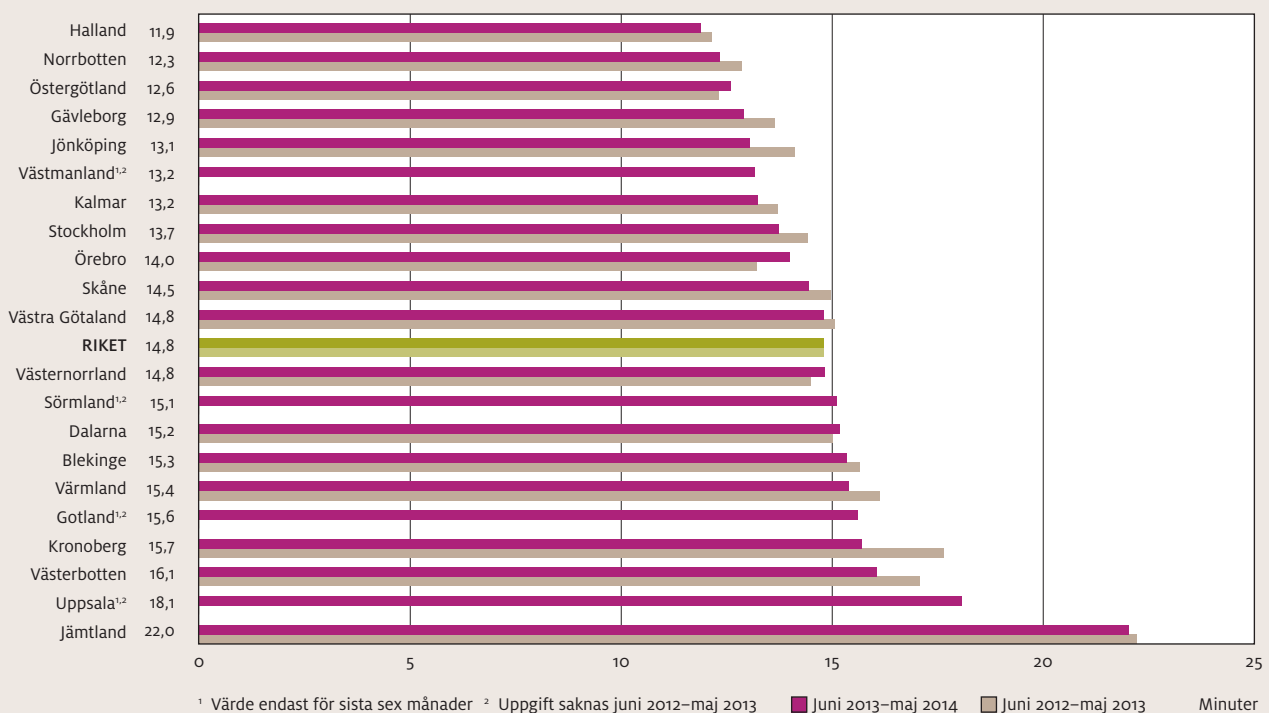
senterats i SKL-rapporten Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet, men då enbart på kommunnivå.

Under mätperioden var medianvärdet för responstiden i riket 15 minuter, med en variation från 12 till 22 minuter mellan landstingen. Mediantiden har inte ändrats nämnvärt jämfört med motsvarande mätperiod förra året.

Faktorer som påverkar responstiden är framförallt hur landstingen valt att organisera ambulanssjukvården, avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.

Tidpunkten för när ambulansen är på plats rapporteras på lite olika sätt (statustryckning, telefon). Det är inte möjligt att rapportera en tid bakåt i systemet och inrapportering kan i vissa fall ske långt efter den faktiska tidpunkten, vilket kan påverka kvaliteten i statistiken.

DIAGRAM 16 – TOTAL: Tid mellan larmsamtal och ambulansens ankomst (responstid) vid prio 1-larm, juni 2013 – maj 2014. Mediantid i minuter.



Källa: SOS Alarm.

17 TRYCKSÅR I SLUTEN VÅRD

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad – vanligtvis över benutskott – och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget. Kroppsdelar där ben ligger nära hud, såsom hälar och korsben, är speciellt utsatta.

Många patienter utvecklar trycksår under en sjukhusvistelse. Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person ligger eller sitter i samma ställning, och den kan uppkomma i hemmet eller boendet, under ambulanstransport, på akutmottagningen, på röntgen- eller operationsavdelningen, på vårdavdelning eller under rehabilitering.

Omkring hälften av de upptäckta trycksåren är lindriga och visar sig som en hudrodnad. Endast en liten del av

trycksåren utgörs av fullhudsskada med sårkavitet och/eller vävnadsnekros. De allvarligaste trycksåren upptäcks endast hos ett fåtal patienter. De vanligaste trycksåren uppstår i rygglutet och i hälar.

Nationella punktmätningar av trycksårsförekomst har genomförts en till två gånger per år sedan 2011 inom både kommuner och landsting. Vid mätningen observeras förekomsten av trycksår och förebyggande åtgärder på samtliga inläggande patienter över 18 år. Vid mätningen görs även en riskbedömning av de observerade patienterna.

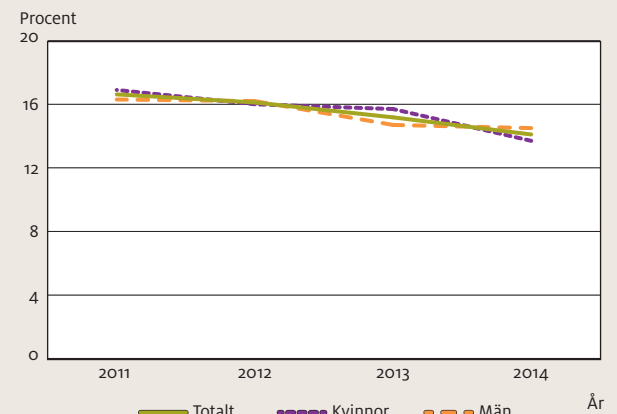
Indikatorn visar andelen patienter med minst ett trycksår i den somatiska slutenvården vid tidpunkt för mätningen. Detta ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus.

Resultatet från de fem mätningarna har, med undantag för den första mätningen, legat omkring 14–16 procent utan större förändringar. Årets mätning visar en stor variation mellan landstingen, från cirka 5 till 19 procent.

Resultatet varierar även mellan sjukhusen vad gäller såväl andelen patienter med trycksår, som allvarlighetsgraden på trycksåren och andelen av patienterna som bedömts ha en ökad risk för trycksår.

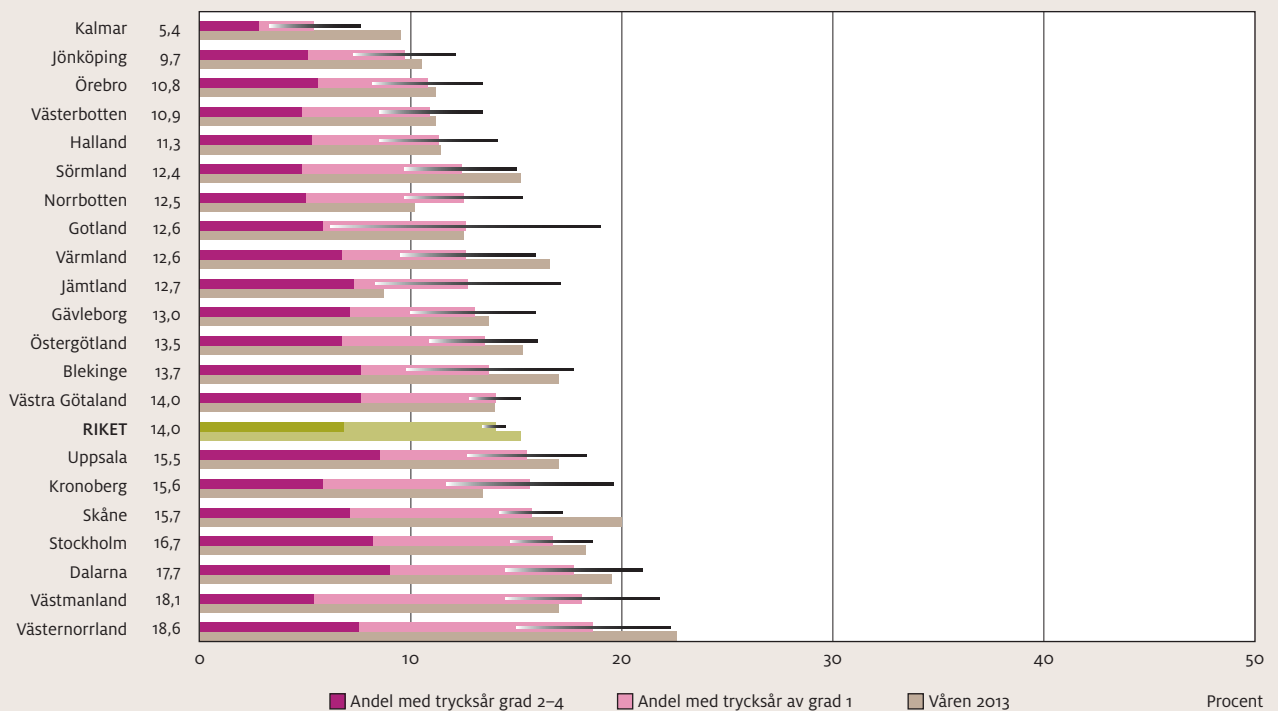
Trycksår innebär onödigt lidande för patienten och onödiga kostnader för sjukvården. De flesta trycksår går att undvika med förebyggande åtgärder, som till exempel tryckavlastande madrass, hälavlastning, och planerad lägesändring i stol och säng.

DIAGRAM 17 – RIKET: Andel patienter med trycksår. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 17 – TOTALT: Andel patienter med trycksår, mars 2014. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

18 VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som "varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården". Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärds paket som förebygger VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter.

Nationella observationsstudier har genomförts av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) inom landstingen vid åtta tillfällen. Dessa mätningar innefattar hälso- och sjukvård inom landsting och kommuner. Mätningarna sker parallellt med punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner (PPM-VRI). Sju moment observeras för PPM-BHK: desinfektion av händer före och efter patientnära arbete, korrekt användning av handskar och plastförkläde, kortärmad arbetsdräkt, händer och underarmar fria från ringar, klockor och armband samt att håret är kort/uppsatt. Här redovisas följsamheten

till samtliga sju steg. Detta värde är inget medelvärde utan baserar sig på hur många personer som har fullständig följsamhet i samtliga sju steg.

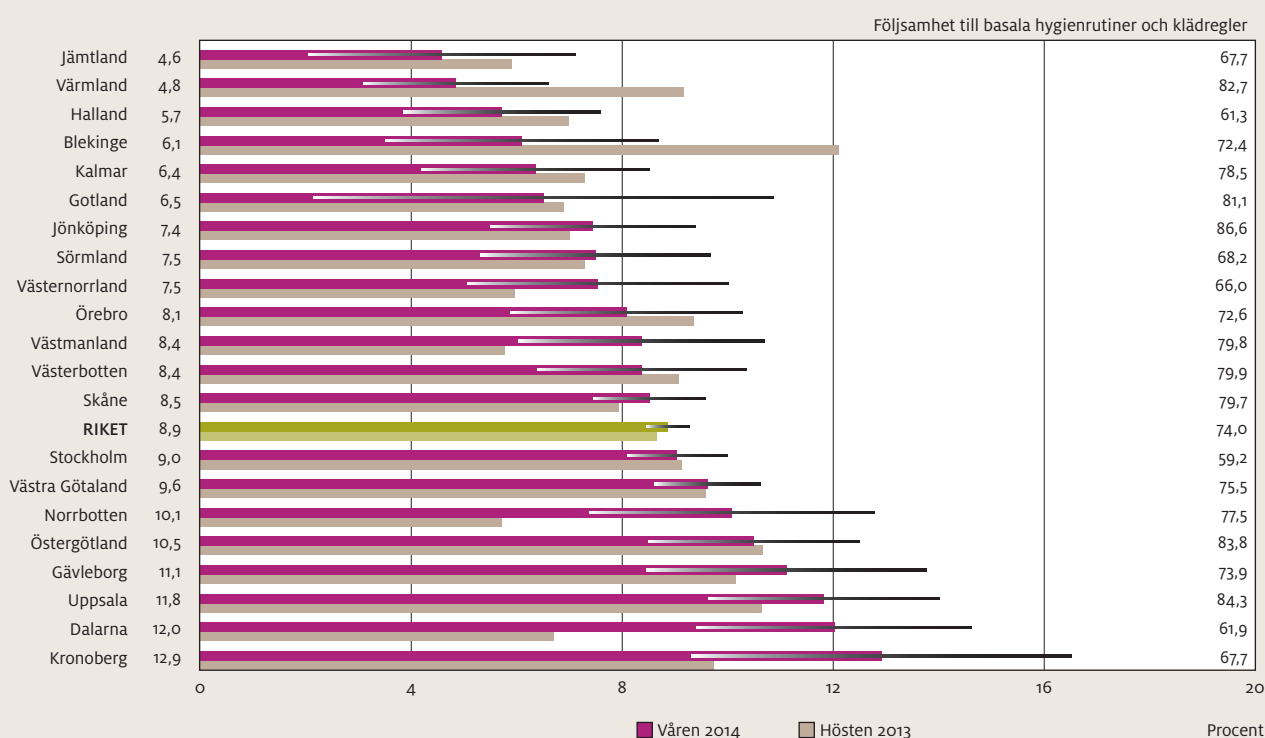
Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i den mätning av VRI som genomförs två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod under vår respektive höst. 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. Våren 2014 genomfördes den trettionde mätningen sedan starten 2008 och omfattade omkring 20 000 patienter inom somatisk slutenvård.

Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen.

I diagrammet visas resultatet från mätningen våren 2014, i jämförelse med resultatet hösten 2013. Totalt sett har andelen patienter med VRI legat ganska stabilt vid senaste mätningarna på knappt 9 procent. Andelen varierar mellan landstingen från drygt 5 till knappt 13 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus.

Som tilläggsinformation visas i diagrammet följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det är andelen av den observerade personalen som är följsamma

DIAGRAM 18 – TOTALT: Andel patienter med vårdrelaterad infektion, våren 2014. Avser patienter i slutenvård.



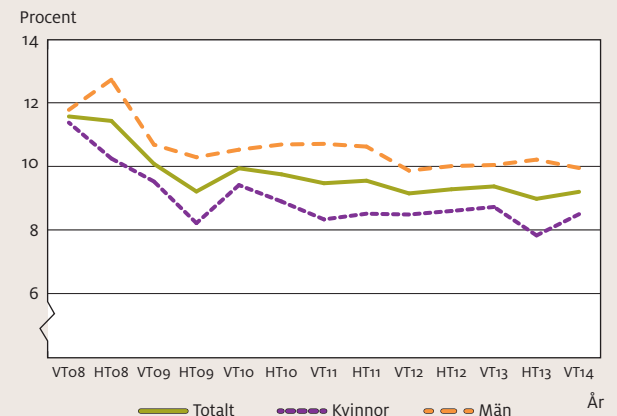
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

i samtliga sju steg. Detta mått inberäknar personal inom psykiatrisk slutenvård samt primärvård, men tonvikten är på somatisk slutenvård, till skillnad från VRI-mätningen som enbart gäller patienter i den somatiska slutenvården. Vid mätningen våren 2014 deltog över 23 000 (10 000 inom slutenvården) landstingsanställd personal jämfört med 14 000 hösten 2010. Det är framförallt bland läkare som deltagandet har ökat.

Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i anspråk och VRI beräknas kosta mellan 5 – 7,5 miljarder kronor per år i förlängd vårdtid, beroende på hur man räknar.

Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. Vid jämförelser mellan sjukhus bör resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom skillnader i patient-sammansättning påverkar utfallet.

DIAGRAM 18 – RIKET: Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

ARBETE MOT ANTIBIOTIKARESISTENS OCH VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

Arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI) och resistenta bakterier anses, såväl nationellt som internationellt, som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna. Genom bland annat klok antibiotikaanvändning och goda vårdhygieniska rutiner kan problemet med resistenta bakterier begränsas. Här ges en översiktlig bild över situationen gällande antibiotikaresistens, antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner i Sverige, däremot presenteras inga specifika indikatorer.

MÄTNINGAR AV VÅRDRELATERADE INFEKTIONER, ANTIBIOTIKARESISTENS OCH ANTIBIOTIKAFÖRBRUKNING

Mätningar behövs för att: öka medvetenheten, öka kunskapen, kunna prioritera och följa upp effekter av förebyggande åtgärder.

Sedan 2008 har SKL koordinerat nationella punktprevalensmätningar (PPM) av VRI och riskfaktorer på svenska sjukhus två gånger per år. I mätningen våren 2014 hade 8,9 % av alla patienter på svenska sjukhus en VRI och 35,3% stod på antibiotikabehandling. Sedan mätningarna startade har flera nationella initiativ tagits för att minska VRI, t.ex. projektet "Vårdrelaterade infektioner ska stoppas (VRISS)", årliga observationsmätningar för att öka följsamhet till klädregler och basala hygienrutiner och "Rena händer räddar liv" (en nationellt utarbetad metod för förbättrad handhygien).

Manuell infektionsregistrering och regelbundna sammanställningar av antibiotikaresistensdata är resurskrävande. För att underlätta insamling och rapportering har flera system för automatisk datafångst använts. Infektionsverket har ett nationellt IT-stöd som förvaltas av Inera. I det registreras ordinationsorsaker för antibiotika, riskfaktorer, mikrobiolo-

giska laboriefynd, vårdkontakter, diagnoser och operationer. Alla landsting använder stödet och arbetar med att införa det brett.

Svebar är ett system som utvecklas och förvaltas av Folkhälsomyndigheten. Det samlar automatiskt in resultat från odlingar och resistensbestämningar. För närvarande är 13 laboratorier anslutna, övriga laboratorier planerar att koppla upp sig. Systemet varnar för allvarlig resistens, det underlättar sammanställning av rapporter både lokalt och nationellt.

ANTIBIOTIKARESISTENS I SVERIGE

Fyra antibiotikaresistenta bakterier anmäls i Sverige enligt Smittskyddslagen. För tre av dessa kan spridning av betydelse ske inom sjukvården: meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Enterobacteriaceae* som bildar extended spectrum betalactamase (ESBL) och vankomycinresistenta enterokocker (VRE).

Antalet anmälda fall av resistenta bakterier ökar i stort sett kontinuerligt, ett undantag är VRE, Figur 1 och 2, där antalet fall är mer associerat med smittspridning på sjukhus än för de övriga bakterierna som presenteras i Figur 1.

Trots att läget i Sverige är bättre än i många andra länder har det förekommit ett flertal stora smittspridningar av resistenta bakterier på sjukhus även här. Det har rört sig om både MRSA, ESBL och VRE. Hittills har man kommit till rätta med utbrotten genom åtgärdsprogram som fokuserat på förbättringar gällande basala hygienrutiner inklusive handhygien, städning och desinfektion, bemanning och tillgång till enkelrum. Ytterligare en viktig faktor att beakta är antibiotikapolitik och antibiotikaanvändning. Det är även sannolikt att stora utbrott med antibiotikaresistenta bakterier på sjukhus kan förebyggas genom att hålla en hög nivå när det gäller de beskrivna faktorerna.

ANTIBIOTIKAFÖRBRUKNING I SVERIGE

En reglerad försäljning av antibiotika och en god övervakning av antibiotikaförsäljningen är viktiga bidragande orsaker till Sveriges goda läge gällande antibiotikaresistens. Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård från Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket stöder diagnos och val av rätt antibiotikabehandling. Sedan mitten av 1990-talet, har försäljningen i öppenvården minskat med 36 procent. Dessutom har en positiv utveckling gällande val av preparat setts, såsom en ökande andel smalspektrum penicillin vid luftvägsinfektioner samt ökande användning av rekommenderade preparat vid nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor, pivmecillinam och nitrofurantoin. Luftvägsinfektioner leder till flest antibiotikarecept i primärvård. Det är bland dessa diagnoser som den största minskningen av antibiotikaförskrivning skett. Kunskapen om att antibiotika har liten eller ingen effekt på vanliga, okomplicerade luftvägsinfektioner, och sambandet med antibiotikaanvändning och resistensutveckling, gör att vi i dag använder mindre antibiotika vid luftvägsinfektioner. För utförligare beskrivning och ingående statistik se indikator 12-15 i *Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar*.

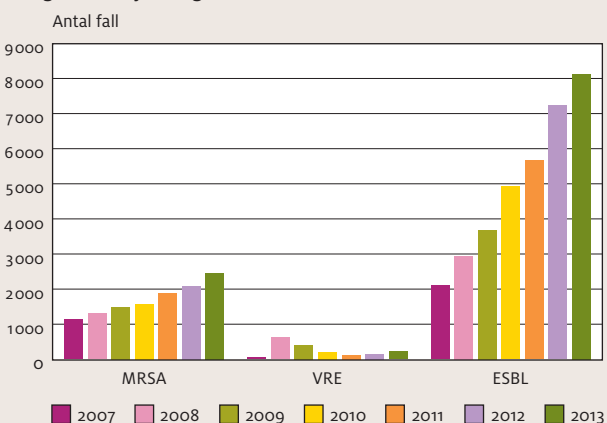
SAMMANFATTNING

Både avseende antibiotikaresistens och antibiotikaförbrukning är läget jämförelsevis gott i Sverige. För att behålla denna situation är det viktigt att förbättringsarbetet inom

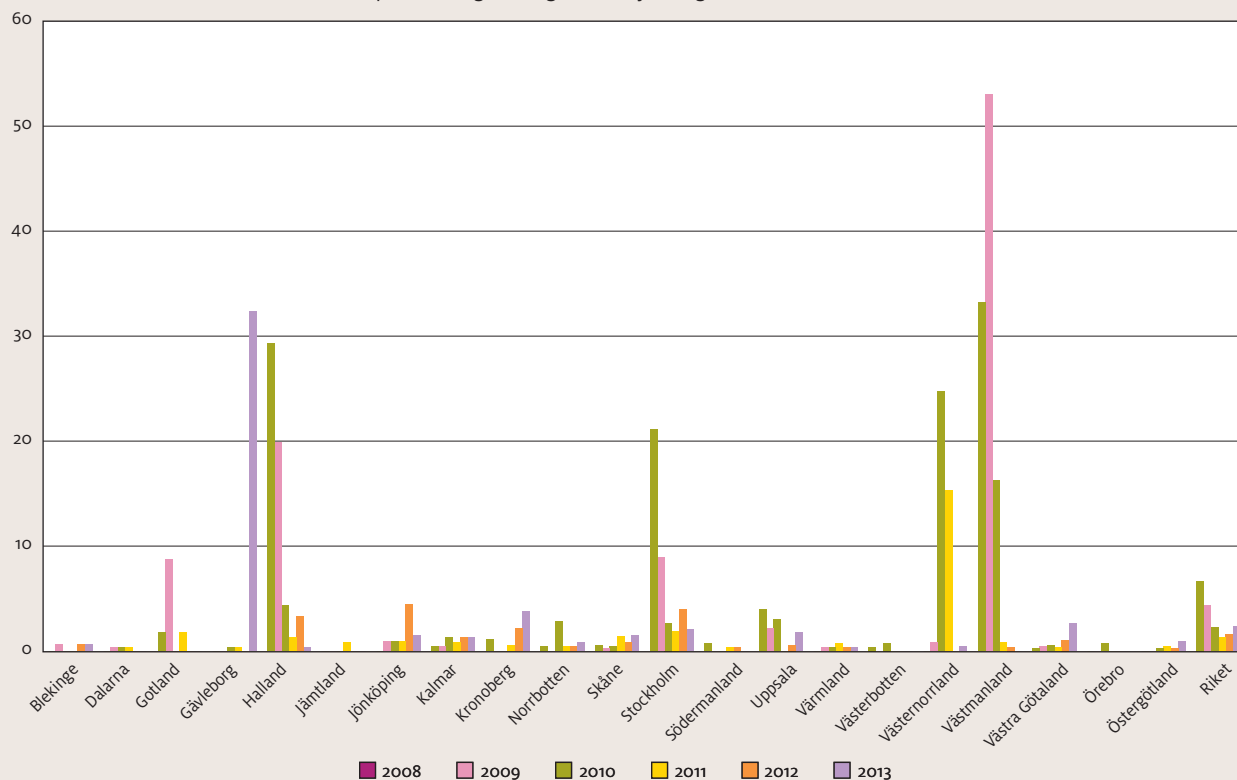
sjukvården gällande både VRI, antibiotikaförbrukning och antibiotikaresistens fortsätter och intensifieras. Det motiveras också av att en minskning av VRI minskar lidande för patienter och vårdkostnader.

Det är även viktigt att beakta att situationen i Sverige när det gäller antibiotikaresistens till stor del påverkas av omvärlden. Det innebär att vi kommer få ökande resistens och allvarigare resistens så länge dessa ökar i omvärlden. Vårt engagemang i dessa frågor internationellt är därför mycket viktigt.

Antal fall av MRSA, VRE och ESBL som anmälts i Riket per år enligt Smittskyddslagen.



Antal fall av VRE som anmälts i Riket och per län årligen enligt Smittskyddslagen.



Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

I december 2012 publicerades för första gången en särskild öppen jämförelse av den hälsoinriktade hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf säger att hälso- och sjukvården ska verka för en god hälsa och för en vård på lika villkor för alla och att hälso- och sjukvården ska arbeta sjukdomsförebyggande. Det förebyggande arbetet blev därmed lagfäst och jämställt med det sjukvårdande.

Såväl 2003 som 2008 har också propositioner antagits med förtydliganden av ansvaret. I Mål för folkhälsan (2003) framhålls att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården. I En förnyad folkhälsopolitik (2008) framhålls att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela sjukvården.

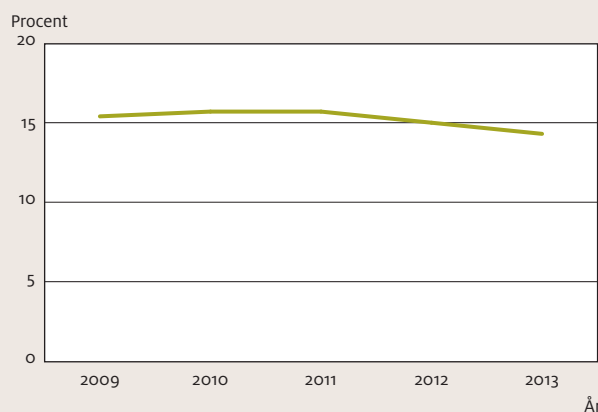
WHO har tagit fram en modell för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård som innefattar fyra övergripande dimensioner. Förutom att främja en positiv hälsoutveckling hos individer/patienter och en jämlik hälsoutveckling i befolkningen ingår i modellen bland annat att öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat och att strategiskt verka för en hälsoorientering.

I detta avsnitt uppdateras några av de indikatorer som fanns med i Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2012. Någon har också lagts till. Några av indikatorerna har tidigare funnits med tidigare även i denna rapport men har då placerats under respektive sjukdomsgrupp eller motsvarande. Hälsoinriktad hälso- och sjukvård omfattar bland annat de centrala begreppen hälsofrämjande respektive sjukdomsförebyggande som ofta nämns tillsammans. För mer information om området hänvisas till rapporten från 2012. I detta avsnitt har vi valt att främst ta med indikatorer med bäring på riskfyllda levnadsvanor och vaccinationer. Mycket annat sjukdomsförebyggande arbete och många andra indikatorer kan också räknas in i det hälsoinriktade arbetet.

19 RÖKNING VID DIABETES

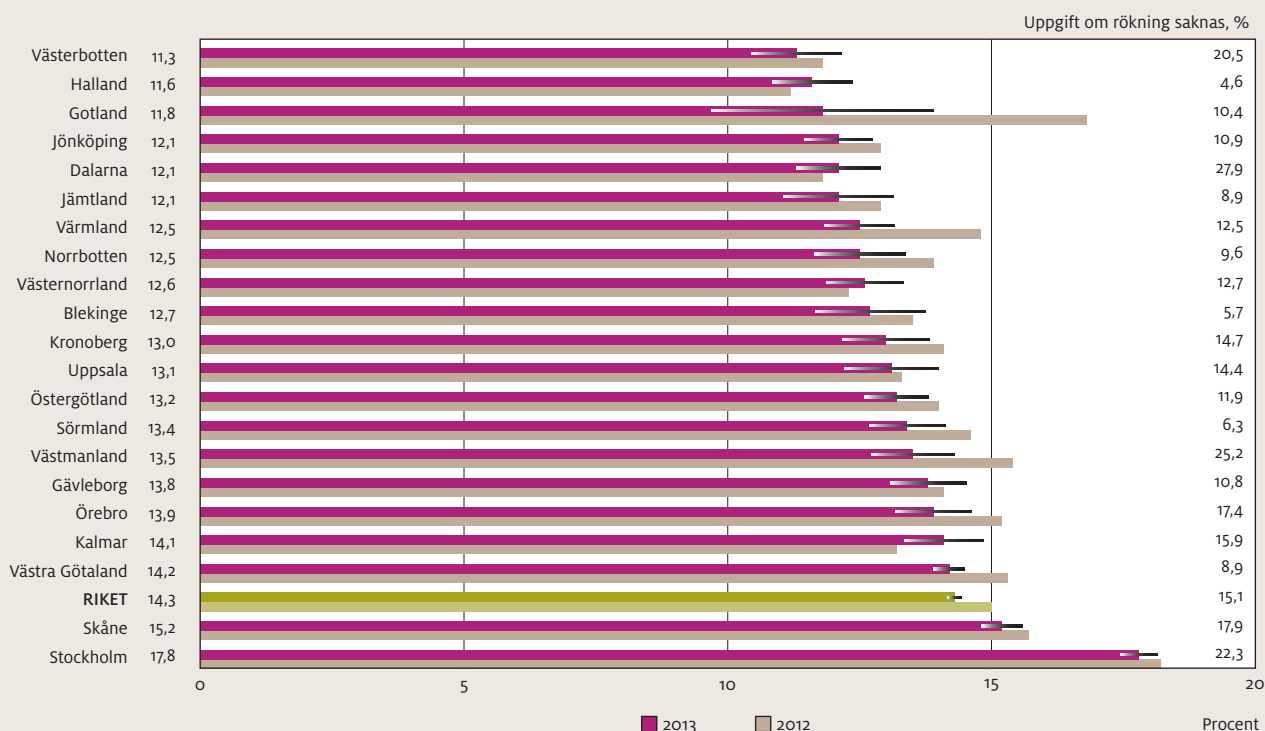
De nationella riktlinjerna för diabetesvården har uppdaterats i en preliminär version 2014 och stöd till rökstopp är en av de högst rekommenderade åtgärderna. I det nationella diabetesregistret (NDR) finns det möjlighet att följa andelen rökare bland diabetespatienter (självrapporterad rökning), däremot inte uppgifter om rökavvänjning eller eventuellt rökstopp. För ca 15 procent av patienterna finns uppgift om rökning inte registrerad. Indikatorn visar att andelen av patienter med diabetes i primärvården som uppger att de röker är drygt 14 procent. Andelen har minskat något mellan 2010 och 2013. I landstingsdiagrammet visas minskningen mellan 2012 och 2013.

DIAGRAM 19 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård och som röker.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 19 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård och som röker, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret.

20 FETMA VID DIABETES

Fetma är en riskfaktor för att få diabetes och ökar risken för diabeteskomplikationer. Personer med diabetes lider i betydligt högre grad än den övriga befolkningen av övervikt eller fetma. NDR innehåller uppgifter om både midjeomfång och Body Mass Index (BMI). I riket är medelvärde för BMI och midjeomfång över tid i stort sätt oförändrade de senaste åren. WHO anger olika klasser av fetma, där BMI 30 och upp till 35 anger fetma av grad 1, medan BMI 35 och över respektive BMI 40 och över beskrivs som fetma av grad II respektive III.

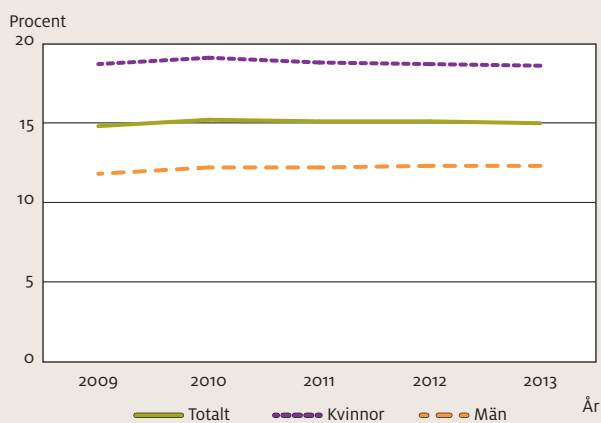
Indikatorn visar andelen personer i primärvård som har BMI lika med eller högre än 35 (svår fetma), bland alla där det finns uppgift om BMI.

Andelen med BMI lika med eller över 35 uppgår i riket till 15 procent, med en variation mellan landsting från 12 till 19 procent och en än större variation mellan vårdcentraler (visas ej i diagram).

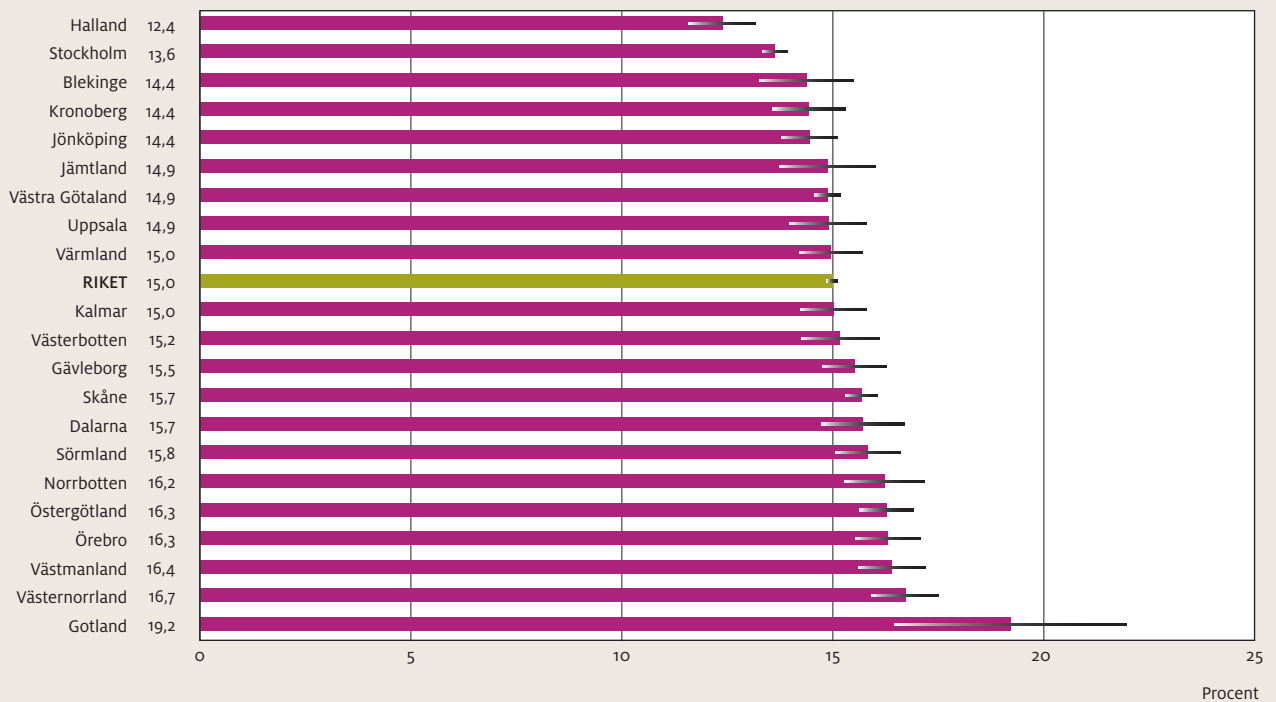
Andelen har i riket varit i stort sätt oförändrad sedan 2009. Det finns en påtaglig skillnad mellan könen, andelen med BMI över 35 är klart högre bland kvinnor än bland män. Uppgift om BMI finns för 265 929 personer, av totalt drygt 305 000 personer. Svartsbortfallet är i riket måttligt, närmare 13 procent. Vikt och levnadsvanor är viktiga för patientens hälsa, vilket motiverar att denna aspekt uppmärksammas.

Vid blodglukossänkande behandling har vikten en tendens att öka snarare än att minska. Viktreduktion sker dessutom långsammare och är inte lika framgångsrik hos personer med typ 2-diabetes och övervikt eller fetma, jämfört med andra. Vidare bidrar många läkemedel ofta till att vikten ökar. Eftersom viktreduktion i varierande utsträckning har effekt på såväl högt blodglukos, högt blodtryck som höga blodfetter är detta en stor utmaning i diabetesvården.

DIAGRAM 20 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård och som har BMI ≥ 35.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 20 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård och som har BMI ≥ 35 , 2013.

Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

21 FYSISK AKTIVITET VID DIABETES

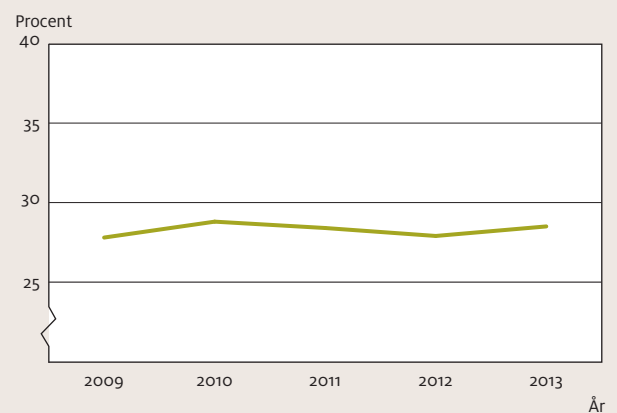
Stöd till ökad fysisk aktivitet är en åtgärd som har fått en hög rekommendation i riktlinjerna för diabetes. Regelbunden fysisk aktivitet har tydliga samband med en minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, övervikt och för tidig död. Personer med diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde och påverka sin risk för komplikationer genom att kombinera fysisk aktivitet med bra kost. Råd om fysisk aktivitet ska anpassas för varje patient. Fysisk aktivitet på recept, FAR, är sannolikt en underutnyttjad resurs.

I NDR registreras en uppgift om fysisk aktivitet motsvarande en 30 minuters promenad, indelad i fem aktivitetsgrupper, från alternativet att patienten "aldrig" är aktiv till att fysisk aktivitet sker "dagligen". Uppgiften baseras inte på patientenkät, utan fångas genom att vårdgivaren efter samtal med eller på basis av kunskap om patienten anger det svarsalternativ som passar bäst. Uppgiften kan ses som en skattning, som påverkas av både patientens och vårdgivarens definition av aktiviteten fysisk aktivitet och av bedömningen av frekvensen

Indikatorn visar andelen patienter med typ 2 diabetes som är fysiskt inaktiva, bland dem som det finns uppgift om utövande av fysisk aktivitet för. Att vara fysiskt inaktiv innebär att man aldrig eller mindre än en gång i veckan utövar fysisk aktivitet (motsvarande 30 minuters promenad).

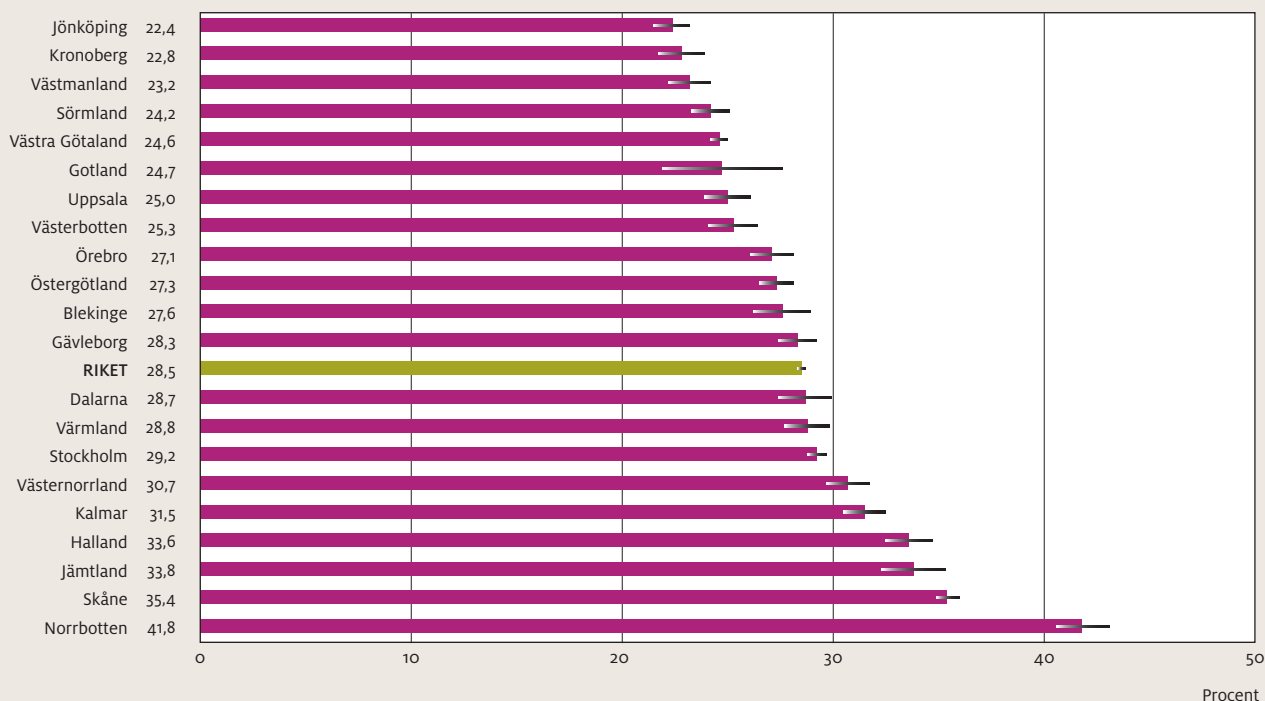
Andelen fysiskt inaktiva patienter uppgick i riket till 28,5 procent, med variation mellan landsting från drygt 22 till knappt 42 procent. Andelen har i riket varit oförändrad sedan 2009. Uppgift om fysisk aktivitet finns för 234 256 personer, av totalt drygt 305 000. I riket är svarsbortfallet cirka 23 procent.

DIAGRAM 21 – RIKET: Andel personer med diabetes i primärvård och som är fysiskt inaktiva.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

DIAGRAM 21 – TOTALT: Andel personer med diabetes i primärvård och som är fysiskt inaktiva, 2013.



Källa: NDR – Nationella Diabetesregistret

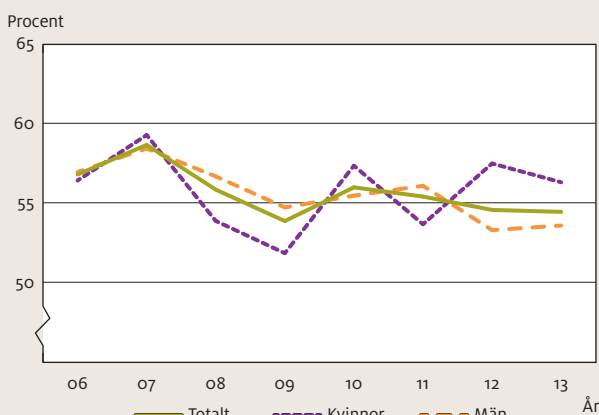
22 RÖKSTOPP EFTER HJÄRTINFARKT

SEPHIA är det register inom SWEDHEART som speglar sekundärprevention efter hjärtinfarkt. Till SEPHIA rapporterade 69 av RIKS-HIAs 71 akutsjukhus data för 2013, därtill kommer två ytterligare enheter som bedriver uppföljning efter hjärtinfarkt utan att vara akutklinik. För SEPHIA-aktiva sjukhus var den genomsnittliga täcknings- eller deltagandegraden 79 procent för den första uppföljningen (som sker inom 10 veckor efter utskrivning från sjukhus) och 81 procent för den andra. Uppföljningsdata registrerades år 2013 för totalt cirka 6 500 patienter, vilket är en stadig ökning för de senaste fem åren.

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. Drygt 30 procent av alla hjärtinfarktpatienter i RIKS-HIA är rökare och lika många har tidigare varit rökare. För den rökande hjärtinfarktpatienten är rökstopp därför en viktig åtgärd för att minska risken för återinsjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Uppgift om rökning fångas vid båda uppföljningstillfällena, utöver vid insjuknandet.

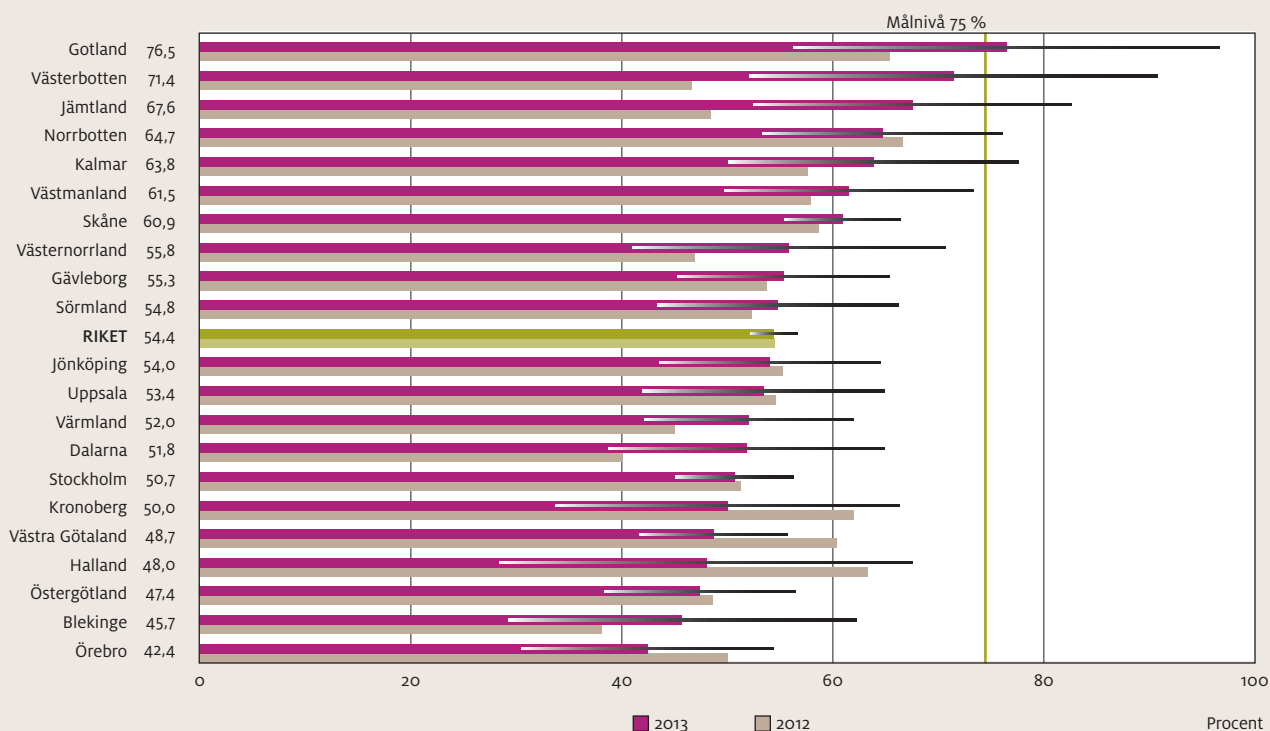
Indikatoren visar andelen rökande patienter som vid uppföljning 12–14 månader efter hjärtinfarkten hade slutat röka. Jämförelsen baseras på knappt 1 900 patienter yngre än 75 år. I riket hade drygt 54 procent slutat röka, med en variation mellan landsting från 42 till 76 procent. Socialstyrelsen har satt målnivån 75 procent eller mer.

DIAGRAM 22 – RIKET: Andel patienter som slutat röka 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDHEART – SEPHIA.

DIAGRAM 22 – TOTALT: Andel patienter som slutat röka 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

23 FYSISKT TRÄNINGSPROGRAM EFTER HJÄRTINFARKT

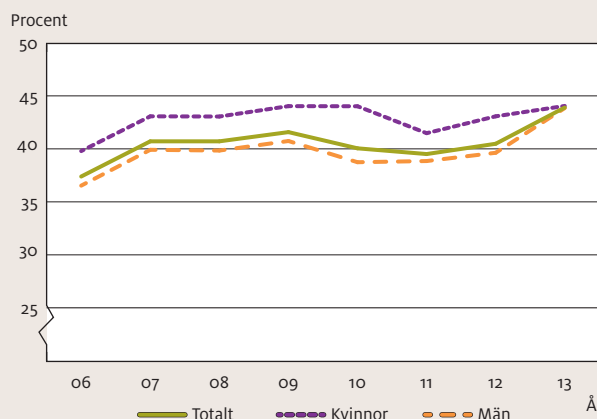
I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom.

Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom. Ett av flera inslag för att förebygga ny sjukdom är därför fysisk aktivitet och fysisk träning. För sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom är det fysisk träning med tillräckligt hög intensitet som har visat sig vara effektivt. För hjärtrehabilitering innebär detta framförallt träning av kondition för att öka syreupptagningsförmågan och muskelträning för en bättre muskelfunktion.

Indikatorn visar andelen patienter, registrerade i SEPHIA, som inom 12–14 månader efter hjärtinfarkt deltagit i fysiskt träningsprogram, i den omfattning som rekommenderas i behandlingsriktlinjer. Jämförelsen baseras på cirka 5 900 patienter yngre än 75 år, varav två tredjedelar var män. I riket hade knappt 44 procent av patienterna deltagit i träningsprogram, med en spridning mellan landsting från 6 till 79 procent.

I SWEDEHEARTs kvalitetsindex för sjukhus är poänggränserna (målnivåerna) 50 respektive 60 procent, men i

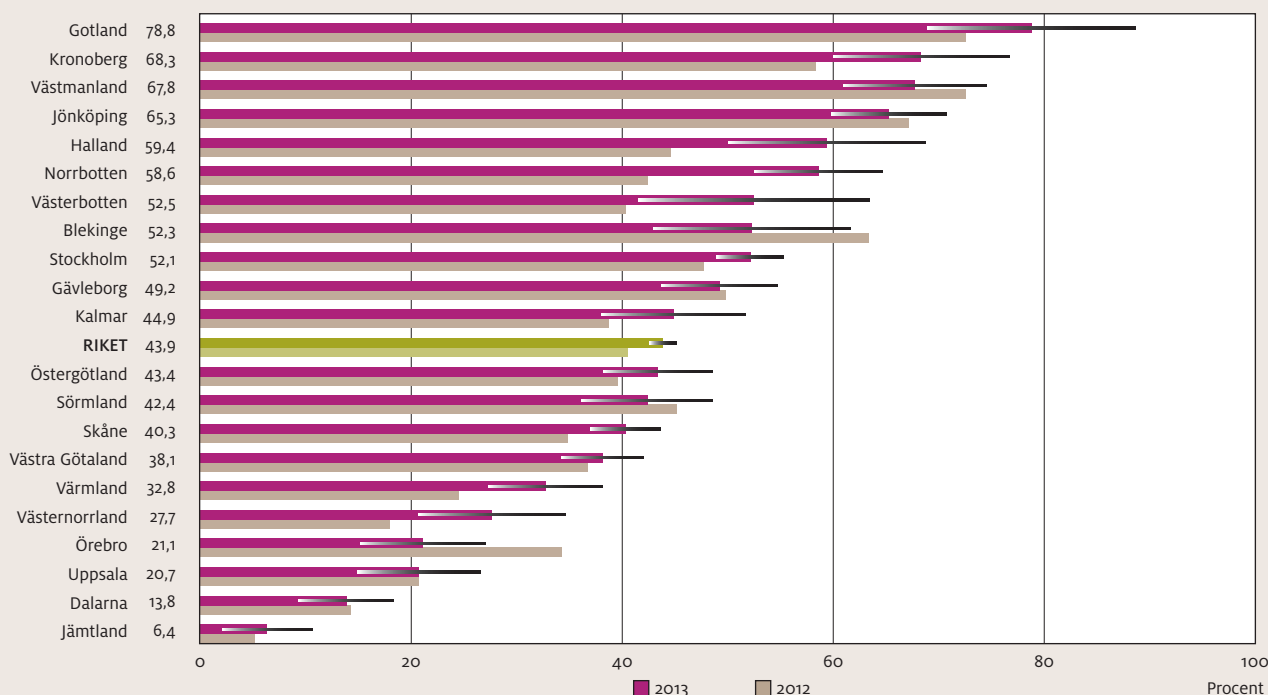
DIAGRAM 23 – RIKET: Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

princip skulle alla patienter dra nytta av deltagande. Fysisk träning är i många landsting och på många sjukhus därför ett underutnyttjat inslag i sekundärprevention efter hjärtinfarkt.

DIAGRAM 23 – TOTALT: Andel patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt, 2013. Avser patienter yngre än 75 år.

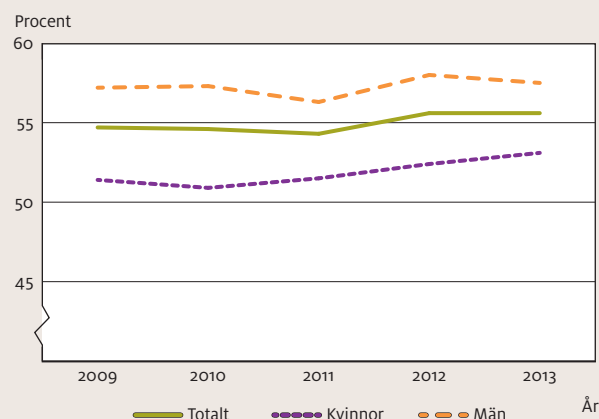


Källa: SWEDEHEART – SEPHIA.

24 RÖKSTOPP EFTER STROKE

Rökning är en av de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom. En viktig och effektiv åtgärd för att förhindra att patienten får en ny stroke eller en annan hjärt- och kärlsjukdom efter stroke är att hjälpa patienten att sluta röka. Rökstopp påverkar även det allmänna hälsotillståndet positivt och förbättrar återhämtningen efter insjuknande i stroke. Indikatoren visar andelen patienter som uppgivit att de slutat röka vid tremånadersuppföljningen efter insjuknandet, av de som var rökare vid insjuknandet. Totalt var det 56 procent, något högre andel män än kvinnor.

DIAGRAM 24 – RIKET: Andel strokepatienter som slutat röka 3 månader efter insjuknandet.



Källa: Riks-Stroke – Nationella kvalitetsregistret för Stroke.

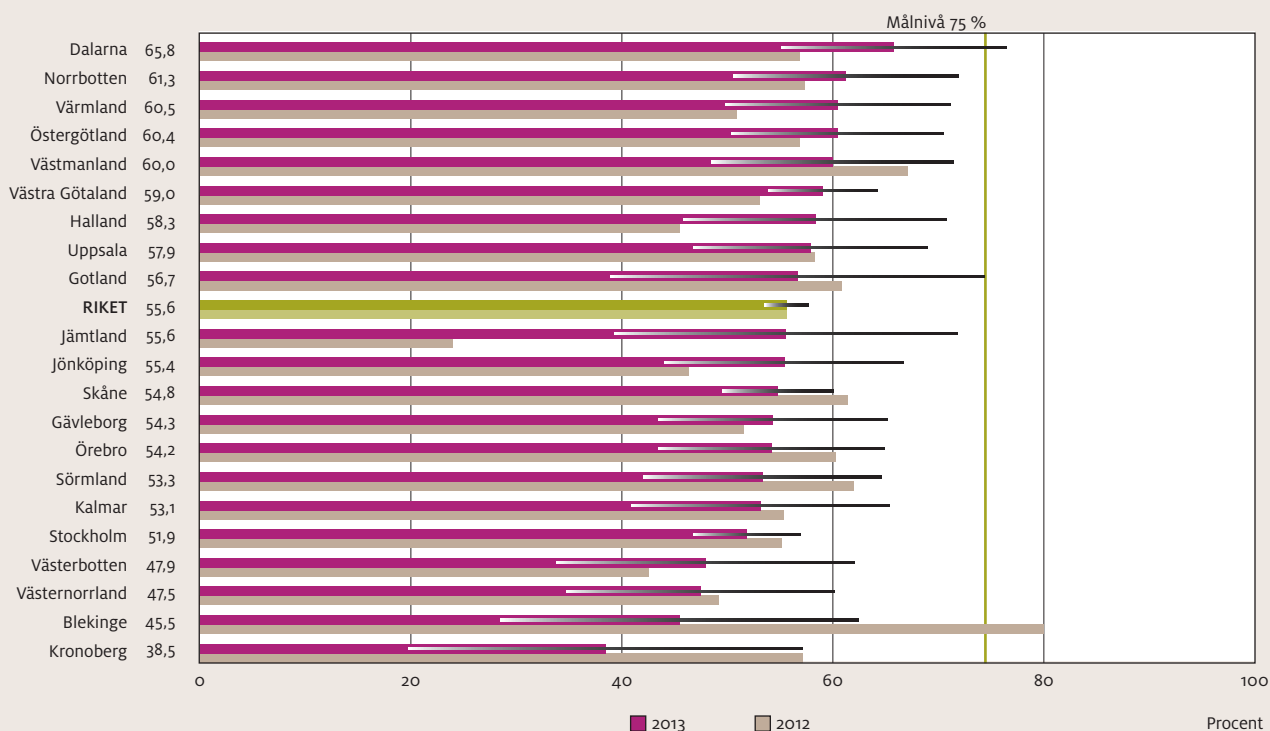
En marginell förändring har skett sedan 2009. Det finns dock fortfarande en förbättringspotential i förhållande till Socialstyrelsens målnivå som ligger på 75 procent eller mer.

25 LEVNADSVANOR VID BESÖK I PRIMÄRVÅRD

Att arbeta hälsofrämjande kan vara att hälso- och sjukvården stödjer individen att till exempel göra hälsosamma val och informera om frisk- och skyddsfaktorer. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 rekommenderas att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning eller samtal för att stödja patienten att ändra sina levnadsvanor. För att kunna erbjuda detta stöd kan hälso- och sjukvårdspersonalen behöva fråga patienten om till exempel rökvanor eller alkoholvanor. I den nationella patientenkäten (NPE) har en fråga om detta ställts under några års tid. Mellan åren 2011 och 2013 har det skett en marginell ökning på riksnivå när det gäller andelen patienter som anger att de har diskuterat tobak- eller alkoholvanor med personalen på vårdcentralen. En utvärdering av riktlinjen som helhet kommer att publiceras av Socialstyrelsen under vintern 2015.

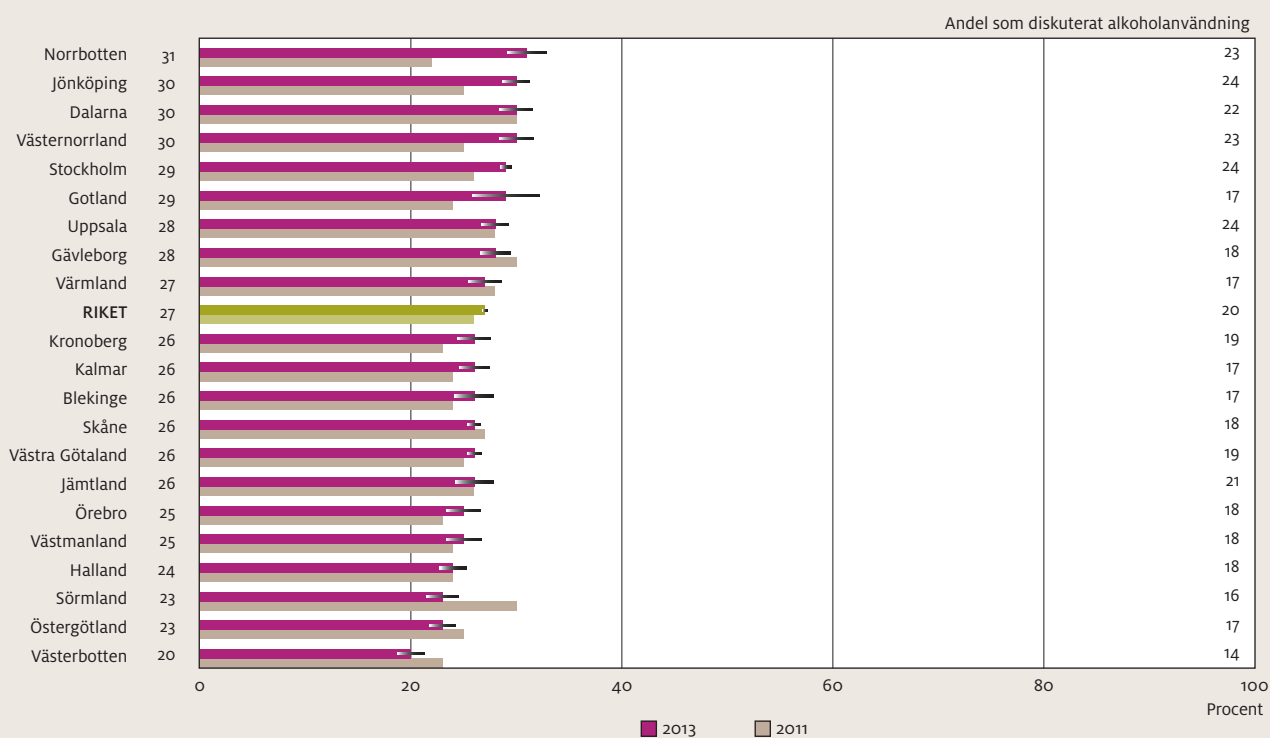
Det finns skillnader mellan män och kvinnor. Män uppger i högre utsträckning än kvinnor att de har diskuterat levnadsvanor. Totalt 30 procent av männen jämfört med 25 procent av kvinnorna angav att de diskuterat tobaksvanor. 25 procent av männen jämfört med 17 procent av kvinnorna angav att de diskuterat alkoholvanor.

DIAGRAM 24 – TOTALT: Andel strokepatienter som slutat röka 3 månader efter insjuknandet, 2013.



Källa: Riksstroke.

DIAGRAM 25 – TOTALT: Andel patienter som uppger att de har diskuterat tobaksvanor vid besök i primärvård, 2013.



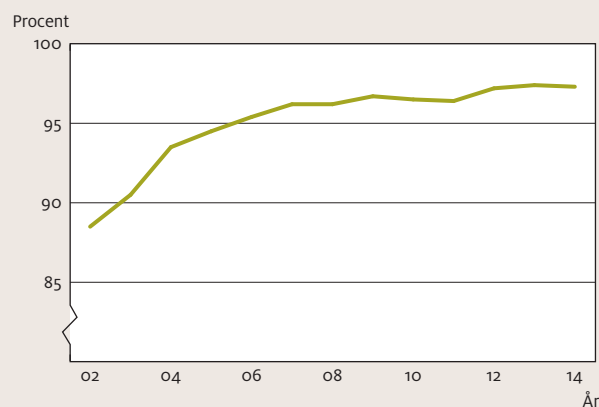
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

26 MPR-VACCINATION AV BARN

Indikatoren redovisar andelen av alla barn födda 2011 och inskrivna på BVC januari 2014, som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR-vaccinerats). Uppgifter om barns MPR-vaccinationer registreras inom barnhälsovården och samlas in av Folkhälsomyndigheten. Uppgifter från Örebro och Uppsala är hämtade från individbaserade vaccinationsregister och vaccinationstäckningen beräknas som andelen av alla folkbokförda barn, inte av alla inskrivna på BVC som i övriga landsting. Sverige har en hög andel vaccinerade barn internationellt sett. Av barn som var födda 2011 och inskrivna på BVC i januari 2014 hade 97,3 procent vaccinerats. Inget landsting låg under 95 procent. Idag är sjukdomarna ovanliga i Sverige, men förekommer bland ovaccinerade personer i alla åldrar. Om vaccinationsprogrammet helt upphör eller om alltför stor del av befolkningen väljer att avstå från vaccination kommer sjukdomarna att återkomma och fler individer att smittas. För att sjukdomen inte åter ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion. Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive 6-8 års ålder. MPR-vaccin innehåller levande försvagade virusstammar och en injek-

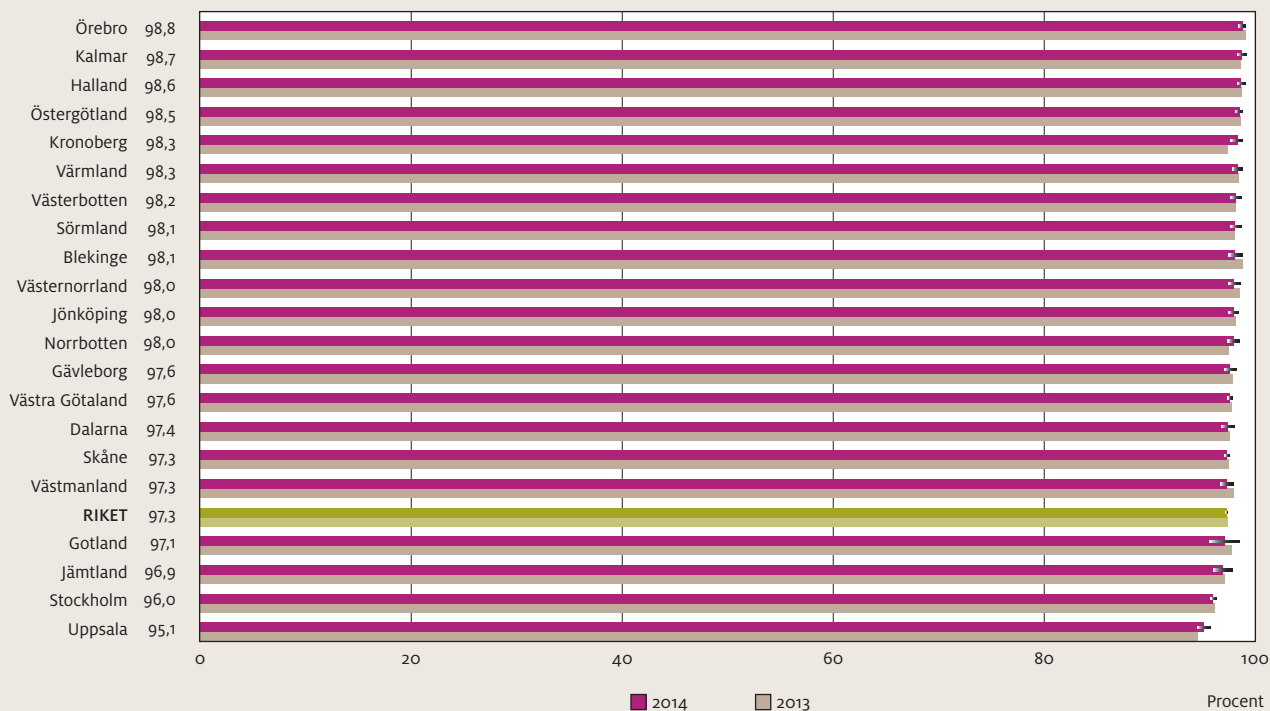
tion leder till en symtomlös eller mycket lindrig infektion. Kroppens immunförsvar lär sig att känna igen virus och ett immunologiskt minne utvecklas. En dos MPR-vaccin ger skydd mot mässling, påssjuka och röda hund hos cirka 95 procent av alla vaccinerade personer. Vaccinationstäckningen har ibland i vissa kommuner setts sjunka under 90 procent. Lokala utbrott, av i synnerhet mässling, har därför kunnat iaktas.

DIAGRAM 26 – RIKET: Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR).



Källa: Folkhälsomyndigheten.

DIAGRAM 26 – TOTALT: Andel MPR-vaccinerade bland barn födda 2011 och inskrivna på BVC, januari 2014.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

27 TOBAKSVANOR UNDER GRAVIDITET

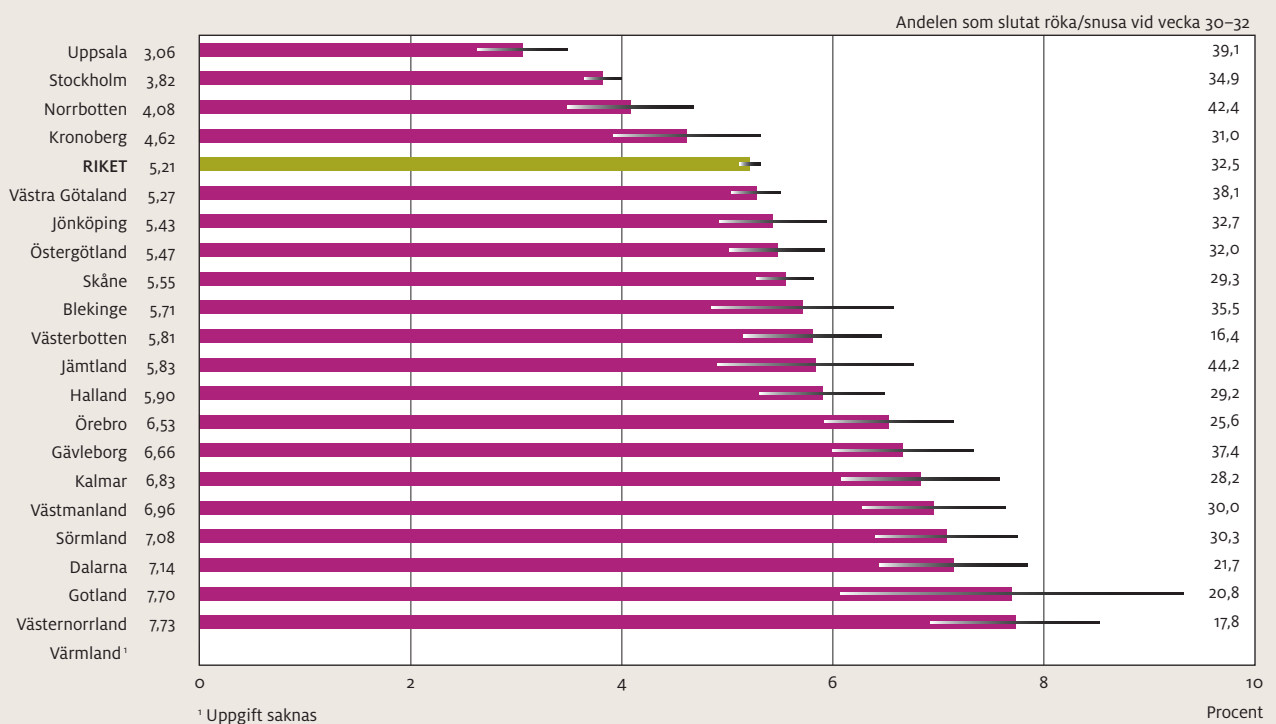
Indikatorn redovisar andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30-32 med åren 2011-2013 som mätperiod. Andelen varierade mellan 3,1 och 7,7 procent med ett riksgenomsnitt på 5,2 procent, jämfört med 5,4 procent vid förra mätningen. Här ingår också de kvinnor som inte använde tobak i början av graviditeten men som rökte eller snusade vid vecka 30-32. I diagrammet visas också, i sifferkolumnen till höger, andelen kvinnor som rökte eller snusade i tidig graviditet och som slutat använda tobak vid vecka 30-32. Andelen som slutat varierade mellan 16-42 procent, jämfört med en variation mellan 22-56 procent vid förra mätningen.

Värmland har inte levererat data och är därför inte med i jämförelsen.

Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och för 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 under graviditeten och plötslig spädbarnsdöd. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo. Hälsoeffekterna av snusning är inte lika utforskade. 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. Rökning i senare delen av graviditeten har registrerats sedan 1992. Andelen kvinnor i Sverige som röker i tidig graviditet har minskat från drygt 31 procent 1983 till knappt sex procent 2012. Användning av snus började registreras i MFR år 1999. Andelen kvinnor som snusar i tidig graviditet ligger kring 1,2 procent och snusning i vecka 30-32 ligger konstant på ca 0,5 procent under samma tidsperiod. Det är främst kvinnor i de nordligaste länen som snusar.

DIAGRAM 27 – KVINNOR: Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet, 2011-2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelserregistret, Socialstyrelsen.

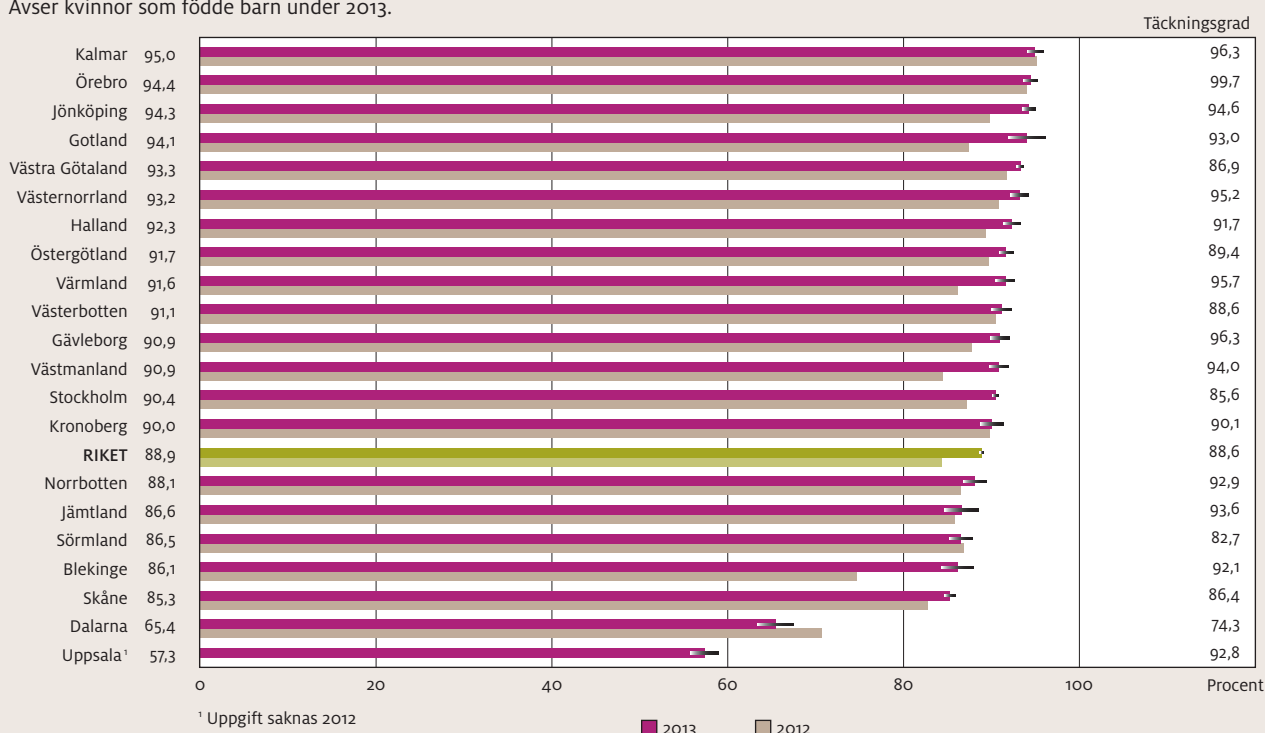
28 SCREENING FÖR RISKBRUK AV ALKOHOL UNDER GRAVIDITET

Indikatorn redovisar andelen gravida kvinnor som screenats med AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) vid inskrivning inom mödrahälsovård. Screeningens syfte är att upptäcka ett eventuellt riskbruk av alkohol. Underlaget för jämförelsen är drygt 100 600 kvinnor som födde barn 2013 och som registrerats i det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret/Mödrahälsovård (f d Mödrahälsovårdsregistret). Andelen som screenats med AUDIT uppgick i riket till 89,4 procent med en spridning mellan landstingen från 57-95 procent. Det innebär en ökning från föregående år. Orsaken till att cirka 11 procent av alla gravida kvinnor inte screenats är antingen att man avböjt erbjudande om detta eller att man inte erbjudits screening. Totalt föddes i riket 2013 cirka 113 600 barn. Till höger i diagrammet visas täckningsgraden, det vill säga andelen förlossningar per landsting där mamman registrerats. På riksnivå ingår ca 89 procent av alla kvinnor som varit gravida och fött barn år 2013 i registret.

Alkohol under graviditet kan skada fostret. Fosterska-

dor kan inkludera tillväxthämning, missbildningar och hjärnskador, men kan även leda till beteendestörningar och andra mentala problem. Även risken för missfall och låg födelsevikt ökar vid alkoholkonsumtion under graviditeten. Det finns ett tydligt samband mellan skadornas omfattning och mängden alkohol som modern druckit under graviditeten, men eftersom ingen vet var gränsen för skadlig alkoholkonsumtion går, är de svenska rekommendationerna att inte dricka alkohol alls. För att så väl som möjligt kunna upptäcka riskbruk av alkohol används inom mödrahälsovård screeningsinstrumentet AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT speglar alkoholvanor året före graviditeten. Målet är att alla gravida ska nås av information om alkohol under graviditet och erbjudas screening med AUDIT. Det användes under 2013 i alla landsting. Screening med AUDIT ingår i de riktlinjer för mödrahälsovård som SFOG, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi och SBF, Svenska Barnmorskeförbundet, gemensamt arbetat fram.

DIAGRAM 28 – KVINNOR: Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditet, 2013. Avser kvinnor som födde barn under 2013.



Källa: Graviditetsregistret – Mödrahälsovård.

29 ARTROSSKOLA FÖRE HÖFTPROTESOPERATION

Enligt de nationella riktlinjerna ska protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, till exempel utbildning, fysisk träning, vikttnedgång och läkemedelsbehandling. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Ett vanligt sätt att samla och genomföra dessa insatser är i form av en så kallad artrosskola.

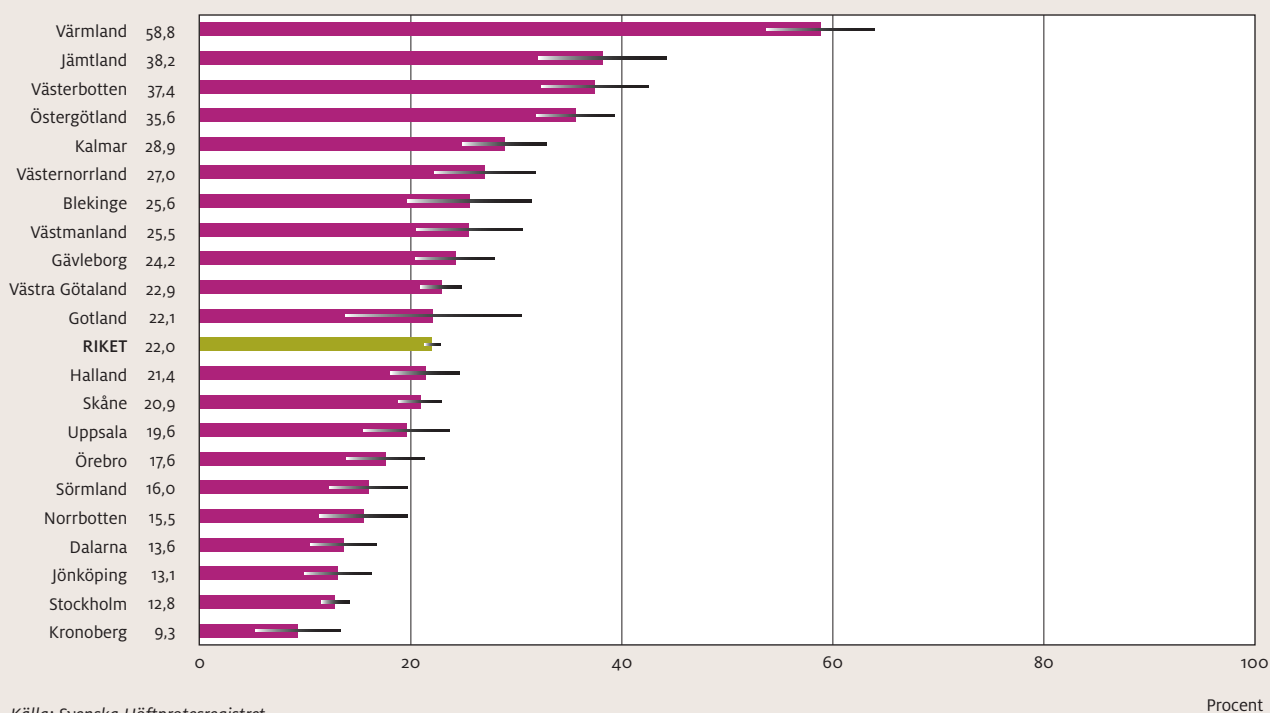
Indikatorn visar andelen personer som anger att de har deltagit i en artrosskola före höftprotesoperationen. Uppgifterna gäller personer som genomgick en höftprotesoperation under år 2013 och är hämtade från Svenska Höftprotesregistret.

Under 2013 var det cirka 12 300 personer som genomgick en höftprotesoperation på grund av en höftledsartros och som registrerades i Svenska Höftprotesregistret. Av dem var det 22 procent som angav att de deltagit i en artrosskola före operationen. Andelen varierar dock avsevärt mellan landstingen – från 9 till 60 procent.

Andelen kvinnor som deltar i artrosskola före höftprotesoperation är större än andelen män. Uppgifterna om artrosskola bygger på självrapporterade data. En felkälla kan till exempel vara att personer som deltagit i en artrosskola inte varit bekanta med benämningen artrosskola, vilket gör att de svarar nej på frågan trots att de i praktiken har fått denna insats.

I vissa landsting, till exempel Värmland, har det funnits artrosskola under en längre tidsperiod, vilket innebär att andelen deltagare kan förväntas vara högre i dessa landsting.

DIAGRAM 29 – TOTALT: Andel höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola, 2013.



Befolkningens förtroende och patienterfarenheter

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Patienternas åsikter och upplevelser av hälso- och sjukvården har stor betydelse för den fortsatta utvecklingen och förbättringsarbeten inom vården. Därför är det viktigt att kontinuerligt följa upp såväl befolkningens uppfattning som patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården. Nedan presenteras ett urval av resultaten från den årliga undersökningen Vårdbarometern som redovisar befolkningens uppfattning om bland annat tillgång till vård och förtroende för vården. Från Nationell Patientenkät presenteras patienters erfarenheter från besök i primärvården. Mer omfattande redovisning finns på www.skl.se/vardbarometern samt www.skl.se/nationellpatientenkät.

30 TILLGÅNG TILL SJUKVÅRD

Här redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man under de senaste sex månaderna haft kontakt med sjukvården eller inte.

Vårdbarometern är ett instrument som syftar till att mäta den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen genomförs årligen i alla landsting och regioner. Uppgifterna som redovisas i denna rapport avser 2012 och datainsamlingen omfattar telefonintervjuer med drygt 41 000 slumpvis utvalda individer. Vårdbarometern har varit en rullande årlig mätning sedan år 2001. Från och med hösten 2010 har Vårdbarometerns innehåll förändrats så att den blivit en mer renodlad befolkningsunder-

DIAGRAM 30 – TOTALT: Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

sökning. Förändringen av Vårdbarometern beror till stor del på att patienterfarenheter nu fångas i den nationella patientenkäten.

Indikatorn visar andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" av totalt antal svarande (vet ej/ej svar exkluderat, 3 procent).

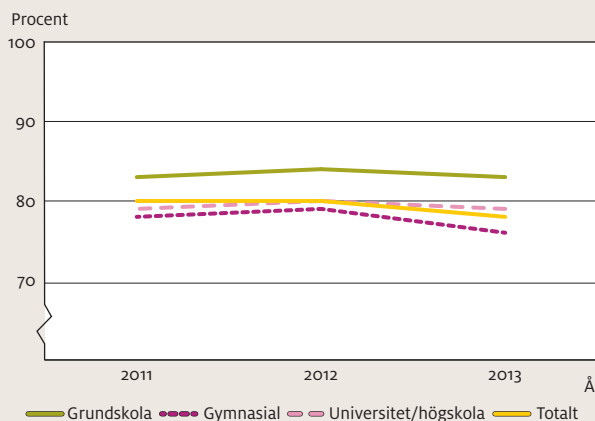
Andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver" är för riket 78 procent, vilket inte är någon större förändring mot 2012. Landstingens resultat varierar från 72 till 87 procent. I riket anser 8 procent att de inte har tillgång till den vård de behöver. Den andelen varierar från 4 till 10 procent.

Det är marginell skillnad mellan kvinnor och män vad gäller upplevd tillgång till sjukvård. Däremot ser vi större skillnader mellan åldersgrupper. Personer i yrkesverksam ålder uppger i lägre grad än andra åldersgrupper att de har tillgång till den sjukvård de behöver och gruppen 70 år och äldre gör det i högre grad.

En högre andel personer med grundskoleutbildning anser att de har tillgång till den sjukvård de behöver, än personer med längre utbildning (83 procent jämfört med 79 procent). Mönstret har varit oförändrat över tid, men andelen positiva har ökat i samtliga utbildningsgrupper. Andelen äldre är större i gruppen med kort utbildning. År 2005 gjordes förändringar i frågeformuläret, vilket kan förklara den förändring som ses, och år 2010 ändrades både formulär och delvis metod.

Hur man upplever sitt allmänna hälsotillstånd har betydelse för hur man uppfattar tillgången på sjukvård. Bland de som uppger att de har ganska dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd är det 62 procent som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver, att jämföras med 81 procent bland de som anser sig ha bra eller mycket bra hälsotillstånd.

DIAGRAM 30A – RIKET: Andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Fördelat på utbildningsnivå.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Personer födda utanför Norden anser i lägre utsträckning att de har tillgång till den sjukvård de behöver än personer födda i Sverige och övriga Norden.

Av dem som inte instämmer helt i påståendet, att de har tillgång till den sjukvård de behöver, uppger de flesta att kortare väntetider skulle göra att de fick bättre tillgång.

Möjligheterna att jämföra bakåt i tiden med resultat från Vårdbarometern före 2010 är begränsade. Det beror inte enbart på förändrade frågor och metod, utan också på att resultaten till viss del redovisas på annat sätt. Andelen äldre är överrepresenterade i Vårdbarometern. Eftersom äldre tenderar att vara mer nöjda med vården än yngre kan det ge en något skev bild av resultaten och ge en mer positiv bild än vad som kan anses representativt för riket generellt. Andelen respondenter över 60 år i undersökningen har dessutom ökat kontinuerligt sedan 2001.

31 FÖRTROENDE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Indikatorn är hämtad från befolkningsundersökningen Vårdbarometern och visar andel som har mycket stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i det egna landstinget/regionen. De som svarat vet ej eller inte svarat är exkluderade (6 procent).

År 2013 svarade 60 procent i riket att de har stort förtroende. Andelen varierar mellan 50 procent och 71 procent mellan landsting/region. Andelen är något lägre jämfört med 2012 års värde. Nio procent har litet förtroende, och andelen varierar mellan 4 och 15 procent mellan landsting.

Mellan 2011 och 2013 har förtroendet för hälso- och sjukvården minskat något, men det är för kort period för att avgöra om det är en trend. Minskning ses framförallt bland personer över 50 år, både bland kvinnor och män.

Personer med grundskoleutbildning har i högre grad än personer med längre utbildning förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting/region (65 procent jämfört med 58 procent). Andelen äldre är större i gruppen med kort utbildning

DIAGRAM 31A – RIKET: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus. Fördelat på utbildningsnivå.

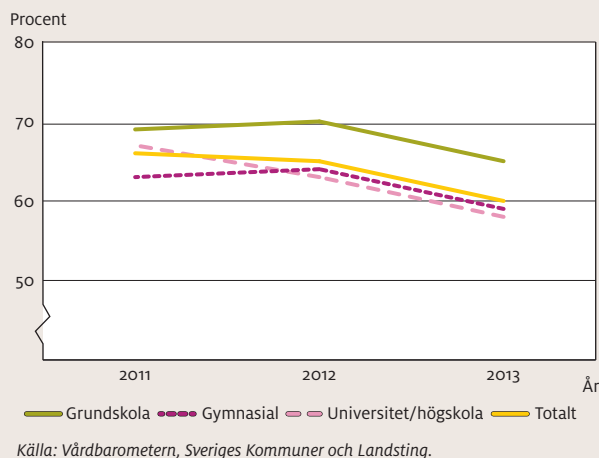
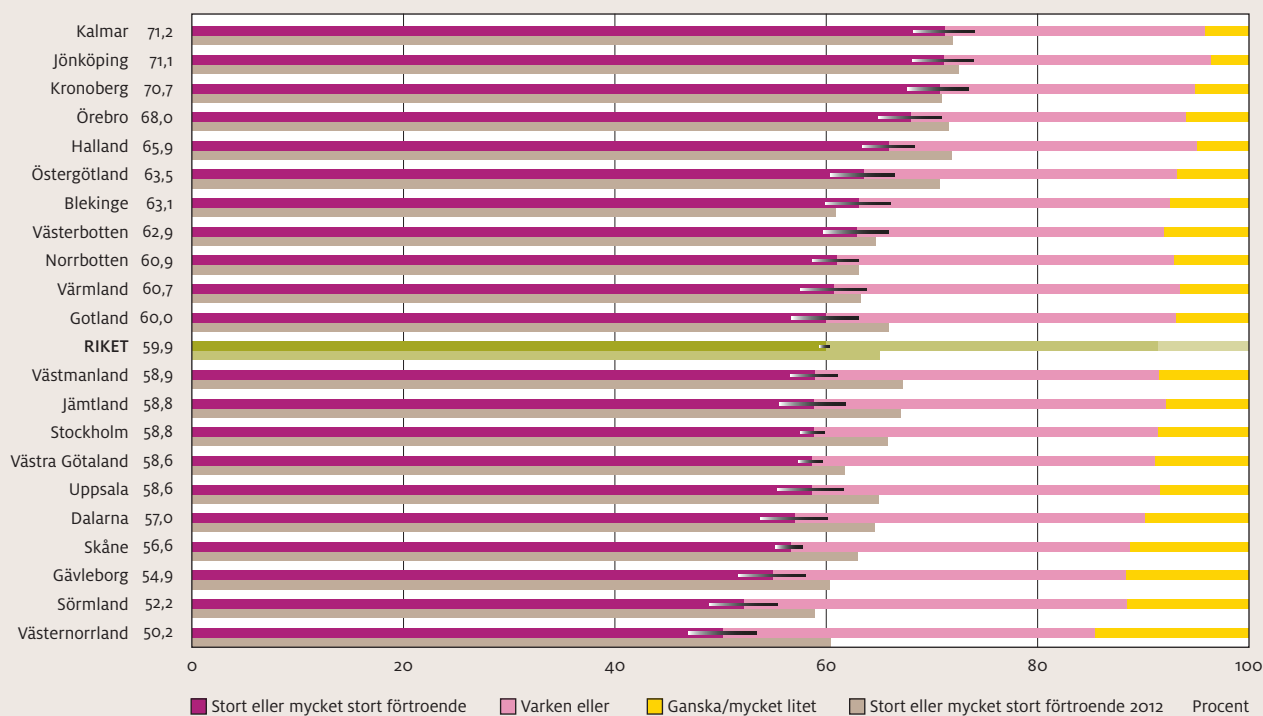


DIAGRAM 31 – TOTALT: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården, 2013.



32 FÖRTROENDE FÖR VÅRDCENTRALER

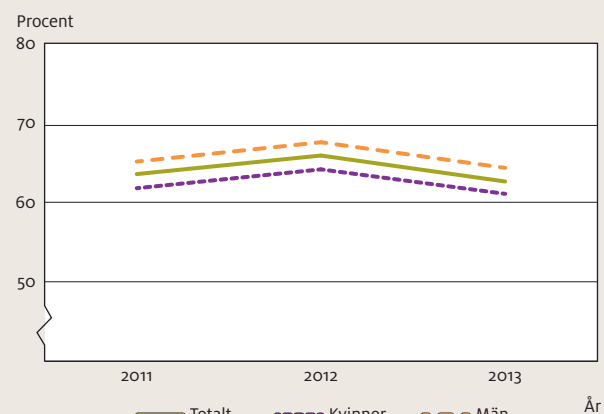
Här presenteras befolkningens förtroende för vårdcentraler eller motsvarande, oavsett om man under de senaste sex månaderna haft kontakt med en vårdcentral eller inte.

Indikatorn visar andelen som uppgett sig ha mycket stort eller ganska stort förtroende för vårdcentral i det egna landstinget av totalt antal som svarat. De som svarat vet ej eller inte svarat är exkluderade (4 procent).

I riket som helhet har 63 procent mycket eller ganska stort förtroende, med en variation mellan landstingen från 57 till 71 procent. Andelen har successivt ökat sedan 2005, men år 2013 ses en liten minskning. Andelen som har litet eller mycket litet förtroende var i riket 12 procent. Det är personer med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som har lägst förtroende för vårdcentraler eller motsvarande. 23 procent inom denna grupp uppger att de har litet eller mycket litet förtroende, således en nästan dubbelt så stor andel som i befolkningen som helhet.

Skillnader noteras även mellan olika åldersgrupper. De som är 70 år och äldre har störst förtroende för sitt landstings vårdcentraler eller motsvarande. Personer mellan 30 och 39 år har lägst förtroende. Andelen positiva har ökat mellan 2005-2013, men ökningen är inte lika tydlig bland personer över 70 år.

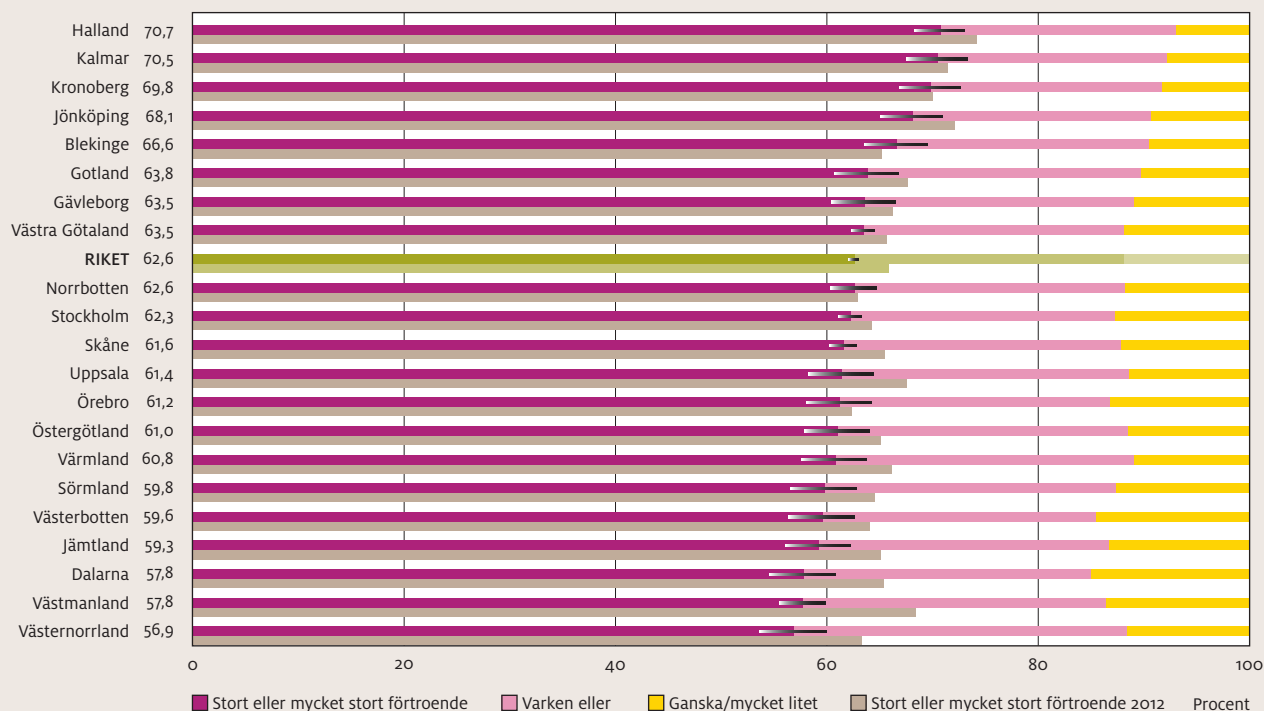
DIAGRAM 32 – RIKET: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler/motsvarande.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

De med ganska litet eller mycket litet förtroende för vårdcentraler (4 871 personer) fick frågan varför deras förtroende brister. De främsta anledningarna som uppgavs var: "Dålig kompetens hos läkare" (21 procent), och "Man får inte den hjälp man behöver" (16 procent).

DIAGRAM 32 – TOTALT: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler/motsvarande, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

33 FÖRTROENDE FÖR SJUKHUS

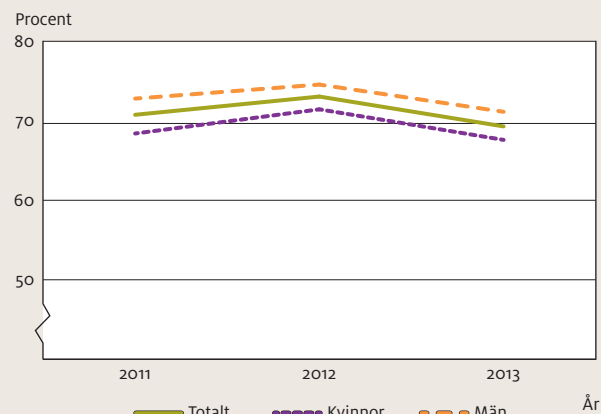
Här redovisas befolkningens förtroende för vården på sjukhus, oavsett om man under de senaste sex månaderna haft kontakt med ett sjukhus eller inte.

Indikatorn visar andelen som uppgett sig ha mycket stort eller ganska stort förtroende för sjukhus i det egna landstinget av totalt antal som svarat. De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade (nio procent)

Resultatet är mer positivt än för primärvården. I riket är det 69 procent som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhusen. Men andelen med stort förtroende för sjukhusen har successivt minskat något mellan 2005 och 2013, från 73 till 69 procent. Minskningen ses i alla åldersgrupper och något mer bland kvinnor än bland män. Skillnaderna mellan landstingen är större än för förtroendet för vårdcentraler, från 60 till 79 procent. I riket har 9 procent litet förtroende för sjukhus.

Bland dem som uppger dåligt hälsotillstånd har 59 procent stort förtroende för sjukhusen, jämfört med 71 procent bland dem med bra hälsotillstånd. Män har något högre förtroende än kvinnor (71 procent jämfört med 68 procent). Förtroendet är något lägre bland personer med hemmavarande barn jämfört med de som inte har hemmavarande barn.

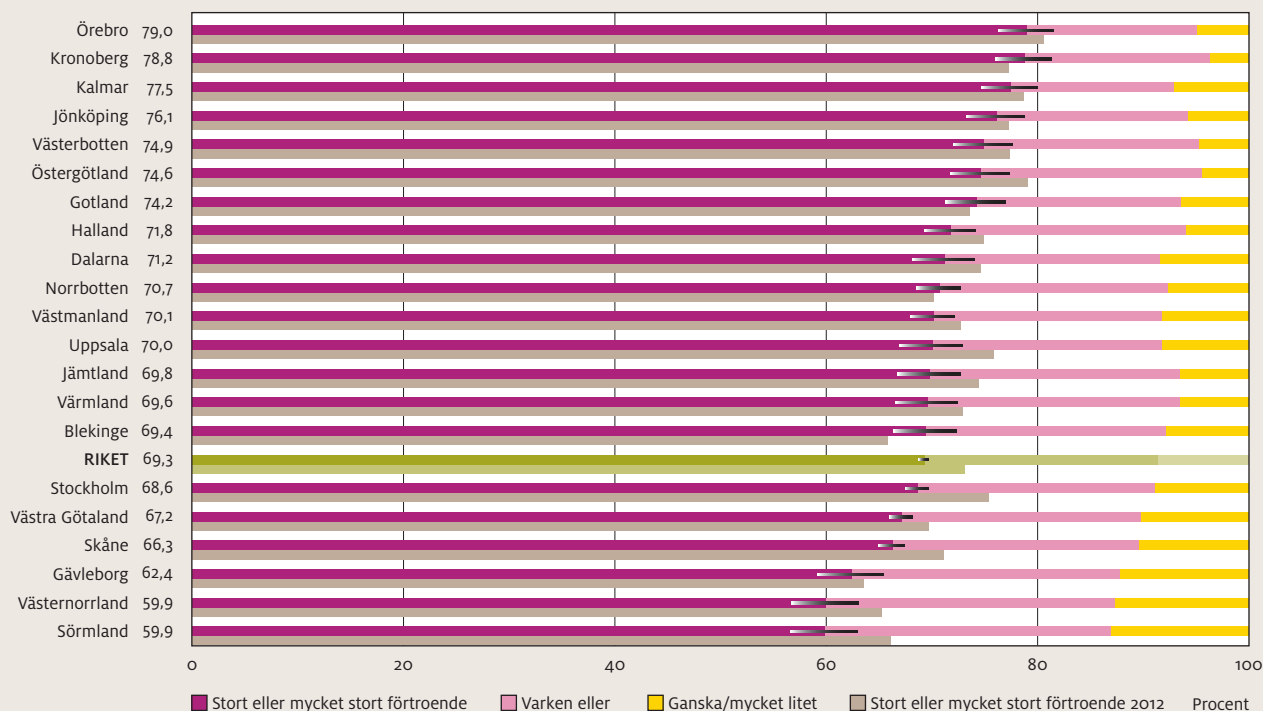
DIAGRAM 33 – RIKET: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

De som svarade att de har ganska litet eller mycket litet förtroende för sjukhus fick följdfrågan varför deras förtroende brister. De främsta anledningarna som uppgavs var: "För långa väntetider" (20 procent) "Man får inte den hjälp man behöver" (15 procent) samt "Dålig kompetens hos läkare" (15 procent).

DIAGRAM 33 – TOTALT: Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för sjukhus, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

34 BEFOLKNINGENS UPPFATTNING OM VÅRD PÅ LIKA VILLKOR

Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

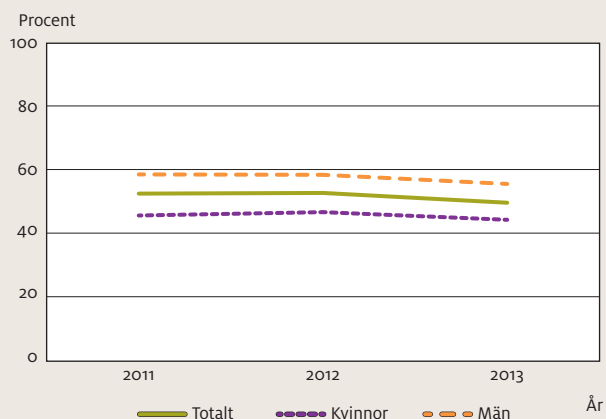
Indikatorn visar andelen av befolkningen som uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör, inte något annat. De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade (13 procent).

I riket upplever 50 procent att vården ges på lika villkor. Spridningen i landet är relativt stor, från 44 till 62 procent.

Män och kvinnor har olika uppfattningar i frågan om vården är jämlik. Av de män som svarat är det 55 procent som anser att vården ges på lika villkor jämfört med 44 procent bland kvinnorna. Medelålders personer, individer som upplever sig ha dålig hälsa och personer med lång utbildning är tillsammans med kvinnor och ensamstående med barn de grupper som i lägst grad anser att vården ges på lika villkor.

På frågan om grunder eller orsaker till att vården inte ges på lika villkor är det vanligaste svaret "socioekonomi/ekonomiska förutsättningar (inkluderar utbildningslängd)" (29%), följt av "Personer som kan tala för sig får bättre

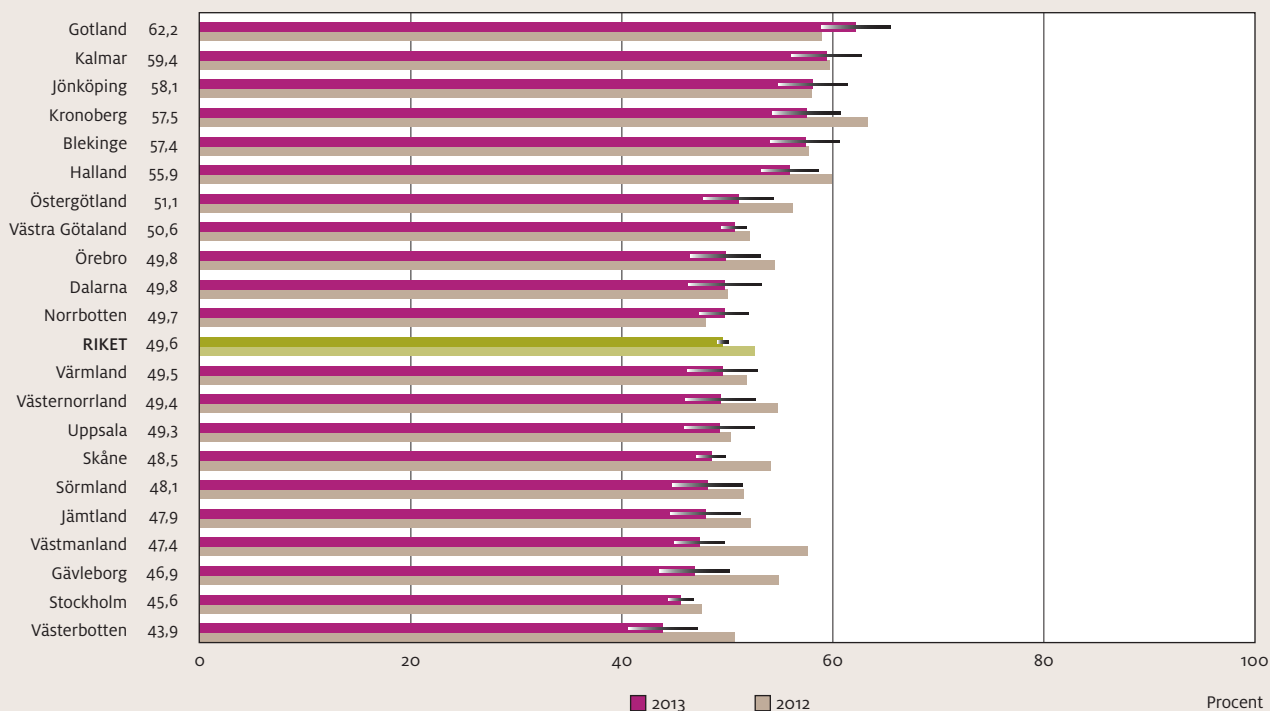
DIAGRAM 34 – RIKET: Andel i befolkningen som uppfattar att vården ges på lika villkor efter behov.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

vård" (20%), och "Ålder" (18%). Två procent uppger "kön" och en procent uppger "Språksvårigheter/annat modersmål än svenska".

DIAGRAM 34 – TOTALT: Andel i befolkningen som uppfattar att vården ges på lika villkor efter behov, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

35 BEMÖTANDE VID BESÖK I PRIMÄRVÅRD

Patienternas erfarenheter och synpunkter är viktiga underlag i hälso- och sjukvårdens utvecklings- och förbättringsarbete. Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Den första mätningen genomfördes inom primärvård 2009 och inom den specialiserade vården 2010. Mätningar genomförs nationellt gemensamt vartannat år inom respektive område. I oktober 2013 skickades drygt 265 000 enkäter ut till slumpmässigt utvalda patienter som gjort ett läkarbesök på deltagande vårdcentral/enhet under september månad 2013. Närmare 138 000 personer valde att besvara enkäten, den korregerade svarsfrekvensen är 53 procent.

Resultaten presenteras i ett viktat värde, Patientupplevd kvalitet (PUK-värde). Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort så som "ej ifyllt" och "ej aktuellt". Varje svarsalternativ ges en vikt i förhållande till sin allvarlighetsgrad. Resultaten från varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas uppåt till närmaste heltal mellan 0 till 100.

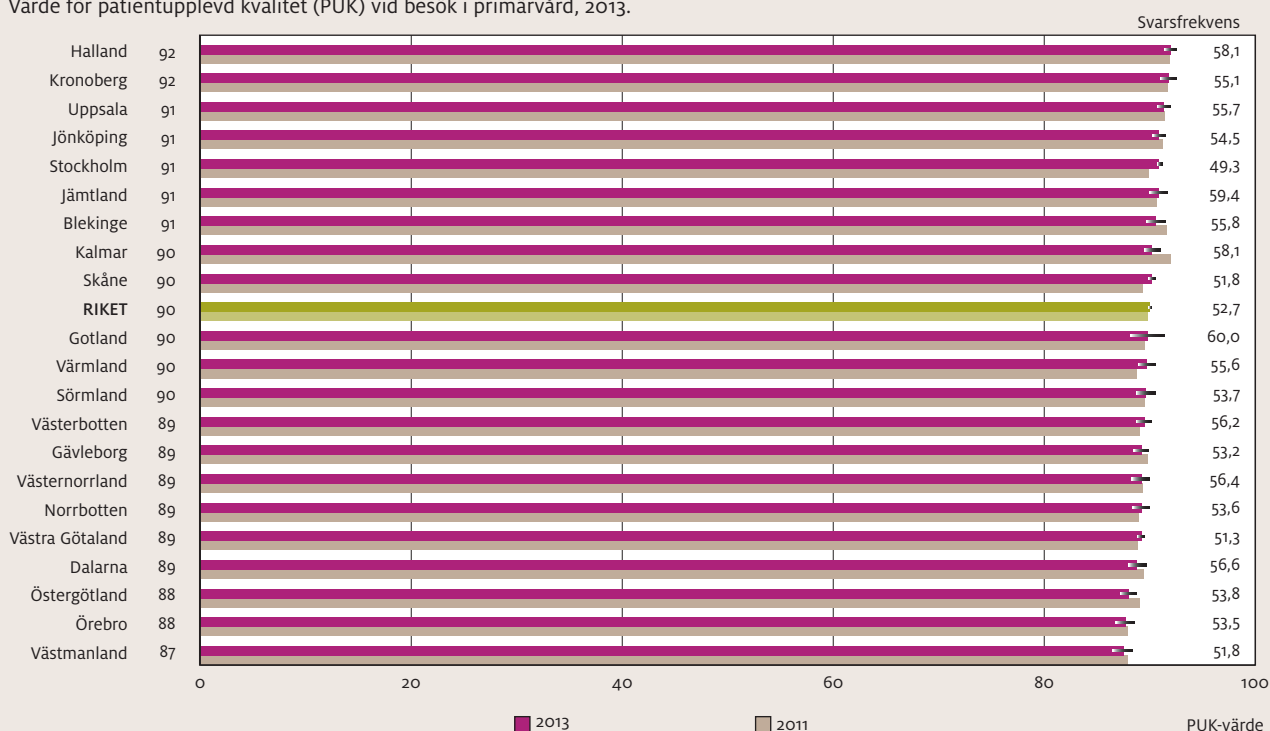
Bortfall av svar kan påverka resultatet, framförallt vid jämförelser på lägre nivå, mellan vårdcentraler och mellan sjukhuskliniker. Svarsfrekvensen som här redovisas i diagrammen gäller totalt för hela undersökningen. Till detta kommer så kallade interna bortfall, det vill säga bortfall på enstaka frågor.

I diagrammet redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet vid besök i primärvården för respektive landsting. PUK-värdet var 90. Resultaten varierar från 87 till 92. Män anser i något högre grad än kvinnor att de blivit bemötta med hänsyn och respekt. Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Studier från andra medborgarundersökningar visar att det finns socioekonomiska skillnader i benägenheten att svara på frågeformulär. Svarsfrekvensen är också ofta högre bland svenskfödda medborgare än utlandsfödda. Erfarenheter från folkhälsoundersökningar visar att individer med sämre självskattat hälsotillstånd är mer benägna att svara än övriga, medan de riktigt svårt sjuka samt äldre har ett högre bortfall. Det är troligt att detta även gäller den nationella patientenkäten.

En slutsats av ovanstående resonemang innebär att bortfallet troligen består av många individer som är svårt sjuka och har sämre socioekonomiska förutsättningar än de som svarat. Detta innebär att det kan föreligga ett patientmixproblem som påverkar resultaten vid jämförelser. Verksamheter med många svårt sjuka individer samt verksamheter med upptagningsområden i socialt utsatta områden, borde ha ett större bortfall och därmed en större osäkerhet i utfallet än övriga.

DIAGRAM 35 – TOTALT: "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vid besök i primärvård, 2013.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

36 INFORMATION VID BESÖK I PRIMÄRVÅRD

Här redovisas från Nationell patientenkät om patienterna upplevde att de fick tillräckligt med information om sitt tillstånd vid besöket på vårdcentralen. PUK-värdet i riket var 77. Även här har männen en något mer positiv inställning och ett högre PUK-värde än kvinnorna. Variationen mellan landstingen går från 74 till 83. Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Om Nationell Patientenkät, svarsfrekvenser, felkällor med mera – se indikator 45.

DIAGRAM 36 – TOTALT: "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vid besök i primärvård, 2013.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

37 DELAKTIGHET VID BESÖK I PRIMÄRVÅRD

Från nationella patientenkäten redovisas om patienterna kände sig delaktiga i beslut om den egna behandlingen vid besöket på vårdcentral.

Patienters upplevelse av delaktighet vid besök på vårdcentral redovisas i diagrammet. I riket var PUK-värdet 79. Landstingens resultat varierade mellan 74 och 82. Det är ingen större skillnad mellan män och kvinnor. Svarsfrekvensen är generellt låg och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Om Nationell Patientenkät, svarsfrekvenser, felkällor med mera – se indikator 45.

DIAGRAM 37 – TOTALT: "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?"
Värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vid besök i primärvård, 2013.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tillgänglighet

Indikatorområdet Tillgänglighet avser tidsrelaterad tillgänglighet. De indikatorer som redovisas är relaterade till den nationella vårdgarantin som gäller all planerad vård. Garantin reglerar inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas den vård, som behörig vårdpersonal fattat ett beslut om i samråd med patienten, efter genomförd utredning och prioritering. Vårdgarantin reglerar däremot inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga.

Målen uttrycks med sifferserien 0–7–90–90, vilket anger vårdgarantins krav på maximal väntetid i antal dagar för de olika stegen i vårdprocessen. I första hand ska besök och behandling erbjudas inom det egna landstinget/regionen. Om hemlandstinget inte kan erbjuda detta inom gällande tidsgränser ska patienten få information om och hjälp till vård inom garantitiden hos annan vårdgivare. Hemlandstinget ska hjälpa till med alla kontakter och det får inte innebära extra kostnader för patienten.

Kontakt med primärvården ska ske samma dag (0). Ett beslutat läkarbesök i primär vården ska ske inom högst sju dagar (7). Ett besök inom den planerade specialiserade vården ska erbjudas inom högst 90 dagar efter datum för beslut. En beslutad behandling ska erbjudas inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum.

Utvecklingen av tillgängligheten inom såväl primärvård som specialiserad vård enligt vårdgarantins tidsgränser följs upp med regelbundna publiceringar på webbplatsen www.vantetider.se. Källan till uppgifter om tillgänglighet och väntetider är landstingens gemensamma nationella databas, Väntetider i Vården. Tillgången till och kvaliteten på data förbättras kontinuerligt med hjälp av den nationella rapporteringsorganisationens arbete.

38 LÄKARBESÖK INOM SJU DAGAR I PRIMÄRVÅRD

Väntetider till allmänläkarbesök mäts två gånger per år, i mars och oktober under två helgfria veckor. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som Sveriges Kommuner och Landsting tillhandahåller.

Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 17 – 28 mars 2014. Alla vårdcentraler eller motsvarande förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 1117 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen.

47 vårdcentraler deltog inte. Detta gav en svarsfrekvens på 96 procent.

Sammanlagt rapporterades över 260 000 besök som omfattas av vårdgarantin. Läkarbesök för hälsointyg, vaccination eller kontroll/uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än 7 dagar i de fall patienten initialt erbjudits detta. Denna väntetid kallas "patientvald väntetid" och är exkluderad i redovisningen.

Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick besök hos allmänläkare inom sju dagar, enligt vårdgarantins intention.

Diagram visar att i riket var andelen 92 procent vid mättilfället. Andelen patienter som fick träffa en läkare inom föreskriven tid enligt vårdgarantin minskade med en procentenhet mellan mätningen i oktober 2013 och den i mars 2014. För landstingen varierar andelen mellan 79 och 97 procent. I samtliga landsting får mer än hälften av patienterna träffa en läkare samma dag, cirka 15 procent får vänta 1–3 dagar och cirka 9 procent 4–7 dagar.

Det kan finnas metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. De medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, kan variera inom landet.

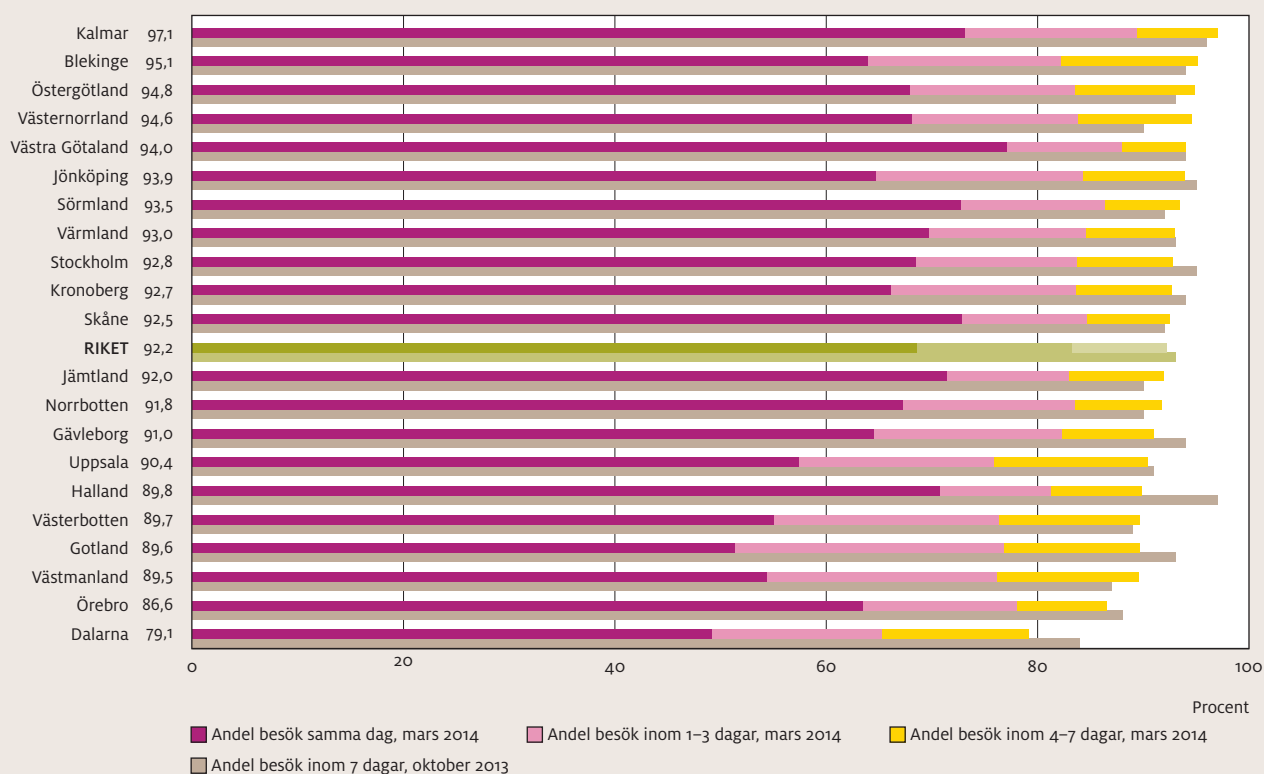
39 PRIMÄRVÅRDENS TILLGÄNGLIGHET PER TELEFON

Telefontillgängligheten mäts två gånger per år, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras i ett webbaserat system som Sveriges Kommuner och Landsting tillhandahåller. Redovisningen här bygger på uppgifter från den senaste mätningen, som genomfördes den 1–31 mars 2014, en hel kalendermånad.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonisystem förväntas rapportera uppgifter. Totalt deltog 846 vårdcentraler och privata allmänläkare med vårdavtal i mätningen.

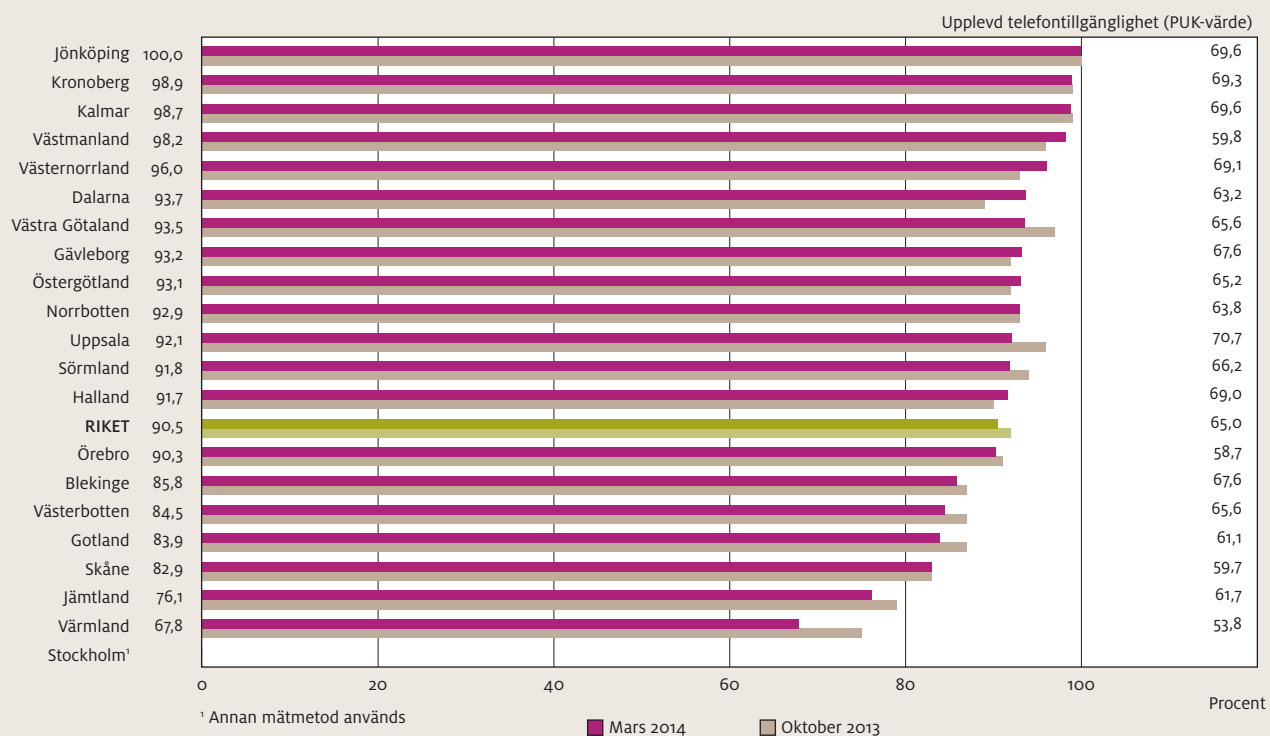
Indikatorn visar andelen besvarade samtal, under mätperioden, enligt vårdgarantins intention. Sammanlagt rapporterades över 1 800 000 samtal varav över 1 640 000 bevarades, vilket ger en telefontillgänglighet på 91 procent. Stockholm ingår inte i mätningen på grund av att de har en annan mätmetod.

DIAGRAM 38 – TOTALT: Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 39 – TOTALT: Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, mars 2014. Enbart landsting med datoriserade telefonsystem.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Mätningen visar en variation mellan landstingen från 68 till 100 procent besvarade samtal, vilket är ungefär samma nivå som oktober 2013. Sedan oktober 2011 har telefon-tillgängligheten legat på drygt 90 procent.

Begränsade öppettider ger lägre andel besvarade samtal. Det är svårt att särskilja olika typer av samtal till datoriserade växlar. Det kan också finnas en del oidentifierade bortfall i form av individer som lägger på luren innan de fått svar.

40 BESÖK INOM 90 DAGAR I SPECIALISERAD VÅRD

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Uppgifterna omfattar antal väntande för planerat besök till specialiserad vård inom 25 specialist- och åtgärdsområden.

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på besök till specialistvård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade pa-

tienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

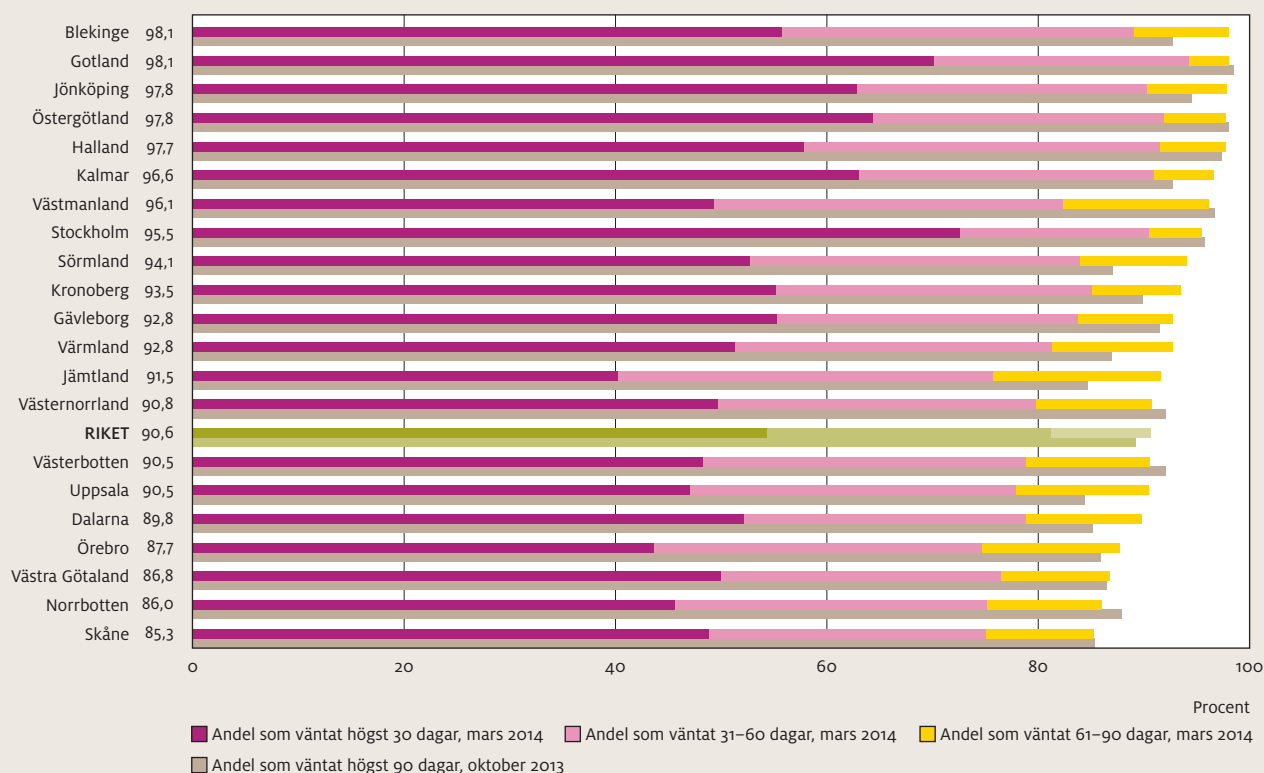
Det sammanlagda antalet patienter som är uppsatta på vänte- eller planeringslistor till specialistbesök har ökat från 215 000 till 232 000 patienter mellan mars 2013 och mars 2014.

Diagram visar att av alla patienter som väntar på ett planerat besök, har 91 procent väntat högst 90 dagar vid mätningen i mars 2014. Detta är ungefär samma andel som i oktober 2013. Av de som väntat i högst 90 dagar har cirka hälften väntat i högst 30 dagar och cirka 80 procent i högst 60 dagar. Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på ett specialistbesök har ökat från cirka 14 800 personer till knappt 22 000 personer mellan mars 2013 och 2014.

I sjutton landsting har minst 90 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. Övriga landsting har en variation på 85 till 88 procent för andelen som väntat högst 90 dagar. Variationen mellan landstingen tycks minska över tid.

Det kan finnas metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. De medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, kan variera inom landet.

DIAGRAM 40 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

41 OPERATION INOM 90 DAGAR I SPECIALISERAD VÅRD

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

Indikatorn visar andelen patienter som väntat högst 90 dagar på operation/ behandling inom specialiserad vård, av totalt antal väntande patienter. Patientvald väntetid är exkluderad. Väntande patienter definieras som såväl bokade som obokade patienter, för vilka ett beslut om vård har fattats.

I diagrammet kan ses att andelen som väntat högst 90 dagar till operation eller behandling var 88 procent i riket, vilket är en ökning med en procentenhet jämfört med oktober 2013. I riket som helhet är antalet som väntat längre än 90 dagar på en operation drygt 11 000 personer.

Av de som väntat högst 90 dagar har knappt hälften väntat i högst 30 dagar och ungefär tre fjärdelar väntat högst 60 dagar. I landstingen har mellan 71 och 99 procent av patienterna väntat högst 90 dagar. I tretton landsting har minst 90 procent av patienterna väntat i högst 90 dagar. I övriga åtta landsting varierar andelen mellan 71 och 88 procent. Det totala antalet patienter med ett beslut om behandling/operation har ökat, från 88 600 patienter mars 2013 till 93 100 mars 2014.

Det kan finnas metodproblem att beakta i all uppföljning av väntetider. De medicinska indikationerna, kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling, kan variera inom landet.

DIAGRAM 41 – TOTALT: Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation i specialiserad vård, mars 2014.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

42 UPPLEVD VÄNTETID TILL VÅRDcentral

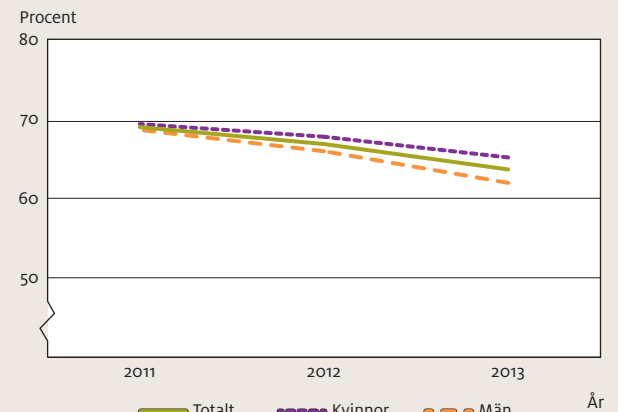
Indikatorn är hämtad från befolkningsundersökningen Vårdbarometern och speglar andel av befolkningen som instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetiden till besök på vårdcentral/motsvarande är rimlig, oavsett om de besökt vårdcentral eller inte de senaste 6 månaderna. De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade (12 procent).

I riket instämmer 64 procent helt eller delvis i påståendet att väntetiderna är rimliga. Variationen mellan landsingen är stor, 55 procent till 73 procent.

Bland personer med grundskoleutbildning instämmer 70 procent helt eller delvis att väntetiderna är rimliga jämfört med cirka 60 procent bland de med längre utbildning. Andelen som anser att väntetiderna är rimliga varierar stort med ålder, från 50 procent bland personer 18-29 år upp till 76 procent bland de som är 80 år eller äldre.

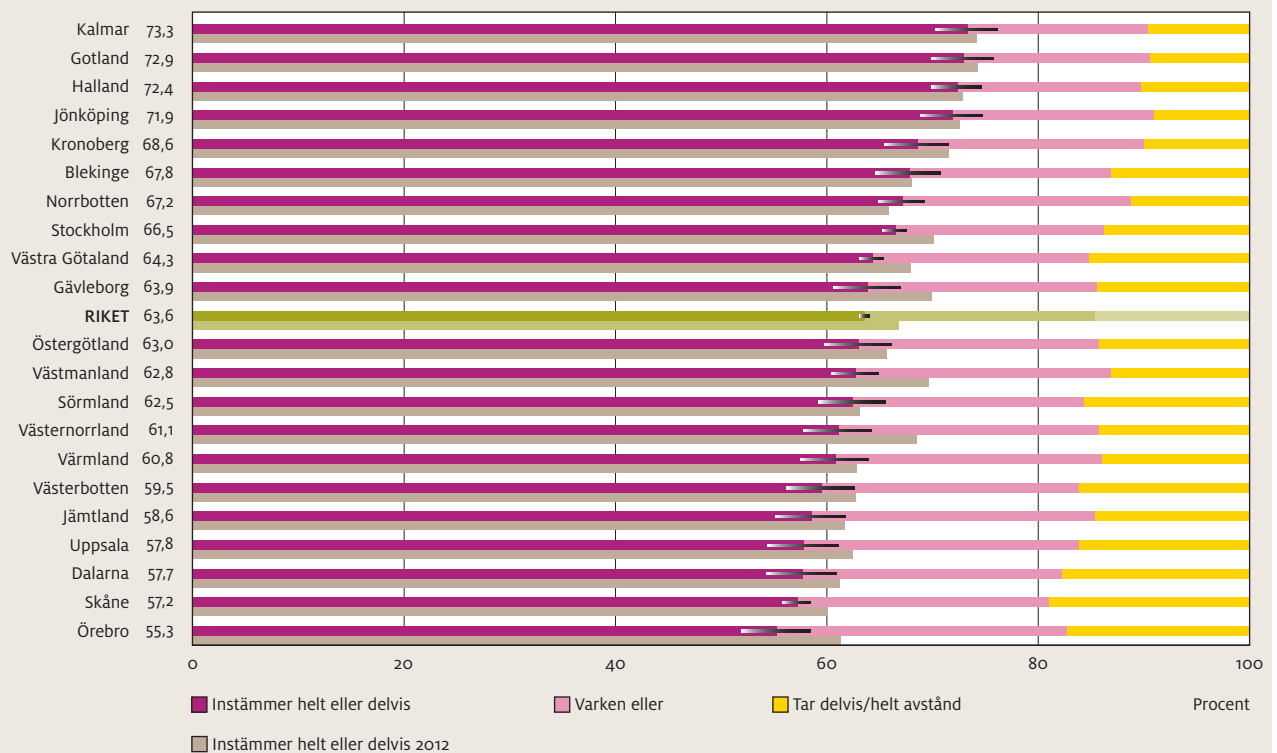
Personer födda i Norden anser i högre grad att väntetiderna är rimliga, jämfört med personer födda utanför Norden.

DIAGRAM 42 – RIKET: Andel i befolkningen som anser att väntetiden till besök på vårdcentral är rimlig.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 42 – TOTALT: Andel i befolkningen som anser att väntetiden till besök på vårdcentral är rimlig, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

43 UPPLEVD VÄNTETID TILL BESÖK OCH BEHANDLING PÅ SJUKHUS

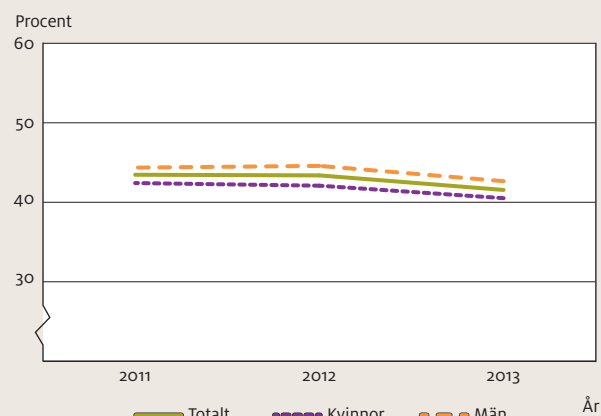
Indikatorn är hämtad från befolkningsundersökningen Vårdbarometern och speglar andel av befolkningen som instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetiden till besök och behandling på sjukhus är rimlig, oavsett om de besökt sjukhus eller inte de senaste 6 månaderna. De som svarar "vet ej" eller inte svarat på frågan är exkluderade (26 procent).

I riket instämmer närmare 42 procent helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till sjukhus är rimliga, dvs betydligt lägre än väntetider till vårdcentral. Variationen mellan landstingen är stor, 35 procent till 56 procent.

Personer med grundskola som högsta avslutade utbildning är mer nöjda med väntetiderna (54 procent) jämfört med de som har längre utbildning (37 procent).

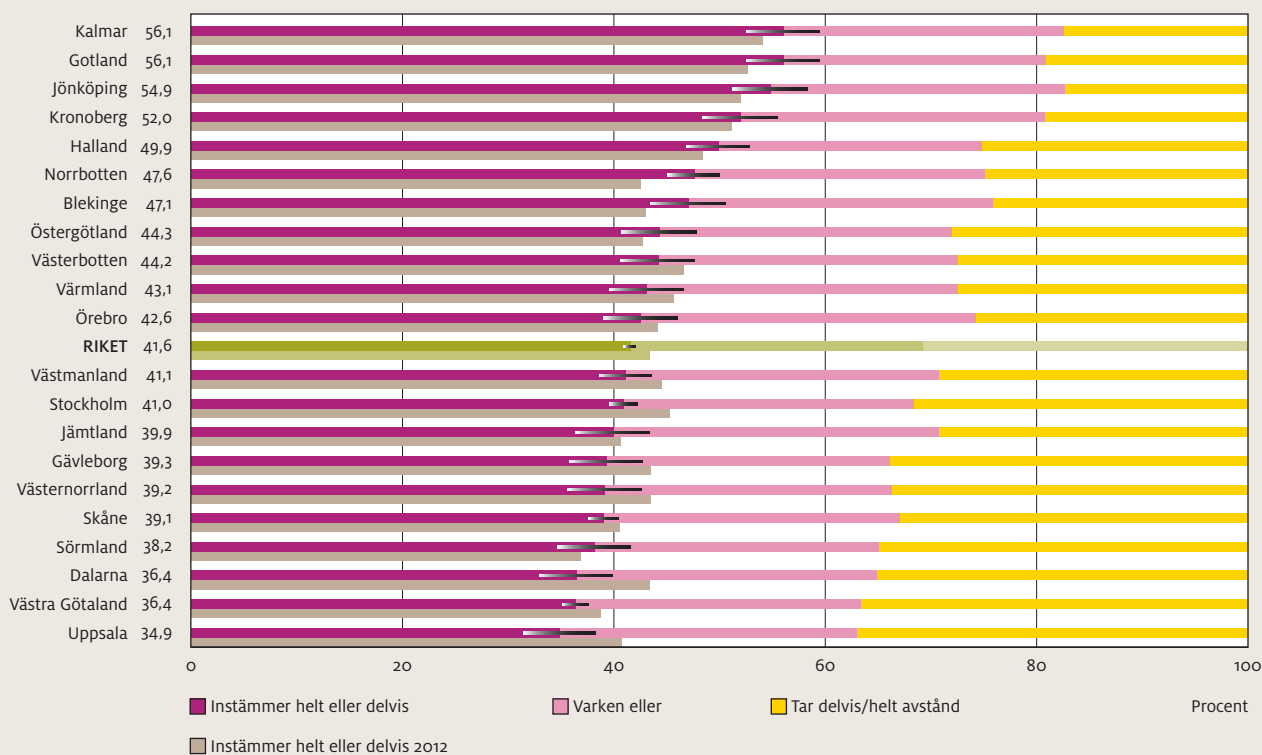
Personer födda i Norden anser i högre grad att väntetiderna är rimliga, jämfört med personer födda utanför Norden.

DIAGRAM 43 – RIKET: Andel i befolkningen som anser att väntetiden till besök och behandling på sjukhus är rimlig.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 43 – TOTALT: Andel i befolkningen som anser att väntetiden till besök och behandling på sjukhus är rimlig, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

44 UPPLEVD TELEFONTILLGÄNGLIGHET TILL 1177

1177 Vårdguiden på telefon är en nationell tjänst och idag är alla Sveriges landsting och regioner anslutna. Om man behöver sjukvårdsrådgivning kan man ringa 1177 dygnet runt, året om, var man än befinner sig i Sverige. Cirka 6 miljoner ringer 1177 varje år. Tjänsten 1177 ägs av alla landsting och regioner.

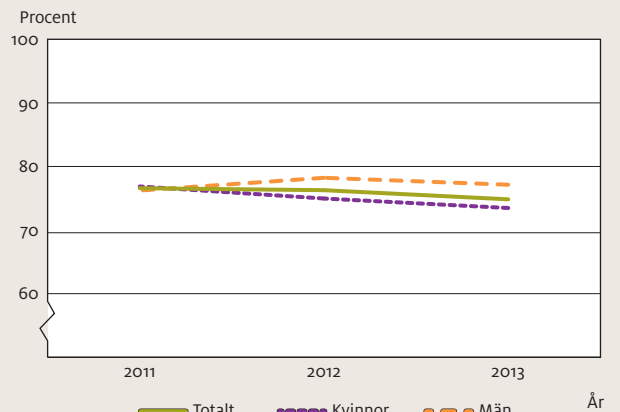
Indikatorn är hämtad från befolkningsundersökningen Vårdbarometern och speglar andelen patienter som upplever en god tillgänglighet till 1177.

Vårdbarometerfrågan om tillgänglighet till 1177 ställs till de som uppger att de känner till 1177 (67 procent i undersökningen) och bland dessa de som uppger att de ringt 1177 senaste 6 månaderna (29 procent). Frågan om tillgänglighet ställs till 7 696 personer i undersökningen (18 procent) och avser senaste gången man ringde 1177.

I riket upplever 73 procent att det var lätt eller mycket lätt att komma fram till 1177. Andelen varierar mellan landstingen från 67 procent till 87 procent. Andelen som ansåg att det var svårt var 10 procent i riket. Till följd av de mindre antalen är den statistiska osäkerheten stor.

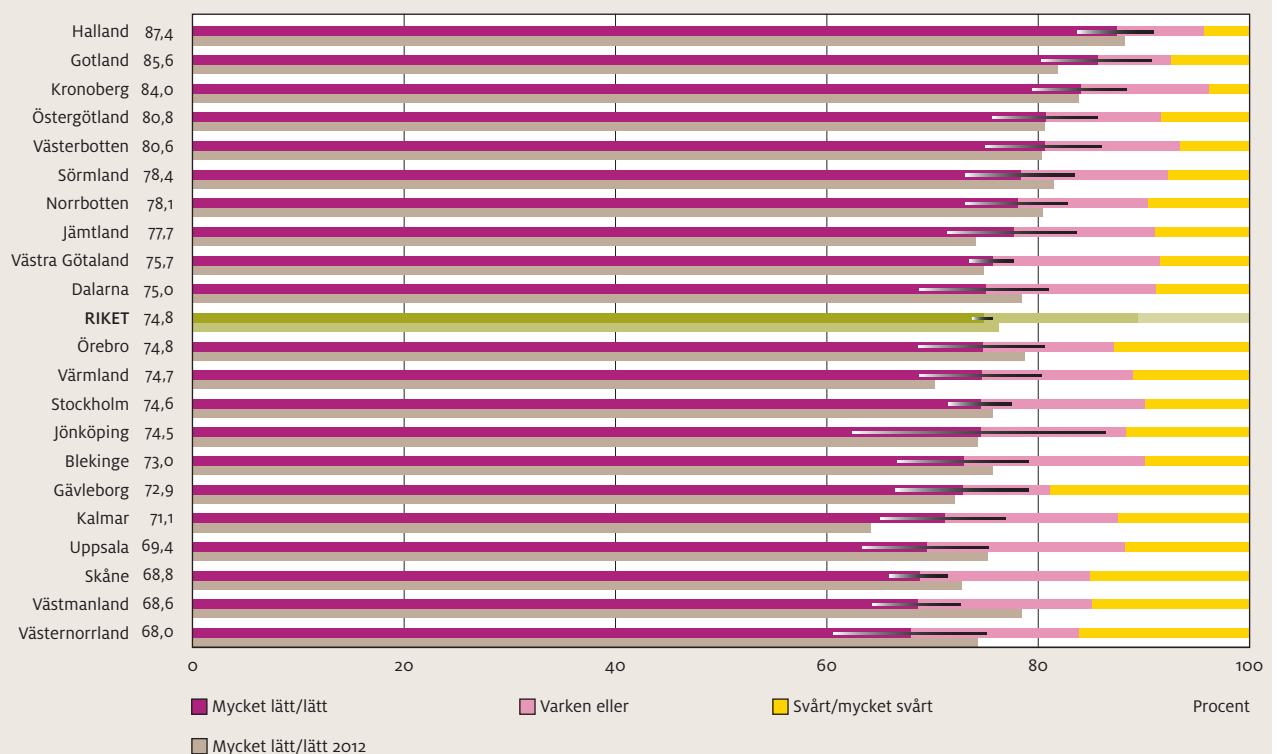
Frågan är svår att jämföra över tid eftersom landstingen successivt anslutit till tjänsten. Det är inga stora skillnader mellan olika grupper i befolkningen i andel positiva.

DIAGRAM 44 – RIKET: Andel patienter som upplever en god tillgänglighet till 1177.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

DIAGRAM 44 – TOTALT: Andel patienter som upplever en god tillgänglighet till 1177, 2013.



Källa: Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Kostnader

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 att nå målen om en god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.

Det enklaste och oftast enda tillgängliga måttet på resursåtgång är kostnaderna. Genom att relatera medicinska resultat till vårdens kostnader får vi ett mått på effektivitet. Normalt är emellertid kostnadsdata tillgängliga på en mer aggregerad nivå än resultatindikatorerna. Dessutom behöver då olika resultatmått vägas samman till ett mått, som kan relateras till kostnaderna. I denna rapport görs ingen sådan sammanvägning, utan här redovisas istället några övergripande jämförelser av kostnader per invånare och kostnad per prestation.

45 STRUKTURJUSTERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

För att kunna göra rättvisande jämförelser av kostnadskillnader måste hänsyn tas till landstingens olika förutsättningar att bedriva sjukvård. Kostnadsnivån kan inte förväntas vara densamma i alla landsting. Det finns strukturella faktorer som landstingen inte har möjlighet att påverka som befolkningens ålderssammansättning, den socioekonomiska strukturen och sjukdomspanorama.

Källan till kostnadsuppgifterna för denna indikator är SCB:s ekonomistatistik. Årligen beräknas för respektive landsting en standardkostnad för hälso- och sjukvården. Denna beräknas utifrån uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen indelad efter kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen ska spegla den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur med mera. Denna standardkostnad ligger till grund för landstingens kostnadsutjämning i det kommunala utjämningsystemet. En motsvarande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, som ska avspegla strukturella skillnader i läkemedelskostnader.

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

Den strukturerade kostnaden ger en mer rättvisande bild vid jämförelser mellan landstingen. De olika delar i systemet för kostnadsutjämning som ligger till grund för justeringen kan förändras från år till år, vilket påverkar resultatet.

2014 gjordes större förändringar i modellen för beräkningar av standardkostnader, vilket påverkar beräkningarna av strukturerade kostnader 2012 och framåt. Jämförelser med tidigare år är därför inte möjliga.

Att den strukturerade kostnaden per invånare skiljer sig 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 utjämningsystemet.

Mellan 2012 och 2013 har rikets kostnader inte förändrats nämnvärt. Kostnadsökningarna i svensk hälso- och sjukvård har generellt sett varit mycket måttlig den senaste tioårsperioden, mätt som kostnader per invånare i fasta priser.

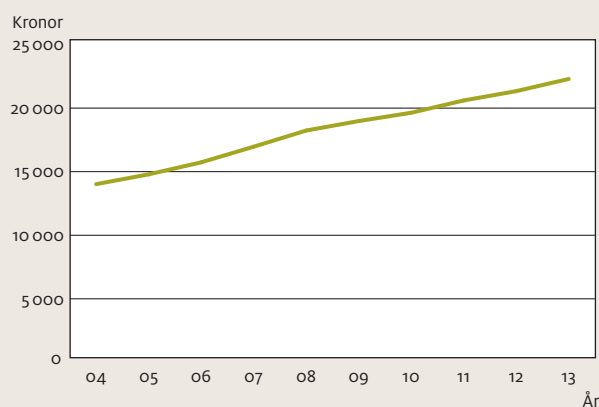
2014 förändras kostnadsutjämningen, vilket innebär påtagliga konsekvenser för landstingen. Tidigare fanns en post i kostnadsutjämningen, vårdtunga grupper, som skulle spegla hög sjuklighet i befolkningen. Denna post baserades på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister. En utredning visade att registreringsfrekvensen av biddiagnoser hade stor effekt på vårdtunga grupper och påverkade utjämningen mellan landsting. Eftersom utjämningsystemets syfte är att utjämna för strukturella skillnader, inte organisatoriska, togs vårdtunga grupper bort. Det gör att en del landsting som tidigare var bidragstagare kommer att få betala en utjämningsavgift och tvärtom.

DIAGRAM 45 – TOTALT: Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2013. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

DIAGRAM 45 – RIKET: Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade. 2013 års priser.



Källa: Statistiska centralbyrån.

45A SJUKVÅRDSKOSTNAD PER INVÅNARE OCH VERKSAMHET

Den faktiska nettokostnaden per invånare kan fördelas på olika verksamhetsgrenar. Då finns dock ingen möjlighet att justera för strukturella skillnader. Däremot kan jämförelser ge en ungefärlig uppfattning om hur respektive landsting valt att fördela resurserna. Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är frändragna.

Landstingens geografiska förhållanden påverkar kostnadsnivåerna inom primärvården. I några landsting med stora avstånd finns slutenvårdsplatser i anslutning till primärvården, vilket drar upp primärvårdskostnaden i dessa landsting. Kostnadsjämförelsen påverkas av att verksamhetsuppdraget inom primärvård även i övrigt skiljer sig åt mellan landstingen.

Genomsnittskostnaden för landstingens hälso- och sjukvård uppgick 2013, med den angivna avgränsningen, till 22 286 kronor per invånare. Norrbotten hade en kostnad per invånare som var 8 procent över genomsnittet, medan Västra Götaland låg 5 procent under. En jämförelse med diagram 45 visar exempelvis att Jämtlands höga kostnadsnivå inte heller kan förklaras av strukturella faktorer, eftersom även den strukturerade kostnaden är hög.

Den genomsnittliga kostnaden för primärvård uppgick 2013 till 3 923 kronor per invånare, vilket motsvarar 18 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Variationen mellan landstingen är relativt stor. Sedan 2012 har genomsnittlig kostnad för primärvården ökat med cirka 4 procent. Gävleborg är det landsting som har högst andel primärvård av den totala kostnaden, 21 procent. Även Västra Götaland har en relativt hög andel, 20 procent.

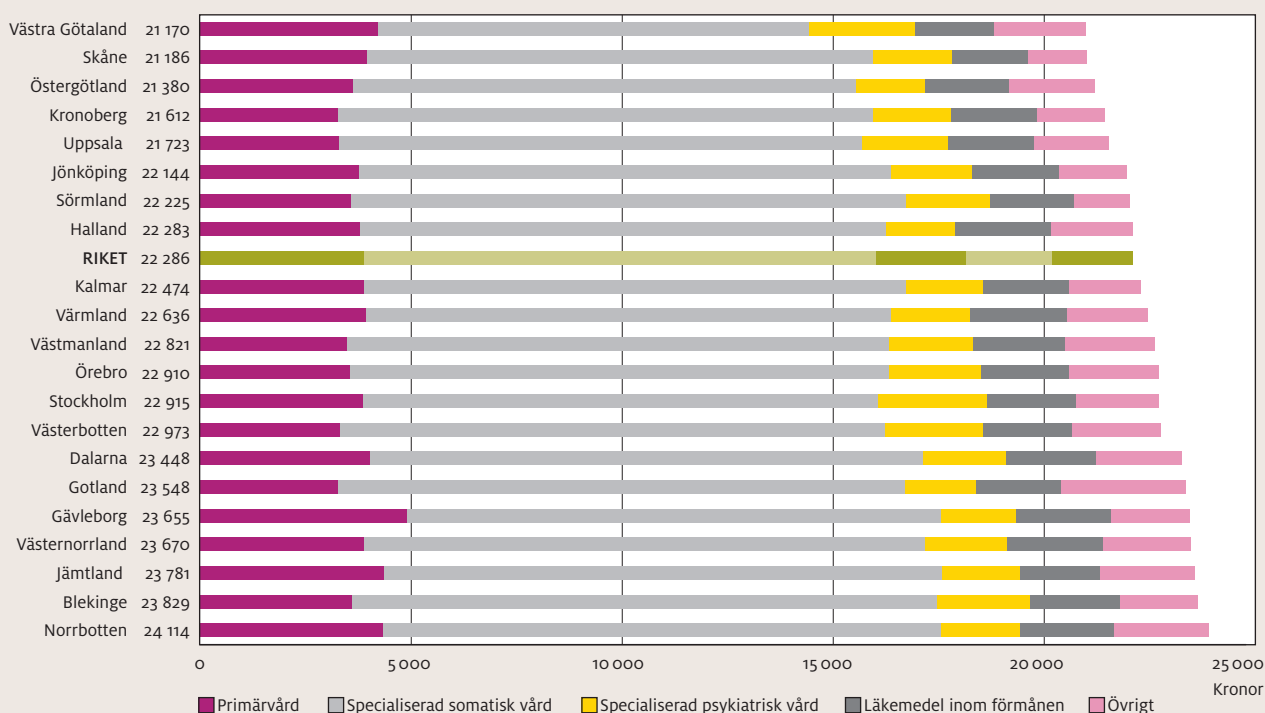
Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården, som i genomsnitt svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, var 12 215 kronor per in-

vånare 2013 vilket är en ökning med cirka 1,5 procent jämfört med 2012. Relativt sett är kostnadsskillnaderna mellan landstingen mindre för somatisk specialistsjukvård än för primärvård. Västra Götaland är det landsting som har den lägsta andelen somatisk specialistvård av den totala kostnaden, 49 procent. Man har även en hög kostnadsandel för primärvård och en låg totalkostnad för hälso- och sjukvård.

För den psykiatriska vården var genomsnittskostnaden 2 170 kronor per invånare 2013, vilket är en ökning med 8 procent sedan 2012. Stockholm har, liksom tidigare, den högsta kostnaden, men skillnaden till övriga landsting är inte lika markant som tidigare år. Västra Götaland har sedan 2012 ökat sina kostnader med drygt 30 procent och har nu en kostnad för psykiatrisk vård i nivå med Stockholm.

Kostnaden för läkemedel inom läkemedelsförmånen uppgick i riket till 2 052 kronor per invånare, vilket är en minskning med 3 procent jämfört med 2012. För en beskrivning av justerade läkemedelskostnader, se diagram 45B.

DIAGRAM 45A – TOTALT: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare och verksamhetsgren, 2013. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Statistiska centralbyrån.

45B JUSTERAD LÄKEMEDELSKOSTNAD PER INVÅNARE

Indikatorn visar landstingens kostnad för läkemedelsförmånen uppdelat per invånare för receptförskrivna läkemedel. Kostnader för rekvisitionsläkemedel och handelsvaror som ingår i högkostnadsskyddet (t.ex. särskild näring och stomiprodukter) ingår inte i jämförelsen.

Att jämföra förmånskostnader mellan landsting och regioner har blivit allt svårare. En viktig anledning är att landstingens hantering av vissa läkemedelsgrupper varierar kraftigt när det gäller i vilken utsträckning läkemedlen förskrivs på recept eller rekvireras direkt till kliniken. Variationerna är särskilt stora inom grupperna B02BD (koagulationsfaktorer), H01CB (somatostatin och analoger), L01XE (proteinkinashämmare), L02AE (gonadotropinfri-sättande hormon), L03AX (övriga immunstimulerande medel), L04AA (selektiva immunsuppressiva läkemedel) och L04AB (tumörnekrosfaktor alfa). Dessa sju grupper utgör 22 procent av förmånskostnaden för läkemedel och har utelämnats i de förmånskostnader som redovisas. Eftersom justeringen för 2013 skiljer sig något från tidigare år är en jämförelse över tid inte möjligt.

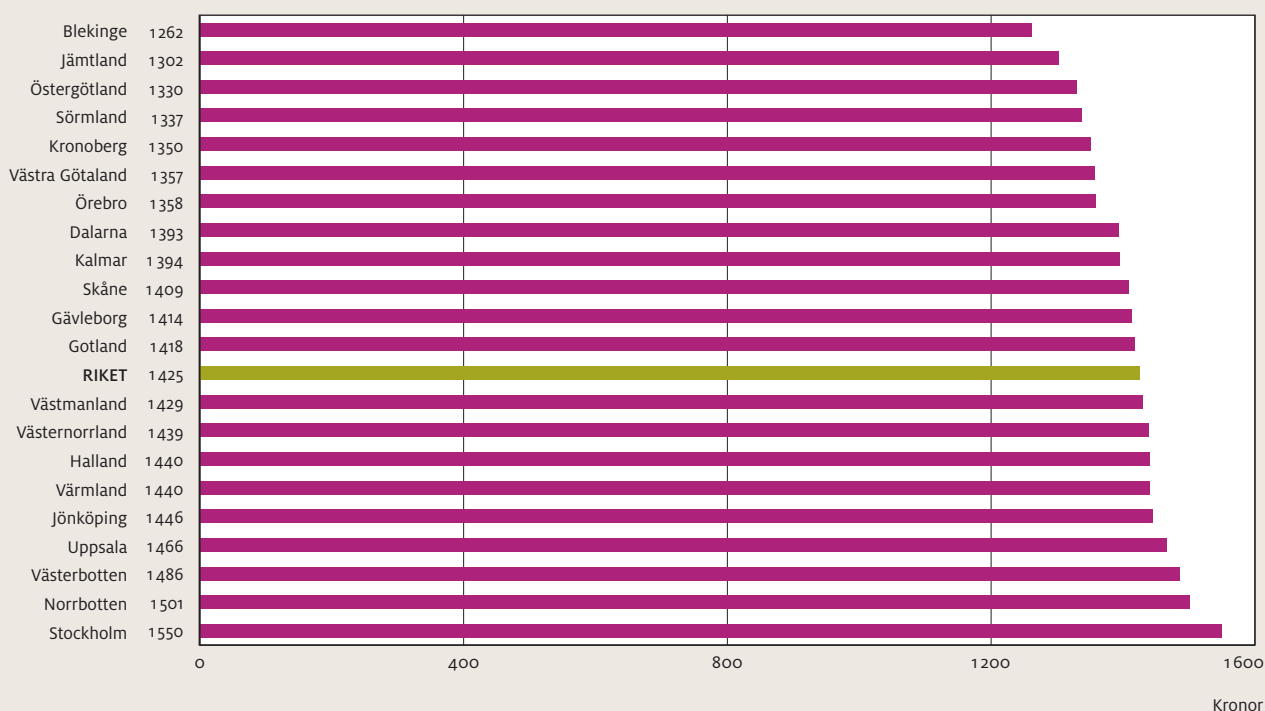
På övergripande nivå har kostnadsutvecklingen för läkemedel som ingår i läkemedelsförmåner visat en ned-

åtgående trend åren 2012 och 2013. Minskningen beror främst på att ett flertal läkemedelspatent på tidigare kostnadsdrivande läkemedel har gått ut sedan hösten 2011. En annan orsak till kostnadsminskningen är att nivåerna för högkostnadsskydd höjdes den 1 januari 2012. Denna justering påverkade inte bara kostnadsutvecklingen för 2012 utan även 2013. Ytterligare förklaringar till kostnadsminskningen är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) fortsatta omprövningar av läkemedel som sedan tidigare finns med i förmånssystemet, liksom att landstingen successivt har blivit mer effektiva i förskrivningen av läkemedel.

Uppgifterna är standardiserade för skillnader i befolkningens sammansättning av åldrar och kön. Däremot har inte gjorts någon justering för att sjukdomsbilden varierar mellan landstingen, vilket kan vara en förklaring till kostnadsskillnaderna. Kostnadsjämförelser är skenbart exakta. De är lika komplexa och innehåller lika många felkällor som jämförelser av medicinsk kvalitet.

En annan faktor som måste beaktas är att den genomsnittliga egenavgiftsandelen mellan landstingen varierar beroende på åldersfördelningen i befolkningen. Åldersstandardiseringen kompenserar inte fullt ut för denna faktor.

DIAGRAM 45B – TOTALT: Justerad läkemedelskostnad per invånare, 2013. Avser läkemedel inom förmånen. Kön- och åldersstandardiserade värden.



46 KOSTNAD PER KONSUMERAD DRG-POÄNG

Hittills har kostnader i relation till befolkningen beskrivits, men ett mer direkt sätt att mäta kostnadsnivå är att relatera kostnaden till mängden prestationer, på så sätt uppskattas hälso- och sjukvårdens produktivitet. Produktivitet är ett snävare begrepp än effektivitet. En god produktivitet innebär att rätt insats görs i förhållande till den insatta resursen. En god effektivitet innebär att insatsen uppfyller målen givet den insatta resursen.

För att få ett rättvisande mått på prestationer måste hänsyn tas till att resurskraven skiljer sig markant mellan olika sjukdomstillstånd och åtgärder. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Källan till indikatorn är patientregistret vid Socialstyrelsen. Samtliga vårdtillfällen och läkarbesök inom den specialiserade somatiska vården registreras. Uppgifter om patientens diagnos och ålder ingår, vilket gör att varje vårdtillfälle och läkarbesök kan viktas med DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper och är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter till större grupper, baserat på dessas medicinska innehåll och resursförbrukning.

De uppmätta skillnaderna i kostnad per DRG-poäng mellan landstingen kan delvis bero på mätproblem. Kvaliteten på den primära kodningen av åtgärder och diagnoser skiljer sig fortfarande åt mellan landstingen, framförallt i den öppna vården. En ökning i konsumerade DRG-poäng

kan vara en följd av att sjukhusen förbättrar sin inrapportering till patientregistret. Härigenom ökar det registrerade "värdet" av konsumtionen, utan att detta motsvaras av ökade kostnader. Det finns också en strukturell aspekt som inte beaktas. DRG tar hänsyn till skillnader i landstingens patientsammansättning, men inte till andra faktorer.

Det bör noteras att det är kostnaden per konsumerad DRG-poäng som återges, oavsett i vilket landsting vården ges. Därför är till exempel Gotlands kostnad per DRG-poäng delvis bestämd av priset för den utomlänsvård som köps från andra landsting.

Diagrammet visar kostnaden per DRG-poäng för den specialiserade somatiska vård som invånarna i respektive landsting fått del av. Kostnaden per DRG-poäng var i fasta priser högre 2012 än 2013, vilket indikerar att produktiviteten ökat något, det vill säga att kostnaderna ökat mindre än de viktade prestationerna.

Mätt på detta sätt är kostnadsskillnaderna mellan landstingen ungefär lika stora som när de mäts med hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Men rangordningen skiljer sig. Kalmar har den lägsta kostnaden per DRG-poäng, det vill säga den högsta produktiviteten, cirka 8 procent över genomsnittet. Stockholm har låga kostnader per prestation mätt med DRG-poäng. Att kostnaderna per invånare för den specialiserade somatiska vården inte hamnar lägst i dessa landsting beror på att vårdkonsumtionen (DRG-poäng per invånare) är förhållandevis hög.

DIAGRAM 46 – TOTAL: Kostnad per konsumerad DRG-poäng inom specialiserad somatisk vård, 2013. Läkemedelskostnader inom förmånen är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Statistiska centralbyrån samt Patientregistret, Socialstyrelsen.

47 KOSTNAD PER PRODUCERAD DRG-POÄNG

Källan till denna indikator är KPP-databasen (Kostnad per Patient) vid SKL som innehåller patientrelaterade kostnadsuppgifter om specifika vårdkontakter och om kostnader för de åtgärder eller vårdinsatser som görs vid varje enskild vårdkontakt.

För sjukhusen som rapporterar data till KPP-databasen visas kostnaderna per prestation i slutenvård 2013. Här har värdet av prestationerna viktats med hjälp av DRG-systemet.

Längre fram i rapporten redovisas kostnader per vårdtillfälle eller DRG-poäng för några specifika behandlingar, för de sjukhus som kan rapportera sådana uppgifter.

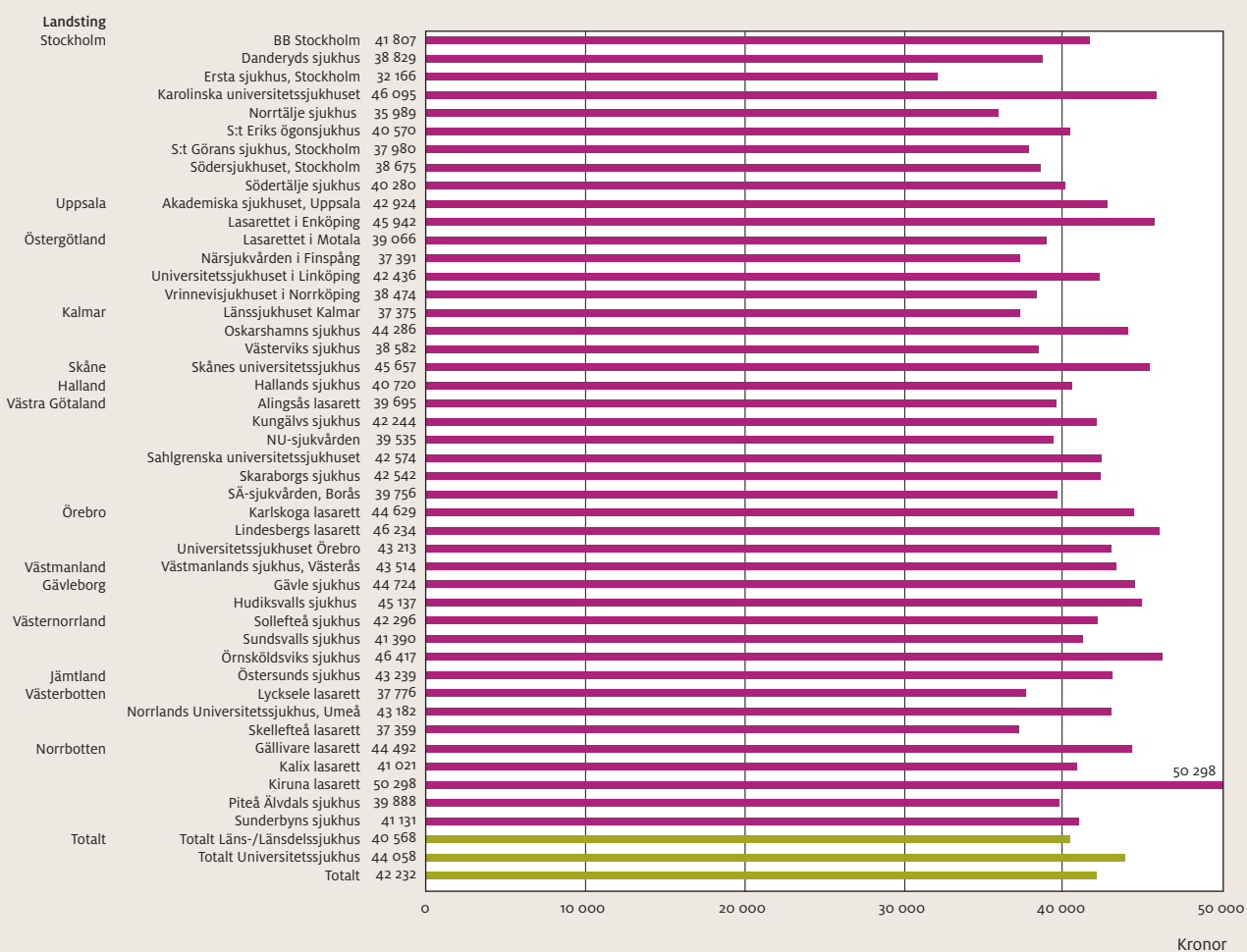
Ett särskilt problem när bara kostnader per prestation i slutenvård ingår, är att kostnaderna måste fördelas mellan

öppen och sluten vård på ett likformigt sätt. Om inte detta görs, påverkar dessa redovisningsskillnader den uppmätta produktiviteten. Som i resten av rapporten redovisas sjukhus per landsting, inte rangordnade efter utfall.

Först på senare tid har vissa jämförelser på sjukhusnivå för specifika behandlingar publicerats. I nuläget bör läsaren därför inte dra långtgående slutsatser av de kostnadskillnader mellan sjukhus som redovisas. Kostnadsjämförelser är bara skenbart exakta. De är lika komplexa och innehåller lika många fallgropar som jämförelser av medicinsk kvalitet.

Kostnaderna för ett genomsnittligt slutenvårdstillfälle i KPP-databasen, exklusive de så kallade kostnadsytterfallen, uppgick 2013 till 42 232 kronor per DRG-poäng.

DIAGRAM 47 – Sjukhus: Kostnad per producerad DRG-poäng i somatisk slutenvård, 2013.



Källa: KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

48 KOSTNAD PER VÅRDKONTAKT I PRIMÄRVÅRDEN

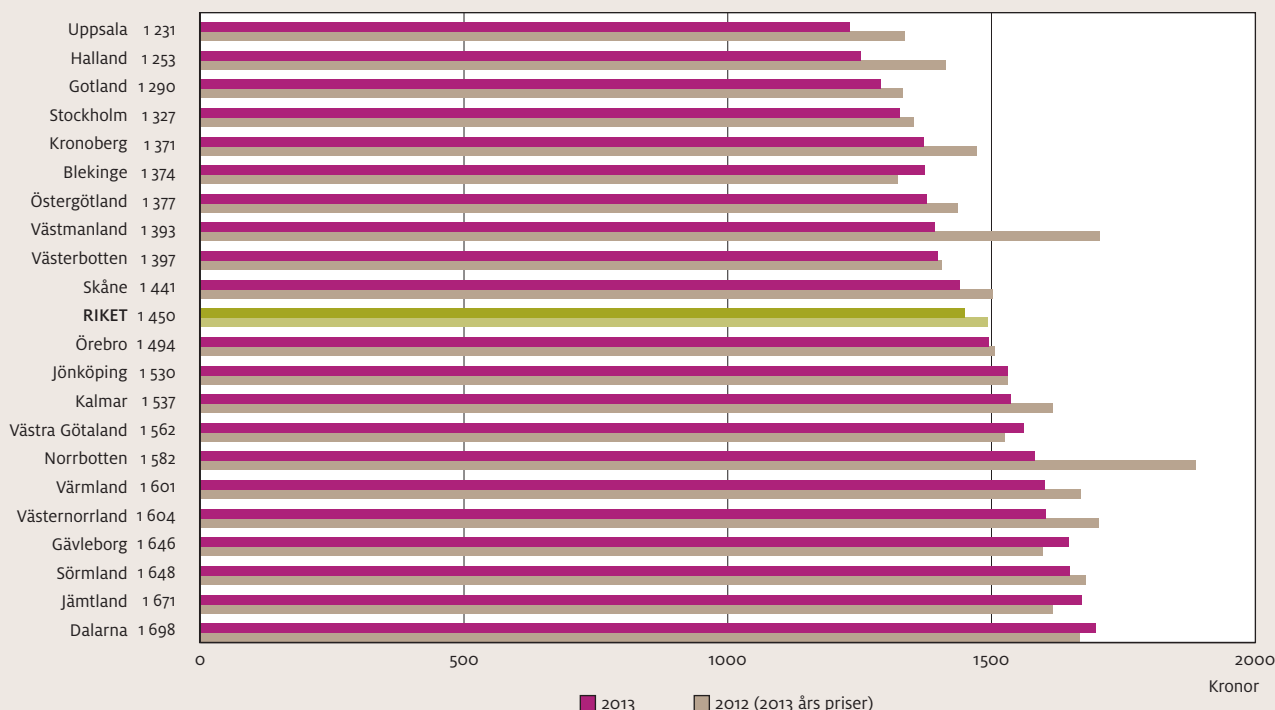
För primärvården saknas en motsvarighet till DRG-poäng. På nationell nivå registreras besök hos olika personalkategorier, men inte uppgifter om patientens diagnos, ålder eller liknande. Det går därför inte att vikta prestationerna på samma sätt som för den specialiserade somatiska vården.

Källan till indikatorn är verksamhetsstatistiken vid SKL. I diagrammet har vårdkontaktarna viktats med hänsyn till typen av kontakt, vilken personalkategori som är involverad och i vilken delverksamhet inom primärvården kontakten redovisas. Det sammanvägda antalet besök har därefter relaterats till kostnaden för primärvård i respektive landsting.

Kostnadsjämförelsen är grov, då primärvårdens vårdkontakter inte speglar hela primärvårdsinsatsen. Vidare kan vårdkontakter variera i tid och därmed resursåtgång, vilket inte fångas i måttet. Till exempel spelar det stor roll för utfallet om en vårdgivare strävar efter att ta upp flera av patientens hälsoproblem vid ett och samma (då längre) besök, eller om man istället föreslår patienten flera och kortare besök.

Kostnad per vårdkontakt kan vara stöd vid analys av kostnaden för primärvården i ett landsting. Exempelvis kan den höga primärvårdskostnaden i Dalarna till stor del förklaras av att genomsnittskostnaden per vårdkontakt är hög, inte av att mängden konsumerad vård är hög. För Halland gäller däremot att det är mängden vårdkontakter som bidrar till högre kostnader, eftersom kostnaden per vårdkontakt är låg, samtidigt som primärvårdskostnaden per invånare inte är påtagligt låg.

DIAGRAM 48 – TOTAL: Kostnad per viktad vårdkontakt i primärvård, 2013. Hemsjukvård och läkemedel inom förmånen är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Statistiska centralbyrån samt Patientregistret, Socialstyrelsen.

Personer som lämnat underlag till rapporten

Socialstyrelsen

Katarina Baatz, Dödsorsaksregistret

Karin Gottvall och Ellen Lundqvist, Medicinska födelseregistret

Gunilla Ringbäck Weitoft, Mikael Havasi och Max Köster, Patientregistret

Frida Lundgren, Hjärt- och kärlsjukdomar

Johan Fastbom, Henny Rydberg och Pinelopi Lundqvist, Läkemedelsregistret

Staffan Khan, Cancerregistret

Lisbeth Serdén, KPP-databasen

Folkhälsomyndigheten

Tiia Lepp

Olov Aspevall

Jenny Hellman

SKL

Helene Ellström och Harald Grönqvist, Väntetider i vården

Sofia Tullberg och Martin Midbøe, Vårdbarometern, Nationell patientenkät

Åke Karlsson och Leif Lundstedt, KPP-databasen
Jan-Olov Strandell

Nationella kvalitetsregister

Greger Fransson, Svenska Palliativregistret

Veronica Svedhem Johansson, InfCare HIV

Kerstin Petersson och Marie Lindkvist, Graviditetsregistret - Mödrahälsovård

Stellan Håkansson, SNQ - Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister

Maud Ankardal, Mats Löfgren, Emil Nussler, Birgitta Renström, och Jan-Henrik Stjern Dahl, Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi

Otto Robertsson, Svenska Knäprotesregistret

Henrik Fryk, Göran Garellick, Peter Gidlund och Szilard Nemes, Svenska Höftprotesregistret

Ami Hommel, Karl-Göran Thorngren och Lena Jönsson, RIKSHÖFT – Nationella höftfrakturregistret

Carina Blom, Olle Hägg och Peter Fritzell, SWESPINE – Svenska Ryggregistret

Magnus Forssblad, Svenska korsbandsregistret

Sofia Ernestam och Daniela diGiuseppe, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Soffia Gudbjörnsdóttir, Mervete Miftaraj, Ulf Samuelsson och Ann-Marie Svensson, Nationella Diabetesregistret

Johan Herlitz och Johnny Lindqvist, Svenskt register för hjärt-lungräddning

Claes Held, Thomas Kellerth, Lars Norberg, Andreas Lindberg, SWEDEHEART – RIKS-HIA

Stefan James och Andreas Lindberg, SWEDEHEART – SCAAR

Lars Norberg, Andreas Lindberg och Kristina Hambræus, SWEDEHEART, SEPHIA

Palfi Zsolt och Fredrik Gadler, Svenska ICD- och Pacemakerregistret

Fredrik Jonsson, Maria Håls Berglund, Åsa B Johansson, Birgitta Stegmayr, Sari Wallin och Bo Norrving, Riks-Stroke

Jan Hillert, Eva Hagel och Leszek Stawiarz, Svenska MS-registret

Camilla Skåån, Kaj Forslund och Peter Gidlund, Nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatrisk vård

Lars von Knorring och Axel Nordenskjöld, Kvalitetsregister ECT

Henrik Holmberg och Pär Nordin, Svenskt Bråckregister

Ingmar Näslund, Scandinavian Obesity Surgery Registry

Lars Enochsson och Stefan Thunberg, GallRiks – Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

Björn Kragsteman, Katarina Björnses, Birgitta Sigvant, Jakob Hager och Camilla Hartman Norman, Swedvasc – Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi

Göran Karlström och Carl-Johan Wickerts, Svenska Intensivvårdsregistret

Mats Lundström, Charlotta Zetterström och Irene Serring, Nationella Kataraktregistret

Susanne Albrecht och Inger Westborg, Makularegistret

Gunnar Hägglund, CPUP - Uppföljningsprogram för cerebral pares

Öppna jämförelser 2014

Hälso- och sjukvård

Del 1. Övergripande indikatorer

Sedan 2006 har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting gemensamt tagit fram öppna jämförelser för hälso- och sjukvården. I jämförelserna sammanställs indikatorer som belyser olika aspekter av hälso- och sjukvården, till exempel medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.

Årets rapport har fått en ny disposition och består av två delar:

- Del 1 innehåller övergripande indikatorer. I denna del finns även ett särskilt avsnitt om hälsoinriktad hälso- och sjukvård.
- Del 2 innehåller indikatorer om sjukdomar och behandlingar.

Totalt innehåller årets rapport 186 indikatorer för vilka landstingens resultat presenteras. Avsikten är framförallt att jämföra landstingen, men i många fall visas även utvecklingen för riket över tid. Ett flertal indikatorer redovisas även på sjukhus- och klinikinivå.

Avsikten med öppna jämförelser är att ge landstingen underlag för styrning, fördjupad analys och förbättringsarbeten inom den egna verksamheten samt att skapa öppenhet och insyn i den offentligt finansierade vården.

Öppna jämförelser 2014: Hälso- och sjukvård – Del 1. Övergripande indikatorer kan laddas ner eller beställas från:

SOCIALSTYRELSEN

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Artikelnummer: 2014-12-1

ISBN: 978-91-7555-221-7

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

webbutik.skl.se

ISBN-nummer: 978-91-7585-256-3

E-post: publikationer@sklfs.se

Telefon: 08-452 75 50